

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

***A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO
NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA:
o caso particular de Marvão***

JOÃO CLAUDINO JUNCEIRO


**ÉVORA
1997**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

***A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO
NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA:
o caso particular de Marvão***

*Tese apresentada à Universidade
de Évora para obtenção do grau
de Mestre em Ecologia humana,
realizada sob a orientação do Sr.
Prof. Dr. J. Manuel Nazareth*

João Claudino Junceiro



88 835-

**ÉVORA
1997**

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Doutor J. Manuel Nazareth, os mais profundos agradecimentos e o testemunho da maior admiração e estima, não só pelos estímulos que soube transmitir como pelos inúmeros ensinamentos dele que recebemos. Sem ele este trabalho não teria sido realizado.

À Dr.^a Maria João Tropa, do NAIPSS, pelo interesse, compreensão e empenhamento com que facultou os elementos solicitados, sem os quais não seria possível a elaboração de parte do trabalho, muito obrigado.

Às senhoras D. Odete Chagas e D. Maria da Luz Baptista, Chefe de Secção e funcionária administrativa, do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Marvão, pela disponibilidade demonstrada e pelos elementos que disponibilizaram, sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

fl.

INTRODUÇÃO	
1 - O ENVELHECIMENTO: DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO AO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	
1.1 - CONCEITOS E DIMENSÕES	13
1.2 - O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO DE MARVÃO NO CONTEXTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA	34
1.3 - CONCLUSÕES	58
2 - ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	
2.1 - A ESPÉCIE HUMANA	62
2.2 - CONCEITOS E ENUNCIADOS DA ECOLOGIA HUMANA ...	69
2.3 - ORIENTAÇÕES DA ECOLOGIA HUMANA PARA O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO	82
2.4 - CONCLUSÕES	85
3 - A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA: O CASO PARTICULAR DE MARVÃO	
3.1 - INTRODUÇÃO	88
3.2 - O LAR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MARVÃO	90
3.3 - METODOLOGIA DA PESQUISA	94
3.4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	104
4 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO PRESENTE ESTUDO COM OS RESULTADOS DO ESTUDO DO CASO PARTICULAR DE CASTELO DE VIDE.....	142

5 - CONCLUSÕES	148
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152
ANEXOS	
ANEXO I - <u>Guião de Entrevista</u>	160

SEQUÊNCIA DE QUADROS

	fl.
Quadro n.º 1 - Crescimento total anual médio e crescimento natural, entre os censos de 1981 e 1991, nas sub-regiões da NUTE II do Alentejo.....	41
Quadro n.º 2 - Crescimento total anual médio e crescimento natural, entre os censos de 1981 e 1991, nas sub-regiões da NUTE II do Alentejo.....	43
Quadro n.º 3 - Crescimento total anual médio, crescimento natural e crescimento migratório, entre os censos de 1981 e 1991, nos concelhos da NUTE III do Alto Alentejo.....	45
Quadro n.º 4 - Envelhecimento na base e envelhecimento no topo, nos concelhos do Alto Alentejo, nos anos de 1981 e 1991....	46
Quadro n.º 5 - Capacidade e ocupação real dos equipamentos, por valência, nas instituições de 3ª idade, nos anos de 1990 a 1996, no Alto Alentejo.....	51
Quadro n.º 6 - Taxas de ocupação por valência, nas instituições de 3ª idade, em Dezembro nos anos de 1990 a 1996, no Alto Alentejo.....	53
Quadro n.º 7 - Ocupação real mensal dos equipamentos vocacionados para o apoio à 3ª idade, por valências, no concelho de Marvão, nos anos de 1995 e 1996.....	56
Quadro n.º 8 - Distribuição dos idosos por sexo e por grupos etários....	110
Quadro n.º 9 - Estado civil dos idosos institucionalizados, nas datas de admissão no lar e da entrevista, segundo o sexo.....	111

Quadro n.º 10 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e habilitações literárias.....	112
Quadro n.º 11 - Distribuição dos idosos segundo a naturalidade.....	113
Quadro n.º 12 - Distribuição dos idosos segundo o local de residência..	114
Quadro n.º 13 - Distribuição dos idosos segundo o número de anos de permanência no lar e o sexo.....	115
Quadro n.º 14 - Distribuição dos idosos segundo o número de filhos....	118
Quadro n.º 15 - Locais de residência dos familiares a viver fora do concelho de residência do idoso, à data da admissão no lar.....	119
Quadro n.º 16 - Distribuição dos idosos segundo os motivos de institucionalização e segundo o sexo.....	122
Quadro n.º 17 - Distribuição percentual dos idosos segundo os tipos de contactos sociais, nos dois momentos considerados.....	125
Quadro n.º 18 - Distribuição dos idosos segundo "acontecimentos de vida no ano anterior à entrada no Lar".....	129
Quadro n.º 19 - Quantificação do número de respostas negativas, em relação a cada item da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (Versão Abreviada de 15 Itens).....	130

INTRODUÇÃO

Todos os seres vivos com reprodução sexuada envelhecem, ou seja, modificam-se com o passar do tempo, no sentido de uma diminuição das suas performances, do seu potencial reprodutor e da sua adaptabilidade, à medida que a sua probabilidade de falecimento aumenta.

Nas sociedades urbano-industriais, mercê das necessidades administrativas, criou-se um conceito de idoso em termos cronológicos. Com a idade de reforma, o trabalhador é colocado na última fase da vida: a velhice ou terceira idade.

A Organização Mundial de Saúde, numa tentativa de uniformização de critérios, definiu como idoso qualquer indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente do sexo e estado de saúde.

O processo de envelhecimento, também conhecido como senescência, resulta de uma *interacção complexa de factores genéticos, metabólicos, hormonais, imunológicos e estruturais, agindo sobre níveis moleculares, celulares, histológicos e orgânicos* (Kaplan; Sadock, 1990: 52).

O envelhecimento é caracterizado pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente.

O Envelhecimento constitui uma diminuição na capacidade de sobrevivência (Contran; Kumar; Robbins, 1991: 447).

Os mecanismos implicados no envelhecimento apresentam, segundo Robert (1995: 17), todas as características seguintes:

- são progressivos,
- são nocivos,
- irreversíveis
- e, geralmente, comuns a inúmeros organismos.

O envelhecimento humano é, pois, um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, em que ocorrem numerosas alterações interpretadas como involutivas.

Verifica-se que, por mecanismos ainda desconhecidos, a maior parte dos órgãos do homem estão sujeitos, com o decurso da idade, a uma involução morfológica e funcional que conduz a uma diminuição progressiva das capacidades do indivíduo.

Biológica e psicologicamente o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida.

Ao envelhecerem, os indivíduos acumulam incapacidades e doenças (Rowe, 1993: 22), e a necessidade de cuidados de saúde aumentam.

Por outro lado, o aumento da perspectiva de vida focalizou a atenção na melhoria da saúde e na manutenção da capacidade funcional na velhice. No entanto, *o aumento do tempo de vida dos idosos não é acompanhado por uma redução da morbilidade e pode, até, levar a aumentos mais drásticos da necessidade de serviços de saúde, a não ser que o nosso conhecimento a respeito das doenças da velhice e a nossa capacidade de tratá-las aumentem substancialmente* (Rowe, 1993: 23).

Porque a saúde é o resultado de um equilíbrio delicado entre as partes biológica, psíquica e social do indivíduo, não se poderá aceitar que as “soluções” adoptadas no campo sanitário não tenham um paralelo, um complemento, no domínio social, por forma a possibilitar a todo o momento, ao idoso, o acesso a um conjunto de recursos que garantam a sua independência (Valentim, 1996: 63). Estão neste campo, entre outros, as políticas municipais em favor dos idosos, os centros de dia, o apoio domiciliário e os lares.

No nosso dia a dia, como técnicos de saúde, somos confrontados com questões acerca da problemática do envelhecimento. Muitas delas dizem respeito ao facto de vivermos numa região em que o número de utentes dos serviços prestadores de cuidados de saúde ser, numa elevada percentagem, indivíduos com mais de 65 anos de idade.

Vários problemas se levantam quando o idoso necessita de uma

assistência continuada ou de cuidados de saúde prolongados.

Os Serviços de Saúde com internamento não apresentam, na sua maioria, capacidade de resposta para aqueles indivíduos, uma vez que o número de camas disponíveis é limitado.

A solução encontrada é, muitas vezes, o recurso à alta precoce ou, na maioria dos casos, a busca de soluções alternativas, por parte do idoso e das famílias, uma vez que os cuidados necessitados e pretendidos são sobretudo de manutenção da qualidade de vida, alterada devido a limitações da actividade por condições crónicas. Tais distúrbios funcionais estão claramente relacionados com a idade (Rowe, 1993).

Segundo John Rowe (1993: 22), a proporção de idosos que precisam de ajuda em actividades básicas (andar, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, passar da cama para a cadeira, comer, sair) aumenta de aproximadamente 5% dos 65 aos 74 anos para quase 12% dos 75 aos 84 anos, e para aproximadamente 35% acima dos 85 anos. Se aquelas actividades básicas acrescentarmos as actividades domésticas (fazer compras, cuidar da casa, providenciar refeições, lidar com dinheiro), verificamos que, segundo o mesmo autor, cerca de 40% dos indivíduos acima dos 85 anos são dependentes, devido a limitações funcionais ou doença crónica,

Muitas famílias não têm capacidade de suporte para aquelas situações, o que leva à procura de respostas institucionais, como sejam os Centros de Dia, os Lares, a Assistência Domiciliária, entre outras.

O Alto Alentejo encontra-se coberto por uma vasta rede de Instituições de solidariedade social vocacionadas para o apoio à terceira idade, pelo que os técnicos de saúde são, muitas vezes, solicitados a desenvolver estratégias com vista a dar resposta a muitos dos problemas detectados. De entre estes, e para além dos problemas físicos, surgem os problemas das inter-relações entre residentes institucionais, de isolamento e de queixas de solidão, o que nos leva a questionar se o idoso institucionalizado, após o corte com a sua rede de relações sociais, estabelece novos contactos sociais e encontra nova rede de suporte social.

A Região Alentejo apresentava, em 1991, uma população de 543 442 habitantes. Comparativamente a 1981 a Região perdeu 34 988 habitantes. Apresenta crescimento total negativo e crescimentos natural e migratórios negativos.

O Alto Alentejo apresenta-se como a região com maior crescimento natural negativo da Nute II do Alentejo.

Dentro da Região, a sub-região de Portalegre apresenta-se com a menor percentagem de jovens e a maior percentagem de idosos.

O Alto Alentejo é uma região onde o problema do envelhecimento humano se coloca de forma preocupante.

O concelho de Marvão, situado no distrito de Portalegre, apresenta-se, entre os censos de 1981 e 1991, com o maior crescimento total médio negativo e o maior crescimento migratório negativo de entre os catorze concelhos do Alto Alentejo. Perdeu, naquele período, 999 habitantes, correspondentes a 18,44% da sua população referenciada em 1981.

Apresenta-se como o segundo concelho do Alto Alentejo que mais envelheceu na base e o que mais envelheceu no topo, no período entre os dois censos.

Parecem pois reunidas as condições para a investigação se desenvolver neste terreno e naquele lugar.

Pretende-se estudar o envelhecimento humano, na perspectiva da ecologia humana, e em particular o idoso institucionalizado no concelho de Marvão.

O estudo será dimensionado em quatro partes.

Na primeira parte apresenta-se um esboço, através de revisão bibliográfica, do estado actual do conhecimento do estudo do envelhecimento humano, e delimita-se o envelhecimento demográfico de Marvão no contexto da população portuguesa e da região.

Na segunda parte far-se-á o estudo do envelhecimento com base nos

fundamentos teóricos da ecologia humana.

Na terceira parte o estudo desenvolver-se-á no sentido de determinar quais as características consideradas insuficientes ou condicionantes que levaram o idoso à procura de ajuda institucional.

Finalmente, na quarta parte, comparar-se-ão os resultados obtidos no presente estudo com os de um outro anteriormente realizado num concelho limítrofe.

1. O ENVELHECIMENTO:
DO ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO
AO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

1.1 - CONCEITOS E DIMENSÕES

O envelhecimento é, certamente, o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam mais depressa, outros de uma forma muito mais lenta e outros ainda, pareçam não sofrer de senescência. É um fenómeno normal e quase universal, intimamente ligado aos processos de diferenciação e crescimento. O crescimento e a involução sucedem-se, assim, ao longo do tempo e constituem as etapas sucessivas do “programa de desenvolvimento” de cada organismo. *Este programa é específico - ou seja, geneticamente determinado e característico de cada espécie, pelo menos no que toca aos vertebrados de sangue quente* (Reis Jr, 1995: 24). Mas a velocidade a que tal se desenrola é profundamente influenciado por um vasto conjunto de factores endógenos e exógenos.

O processo de envelhecimento é conhecido como senescência e resulta de uma interacção complexa de factores genéticos, metabólicos, hormonais, imunológicos e estruturais, agindo sobre níveis moleculares, celulares, histológicos e orgânicos (Kaplan; Sadock, 1990:52).

O envelhecimento resulta da *incapacidade, da grande maioria dos organismos, para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam* (Robert, 1995: 7).

Os processos múltiplos de declínio associados com envelhecer podem ser separados em envelhecimento primário e secundário. *O envelhecimento primário é intrínseco ao organismo e que os factores decrementais são determinados por influências inerentes ou hereditárias. O envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento de defeitos e incapacidades que são causadas por factores hostis no ambiente, incluindo traumatismo e doença adquirida* (Busse; Blazer, 1992:

22).

Biologicamente, a senescência é um processo involutivo que opera cumulativamente com a passagem do tempo e *se revela nos diversos órgãos e sistemas, através de modificações irrecusáveis já que determinadas geneticamente nas moléculas, células, tecidos e fluidos, alterações do sinal negativo que vão favorecer as infecções, traumatismos, etc., os quais, num sistema de círculo vicioso, vão agravar as transformações organo-fisiológicas* (Paes de Sousa, 1988: 146). Há, deste modo e como já anteriormente foi afirmado, uma senescência primária relacionada com os fenómenos biológicos involutivos, temporalmente dependentes, mas independentes do stress, traumatismos e doenças, e uma senescência secundária conectada precisamente com os fenómenos patológicos que se vão sucedendo ao longo da vida.

Estes fenómenos organo-fisiológicos, com o avançar do tempo, transfiguram pejorativamente o comportamento do idoso, tornando-o incapaz de enfrentar as ameaças do meio ambiente, o que conduz à incapacidade de adaptação e sobrevivência (Paes de Sousa, 1988: 146).

O ciclo de vida do Homem é, comumente, considerado como comportando três fases consecutivas: *o crescimento, a maturidade e a velhice* (Reis Jr, 1995). Durante a primeira etapa, que termina entre os 18 e os 21 anos, o organismo torna-se, em primeiro lugar, apto para a reprodução, alcançando em seguida o seu tamanho adulto. As idades nas quais terminam a puberdade e o máximo desenvolvimento esquelético variam segundo o sexo (as mulheres têm um pequeno avanço sobre os homens) e segundo as condições de vida (uma alimentação insuficiente pode prolongar o crescimento nos homens jovens até aos 22-24 anos). Atingida a plenitude das suas capacidades, o organismo permanece, até cerca dos 50 anos, num período correspondente à idade adulta. É apenas a partir da sexta década de vida que algumas pessoas, mas não todas, têm a impressão que começa o envelhecimento, que se irá acentuar ao longo dos anos.

No entanto, biologicamente, a involução inicia-se, lenta e insidiosamente, logo após o fim do período de crescimento estrutural, a nível da massa

metabólica activa, mesmo que o peso continue a aumentar, até aos 50 ou 60 anos (Reis Jr, 1995).

O crescimento e o desenvolvimento, caracterizados por rápidos aumentos de muitas funções fisiológicas, continuam geralmente até ao início da idade adulta, atingindo o pico máximo no final da segunda ou no início da terceira década de vida. Naquelas variáveis que se alteram com a idade após a idade adulta, e nem todas o fazem, inicia-se um declínio linear no final da fase de crescimento e desenvolvimento e continua até à velhice (Rowe, 1993).

No homem e outros primatas, da mesma maneira que nos carnívoros e ungulados, o fim do crescimento estrutural é marcado, numa idade cronológica relativamente fixa para cada espécie, por uma ossificação das cartilagens epifisárias que parece indicar o início da fase de involução.

No entanto, embora fazendo parte do desenvolvimento normal do indivíduo, ainda não existe uma base fisiológica ou psicológica que permita marcar, claramente, o início da velhice (Garcia, 1989).

O envelhecimento orgânico é um processo caracterizado por *transformações progressivas e irreversíveis em função do tempo, caminhando lentamente para a morte, representando uma etapa do desenvolvimento individual, onde o catabolismo é maior que o anabolismo* (Vargas, 1994: 10), já que se assiste a uma redução das capacidades funcionais do organismo em todos os sectores, com diminuição do número de células activas, lentificação das respostas aos estímulos externos e desorganização dos sistemas de controlo, provocando o decréscimo progressivo da eficácia dos diferentes órgãos e funções do organismo. Assim, *os processos biológicos de regressão, que se acentuam a partir da terceira década da vida, manifestam-se principalmente por uma diminuição da capacidade de adaptação às variações atmosféricas, às mudanças da temperatura e da nutrição e ainda à acção dos diversos estímulos de natureza física e psíquica* (Fonseca, 1988: 405-406).

Em geral, o envelhecimento biológico produz, segundo Vargas (1994: 10), as seguintes modificações orgânicas:

- *aumento do tecido conjuntivo no organismo;*

- *perda gradual das propriedades elásticas do tecido conjuntivo;*
- *desaparecimento de elementos celulares do sistema nervoso;*
- *redução da quantidade de células de funcionamento normal;*
- *aumento da quantidade de gordura;*
- *diminuição do consumo de oxigénio;*
- *diminuição da quantidade de sangue que o coração bombeia em estado de repouso;*
- *menor expulsão do ar dos pulmões do que quando o organismo é mais jovem;*
- *diminuição da força muscular;*
- *a excreção de hormónios, em particular o das grandulas sexuais e supra-renais, é menor que o normal.*

Do ponto de vista anátomo-fisiológico geral verifica-se *uma diminuição da massa metabólica activa, um aumento da massa adiposa e do tecido conjuntivo e uma fragmentação progressiva das estruturas elásticas* (Fonseca, 1988: 406).

Uma vez iniciado, o envelhecimento fisiológico não evolui a um ritmo uniforme para todas as funções (Reis Jr, 1995), isto é, os tecidos não envelhecem de maneira uniforme (Vargas, 1994). *No interior do organismo, o envelhecimento é sempre diferencial, podendo mesmo dizer-se alométrico, por analogia com o que se passa durante o crescimento* (Reis Jr., 1995: 26). Certas funções são mais sensíveis ao crescimento do que outras.

De uma maneira geral, os órgãos efectores envelhecem mais rapidamente que os sistemas integradores - em particular, aqueles que asseguram a homeostasia do organismo. O papel destes últimos é de manter, em qualquer idade, a constância do meio interno, mas fazem-no com uma dificuldade cada vez maior, quando aqueles sistemas são sujeitos, no indivíduo idoso, a um esforço, a uma sobrecarga ou a um stress de qualquer ordem, eles restabelecem mais lenta e dificilmente a situação inicial.

De entre os órgãos efectores, é sem dúvida o aparelho locomotor o que é

afectado mais precocemente e aquele onde as “performances” diminuem mais regular e claramente. Qualquer que seja o grupo muscular considerado e independentemente da população estudada, o máximo de força muscular verifica-se sempre antes dos 30 anos, e a diminuição é depois contínua, acelerando-se à medida que o tempo passa (Reis Jr., 1995; Vargas, 1994).

O esqueleto começa a modificar-se na terceira década de vida: a densidade dos ossos longos e das vértebras diminui linearmente com a idade, a rarefacção dos ossos esponjosos inicia-se, nos dois sexos, no final do crescimento, a diminuição do volume ósseo absoluto, linear no homem, sofre uma aceleração após os 50 anos, na mulher. A “perda de osso” que se segue é considerável e está avaliada em cerca de três por cento por década após os 40 anos no homem e em oito por cento na mulher.

As capacidades ventilatórias diminuem igualmente de forma muito precoce. A ventilação máxima por minuto diminui 40 por cento entre os 20 e os 80 anos.

O sistema circulatório sofre modificações progressivas: com o envelhecimento aumenta a pressão arterial sistólica e nota-se uma diminuição ligeira do débito cardíaco.

O aumento da elasticidade das paredes da aorta e grandes vasos, e a dilatação que dele resulta, contrastam com o aumento de espessura da parede das artérias periféricas, e é em grande parte responsável pelas modificações hemodinâmicas que se registam no idoso.

No processo involutivo, os órgãos e sistemas mais atingidos são o sistema nervoso, o rim, fígado e o sistema endócrino-metabólico.

A involução fisiológica do rim é uma das mais regulares e das mais globais que se conhecem. O peso e a função do rim declinam com a idade. A partir da terceira década de vida, através do estudo do rim, podem-se verificar os sinais mais precoces do envelhecimento que se inicia (Vargas, 1994). Paralelamente a uma diminuição progressiva do número de nefrónios, constata-se um declínio regular da taxa de filtração glomerular, da excreção tubular, assim como do fluxo sanguíneo renal.

O fígado, tal qual o rim, tem com o processo involutivo redução de volume e aumento do tecido fibroso.

As modificações do sistema integrador endócrino representam uma adaptação do organismo em envelhecimento à diminuição da sua massa metabólica activa e à lentificação de certos processos metabólicos (Reis Jr., 1995).

O sistema nervoso central compreende um mecanismo de resposta acentuadamente perfeito, permitindo ao organismo adaptar-se ao meio ambiente (Vargas, 1994: 11).

No processo involutivo o sistema nervoso, em geral, e o cérebro em particular, são pela própria natureza os mais atingidos.

O envelhecimento do sistema nervoso começa provavelmente muito cedo, embora não haja uma boa correlação entre a evolução morfológica, por um lado, e as performances fisiológicas e comportamentais, por outro.

O processo de desidratação e de atrofia tecidual do organismo, próprio do envelhecimento, faz-se sentir, particularmente, ao nível do cérebro que, progressivamente, vai perdendo peso e volume (Fonseca, 1988: 407).

A densidade neuronal começa a diminuir, de forma não homogénea, antes do fim da fase de crescimento ao nível do córtex cerebral. Aquela *manifesta-se sobretudo nas áreas pré-frontais e súpero-temporais do córtex, ao nível do cerebelo e do núcleo talâmico anterior (Reis Jr., 1995: 31).*

À atrofia progressiva dos elementos nervosos mais nobres vai sucedendo a proliferação do tecido de sustentação, o que conduz ao aparecimento de sinais neurológicos e à redução das várias capacidades (Fonseca, 1988: 407).

Sob o ponto de vista neurológico propriamente dito, uma tal situação provoca a *diminuição dos reflexos e das sensibilidades e desencadeia muitas vezes a rigidez, o trémulo, as alterações posturais e as modificações do sono (Fonseca, 1988: 407).*

Sob o ponto de vista psicológico, observa-se uma certa queda progressiva do vigor mental, com maior lentidão dos processos associativos, dificuldades de concentração e da memória, certa puerilidade dos juízos, egocentrismos e

labilidade emotiva, debilitamento de vontade, aparecimento de frequentes sensopercepções do tipo hipocondríaco e aumento da irritabilidade (Fonseca, 1988: 407).

A partir da terceira década da vida humana torna-se mensurável o envelhecimento da maioria dos órgãos dos sentidos (Busse e Blazer, 1992; Reis Jr, 1995):

- diminuição regular da capacidade de adaptação à luminosidade fraca;
- diminuição da acuidade auditiva, cuja evolução se vai manifestar entre os 40 e os 50 anos, como uma diminuição da percepção das frequências mais agudas;
- diminuição da sensibilidade dos receptores tácteis da pele das mãos;
- diminuição das capacidades de perceber sabores e odores;
- diminuição, progressiva após os 30 anos, da velocidade máxima de condução dos nervos motores.

A pele, cujo aspecto tem uma grande influência na informação visual e na relação social, é amplamente atingida pelo envelhecimento. *O fenómeno da senescência da pele é gradual, progressivo e irreversível, traduzindo-se por alterações fisiológicas e patológicas que ocasionam modificações da aparência individual* (Fonseca, 1988: 406).

O sistema imunitário é afectado por dois tipos de fenómenos: o declínio funcional e a destruição activa.

O funcionamento normal do sistema imunitário degrada-se, de tal forma que não consegue reagir de forma eficaz, quer a órgãos doados, quer a células aberrantes que aparecem no organismo do próprio indivíduo, como é o caso das células cancerosas.

O mau funcionamento imunitário é um dos elementos que estimulam o envelhecimento (Reis Jr., 1995: 32).

No que respeita à destruição activa, sabe-se que, ao envelhecer, o sistema imunitário começa a reagir contra o “self”, do qual faz parte. O sistema

imunitário, escapando a qualquer tipo de controlo, pode tornar-se ambíguo: não só não protege como também destrói activamente o corpo do indivíduo.

Nos seres humanos, as diferenças de envelhecimento são em parte geneticamente determinadas, mas são substancialmente influenciadas pela nutrição, estilo de vida e ambiente.

O programa da vida inscrito nos genes não transcorre com velocidade imutável mas, ao contrário, acha-se sob a influência de factores extrínsecos, endógenos (metabólicos) e exógenos (ecológicos) de aceleração (Vargas, 1994:14).

No decorrer dos anos tem-se tentado explicar o fenómeno do envelhecimento, através de inúmeras hipóteses. Surgiu então um vasto leque de teorias tanto biológicas como fisiológicas, psicológicas e sociais.

De uma maneira geral, foram propostas duas categorias de teorias para explicar a biologia do envelhecimento celular, as que defendem uma programação genética do envelhecimento, considerado como uma das fases de desenvolvimento dos organismos, e as que invocam, pelo contrário, alterações aleatórias das estruturas celulares (Reis Jr., 1995; Cotran; Kumar; Robbins; 1991).

A primeira categoria diz respeito ao controlo genético da longevidade (regulação de genes específicos), o qual é sustentado por modelos de envelhecimento “in vitro” (Teorias do potencial de duplicação finito das células; das mutações somáticas ao acaso; do envelhecimento programado).

A segunda, baseada na produção de erros moleculares (“uso e desgaste”), refere-se à exposição contínua do indivíduo, durante a vida, a influências e factores adversos, tanto endógenos como exógenos, que levam a uma progressiva diminuição da capacidade funcional da célula e da sua sobrevivência (Teorias dos radicais livres; das ligações cruzadas; do erro-catástrofe; das ligações cruzadas; da acumulação de produtos de excreção).

Mailloux-Poirier (1995a: 99), considera que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da acção de vários mecanismos, como a

disfunção do sistema imunológico, a programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula de ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética. No entanto, considerando que o ser humano não envelhece só no plano biológico mas também no plano social e cultural, aquele autor apresenta dois grandes grupos de teorias do envelhecimento:

- *as teorias gerais do envelhecimento biológico* - nas quais inclui:

- Teoria imunitária;
- Teoria genética;
- Teoria do erro na síntese proteica;
- Teoria do desgaste;
- Teoria dos radicais livres;
- Teoria neuro-endócrina.

- *Teorias do envelhecimento psicossocial* - das quais destaca:

- Teoria da actividade;
- Teoria da desinserção;
- Teoria da continuidade.

Outros autores preferem alargar o leque de categorias de teorias que procuram estabelecer as causas e os mecanismos do envelhecimento, em geral, da sua acção e reacção, e do homem como um todo. Numa tentativa de tornar mais fácil e simples a compreensão, Vargas (1994: 27) apresentou os seguintes grupos de teorias:

- Teorias biológicas do envelhecimento, de Hart e Turturro (1985):

- Teorias de base celular, orgânica e populacional;
- Teorias de abordagens integrativas;
- Teoria do meta-envelhecimento.

- Teorias psicológicas do envelhecimento:

- Teorias psicanalíticas;
- Teoria epigenética;
- Teoria da psicologia individual;

- Teoria de campo (Lewin);
 - Teoria organísmica (Goldstein, Scheerer e Gelb);
 - Teoria dos papéis (Nahemow e Pousada);
 - Teoria da aprendizagem (Hull e Guthrie);
 - Teoria da desinserção (Elaine Cumming e Henry).
- Teorias sociológicas do envelhecimento:
- Teoria da separação activa e contínua;
 - Teoria da actividade;
 - Teoria da estratificação etária;
 - Teoria do grupo minoritário;
 - Teoria dos eventos e stress de vida;
 - Teoria da homogeneidade e heterogeneidade;
 - Teoria da diferença sociocultural;
 - Teoria das diferenças sexuais;
 - Teoria do conflito de gerações (Marshall).

Segundo Robert (1995: 70), uma das classificações mais completas é a de Zhorès Medvedev (1990) que recenseou mais de 300 teorias e agrupou-as em várias categorias:

- Teorias fundadas em modificações com a idade;
- Teorias fundadas numa lesão (“dano”);
- Teorias geneticamente programadas;
- Teorias evolucionistas;
- Teorias específicas dos tecidos;
- Teorias matemáticas e físico-matemáticas;
- Teorias unificadas.

Parece ser consensual que o envelhecimento não pode ser explicado por uma única causa dependente de um único mecanismo biológico (Busse, 1992; Robert, 1995; Reis Jr, 1995).

Uma teoria unificada, satisfatória e global do envelhecimento, ainda não

existe. Em parte isto é explicado pelo facto de o corpo ser composto por três elementos principais, ou seja, *células em mitose contínua* - as do revestimento cutâneo e da mucosa gastrointestinal estão em proliferação constante durante toda a vida, as da medula óssea que produzem glóbulos do sangue; *células pós-mitóticas* - cessam completa e definitivamente de dividir após a maturação do indivíduo - os neurónios; e *células em mitose intermitente* - como as do fígado (hepatócitos) e os fibroblastos dos tecidos intersticiais em que uma excisão parcial destes tecidos acciona a proliferação celular para preencher o vazio - sem este tipo de sinal, estas células não se dividem, ou fazem-no irregularmente (Busse, 1992; Robert, 1995).

As teorias unificadas do envelhecimento não se apoiam directamente em dados de laboratório, mas sim em considerações inspiradas por grandes teorias biológicas e, em particular, a da evolução.

Uma teoria evolucionista, proposta por Robert (1995), reconcilia as teorias da programação genética do envelhecimento com as teorias dos erros devidos ao acaso e a teoria do caos. O seu conceito evolucionista baseia-se na tese de que *os constrangimentos da evolução da vida na Terra impuseram a todas as macromoléculas "informacionais" (ADN, ARN, proteínas) um limite de fiabilidade às suas funções e estrutura* (Robert, 1995: 121).

Para tornar quantificável uma tal teoria, conviria, segundo Robert (1995), escolher os parâmetros que caracterizam as "condições iniciais" e aqueles que influenciam o desenrolar da vida. Para as "condições iniciais", seriam convenientes certas características do genoma e a sua interacção com o aparelho de controlo da transição dos genes. Assim, *os parâmetros de desenvolvimento da vida deveriam apelar aos mecanismos de controlo dos fenómenos epigenéticos e à sua interacção com o genoma, tal como o "programa" de diferenciação celular, a cronologia de activação e de repressão dos genes e, sobretudo, os parâmetros que controlam o desencadear e o funcionamento das redes de interacção entre células diferenciadas: redes neuro-imunológica, redes constituídas pelo sistema nervoso autónomo, expressão dos receptores que permitem que as células modifiquem o seu funcionamento, no seguimento das*

mensagens recebidas (Robert, 1995: 122).

Segundo este conceito evolucionista, o envelhecimento seria a *consequência directa da evolução da vida aeróbica que se desenvolveu desde a primeira catástrofe (aparecimento do oxigénio na atmosfera), da selecção e da evolução da estrutura e da função das macromoléculas biológicas, evolução esta que não achou útil prever defesas eficazes contra as reacções parasitas entre os elementos nutritivos (glucose, oxigénio) e os constituintes do organismo* (Robert, 1995: 127).

Parece consensual que se podem considerar três formas de envelhecer (Pereira, 1992: 53) :

- *Fisicamente;*
- *Psicologicamente (desinteresse gradual);*
- *Sociologicamente (perda do estatuto social e importância);*

embora seja de notar que elas não acontecem ao mesmo tempo e que é desigual o seu ritmo de desenvolvimento.

Há também que considerar tanto o facto de certos indivíduos só apresentarem diminuições de função sob stress, como a existência de grande variabilidade intragrupal (Abrass, 1991).

Tais diferenças apontam para a possibilidade de existência de uma gradação no envelhecimento desde o “bem sucedido” ao “normal”, onde o primeiro representaria uma perda fisiológica mínima e o segundo alterações significativas (Rowe, 1992).

O envelhecimento não pode ser confundido com doença, já que o declínio fisiológico ocorre independentemente da doença. No entanto, é possível que os factores que causam ou aceleram o processo de envelhecimento sejam os mesmos que produzem doenças, já que nalguns casos os mecanismos biológicos são semelhantes (Wallace, 1992).

O indivíduo mais velho apresenta maior vulnerabilidade à doença.

Com a idade as pessoas acumulam doenças e incapacidades crónicas. A partir dos 74 anos de idade, amiúde estão presentes quatro ou mais problemas

crónicos identificáveis (Rowe, 1993).

Há que considerar, no idoso, as doenças dependentes da idade e as doenças relacionadas à idade (Contran, Kumar, Robbins, 1991).

As primeiras são consequência da senescência fisiológica (ex.: cataratas; osteoporose). As segundas, estando relacionadas à idade implicam uma possibilidade de prevenção, controlo ou tratamento (ex.: aterosclerose sistémica; hipertensão; vulnerabilidade a infecções).

Muitas alterações fisiológicas e anatómicas associadas ao envelhecimento criam condições crónicas geriátricas identificando-se sob as designações tanto de doença como de disfunção ou de alteração fisiológica (Fried e Wallace, 1992).

Apontam-se como manifestações do estado de saúde *“não só a incidência de doenças como também alterações funcionais de vária ordem (física, psicológica ou social), padrões de co-morbilidade, a incapacidade, qualidade de vida diminuída e consequências adversas na utilização dos serviços de saúde tais como institucionalização, hospitalização, complicações iatrogénicas”* (Fried e Wallace, 1992:13).

Um grande número de indivíduos idosos que são hospitalizados refere limitações importantes na actividade devido a condições crónicas. Um prejuízo funcional importante está claramente relacionado à idade do idoso (Rowe, 1992).

A característica patognomónica do envelhecimento é a capacidade reduzida de adaptação ao stress ambiental e não tanto a diminuição na função basal.

A avaliação do indivíduo idoso deve centrar-se no que ele pode fazer, relativamente ao que deveria ser capaz ou deseja fazer, e na identificação dos deficits funcionais recentes que podem ser reversíveis, uma vez que os idosos são especialmente vulneráveis à perda de capacidade funcional, devido à interacção de problemas médicos com pressões económicas, psicológicas e sociais adversas (Rowe, 1992).

Tal processo complementa o diagnóstico do idoso e, complementando a avaliação do estado de saúde, configura as *situações que necessitarão de suporte, o tipo de suporte, a qualidade de vida e o local de habitação* (Kramer e

Schrier, 1990).

No processo de envelhecimento, ao lado das dimensões biopsicológicas, a sociológica deve ser considerada com igual grau de importância, pois representa a relação indivíduo-meio ambiente.

Sob este aspecto, o envelhecimento não significa apenas um espaço de tempo, mas uma categoria, uma actividade sócio-económica, modo de vida, características pessoais, objectivos e conflitos de natureza variável, sentimentos positivos e negativos, ou seja, a soma de todos os processos do viver dentro do contexto sociocultural.

Na interacção do idoso com o meio ambiente deverá haver uma contínua permuta com o mundo exterior. De forma geral, os seres humanos, em qualquer idade, evoluíram como seres sociais e não podem conservar-se física ou mentalmente bem se não permanecerem em contacto com outros seres humanos.

O homem surgiu através do próprio processo de criar cultura e viver socialmente, e necessita dessa cultura e desse meio ambiente social para a sua sobrevivência e ulterior evolução (Vargas, 1994: 15).

Quando se aborda a dimensão sociológica do envelhecimento dois aspectos devem ser observados, porque condizem com uma realidade vivenciada pelo idoso, seja por factores independentes de variáveis necessariamente presentes, seja por variáveis independentes do próprio processo - a solidão e o isolamento social. A solidão como estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afectivos importantes e calorosos, e o isolamento referente à falta de contactos com pessoas diferentes e decorrente da ausência de actividades sociais.

A solidão é o resultado mais directo dos deficits em relações sociais pessoais (Peplau, Bikson, Rook, Goodchilds, 1982: 337).

Há que realçar que ao conceito de solidão vincula-se o de saúde. As pessoas fisicamente sãs sentem menos solidão que as doentes (Vargas, 1994). Por outro lado, a par da solidão ou do isolamento social ou do contacto social insuficiente, o síndrome de insegurança (seja com a saúde, com o futuro ou mesmo com a situação económico-financeira) faz do idoso um indivíduo

consciente e inconscientemente triste.

Assim, não sendo a solidão, em si mesma, um problema de saúde, tem potencial para alterar a saúde de uma forma negativa, ou seja, aumenta o risco de doença. Pode afirmar-se que as relações sociais são influenciadoras ou mediadoras da saúde e bem-estar.

As relações sociais apresentam três dimensões maior: a estrutura, o conteúdo e a percepção do suporte (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

A integração social, medida pela extensão da rede social, tem sido descrita como protectora da saúde do indivíduo e relacionada com índices de mortalidade inferiores aos que se encontram aquando da sua ausência. Admite-se como provável que a *rede social funcione como factor mediador entre o indivíduo e o agente patogénico* (Frizpatrick, 1986:39).

A rede social refere-se às relações sociais e mais precisamente às suas características morfológicas e transaccionais. Fazer a análise da rede social do idoso é um bom método de conhecer a sua integração social (Mailloux-Poirier, 1995b).

O tamanho da rede social permanece relativamente constante (8 a 15 pessoas) até cerca dos 70 anos, altura em que começa a diminuir (Seigler, Poon, 1992).

A dimensão da rede está relacionada com o suporte social do idoso. Outras medidas da rede (proximidade geográfica e tipo de contacto - face-a-face e não visuais) têm importância no tipo de suporte: as primeiras estão relacionadas com o apoio instrumental, estando o suporte emocional significativamente relacionado tanto com as ligações mais próximas geograficamente como com as não próximas, apesar da associação ser mais significativa com ligações mais próximas (Berkman, Oxman, Seeman, 1992).

As redes de suporte (formais e informais) podem não ser coincidentes com as redes sociais, pois aquelas visam prestar uma ajuda concreta à pessoa idosa. A rede de suporte formal é composta de organismos de ajuda governamentais e serviços ou instituições privadas de solidariedade social, enquanto que a rede informal (ou rede natural de ajuda) é constituída pela família (companheiro,

parentes, filhos) e vizinhos (Mailloux-Poirier, 1995b).

A manutenção do idoso no domicílio depende, em grande parte, da sua rede natural de ajuda.

A oferta de tipos particulares de suporte é realizada por indivíduos diferentes. Par ao apoio instrumental parecem contribuir a família, amigos e filhos, mas estes últimos não são as maiores fontes de suporte emocional, uma vez que este prende-se com relações de amigos e outros familiares (Berkman, Oxman, Seeman, 1992).

Há outras medidas de rede social que apresentam alterações etárias. Assim, quanto à reciprocidade, o suporte fornecido pelos idosos até aos 75 anos aos filhos é maior do que o destes para aqueles, invertendo-se esta relação a partir dos 85 anos. Entre os 75 e os 85 anos parece haver uma ajuda equivalente de uns para os outros (Berkman, Oxman, Seeman, 1992).

Os casais idosos dependem muito um do outro. Aquando da morte de um dos membros, o sobrevivente fica, a maior parte das vezes, sozinho, isolado e sentindo solidão.

Por outro lado, o stress de origem social (baixos recursos económicos ou problemas financeiros) pode levar ao isolamento devido a diminuição de relações sociais estreitas, seja devido ao aparecimento de sintomas depressivos ou de desconfiança nos outros.

Também os índices baixos de educação, medidos pelo número de anos de permanência escolar, exercem influência negativa na rede social diminuindo-a, embora este efeito pareça operar indirectamente através da desconfiança que os indivíduos mais velhos apresentam nas outras pessoas.

O status funcional, a rede e o suporte sociais apresentam diferentes associações.

O aumento dos contactos face-a-face está inversamente relacionado com o grau de incapacidade. Parece que esta associação reflecte o impacto que a capacidade funcional tem na possibilidade da realização de visitas a amigos e familiares. Assim, a necessidade de apoio social é fundamentalmente referida por indivíduos idosos apresentando grande incapacidade funcional (Berkman,

Oxman, Seeman, 1992).

Rede e suporte social são *construtos multidimensionais medindo vários aspectos das relações sociais*. Para além do aspecto intrínseco das relações sociais haverá certamente determinantes ambientais (meios rurais ou urbanos, estatuto socio-económico, padrão de mobilidade) que *favorecerão ou inibirão o desenvolvimento de redes estáveis capazes de funcionar efectivamente* (Berkman, Oxman, Seeman, 1992: 208-209).

As pessoas idosas são especialmente vulneráveis à perda de capacidade funcional, devido à interacção de problemas médicos com pressões económicas, psicológicas e sociais adversas (Rowe, 1992).

Os idosos constituem, em regra, um grupo desfavorável da população, caracterizado por fracos recursos económicos e estado de saúde precário. *Cerca de metade não tem vida independente por incapacidade para realizar tarefas simples (vestir, alimentar, deslocar) e muitos deles sofrem de doenças orgânicas* (Vagueiro, 1995: 5-6).

A capacidade funcional do idoso pode ser categorizada desde o funcionamento de mais alto nível até à grande incapacidade.

Pode-se definir bom funcionamento como a não necessidade de ajuda e inexistência de dificuldades numa grande variedade de tarefas (desde as actividades básicas de vida diária até ajoelhar-se ou ficar em pé por um período prolongado de tempo) e na realização de exercícios vigorosos e actividades recreativas. A pontuação máxima da categorização é considerada como envelhecimento saudável.

A magnitude da incapacidade funcional apresenta-se quando se verifica o aumento da perda de independência na população idosa a par da idade.

À medida que a idade avança há um acentuado aumento na proporção de população residindo em instituições ou vivendo em casa mas necessitando de ajuda de terceira pessoa.

Os indivíduos que apresentam incapacidade funcional estão com risco aumentado de mortalidade, de aumento da incapacidade, de apresentar quedas e de institucionalização, quando comparados com aqueles que, possuindo um bom

funcionamento, não necessitam de ajuda.

Quando se pretende avaliar o status de saúde do idoso tem de se ter em atenção tanto a funcionamento físico como a função cognitiva, psicológica e social e a função sensorial, uma vez que todos esses domínios estão inter-relacionados. Assim, qualquer medição da função física tem um componente cognitivo, estando o funcionamento social fortemente relacionado com outros domínios funcionais.

Havendo grande variedade de instrumentos para medir a capacidade funcional, aqueles repartem-se em cinco categorias:

- Actividades da vida diária;
- Actividades instrumentais da vida diária;
- Outras medidas de funcionamento geral;
- Medidas que indicam altos níveis de funcionamento geral;
- Medidas de desempenho de funcionamento.

A primeira categoria contém itens de identificação de indivíduos mais gravemente incapacitados.

O segundo grupo contém actividades que são necessárias para viver independentemente na comunidade. Este tipo de actividades implica, não só um correcto funcionamento cognitivo como também, oportunidade para as levar a cabo. Assim, as pessoas que residem num lar raramente têm oportunidade de praticar algumas actividades, podendo perder essa capacidade.

A terceira categoria compreende avaliação de funções particulares do corpo humano.

O quarto grupo indica altos níveis de funcionamento em quem leva a cabo o desempenho das actividades sujeitas a avaliação.

A última categoria apresenta instrumentos que avaliam tarefas específicas segundo um objectivo pré-determinado.

A escolha do instrumento de avaliação dependerá de vários factores, nomeadamente do tipo de estudo que se pretende efectuar (descritivo ou das consequências funcionais de doenças específicas ou de intervenção), da avaliação da função (num determinado momento ou da sua evolução temporal), do objecto

de estudo ser o indivíduo ou o grupo (alto nível profissional no primeiro caso e alto nível de equivalência no segundo caso).

O funcionamento cognitivo (por exemplo: perceber, lembrar, raciocinar, tomar decisões, resolver problemas) pode ser pesquisado através dos seus indicadores mais comuns:

- Orientação no tempo e no espaço;
- Compreensão da comunicação oral;
- Memória do passado recente;
- Capacidade para manter a atenção;
- Percepção dos acontecimentos residindo fora da esfera pessoal.

A alteração da função cognitiva é muito comum nos indivíduos com mais de 85 anos. Aproximadamente 80 por cento das queixas cognitivas estão relacionadas à memória (Siegler, Poon, 1992).

Existem inúmeras baterias de testes padronizados de avaliação de memória e cognição: exames e mini-exames do estado mental, teste de inteligência psicométrica, baterias neuropsicológicas, rastreio de demência, teste de memória e testes laboratoriais.

A avaliação do funcionamento cognitivo do idoso é sempre complexa e raramente precisa. Deve fazer-se tendo em conta certos factores específicos, no plano físico, emocional e social, como sejam a existência de problemas de saúde, a personalidade, o grau de instrução, alterações sensoriais, ansiedade, depressão, uso de substâncias psico-estimulantes e motivação face aos diferentes testes (Berger, 1995).

Os idosos que vivem em lares apresentam alterações funcionais em maior percentagem que aqueles que vivem na comunidade (Fried, Wallace, 1992).

Existem vários instrumentos multidimensionais para avaliar a rede social, o suporte e a percepção do suporte entre idosos (Berkman, Oxman, Seeman, 1992). Podem ser medidos, por meio de escalas, os componentes estruturais, as

fontes e a eficácia do suporte, a adequação da percepção do suporte e o efeito das relações sociais em resposta à doença.

A maior parte destes instrumentos focam um número limitado de dimensões.

O estudo em separado, da capacidade funcional, da capacidade cognitiva e da estrutura social, deve-se ao facto de ainda não existir um índice complexo de avaliação global do indivíduo, o que seria desejável uma vez que aqueles domínios de avaliação estão intimamente ligados, influenciando-se mutuamente.

O envelhecimento é um processo que se desenrola ao longo do tempo, que se configura no idoso, e que termina na morte. Esse processo conjuntural sofre interações dos diferentes ambientes em que o indivíduo se encontra (biológico, psicológico, social e físico).

Falar do idoso é determinar quem sofre desse processo de envelhecimento.

O estudo do idoso/envelhecimento faz-se tanto numa perspectiva longitudinal como transversal.

A capacidade funcional física, numa expressão longitudinal, apresenta instrumentos de avaliação fidedignos.

A determinação e avaliação da evolução da capacidade cognitiva e memória e do funcionamento intelectual (alterados negativamente no idoso) são de difícil medição devido tanto à inexistência de uma medida unitária simples como da intervenção de muitos parâmetros influentes.

A alteração da estrutura da rede social ao longo da evolução longitudinal da vida, e eventual acção no envelhecimento, ainda se encontra pouco estudada.

Se, de um ponto de vista estritamente biológico, o envelhecimento se define como *um processo global/diferencial, expresso por uma hipovitalidade e hipervulnerabilidade do organismo, com diminuição do número de células funcionantes e da sua capacidade funcional, ele comporta, sobretudo na actualidade, uma forte componente psico-social* (Valentim, 1996: 57-58).

O envelhecimento apresenta-se com grandes lacunas dificilmente ultrapassáveis no estado actual dos conhecimentos.

A inclusão de múltiplas variáveis no estudo de um processo ainda não

totalmente conhecido só poderia conduzir a conclusões erróneas. No entanto, a abrangência multidimensional do envelhecimento apresenta possibilidades de análise da população considerada como tendo sofrido tal processo.

1.2 - O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO DE MARVÃO NO CONTEXTO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

A população mundial, a partir do século XVIII, aumentou de uma forma extremamente rápida, se comparado esse aumento com o que foi observado nos séculos anteriores.

Segundo Nazareth (1988a), em 1830 a população mundial atingia o primeiro milhar de milhão, enquanto em 1986 já chegava a um total de 4 942 milhões de habitantes.

A população de um território é o número de indivíduos que nele vive num determinado momento (Nazareth, 1988b: 9).

Os movimentos natural e migratório existentes numa população têm como consequência directa o crescimento ou a diminuição dessa mesma população.

O crescimento ou diminuição de uma população é consequência da evolução da natalidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios. Cada uma destas componentes é, por seu turno, resultante da interacção do modelo de cada fenómeno e dos efectivos submetidos a esse modelo (Nazareth, 1982: 105).

Pela observação e análise, ao longo de dois séculos, da evolução demográfica no mundo, elaborou-se um modelo de explicativo do crescimento da população mundial: a *Teoria da Transição Demográfica*, que apresenta várias fases (Nazareth, 1988a: 63) :

- Fase pré-transição, em que os níveis de mortalidade e de natalidade são muito elevados e com níveis próximos, o que implica a existência de um crescimento lento da população.

- *Fase de transição demográfica propriamente dita, que se decompõe em duas etapas:*

- *um período em que a mortalidade declina, a natalidade permanece num nível elevado e em que existe um importante crescimento da população;*

- *um período em que a mortalidade continua o seu declínio e a natalidade começa a declinar; o crescimento da população continua, mas em proporções inferiores à do período anterior.*

- *Fase pós-transição, em que os níveis de mortalidade e de natalidade são pouco elevados e com níveis semelhantes; consequentemente, os níveis de crescimento populacional são muito baixos e tendendo para zero.*

Os países europeus, incluídos no bloco dos países desenvolvidos, apresentam, embora com algumas variações, as características demográficas pertencentes à fase de pós-transição.

*A repartição da população por grandes grupos de idades modificou-se nos últimos dois séculos nos países de civilização europeia: a proporção de jovens diminuiu e a proporção de velhos aumentou. Este fenómeno foi mais precoce em França do que em qualquer outro país; chama-se **envelhecimento da população** (Henry, 1988: 24).*

A Europa, em termos de grandes regiões geográficas, está dividida em quatro grandes zonas: a Europa do Norte, a Europa Ocidental, a Europa Oriental e a Europa do Sul.

Portugal está inserido nesta última região.

A Europa do Sul é uma região que apresenta uma distribuição equilibrada na relação espaço-população: 28% do espaço europeu e 28% do total da população europeia.

Portugal, com 9 858 600 habitantes em 1991, é um país com reduzida expressão numérica no contexto da população total europeia (3% do total).

A Europa do Sul é uma região duplamente envelhecida, apresentando modelos de evolução semelhantes aos modelos observados na Europa do Norte e na Europa Ocidental. A Europa Oriental continua a apresentar-se como a região mais jovem da Europa.

A análise da evolução temporal e espacial das estruturas de uma população pode ser feita, segundo Nazareth (1994), através dos três grandes grupos etários, conhecidos como “grupos funcionais”: o grupo dos jovens (0-19 anos ou 0-14 anos), o grupo dos potencialmente activos (10-59 anos ou 15-64 anos).

Esta divisão em grupos funcionais é importante, uma vez que existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo.

O envelhecimento na base ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida.

O segundo tipo de envelhecimento ocorre quando a percentagem de idoso aumenta, fazendo com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar.

Estes dois tipos de envelhecimento estão interligados, uma vez que a diminuição percentual do grupo dos jovens implica um aumento proporcional nos outros dois grupos de idades, em particular no grupo dos idosos.

A Europa apresentava, em 1991, uma percentagem média de população com 65 ou mais anos da ordem dos 14%, assim repartida (Nazareth, 1994):

- Europa do Norte: 15% de população com 65 ou mais anos;
- Europa Ocidental: 14% de população com 65 ou mais anos;
- Europa do Sul: 13% de população com 65 ou mais anos;
- Europa Oriental: 11% de população com 65 ou mais anos.

Estes valores, se comparados com os de 1981, aumentaram globalmente na Europa (13% em 1981) especialmente à custa da Europa do Sul (12% em 1981).

As restantes regiões mantiveram em 1991 os valores percentuais de 1981.

A população com 65 ou mais anos, a nível mundial, manteve-se estabilizada nos 6% em 1981 e 1991.

Em relação à população jovem (com menos de 15 anos), a nível mundial situava-se nos 33% em 1991 (diminui um ponto percentual - 34% em 1981), enquanto a Europa diminuiu dois pontos percentuais em relação a 1981 (20% em 1991).

As regiões mais envelhecidas na base eram, em 1991, a Europa Ocidental e a Europa do Sul (18% e 19% de população com menos de 15 anos). Esse envelhecimento foi mais sentido na Europa do Sul em que o peso dos jovens diminuiu quatro pontos percentuais em relação a 1981. A Europa do Norte e a Europa Oriental mantiveram, em 1991, uma população jovem na ordem dos 20 e 23% respectivamente.

Portugal com um valor de 20% de jovens, ainda tinha, em 1991, um valor ligeiramente superior à média dos países da Europa Comunitária (18,4%) (Nazareth, 1994). Mas se tivermos em conta as estimativas da população residente, em 31/XII/1994, verifica-se que, para uma população estimada em 9.912.140 habitantes, existiam 1.783.550 jovens (0-14 anos) o que corresponde a um peso de 17,99% e um visível envelhecimento na base ¹.

Em relação ao envelhecimento no topo, Portugal, com uma população total de 9 862,7 milhares de habitantes em 1991, apresentava um valor de 13,6% de população com 65 ou mais anos, enquanto a média comunitária se situava nos 14,3% (Nazareth, 1994).

Estes valores mostram a existência de um duplo envelhecimento (na base e no topo da pirâmide de idades). Quando comparados com os de 1981 verifica-se que o peso da população jovem diminuiu (passou de 25,5% em 1981, para 19,9% em 1991) e que o peso dos idosos aumentou (de 11,4% em 1981 passou

¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Direcção Regional do Alentejo - Anuário Estatístico da Região Alentejo - 1995. Évora: INE - DRA, 1996.

para 13,6% em 1991).

Se nos reportarmos às estimativas da população, segundo grandes grupos etários, em 31/XII/1994, constata-se que o peso dos idosos (65 e mais anos) passou para 14,44%, o que corresponde à continuidade do envelhecimento no topo.

Portugal apresenta características gerais semelhantes às dos países europeus: baixa taxa de mortalidade infantil, elevada esperança de vida à nascença, diminuição da fecundidade, duplo envelhecimento, diminuição da dimensão dos agregados familiares e ritmos de crescimento próximos de zero.

O principal factor natural responsável pelo envelhecimento das populações foi o declínio da natalidade.

Uma redução no número de nascimento produz na estrutura etária de uma população uma redução progressiva dos efectivos mais jovens (envelhecimento na base) e conseqüentemente um aumento da importância relativa dos mais idosos (envelhecimento no topo) (Nazareth, 1994:6).

Embora seja a dinâmica das inter-relações entre a mortalidade e a natalidade responsável pelo envelhecimento/rejuvenescimento das populações, o fenómeno do envelhecimento demográfico não é um processo exclusivamente natural.

O homem é um ser dotado de grande mobilidade.

As migrações internacionais e as migrações internas desempenham um papel importante na dinâmica demográfica.

Não são raros os países onde as mutações estruturais têm sido, ao longo do tempo, mais uma consequência dos movimentos migratórios do que do movimento natural (Nazareth, 1988b: 65)

As migrações ao serem selectivas produzem impactos estruturais importantes. A região que recebe população aumenta os seus activos, o que implica uma diminuição nas percentagens nos outros dois grupos etários.

Inversamente, o país ou região exportador de mão-de-obra tem tendência para o aumento da importância da população idosa.

O efeito do declínio da fecundidade é, portanto, acentuado pelos movimentos migratórios.

Na década de 60, em Portugal, a dinâmica migratória contribuiu de forma decisiva para o envelhecimento demográfico da população.

O interior rural, em geral, e o Alentejo em particular, representam a esmagadora maioria das origens dos fluxos de migrações internas: *segundo o recenseamento de 1981, mais de um terço dos que aí nasceram (ou mais de metade, em muitos concelhos do Alentejo) transferiram, na década de 70, a sua residência para outro distrito* (Ferrão, 1996: 183).

As migrações internas contribuíram para o crescimento do litoral à custa do interior.

Actualmente, as migrações internas desaceleraram, parecendo assistir-se ao esgotamento potencial das modalidades clássicas de êxodo rural orientado para as grandes cidades do litoral.

Segundo Ferrão (1996), em Portugal, o número de municípios onde o total de idosos supera o de jovens, era de 30 em 1981, passando para 102 em 1991. Em alguns concelhos da Beira Baixa e do Alto Alentejo a proporção entre esses dois grupos etários é de 3 idosos para cada jovem.

Portugal apresenta uma notória diversidade demográfica nas suas regiões.

Assim, em 1981 a Nute II do Norte apresentava um envelhecimento na base de 28,9% enquanto a Nute II do Alentejo apresentava já valores de 20,7%. Se nos reportarmos a 1991, para as mesmas regiões, os valores são respectivamente de 22,3% e 17,7%. Portugal apresentava uma percentagem de população jovem de 25,5% e 19,9% em 1981 e 1991, respectivamente.

Se nos debruçarmos sobre o envelhecimento no topo, verificamos que os índices mais elevados são visíveis no interior. A título de exemplo referem-se os casos da Nute II de Lisboa e Vale do Tejo que apresentava em 1981 valores de 10,6% e 13,1% em 1991, enquanto a Nute II do Alentejo apresentava valores de

17,9% e 21,2% nos mesmos anos. Portugal apresentava, em 1981, 11,4% e em 1991, 13,6% de idosos.

O Alentejo é uma região do Sul, com uma pequena orla no litoral.

Até aos finais da década de oitenta as recolhas estatísticas eram realizadas por distritos.

Na Região Alentejo existiam três distritos até essa data (Beja, Évora e Portalegre).

Tendo em conta a nova nomenclatura das unidades de recolha estatística (NUTE - *Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos*), a partir da década de oitenta (1988), a Região alargou a sua frente litoral, sendo-lhe incorporados os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines, pertencentes ao distrito de Setúbal.

O Alentejo distribui-se por uma área de cerca de 26.926 Km², correspondendo a 29,27% da área de cobertura do país.

A Região do Alentejo apresentava, em 1991, uma população de 543 442 habitantes (5,5% do total nacional). Em 1981 a população era de 578 430 habitantes, o que corresponde a uma perda de 34 988 habitantes.

Se considerarmos as estimativas da população residente², referentes a 31/XII/1994, verificamos que nesta data a região Alentejo apresentava uma população estimada em 528 720 habitantes, o que representa uma diminuição de 14 722 indivíduos, desde o censo de 1991.

Toda a Região do Alentejo apresenta crescimento total negativo, entre os dois censos, tendo-se registado no Baixo Alentejo a maior taxa de crescimento negativo (-1,05) seguida, por ordem decrescente de grandeza, da Região do Alto Alentejo (-0,54), do Alentejo Litoral (-0,45) e do Alentejo Central (-0,40).

O crescimento natural de 1981 a 1991 também foi negativo (-0,11).

O Alto Alentejo apresenta-se como a região com maior crescimento natural negativo da Nute II do Alentejo.

² INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Direcção Regional do Alentejo - Anuário Estatístico da Região Alentejo - 1995. Évora: INE - DRA, 1996.

Quadro 1 - Crescimento total anual médio e crescimento natural, entre os censos de 1981 e 1991, nas sub-regiões da NUTE II do Alentejo

Sub-regiões da Nute II do Alentejo	Crescimento total anual médio	Crescimento natural anual médio
Alentejo Litoral	- 0,45	+ 0,01
Alentejo Central	- 0,40	- 0,05
Baixo Alentejo	- 1,05	- 0,18
Alto Alentejo	- 0,54	- 0,22

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. XII Recenseamento Geral da População
 Instituto Nacional de Estatística. XIII Recenseamento Geral da População
 Nota: Cálculos efectuados pelo autor.

A Região apresenta-se com crescimento natural e migratório negativos, sendo este superior ao natural.

O Alentejo é uma região onde a par de um crescimento natural negativo, que se associa a uma forte repulsão populacional produzindo uma taxa de crescimento total anual médio francamente negativa, existe um duplo envelhecimento, em que o peso dos idosos já é superior ao dos jovens.

Dentro da Região, a sub-região de Portalegre apresenta-se com a menor percentagem de jovens e a maior percentagem de idosos.

Por outro lado, a criação da Região de Saúde do Alentejo (compreendendo três sub-regiões - Beja, Évora e Portalegre) veio trazer novos problemas estatísticos, uma vez que a distribuição dos concelhos nas diferentes sub-regiões não corresponde à delimitação administrativa em Nute's, sendo contudo análoga à forma de organização administrativa por distritos.

Assim, a sub-região de Beja compreende 14 concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira.

A sub-região de Évora abrange os seguintes 14 concelhos: Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa.

Os concelhos que integram a sub-região de Portalegre são os 15 seguintes: Alter do Chão, Arronches; Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

Em relação à região do Alto Alentejo verifica-se que, na sub-região de Saúde de Portalegre, foram incluídos os concelhos do Gavião e de Sousel e excluído o concelho de Mora.

Tal preocupação prende-se com o facto de alguns dos dados a tratar terem por base a sub-região de Saúde.

A Região de Saúde do Alentejo registou em termos de média, no período de 1988 a 1992, uma menor taxa bruta de natalidade e uma mais elevada taxa bruta de mortalidade, quando comparados tais indicadores com os do continente ³.

Em 1991 o Alto Alentejo apresentava-se com uma população de 128 687 habitantes, o que representa uma diminuição de 7 165 habitantes, em relação a 1981.

Se tivermos em consideração a população estimada em 31/XII/1994, verificamos que residiam na região um total de 124 800 habitantes, menos 3 887 que em 1991. Mantém-se a tendência anteriormente verificada.

A sub-região de Saúde de Portalegre era composta, em 1991, por uma população de 134 169 habitantes (mais 5 482 habitantes que o Alto Alentejo).

No que se refere ao grupo etário dos 65 ou mais anos, o Alto Alentejo apresentava uma população idosa de 27 520 indivíduos, enquanto a sub-região de Saúde de Portalegre contava com mais 1 788 idosos.

No entanto, tais diferenças não parecem influenciar a tendência geral que se tem demarcado, desde há décadas, no sentido do agravamento do crescimento total negativo e do duplo envelhecimento verificado na região.

Sendo Marvão um concelho desta sub-região, interessa localizá-lo e situá-lo em relação aos outros, numa tentativa de encontrar particularidades.

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE - A Região de Saúde em Números. Évora: Administração Regional de Saúde do Alentejo, 1995 (Revista da ARSA, Ano I, Nº 0).

Marvão tem como sede a vila do mesmo nome, localizada a 862 metros de altitude, a cerca de 20 quilómetros da cidade de Portalegre e separada de Espanha pelo rio Sever.

Os limites do concelho de Marvão fazem fronteira com os concelhos de Castelo de Vide (Oeste), Portalegre (Sul) e com o rio Sever e Espanha (Este e Norte).

Apresenta uma área de 154,8 Km², sendo o mais pequeno concelho do Alto Alentejo no que se refere a superfície, e uma densidade populacional de 28 hab./Km² em 1991. Se considerarmos as estimativas da população residente em 31/XII/1994, a densidade populacional desce para 26,6 hab./Km², enquanto no país a média era de 107,3 e 107,8 hab./Km², em 1991 e 1994 respectivamente.

A população concelhia era de 7 478 residentes em 1960, passando em 1991 para um total de 4 419 habitantes, o que corresponde a uma diminuição de 40,91% e um índice de envelhecimento de 189,8%.

O concelho está dividido em quatro freguesias: Beirã, S. Salvador da Aramenha, Santa Maria de Marvão e Santo António das Areias.

A população distribui-se pelas quatro freguesias da seguinte forma:

Quadro 2 - Distribuição da população residente, pelas quatro freguesias do concelho de Marvão, segundo os censos de 1981 e de 1991.

Freguesias	1981	1991	Crescimento
Beirã	976	690	- 29,30%
S. Salvador da Aramenha	1790	1626	- 9,16%
Santa Maria de Marvão	961	802	- 16,55%
Santo António das Areias	1691	1301	- 23,06%
Total da População	5418	4419	- 18,44%

Fontes: INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - XII Recenseamento Geral da População e II Recenseamento Geral da Habitação: Resultados Definitivos - 1981. Lisboa: INCM.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - XIII Recenseamento Geral da População e III Recenseamento Geral da Habitação: Resultados Definitivos - 1991. Lisboa: INCM.

Nota: Cálculos efectuados pelo autor.

Pela análise do quadro 2, constata-se que todas as freguesias do concelho de Marvão apresentam diminuição significativa do número de habitantes.

A freguesia que, entre os dois censos, perdeu mais habitantes foi Santo António das Areias (-390) logo seguida de Beirã (-286), embora esta última tenha sido aquela em que, percentualmente, se tenha verificado a maior diminuição populacional (-29,3%).

As freguesias de Santa Maria de Marvão e de S. Salvador da Aramenha perdem 159 e 164 habitantes, respectivamente.

O concelho de Marvão perde um total de 999 habitantes, correspondentes a 18,44% da sua população, no período entre os censos de 1981 a 1991 (população residente de 5.418 e 4.419 habitantes respectivamente).

A tal diminuição da população não será estranho a abertura das fronteiras, para livre circulação de pessoas e bens dentro do espaço Comunitário Europeu, e conseqüente encerramento das alfândegas tanto ferroviárias (Beirã) como rodoviários (Porto Roque - Marvão).

A este facto há que associar a crise económico-social culminada pelo encerramento de algumas unidades industriais instaladas em Santo António das Areias (calçado e conservas de frutos).

Os dados referentes a 31/XII/1994 apontam uma população residente estimada em 4.120 habitantes (menos 299 habitantes em relação ao último censo). Perde 6,77% da sua população, entre o censo de 1991 e aquela data.

Se a estes dados acrescentarmos o movimento da população, no ano de 1994, no que se refere ao número de nados vivos (31 - não houve óbitos durante o primeiro ano de vida) e ao número de óbitos (78), constatamos que o excedente de vida é negativo (Saldo fisiológico: -47).

Dos catorze concelhos do Alto Alentejo, entre os censos de 1981 e de 1991, Marvão apresenta-se com o maior crescimento total anual médio negativo (-2,01) e o maior crescimento migratório negativo (-1,45), que se associa a uma forte repulsão populacional, conforme se pode observar no quadro seguinte:

Quadro 3 - Crescimento total anual médio, crescimento natural e crescimento migratório, entre os censos de 1981 e de 1991, nos concelhos da NUTE III do Alto Alentejo

Concelhos	Crescimento total	Crescimento natural	Crescimento migratório
Alter do Chão	- 1,10	- 0,62	- 0,48
Arronches	- 1,56	- 0,61	- 0,95
Avis	- 0,35	- 0,36	+ 0,01
Campo Maior	- 0,01	+ 0,05	- 0,06
Castelo de Vide	- 0,08	- 0,90	+ 0,82
Crato	- 1,07	- 0,71	- 0,36
Elvas	- 0,20	+ 0,13	- 0,33
Fronteira	- 0,76	- 0,39	- 0,37
Marvão	- 2,01	- 0,56	- 1,45
Monforte	- 1,29	- 0,74	- 0,55
Mora	- 0,68	- 0,29	- 0,39
Nisa	- 0,84	- 0,95	+ 0,11
Ponte de Sôr	- 0,15	- 0,04	- 0,11
Portalegre	- 0,44	+ 0,08	- 0,52

Fonte: Idem Quadro I.

Se nos debruçarmos sobre o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo podemos constatar que Marvão se apresenta como um dos concelhos mais envelhecidos, apresentando um duplo envelhecimento.

Pela análise do quadro 4, constata-se que todos os concelhos envelheceram na base, sendo Marvão o concelho que apresenta o segundo maior crescimento negativo (- 3,79), logo a seguir ao Crato (-3,85).

Em relação ao envelhecimento no topo verifica-se que, também aqui, todos os concelhos envelheceram, sendo de registar que Marvão foi aquele que mais envelheceu (+ 6,81), seguido de Nisa (+ 5,74) e do Crato (+ 5,03).

Quadro 4 - Envelhecimento na base e envelhecimento no topo, nos concelhos do Alto Alentejo, nos anos de 1981 e 1991

Concelhos	Envelhecimento na base		Envelhecimento no topo	
	1981	1991	1981	1991
Alter do Chão	15,95	14,09	23,23	27,89
Arronches	17,08	13,92	21,10	26,73
Avis	19,54	16,02	20,08	24,04
Campo Maior	23,03	19,53	15,51	17,62
Castelo de Vide	15,85	14,06	26,96	29,60
Crato	17,10	13,25	23,32	28,36
Elvas	22,60	19,15	14,15	16,47
Fronteira	19,83	16,76	19,24	22,32
Marvão	17,05	13,26	20,63	27,45
Monforte	19,03	15,61	19,36	24,10
Mora	19,24	17,36	18,84	23,17
Nisa	14,85	11,80	26,42	32,16
Ponte de Sôr	19,55	17,55	16,35	19,43
Portalegre	21,15	17,63	14,17	17,29

Fonte: Idem Quadro I.

Nota: Utilizaram-se os grupos funcionais 0-14 anos e 65 e + anos.

A repulsão populacional provoca um envelhecimento no topo, acentuado pelo declínio da fecundidade (Nazareth, 1994).

O envelhecimento de uma região leva-nos a questionar sobre as condições de vida dos idosos e sobre as respostas sociais organizadas no sentido de minorar as dificuldades desses mesmos idosos.

Sabe-se que, apresentando, o idoso, alterações morfológicas e funcionais em todos os sistemas orgânicos, a sua capacidade adaptativa poderá estar diminuída face a factores ambientais (estímulos químicos, biológicos e psico-sociais).

A capacidade adaptativa diminuída pode predispor à doença.

O idoso apresenta-se vulnerável a nível geral orgânico, o que poderá influenciar negativamente o seu estado de saúde, diminuindo a capacidade funcional e limitando a vida do seu dia-a-dia. Assim, a avaliação da capacidade funcional é um parâmetro fundamental.

Mas, se o envelhecimento é principalmente uma questão biológica, não se limita a essa vertente. Os aspectos psíquicos e sociais, assim como todas as mudanças ao longo do continuum do desenvolvimento, desempenham um papel importante no envelhecimento do indivíduo e condicionam as alterações presentes na idade avançada.

O idoso, como todo e qualquer indivíduo, está integrado em colectividades. A instituição familiar é um desses sistemas.

Existe uma interdependência entre as transformações da sociedade e as alterações que ocorrem na família.

O fenómeno do envelhecimento demográfico, provocando alterações na sociedade, provoca alterações na estrutura familiar e no seu funcionamento.

O papel da família é limitado pelos compromissos profissionais e sociais dos seus membros, não dispondo aquela, muitas vezes, de condições para oferecer ou pôr à disposição do idoso para que este possa permanecer em casa.

A prestação de apoio efectivo (cuidados globais multifacetados) ao idoso dependente, por parte dos restantes membros da família é, muitas vezes difícil ou mesmo impossível de concretizar.

Por outro lado sabe-se que são os idosos mais velhos (mais de 85 anos) que apresentam maior grau de dependência. Os filhos daqueles (geração seguinte) terão 60 anos ou mais anos, pelo que não se encontrarão na melhor posição para oferecer ajuda.

Quando a família se torna incapaz de dar resposta às dificuldades postas pela incapacidade do idoso, quer pela sobrecarga de trabalho, quer por outra causa, tem de procurar ajuda na comunidade.

Estas alterações (sociais, familiares e demográficas) são alguns dos factores que deram lugar ao aparecimento de novas respostas sociais organizadas para satisfazer as necessidades básicas (e psicossociais) dos indivíduos idosos, já não completamente satisfeitas pelas famílias.

Surgem, assim, em Portugal, serviços vocacionados para o apoio aos idosos ⁴:

- *Acolhimento Familiar* - acolhimento temporário ou permanente de pessoas idosas em famílias idóneas.

- *Apoio Domiciliário* - prestação de serviços por ajudantes familiares em casa dos idosos que não possam realizar as tarefas da sua vida diária ou em situações de isolamento.

Os serviços podem ser:

- Cuidados de higiene e conforto;

- Trabalhos de limpeza e arrumação da casa;

- Tratamento de roupas;

- Administração de alguma medicação;

- Ajudas diversas (acompanhamento, saídas, entre outras)

- *Centros de Convívio* - apoio social com a participação dos próprios idosos na realização de actividades de convívio, recreio, animação e ocupação.

- *Centros de Dia* - apoio social através de um conjunto de serviços, tais como: convívio, recreio, animação, ocupação, alimentação, cuidados de higiene e conforto e tratamento de roupas.

- *Colónias de Férias* - apoio social temporário, residencial ou não, através de um conjunto de actividades destinadas a: convívio, recreio, animação, melhoria das condições de saúde física e psíquica, integração social através do relacionamento dos idosos entre si ou com outros grupos etários.

- *Lares* - apoio residencial colectivo para idosos que não possam manter-

⁴ MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL - *Guia do Idoso*. 3ª ed.. Lisboa: Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, 1995.

se no seu meio familiar ou social, através de:

- Alojamento;
- Alimentação;
- Cuidados de saúde, higiene e conforto;
- Convívio, recreio, animação e ocupação.

Para além das soluções anteriormente apontadas, regista-se ainda:

- *TeleAlarme* - pretende dar resposta a nível nacional e visa manter o idoso, com segurança, no seu domicílio e impedir o seu isolamento social. Funciona através da rede pública de telefones, o que implica que o idoso terá de ter acesso a essa rede.

Mais recentemente, despontaram novos projectos e serviços para idosos com necessidades especiais:

- *Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)* - propõe a criação de novas respostas que visam a melhoria da qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas possibilitando a permanência no seu meio habitual.
- *Centro de Apoio a Dependentes (CAD)* - prestação de cuidados continuados em centros de apoio a dependentes, em estreita colaboração com a família, desde que o apoio não possa ser prestado no domicílio.
- *Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)* - prestação de serviços no domicílio, com carácter permanente, visando a melhoria das condições de vida dos idosos e a sua autonomia, através de apoios integrados nas áreas social e da saúde adequados à sua situação de dependência.
- *Projecto Casa* - projecto em fase experimental, ainda não implantado em todo o país, que tem como objectivo ajustar cada habitação às necessidades específicas e às condições dos idosos que as habitam, facilitando as suas tarefas normais, estimulando-os para novas tarefas e reduzindo o seu isolamento
- *Projecto Videotelefone* - é um projecto piloto, em fase experimental, que

visa a utilização da videotelefonia como suporte de serviços de apoio à distância a prestar a idosos nas suas próprias casas. O objectivo deste projecto consiste na melhoria do grau de inserção social dos idosos e diminuição do seu isolamento.

A região do Alto Alentejo, não dispondo de todos os recursos existentes a nível nacional e não sendo, contrariamente ao que seria de esperar, o local privilegiado de implantação de projectos piloto e de outros serviços especiais para idosos, apresenta uma razoável rede de serviços formais vocacionados para o cuidado de idosos. De entre estes destacam-se os serviços destinados a idosos dependentes.

O número de serviços e a capacidade dos equipamentos tem vindo a apresentar um crescimento continuado.

Em 1980, a região do Alto Alentejo contava com dezanove lares (treze dos quais pertencentes a Misericórdias. A capacidade desses equipamentos não foi possível apurar, devido à inexistência de registos no NAIPSS⁵.

Em 1990, o número de Lares era de 25 e em 1996 contava-se já com um total de 32.

À data de 31 de Dezembro de 1996 existiam 51 Centros de Dia. Deste total, 13 já existiam antes de 1980, 14 foram criados no período de 1980 a 1990 e os restantes 24 apareceram entre 1990 e 1996.

Segundo o NAIPSS, em 1993 existia um total de 38 Centros de Dia. Pode-se então constatar que no espaço de três anos foram criados 13 novos Centros de Dia.

Em relação à valência de Apoio Domiciliário os dados disponibilizados também apresentam algumas lacunas pelo que existiu alguma dificuldade no seu tratamento.

O Apoio Domiciliário desenvolveu-se na região a partir do ano de 1985.

No final de 1996 existiam 40 instituições fornecendo apoio domiciliário a

⁵ Os dados apresentados foram fornecidos pelo Centro Regional de Segurança Social do Alentejo - Serviço sub-regional de Portalegre - Departamento de Acção Social - Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social (NAIPSS).

um total de 1124 idosos. Só nos últimos três anos, onze instituições vocacionaram-se para a valência de Apoio Domiciliário.

Nas últimas duas décadas têm surgido, na região, alguns Centros de Convívio destinados a idosos. No final de 1996 contabilizava-se um total de 6 instituições vocacionadas para aquela valência.

O número total de idosos que frequenta estes serviços é difícil de estabelecer com precisão, no entanto o NAIPSS estima que seja na ordem dos 180 indivíduos.

Verifica-se o aumento do número de equipamentos, ao mesmo tempo que se verifica o aumento da sua capacidade e do número de ocupantes.

A partir de 1990 já é possível apresentar os valores da capacidade e da ocupação real dos equipamentos, em relação à região, relativamente a 31 de Dezembro de cada ano, para as valências de lar, apoio domiciliário e centro de dia, através da soma dos resultados parcelares instituição a instituição.

Quadro 5 - Capacidade e ocupação real dos equipamentos, por valência, nas instituições de 3ª idade, nos anos de 1990 a 1996, no Alto Alentejo.

Anos	Capacidade dos equipamentos			Ocupação real dos equipamentos		
	Lares	Apoio Domiciliário	Centros de Dia	Lares	Apoio Domiciliário	Centros de Dia
1990	1238	543	1068	1213	543	858
1991	1340	740	1130	1318	715	938
1992	1337	803	1135	1324	749	886
1993	1392	837	1155	1361	775	800
1994	1545	844	1311	1563	844	888
1995	1615	1118	1440	1625	1012	835
1996	1615	1204	1448	1641	1124	1146

Fonte: CRSSA - Serviço sub-regional de Portalegre - Departamento de Acção Social - NAIPSS
 Nota: Cálculos efectuados pelo autor.

Pela análise do quadro 5 pode-se constatar o aumento da capacidade em

todas as valências dos equipamentos, sendo de salientar a duplicação da oferta (entre 1990 e 1996) no que se refere ao Apoio Domiciliário.

Em relação à ocupação real dos equipamentos verifica-se que a partir de 1994 a capacidade dos Lares se mostra insuficiente face à procura o que leva à sobre-ocupação.

Os Lares, nos últimos anos, têm admitido mais idosos do que a sua capacidade.

Essa sobrelotação, segundo o NAIPSS, é feita através da instalação de camas suplementares, quando as características e o espaço físico do Lar o permitem.

Segundo a mesma fonte, as variações verificadas na ocupação dos Centros de Dia são explicadas pelo aumento da disponibilidade da capacidade dos equipamentos e pela passagem daqueles utentes para a valência de Apoio Domiciliário.

O idoso, sempre que possível, prefere permanecer na sua habitação.

Quando as condições do idoso (dependência) não permitem a permanência no Centro de Dia ou na sua habitação, a transferência para um Lar parece ser a solução a encontrar.

As taxas de ocupação dão-nos uma imagem aproximada da evolução da realidade das valências em análise, no que se refere à sua procura por parte dos idosos.

Os dados disponíveis referem-se ao período de 1990 a 1996 para as valências de Lar, Apoio domiciliário e Centro de Dia.

Quadro 6 - Taxas de ocupação por valência, nas instituições de 3ª idade, em Dezembro nos anos de 1990 a 1996, no Alto Alentejo.

Anos	Taxa de ocupação		
	Lar	Apoio Domiciliário	Centro de Dia
1990	97,98%	100%	80,34%
1991	98,36%	96,62%	83,01%
1992	99,03%	93,28%	78,06%
1993	97,77%	92,59%	69,29%
1994	101,17%	100%	67,73%
1995	100,62%	90,52%	57,99%
1996	101,61%	93,36%	79,14%

Fonte: CRSSA - Serviço sub-regional de Portalegre - Departamento de Acção Social - NAIPSS
 Nota: Cálculos efectuados pelo autor.

Verifica-se, neste período, a constante procura da instituição Lar, até à sua sobrelotação.

Embora sempre muito próximo dos 100%, desde 1990, o aumento da ocupação fez-se de forma continuada (excepção no ano de 1993, em que essa tendência diminuiu ligeiramente).

A valência de Apoio Domiciliário manteve uma taxa de ocupação de 100% ou rondando esse valor. Nos períodos em que a ocupação não foi completa, verificou-se paralelamente o crescimento da capacidade e da oferta destes equipamentos.

Para os Centros de Dia verifica-se, a partir de 1991, uma diminuição da ocupação, a par de um aumento da sua capacidade. A taxa de ocupação tem sido substancialmente menor para esta valência do que para as outras duas, diminuindo tanto devido à diminuição da ocupação real, como devido ao

aumento paralelo da disponibilidade destes equipamentos. No entanto, no último ano em análise, verifica-se um aumento da procura desta valência.

No entanto, é necessário ressaltar que em relação a Mora não foi possível obter a informação referente à ocupação, em Dezembro, nas suas instituições, devido à inexistência de tais dados, tendo sido contabilizado o total disponível e não a ocupação real.

Por outro lado, os valores correspondem à ocupação em Dezembro de cada ano, o que não significa que aquela ocupação seja constante ao longo de todos os meses do ano. Não nos tendo sido fornecido as frequências processadas mensalmente, não nos foi possível chegar a outras conclusões.

A partir de 1993, a taxa de ocupação da valência Lar ultrapassa os 100%, o que significa que não existem lugares vagos em nenhum deles, pelo que a variação mensal será mínima, uma vez que todos os lares, por nós contactados, referem a existência de listas de candidatos a possíveis vagas.

Referenciando o mês de Dezembro de 1996, quatro Lares apresentavam uma ocupação superior à sua capacidade, num total de 26 idosos:

- Santa Casa da Misericórdia de Arronches: + 4 utentes;
- Santa Casa da Misericórdia de Avis: + 15 utentes;
- Santa Casa da Misericórdia de Nisa: + 3 utentes;
- Santa Casa da Misericórdia de Portalegre: + 4 utentes.

Marvão dispõe de duas instituições vocacionadas para o apoio ao idoso:

- Santa Casa da Misericórdia de Marvão - valência de Lar
- Lar de Nossa Senhora das Dores de Porto da Espada - valência de Centro de Dia.

Este último iniciou a sua actividade em Setembro de 1995 e vai alargar os seus serviços abrindo a valência de Lar (prevista para o dia 1 de Julho de 1997)

disponibilizando 15 lugares para idosos. No entanto, a capacidade do Centro de Dia, inicialmente prevista para 25 utentes, foi reduzida para 15, em Janeiro de 1996.

Em fase de construção encontra-se o futuro Lar de S. Salvador da Aramenha.

Pode-se, por estas iniciativas, perceber a preocupação dos responsáveis públicos pela problemática do envelhecimento no concelho de Marvão

O alargamento das valências, da capacidade dos equipamentos existentes e a construção de novas unidades vocacionadas para a 3ª idade, parece justificar-se uma vez que o concelho continua a envelhecer e as instituições existentes já não conseguem dar resposta às necessidades das famílias e dos idosos

A capacidade dos equipamentos existentes e em funcionamento é a seguinte:

- Lar da Santa Casa da Misericórdia da Marvão - 78 lugares
- Centro de Dia do Lar de Nossa Senhora das Dores de Porto da Espada - 15 lugares

Quando se analisam os valores da ocupação real destes equipamentos verificamos que o número de utentes é superior à capacidade dos mesmos.

A excepção verificou-se na valência Centro de Dia, no ano de abertura do mesmo, em que estando prevista uma ocupação de 25 utentes (número não alcançado nesse ano) acabou por reduzir a sua capacidade para 15 utentes com a finalidade de ceder espaço para a futura valência de Lar. No entanto, veio a verificar-se que, em determinados meses do ano seguinte, esse número de vagas era insuficiente em relação à procura.

Quadro 7 - Ocupação real mensal dos equipamentos vocacionados para o apoio à 3ª idade, por valências, no concelho de Marvão, nos anos de 1995 e 1996

Meses	1995		1996	
	Lar (capacidade 78)	Centro de Dia (capacidade 25)	Lar (capacidade 78)	Centro de Dia (capacidade 15)
Janeiro	81	-	84	12
Fevereiro	82	-	83	14
Março	79	-	83	14
Abril	81	-	82	14
Maio	80	-	82	15
Junho	81	-	83	16
Julho	82	-	83	16
Agosto	82	-	83	16
Setembro	82	8	84	17
Outubro	83	11	83	15
Novembro	83	13	78	15
Dezembro	84	12	78	15
Média Mensal	82	11	82	15

Fonte: Registos da Santa Casa da Misericórdia de Marvão
NAIPSS

As flutuações verificadas, ao longo dos dois anos em apreciação, na valência Lar (Santa Casa da Misericórdia de Marvão) estão directamente relacionadas com as altas taxas de mortalidade observáveis na população idosa, o que leva a uma renovação da população institucionalizada.

Assim, ao ter-se em consideração o número de idosos que, ao longo do ano, entram na instituição, verifica-se que o total de indivíduos usando a valência de Lar é superior aos efectivos considerados para cada mês.

O número de idosos institucionalizados, será superior aos anteriormente

apresentada, uma vez que é difícil precisar o valor correcto de idosos a receber apoio.

Esta situação verificar-se-á em todos os Lares, pelo que se poderá concluir que o número de idosos institucionalizados será substancialmente superior aos encontrados. Atendendo a este princípio, os dados anteriormente referidos terão de ser tomados como aproximação da realidade, indicando somente uma tendência.

1.3 - CONCLUSÕES

O envelhecimento representa, na sua totalidade, uma etapa do desenvolvimento individual, cuja característica principal é a acentuada perda da capacidade de adaptação, diminuição da vitalidade e aumento da vulnerabilidade de todas as funções individuais.

A idade cronológica de uma pessoa é frequentemente estimada por alterações na aparência e na capacidade para a realização de tarefas associadas com actividades de vida e trabalhos quotidianos. À medida que o indivíduo envelhece, a pele frequentemente torna-se enrugada, seca e seborreica, e aparece ceratose actínica. O cabelo torna-se grisalho e mais fino; a calvície acentua-se. Os dentes deterioram-se e são perdidos. A altura tende a diminuir, assim como o peso. A cavidade torácica e a cavidade abdominal aumentam. As orelhas alongam-se e o nariz alarga-se. Células adiposas invadem a musculatura e a força muscular diminui. A postura e altura são afectadas por alterações músculo-esqueléticas. A densidade óssea, influenciada pelo sexo e pela raça, diminui com a idade.

As funções fisiológicas diminuem com a idade originando a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições ambientais e deste modo irá progredindo o envelhecimento, que é inevitável.

Cada organismo vivo tem a sua individualidade própria e programada geneticamente, para o crescimento ou para o envelhecimento, da mesma forma, o seu estilo próprio de vida e vivência, seus condicionamentos, adaptações e aceitação do meio ambiente e das influências que dele advêm (Vargas, 1994: 14).

O envelhecimento pode ser visto como uma série de perdas significativas: *perdas de proventos, perda de amigos e familiares, perda de estatuto como trabalhador, pai ou membro activo da comunidade, e perda da auto-estima* (Lurie, 1982: 119).

A delimitação do que é normal ou característico da idade e o que é patológico, do que é inevitável e do que pode ser prevenido, é ainda impossível com os conhecimentos actuais (Ferreira, 1990: 1095).

O idoso, sendo uma unidade constituinte da população, apresenta características que o mantêm individualizado.

Para além da idade (no presente estudo considera-se idoso o indivíduo com 65 ou mais anos) há várias dimensões com que se pode categorizar.

A vertente biológica é fundamental uma vez que a incapacidade física, aumentando com a idade, irá impor ajuda de terceiros nas actividades de vida do dia-a-dia.

A família é, por excelência, o fornecedor dessa ajuda.

Quando a família se torna incapaz de suprir as dificuldades postas pela incapacidade do idoso, quer pela sobrecarga de trabalho, quer por qualquer outra causa, procura ajuda na comunidade. A comunidade responde com formas de organização social que procuram substituir o papel da família na ajuda aos seus membros mais velhos. São exemplos os Lares, os Centros de Dia e o Apoio Domiciliário.

A forma como evoluem a mortalidade, a natalidade e os movimentos migratórios determina o volume e as estruturas demográficas.

O Alentejo é uma região onde, a par do crescimento natural negativo que se associa a uma forte repulsão populacional produzindo uma taxa de crescimento total anual médio francamente negativa, existe um duplo envelhecimento, em que o peso dos idosos já é superior ao dos jovens.

Dentro da Região, a sub-região de Portalegre apresenta-se com a menor percentagem de jovens e a maior percentagem de idosos.

O Alto Alentejo apresenta-se como a região com maior crescimento natural negativo da Nute II do Alentejo.

Dos catorze concelhos do Alto Alentejo, entre os censos de 1981 e 1991, Marvão apresenta-se com o maior crescimento total anual médio negativo (-2,01) e o maior crescimento migratório negativo (-1,45), que se associa a uma forte repulsão populacional.

Em relação ao envelhecimento no topo verificou-se que, naquele período, todos os concelhos do Alto Alentejo envelheceram, sendo de registar que Marvão foi aquele que mais envelheceu (+ 6,81).

Neste concelho a procura da valência Lar é um fenómeno evidenciado pela sobrelotação dos equipamentos disponíveis.

Marvão apresenta-se assim como um local privilegiado para a procura de condicionantes que levam o idoso à institucionalização.

2. ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

2.1 - A ESPÉCIE HUMANA

O nosso planeta - a Terra - terá tido origem há cerca de 4 600 milhões de anos.

A vida terá começado, na Terra, há mais de três mil milhões de anos.

Crê-se que, quando a vida começou, a atmosfera continha azoto, amoníaco, hidrogénio, monóxido de carbono, metano e vapor de água, mas não existiria oxigénio livre. Também continha cloro, ácido sulfídrico e outros gases que seriam venenosos para a maior parte da vida de hoje (Odum, 1988).

A composição da atmosfera terá sido largamente determinada pelos gases provenientes dos vulcões, que seriam bastante activos. Dada a ausência de oxigénio não havia camada de ozono protectora da radiação solar ultravioleta mortal. Esta penetraria até à superfície da terra e da água. Tal radiação poderia matar toda a vida exposta, embora se acredite ter sido essa radiação que criou *uma composição química que conduziu às moléculas orgânicas complexas, como os aminoácidos, que se tornaram os blocos de construção da vida primitiva* (Odum, 1988: 436).

A quantidade muito pequena de oxigénio não biológico produzido por dissociação do vapor de água motivada pelos raios ultravioletas pode ter proporcionado ozono suficiente para formar uma pequena camada protectora contra a radiação ultravioleta. Enquanto o ozono e o oxigénio atmosféricos se mantiveram escassos, a vida apenas se podia desenvolver sob uma camada de água protectora.

Os primeiros organismos vivos terão sido uns anaeróbicos aquáticos do tipo leveduras que obtinham a energia necessária para a respiração pelo processo de fermentação. Dado que a fermentação é muito menos eficiente que a respiração oxidativa a vida primitiva não podia evoluir para além da fase monocelular.

Durante milhões de anos a vida teve de existir numa situação muito limitada e precária.

Presumivelmente, *a escassez de alimento orgânico exerceu uma pressão de selecção que conduziu à evolução da fotossíntese* (Odum, 1988: 437).

A gradual formação de oxigénio, produzido biologicamente na água, e a sua difusão para a atmosfera, provocada pelas múltiplas alterações na geoquímica da Terra, terá tornado possível a rápida expansão da vida e o desenvolvimento de sistemas vivos maiores e mais complexos.

Com o aumento do oxigénio na atmosfera, a camada de ozono formada na atmosfera superior foi aumentando de espessura, o que terá permitido a movimentação da vida até à superfície a água e o aparecimento da respiração aeróbica possibilitando o desenvolvimento de organismos multicelulares complexos.

Ao longo dos vários períodos de tempo foi ocorrendo uma explosão evolucionária de formas de vida novas que foram enchendo os mares e invadindo a terra.

O desenvolvimento do manto verde de vegetação proporcionou mais oxigénio e alimento para a evolução subsequente de grandes criaturas como sejam os dinossauros, os mamíferos e, por fim, o homem.

O processo evolutivo progrediu permitindo o aparecimento de inúmeras espécies.

Independentemente do processo de evolução que conduziu ao aparecimento de vida na Terra se ter originado do espaço inter sideral ou na terra a partir das reacções químicas que ocorreram na atmosfera e nos oceanos primitivos, como atrás se esboçou, a vida sofreu uma via de complexificação.

A espécie é uma unidade biológica natural, mantida pelo facto dos seus elementos compartilharem um depósito comum de genes.

A especiação, ou formação de novas espécies, e o desenvolvimento da diversidade em espécies, ocorrem quando a corrente de genes no interior do depósito comum é interrompida por um mecanismo de isolamento. Quando o isolamento ocorre por separação geográfica das populações que descendem de

um antepassado comum, pode resultar a especiação alopátrica. Quando o isolamento resulta de condições ecológicas ou genéticas dentro da mesma área, é possível a especiação simpátrica (Odum, 1988).

A teoria da evolução biológica envolve a selecção natural darwiniana e a mutação genética a nível da espécie.

Muitos biólogos acreditam que todas as alterações evolutivas podem explicar-se no âmbito da teoria convencional da selecção natural e da mutação, embora os geneticistas e especialmente os ecologistas duvidem das possibilidades da selecção natural a níveis superiores de organização.

O Homem é o mais jovem primata da classe dos vertebrados. Pertence à super família Hominoidea (Homínideos), subdividida em duas famílias - a Hominidae e a Pongidae. O Homem pertence à família Hominidae (Homínida), ao género Homo, à espécie Sapiens e à subespécie Sapiens-Sapiens (Coppens, 1985).

A super família é constituída por espécies que estão anatómica, biológica e fisiologicamente muito próximas umas das outras. As diferenças são mais quantitativas que qualitativas.

Não existe nenhum fosso separador entre o homem e os outros primatas. Nota-se naquele uma complexificação maior de certos aparelhos e de certos sistemas. Tal poderá revelar uma diferença de níveis evolutivos.

Admite-se que o primeiro acidente que conduziu pela via da hominização tenha sido a tranlocação fundamental. Esta pode ter provocado dois efeitos: o aparecimento de uma nova característica hominizante (a posição bípede permanente) e o isolamento genético, o qual é uma das condições fundamentais da especiação (Ruffié, 1978).

O homínideo começa por se distinguir do chimpanzé não pelo peso do cérebro, nem provavelmente pelas suas aptidões intelectuais, mas sim pela locomoção bípede e pela postura vertical. A postura erecta é o elemento decisivo que vai libertar a mão de todas as obrigações locomotoras. A oponência do polegar, aumentando a força e precisão da preensão, vai fazer da mão um

instrumento polivalente (Morin, 1975).

O bipedismo abre a possibilidade da evolução que conduz ao Sapiens: a postura erecta liberta a mão, a mão liberta o maxilar, a verticalização e a libertação do maxilar libertam a caixa craniana das restrições mecânicas que anteriormente pesavam sobre ela, e esta última torna-se capaz de se alargar (Morin, 1975).

Esta descrição pressupõe mutações genéticas, que realizam as transformações anatómicas e o aumento do tamanho do cérebro.

A partir de então, serão *as múltiplas inter-relações, interacções, interferências, entre os factores genéticos, ecológicos, praxistas (a caça), cerebrais, sociais e depois culturais, que vão permitir conceber o processo multidimensional da hominização, o qual vai finalmente levar ao aparecimento do Homo Sapiens* (Morin, 1975: 55).

A hominização não poderá ser concebida unicamente como uma evolução biológica, nem como uma evolução sociocultural, mas sim como uma morfogénese complexa e multidimensional resultante de interferências genéticas, ecológicas, cerebrais, sociais e culturais.

As modificações biológicas que caracterizam a hominização compreendem mutações (cromossómicas e pontuais), tendo sido as mais favoráveis retidas pela selecção natural. Estes processos não são ainda completamente conhecidos.

A vantagem selectiva mais eficaz é constituída pela inteligência individual. Por outro lado, a palavra vai permitir transformar o conhecimento individual em colectivo, o qual se acumula geração após geração.

Apesar da experiência acumulada ficar à disposição de todo o homem que nasça, não é inata, sendo sim a aptidão para a adquirir.

Desde que nasce, todo o indivíduo começa a receber a herança cultural, que assegura a sua formação, a sua orientação, o seu desenvolvimento de ser social. A herança cultural não vem unicamente sobrepor-se à hereditariedade

genética - combina-se com esta. Determina estimulações e inibições que contribuem para cada ontogénese individual e modulam a expressão genética no fenótipo humano (Morin, 1975: 165).

O Homo Sapiens aparece como uma espécie alopátrica (dispersa por vários meios e capaz de se acomodar a condições ecológicas muito variadas) e alocrónica, isto é, que evolui no decurso de longos períodos em regiões que apresentaram variações climáticas por vezes importantes (Ruffié, 1978).

A distribuição do Homo Sapiens por todas as latitudes exigiu-lhe soluções a problemas colocados pelo ambiente. Muitas vezes é a selecção natural o processo que cria tais soluções.

Uma espécie está adaptada ao ambiente quando ela pode viver e reproduzir-se nele.

A espécie humana adapta-se e controla os seus ambientes por intermédio da cultura. A adaptação cultural é mais rápida e precisa que todas as adaptações biológicas.

O Homem, diferentemente das outras espécies, apresenta como originalidade o meio socio-cultural que lhe proporciona capacidades de resposta eficaz a pressões ecológicas.

A evolução biológica faz-se por tentativas, é lenta e passiva, não sendo o organismo a procurar uma mutação nem uma recombinação.

A evolução cultural apresenta-se com adjectivo ajustando as soluções e é capaz de resultados superiores aos da evolução biológica (Ruffié, 1978). No entanto, aquela sendo fundada no psico-social, apresenta-se mais frágil que a evolução biológica que, registada no genoma, apresenta uma continuidade geracional.

O sistema cultural não suplanta o sistema genético.

É a herança cultural que, assegurando a integração do indivíduo numa determinada sociedade, complementa a hereditariedade e assegura a perpetuação da sociedade (Morin, 1975: 167).

A evolução biológica e a evolução cultural são dois aspectos inter-relacionados do desenvolvimento. Ambos estiveram implicados na hominização.

O Homem, ao ocupar com sucesso todos os nichos, não poderia sofrer um processo de especiação. por outro lado os mecanismos de isolamento nos Hominídeos desenvolveram-se muito lentamente, tendo sido contrariados pelas notáveis capacidades de mobilidade e independência relativamente ao ambiente. Como consequência, a possibilidade de formação de subespécies tornou-se, e tem-se tornado, cada vez menor, contribuindo para tal o aumento das comunicações e transportes (Mayr, 1970).

Um novo nicho ou zona adaptativa é quase sempre iniciado por uma mudança de comportamento. Segundo Mayr (1970) este é o determinante evolucionista mais importante, particularmente, na iniciação de tendências evolucionistas.

Se o novo comportamento, associado ao novo habitat, ajudar à sobrevivência será então favorecido pela selecção e assim, também, serão favorecidos todos os genes que contribuem para a sua eficiência.

Se considerarmos que o modelo de comportamento é a unidade básica da cultura parece então que a espécie humana apresenta uma diversificação cultural que teria por base a grande variedade de meios ocupados.

Existam demasiadas vertentes inter-relacionadas e produtoras de influências mútuas na espécie humana: biológica, cultural, ambiental e demográfica. Qualquer delas arrasta e modifica todas as outras.

A vertente cultural não existe nas outras espécies.

Se por um lado o conceito de adaptação colectiva da Ecologia Geral se pode transpor para a espécie humana, não se pode esquecer a complexificação deste processo, já que o Homem apresenta um tipo de adaptação único: a cultural.

Qualquer que seja o prisma por que se pretende considerar a interacção entre os atributos naturais e culturais do Homem, a Ecologia Humana tem de ir

mais além dos princípios da Ecologia Geral, uma vez que a flexibilidade do Homem em matéria de conduta, a sua capacidade para controlar as respectivas vizinhanças imediatas e a sua tendência para desenvolver cultura independentemente do ambiente, são maiores do que as dos outros organismos (Odum, 1988).

Por outro lado também a noção de espécie, tanto como unidade genética como ecológica, não se aplica totalmente ao Homem já que a variedade dos meios ocupados por este implicou uma adaptação sócio-cultural diversificada e uma diversificação cultural e a consequente formação de populações culturalmente distintas, interagindo com outras com as quais partilha o ambiente.

Por fim, na Ecologia Geral, o desenvolvimento culmina num ecossistema estável sendo o ambiente o factor que determina os seus limites. Mas no Homem há que admitir que a cultura transportará em si os limites (ou não limites) ao desenvolvimento.

É assim necessário conceptualizar uma Ecologia Humana, onde as noções de espécie, população e adaptação tenham uma orientação temática diferente.

2.2 - CONCEITOS E ENUNCIADOS DA ECOLOGIA HUMANA

O primeiro cientista a utilizar a palavra *Ecologia* foi o biólogo alemão Haeckel, em 1873.

No início do século XX surgem as primeiras publicações científicas e a ecologia aparece como uma ciência, com raízes nas ciências biológicas.

A ecologia científica foi procurar em Darwin alguns dos conceitos em que se baseia: as relações entre os seres vivos, a noção de processo de adaptação e o conceito de meio (Nazareth, 1993).

Desenvolveram-se, em momentos distintos, três ramos da ecologia científica (vegetal, animal e humana) que, pela convergência de pontos de vista, deram lugar à ecologia geral.

À medida que se acumulavam conhecimentos, a ecologia foi-se especializando.

Mais tarde, apareceram variantes da divisão clássica:

- a auto-ecologia - estuda a influência dos factores externos sobre os seres vivos;
- sinecologia - estuda os grupos de organismos associados entre si, ou seja, das comunidades naturais, animais e vegetais.

Sendo a ecologia *o estudo das relações dos organismos ou de grupos de organismos com o meio* ou a *ciência das inter-relações que ligam os organismos vivos ao seu ambiente*, tem uma percepção do mundo da vida como um sistema de interdependências dinâmicas.

Qualquer organismo (plantas e animais, incluindo o homem) está num contínuo processo de adaptação a um meio exterior a si próprio (Nazareth, 1993: 879).

Segundo o mesmo autor (Nazareth, 1993), o termo Ecologia Humana aparece no início dos anos 20 deste século:

- Em 1921 H. Barrows identifica a ecologia humana como uma componente da geografia, estabelecendo alguma relação entre a geografia e a sociologia.
- Em 1925 L. Bernard, na sua classificação de ecossistemas, distingue factores biossociais e psicossociais, iniciando a visão moderna da ecologia humana.
- A “Escola de Chicago”, fazendo o paralelismo entre os comportamentos animais e os comportamentos humanos, também contribuiu para o desenvolvimento da ecologia humana.
- Outros cientistas foram contribuindo para o crescimento e desenvolvimento da ecologia humana, de entre os quais se pode destacar Ezra Park com o seu trabalho “Ecologia Humana”, datado de 1936.

Nos anos 70, após alguma indiferença pela problemática da ecologia humana, *o homem passa a ser considerado como um todo, um sistema de órgãos e funções, dotado de instintos e de inteligência, com um património genético e cultural e inserido num meio que é constituído por elementos bióticos, abióticos e sociais* (Nazareth, 1993: 882).

A ecologia humana passa a ser o estudo interdisciplinar das interações entre o homem e o ambiente, estudo esse que é realizado através de uma metodologia sistémica.

A ecologia humana pode ser considerada a ecologia da população de uma espécie muito especial - a do homem, refere-se, portanto, ao *estudo de todas as relações entre pessoas e respectivos meios ambientes (incluindo factores tais como clima e solo) e às permutas de energia com outras espécies vivas, onde figuram as plantas, os animais e outros grupos de pessoas* (Chambell, 1988: 20).

Em sentido mais amplo, a ecologia humana ocupa-se de toda a espécie

humana, das suas relações extraordinariamente complexas com outros componentes do mundo, tanto orgânicos como inorgânicos.

Sociólogos, antropologistas, geógrafos e ecologistas do reino animal foram os primeiros a interessar-se pelo método ecológico no estudo da sociedade humana.

Os teóricos clássicos da sociologia tinham uma percepção dos fenómenos que diziam respeito ao ambiente e aos seus recursos naturais na sua ligação com a organização social.

Tenta-se encontrar, em quase todas as disciplinas e profissões, tanto no campo das ciências como das humanidades, um campo comum de encontro na área da ecologia humana.

Por motivos de ordem prática, dividiu-se a ecologia humana em duas subdisciplinas distintas: a ecologia cultural e a ecologia social (Campbell, 1988).

A ecologia cultural apresenta-se como o estudo da forma como a cultura de um grupo humano se adapta aos recursos naturais do meio ambiente e à existência de outros grupos humanos.

A ecologia social estuda os motivos que conduzem a estrutura social de um grupo humano a ser o resultado do meio ambiente global do grupo.

A ecologia humana interessa-se pelo estudo, numa perspectiva global, dos diferentes “climas” que actuam no homem - físico, químico, biológico, sociológico, económico, técnico, cultural, espiritual... (Nazareth, 1993: 884)

O objecto de estudo da Ecologia Humana é a organização humana e a sua estrutura de relações.

A ecologia humana é mais ampla do que a demografia, que constitui o domínio da análise da população humana, uma vez que trata das relações da população com factores externos e unidades mais amplas, tanto como com dinâmica externa (Odum, 1988).

A essência da prática da demografia é constituída por cinco elementos fundamentais (Nazareth, 1993: 883-884):

- *Não se analisam pessoas isoladas, mas conjuntos de pessoas delimitadas espacialmente e com um certo significado social; esta análise é feita observando, medindo e descrevendo a dimensão, a estrutura e a distribuição espacial desse conjunto de pessoas (é o “estado da população”);*
- *Não se estuda apenas o aspecto estático, mas também as mudanças ocorridas ao longo do tempo (é a “dinâmica demográfica”);*
- *Analisam-se os factores responsáveis pelas mudanças no “estado da população” - a natalidade, a mortalidade e os movimentos migratórios; a natalidade e a mortalidade formam o “crescimento natural” e os movimentos migratórios (emigração, imigração e migrações internas) o “crescimento migratório”; a soma do crescimento natural com o crescimento migratório produz o “crescimento total da população”;*
- *Analisam-se os efeitos das variáveis macrodemográficas (estado da população) nas variáveis microdemográficas (natalidade, mortalidade, migrações), e vice-versa;*
- *Estudam-se as causas e as consequências dos comportamentos demográficos, ou seja, analisa-se o efeito do sistema social nas variáveis microdemográficas e o efeito da evolução macrodemográfica no sistema social.*

O indivíduo na Ecologia Humana é considerado, teoricamente, como postulado, compreendendo cinco axiomas:

- A interdependência é um aspecto ubíquo da vida. O ser humano necessita, ao longo da vida, da sociedade como única fonte capaz de fornecer, por meio de uma aprendizagem contínua, conhecimentos precisos para poder sobreviver individualmente;
- Cada indivíduo terá de ter acesso ao meio, o qual pode ser feito de modo directo ou transitivo. A sobrevivência irá depender dos elementos de sustento existentes no meio ambiente. Há uma dependência ambiental absoluta;
- O indivíduo conserva e expande a sua vida ao máximo;

- O indivíduo apresenta uma grande capacidade adaptativa com limites internos indeterminados. As limitações exteriores tornam-se operativas antes das internas;

- O indivíduo encontra-se submetido ao aspecto temporal, o qual o força a afectar o tempo a diferentes actividades, sendo a economia do tempo uma das maiores preocupações da vida humana.

Todas as características mencionadas nos postulados implicam a obrigatoriedade da existência da relação inter individual.

Segundo Littlejohn (1988), a relação inter individual é um processo complexo de comunicação, hierarquicamente ordenado, interdependente e adaptativo. É um processo padronizado de comportamento, governado por normas e regras socio-culturais.

O comportamento individual, no contexto do sistema social, é moldado por uma estrutura de relações mais vasta que ao alterar-se provoca modificações a nível individual (Hawley, 1986).

A relação é um processo de troca, de comunicação, o qual advém de uma necessidade: a quantidade de energia e informação necessária para manter uma estrutura. A relação engloba todo o tipo de interacção.

A estrutura de relações define a organização humana.

Quanto mais autónomo é um sistema vivo, tanto mais ele é dependente em relação ao ecossistema. *A autonomia pressupõe complexidade, que por sua vez pressupõe uma enorme riqueza de relações de toda a ordem com o meio ambiente, isto é, depende de inter-relações, as quais constituem muito exactamente as dependências que condicionam a independência relativa* (Morin, 1975: 26).

A sociedade humana alimenta a sua autonomia com multidependências.

O meio ambiente de um organismo pode definir-se por todos os objectos e as forças exteriores a esse organismo, com os quais ele interactua ou o afectam. Em ecologia humana o meio ambiente da espécie compreende outros grupos humanos (o meio ambiente social), as plantas, os animais, o clima, os recursos naturais, entre outros (Campbell, 1988).

Pode classificar-se o ambiente segundo duas vertentes: a existência de acontecimentos e circunstâncias relativamente ao habitat ou a regularidade de ocorrências das condições ambientais.

Os componentes da primeira incluem o ambiente biofísico (características fisiográficas, clima, fauna e flora e as formas alteradas desses elementos devido à acção do homem) e o ambiente ecuménico. Este é definido como os ecossistemas ou culturas existentes em zonas adjacentes ou não, compreendendo *o universo ao qual o acesso é permitido devido a facilidades existentes de transporte e comunicação* (Hawley, 1986: 14).

Quanto à segunda vertente, há a considerar as condições constantes (características permanentes de uma área e presença de outros agregados humanos) e as condições variáveis (acontecimentos imprevisíveis e visitas de outros seres humanos, assim como guerras e difusão cultural).

O ambiente está sujeito a constantes mudanças.

À medida que se produz acção do grupo residente sobre o meio biofísico também a alteração deste irá produzir modificações no grupo. No entanto, tende-se a estabelecer uma relação ambiental estável com a interacção população-ambiente (Hawley, 1986).

Uma população é uma das várias dimensões de um ecossistema.

A população, na perspectiva da ecologia humana, pode-se definir como *um conjunto de indivíduos num sistema interdependente de actividades* (Nazareth, 1993: 884).

A população apresenta algumas propriedades:

- É composta por unidades que são capazes de mobilidade independente, podendo haver um elevado número de rearranjos e combinações;
- Pode haver permuta individual;
- Não há limites à sua longevidade;
- As suas dimensões, em número, são só limitadas por circunstâncias exteriores.

No entanto, as propriedades mencionadas são insuficientes para a definição de uma população. A população só pode ser considerada uma unidade se se tiver em conta a organização.

Para Nazareth (1993: 884), *do ponto de vista da ecologia humana, os conceitos de população e de organização encontram-se intimamente ligados.*

A população está limitada pela extensão territorial da organização e esta só é visível numa população (Hawley, 1986: 21).

A organização é o conjunto de relações que a população realiza para a sua adaptação. É através da interacção entre a população e o meio ambiente que surge a organização.

O meio ambiente é tudo o que é externo ao sistema e não tem um conteúdo fixo, sendo, portanto, definida em cada investigação.

A compreensão dos conceitos de ambiente, população e organização, leva-nos à abordagem do sistema específico da ecologia em geral e da ecologia humana em particular: o ecossistema.

O ecossistema é a unidade analítica básica da ecologia e pode definir-se como *qualquer associação natural composta por organismos vivos e por substâncias inorgânicas que interactuam para trocar matéria* (Campbell, 1988: 20).

Qualquer unidade que inclua a totalidade dos organismos (comunidade) de uma área determinada interagindo com o ambiente físico por forma a que a corrente de energia conduza a uma estrutura trófica, uma diversidade biótica e a ciclos de materiais (troca de materiais entre as partes vivas e não vivas) claramente definidos dentro do sistema é um sistema ecológico ou “ecossistema” (Odum, 1988: 11).

Para Hawley (1986: 26) um ecossistema *é um arranjo de múltiplas dependências numa população, pelo qual o todo opera como unidade e, além disso, mantém uma relação ambiental viável.*

O ajustamento da população ao meio, ao produzir uma interacção, faz surgir a cultura na sua dupla manifestação: material e não material (tecnologia e organização).

Consoante o tipo de ambiente assim haverá um tipo de cultura.

A cultura é o ecossistema visto analiticamente e o ecossistema é a cultura vista sinteticamente (Hawley, 1986: 29).

O ecossistema é composto pelos elementos meio ambiente, população, organização e tecnologia.

O ecossistema apresenta um carácter unitário, o que implica a existência de uma limite exterior definido. O limite detém como premissa chave a continuidade da estrutura do sistema.

O sistema social compreende as condições implicadas na interacção de indivíduos que constituem colectividades concretas compostas de membros determinados.

A vida social dos indivíduos é afectada pela espécie de comunidade em que vivem.

A comunidade é um agrupamento local dentro do qual as pessoas realizam uma série completa de actividades de vida (Horton e Hunt, 1980: 359).

Segundo Hillery (1955) e Jonassen (1959) uma comunidade inclui: *um agrupamento de pessoas, dentro de uma área geográfica, com uma divisão do trabalho em funções especializadas e interdependentes, com uma cultura comum e um sistema social que organiza as suas actividades, cujos membros estão cónscios de sua unidade e de pertencerem à comunidade e podem agir colectivamente de modo organizado* (In: Horton e Hunt, 1980: 359).

As unidades básicas do sistema social (simples se indivíduos, complexas se combinações de indivíduos) entram em relação mútua na base das funções que realizam, produzindo interdependência entre os membros do agregado. A estrutura da comunidade consiste portanto numa organização entre funções (semelhantes e diferentes).

As relações podem ser de dois tipos: simbióticas e comensalísticas. O primeiro está presente sempre que haja suporte mútuo entre as unidades básicas: complementaridade de acções. O segundo tipo refere-se a uma actuação da mesma forma pelos indivíduos: semelhança de acções.

Um sistema exige sempre uma diferenciação funcional. É entre as

actividades diferenciadas que se formam relações simbióticas. Este sector edifica-se segundo uma relação ambiental de sustento, tendo como função-chave aquela que ocupa uma posição estratégica relativamente a todas as outras funções (contingentes).

A função-chave é um elemento básico no conceito de sistema ecológico. Não existe sistema se não houver função-chave.

O sector comensalístico é composto por categorias de unidades com actuação idêntica que cortam horizontalmente a hierarquia simbiótica.

O estabelecimento permanente de unidades complexas categóricas pressupõe mecanismos que assegurem a coesão, originando-se alguma divisão de funções, dando lugar a um núcleo simbiótico, o qual dará lugar a acção concertada no sentido da promoção e protecção dos interesses dos seus membros.

Uma unidade complexa aparece sempre que a realização de uma função excede as capacidades de um indivíduo, quando há necessidade de uma grande quantidade de capital e quando a procura do produto for superior àquela realizada por um único indivíduo.

Estabelecem-se modos de relação simbiótica entre unidades complexas já que a especialização de unidades implica trocas e dependência entre elas. Um ecossistema pode ser visto como uma malha social.

Um sistema social estável, homeostático, apresenta condições determinadas que o investem de tal natureza (distribuição estacionária do número e sexo dos indivíduos, complementaridade da totalidade das funções, acessibilidade maximizada entre as funções).

O ecossistema, tal como todo o sistema, apresenta dois modos fundamentais de existência e de funcionamento: a conservação (estabilidade) e a mudança (crescimento e declínio) (Rosnay, 1977).

A conservação contém uma dinâmica que resulta da combinação e do reajustamento de múltiplos equilíbrios, de fluxos, atingidos pelo sistema. O sistema em equilíbrio não é um estado estático, mas sim um estado estacionário, que resiste à mudança por uma série de modificações de igual grandeza e direcção oposta às que lhe deram origem (ciclos de retroacção negativa).

Considera-se que um objecto mudou quando não pode voltar ao seu estado inicial.

No ecossistema ter-se-á de considerar as alterações sofridas pelos e nos seus elementos estruturais.

Diz-se que ocorre mudança quando se alteram as funções em número e tipo ou quando se produzem rearranjos de funções. Tais alterações afectarão o número das unidades populacionais, a tecnologia, a organização e a composição do código normativo (Hawley, 1986).

As modalidades de mudança compreendem o crescimento (desenvolvimento de potencial lactente) e a evolução (criação de uma ordem mais elevada de potencial) (Hawley, 1986).

Em termos conceptuais, crescimento e evolução, são distinguíveis, na prática não existem fronteiras nem medidas a usar.

Devido a esta dificuldade de operacionalização utiliza-se o conceito de mudança cumulativa, ou “expansão”, para a mudança social, o qual integra crescimento e evolução.

A expansão terá que ter relação com a organização e a tecnologia do sistema em questão, considerando-se assim a população como causa necessária mas não suficiente.

População e organização operam em interdependência.

A expansão é seguida de aumento, em número, da população. Mas, a expansão também se manifesta pela acumulação de bens capitais; estes, por sua vez, revertem para a população em favor da longevidade. *Uma manifestação do poder expansivo é tanto a longevidade como um excesso de nascimentos* (Hawley, 1986: 25).

Quando se desencadeiam problemas de âmbito global (exaustão de recursos, poluição ambiental), a sua origem terá sido devido a inadaptação ou disfuncionamento da organização.

O aspecto mais importante da evolução do homem é a expansão do seu nicho ecológico, determinado pelo seu crescimento em número, pela sua produtividade através da tecnologia e por intermédio da organização social

baseada na divisão do trabalho.

Sobre o que foi dito, a ecologia humana estabelece algumas asserções:

- A adaptação ao meio deriva de um sistema de interdependências entre os membros de uma população;
- O crescimento (desenvolvimento) do sistema continua até ao máximo tamanho e complexidade permitida pela comunicação entre as unidades;
- A evolução inicia-se com a introdução de nova informação até à ocorrência de novos elementos estruturais e, portanto, maximização da sua utilização.

No entanto, há que ter em conta que, apesar de um sistema ser o único mecanismo adaptativo para qualquer organismo vivo, não é invariavelmente adaptativo, podendo mesmo ser inadequado.

A sobrevivência implica conhecimentos dos indivíduos adquiridos por aprendizagem cultural em sociedade.

A sobrevivência de uma população depende do meio ambiente, ao qual se tem de adaptar. Assim, cada unidade da população tem de ter acesso ao meio (directo ou transitivo). No entanto, a adaptação do homem ao meio é cultural (tecnologia e organização social) (Hawley, 1986).

O ecossistema é a forma adaptativa da população para manter uma relação ambiental viável, sendo, aquele, composto pelos elementos ambiente, população, organização e tecnologia.

A interdependência implica um tipo de relações entre as unidades: quando estas apresentam relações semelhantes com o meio diz-se que mantêm relações comensalísticas; quando apresentam relações complementares fala-se de relações simbióticas.

As unidades básicas do sistema social podem ser simples ou complexas. As relações complexas aparecem sempre que a realização de uma função excede as capacidades do indivíduo.

A organização surge da interacção entre ambiente e população. Assim sendo, e considerando a grande variedade de conteúdo ambiental, cada ambiente

determinará uma forma de organização.

O grupo é o nível organizativo mínimo.

A comunidade, na qual se encontram todos os parâmetros da sociedade e, portanto, assegura a sobrevivência da população, é um sistema aberto apresentando quatro funções: a produção e distribuição do seu sustento, recrutamento de novos indivíduos e controlo de todas as actividades.

A estrutura inter-relacional do ecossistema consiste assim numa organização das funções comensalísticas e simbióticas.

Por outro lado, cada unidade da população apresenta uma capacidade adaptativa indeterminada e funciona dentro de limitações temporais, forçando a afectação do tempo a diferentes actividades, a demarcar o espaço sobre o qual se podem distribuir essas actividades e a moldar a interdependência.

O ecossistema torna-se assim um meio de economizar o tempo.

O equilíbrio populacional é visto como estabilidade em número ao longo do tempo.

Mas cada unidade de população tende a conservar e a expandir a sua vida ao máximo. Isto é visível tanto no aumento da longevidade como na existência de filhos, no aumento de interdependências e na facilitação do acesso ao meio.

Sendo a mudança uma dimensão inerente a todo o sistema, a população tende a preencher espacialmente todos os recursos disponíveis, mediante a tecnologia e a organização social que existem em cada momento.

Diz-se que ocorre mudança quando se alteram as funções em número e tipo ou quando se produzem rearranjos de funções. Estas alterações irão afectar o número das unidades populacionais, a tecnologia, a organização e a composição do código normativo.

A relação inter individual está subjacente às características do indivíduo, apesar das suposições explicativas do comportamento individual não serem transferíveis para acontecimentos de nível superior.

Assim, qualquer que seja o nível organizativo da comunidade, devem-se

considerar os aspectos espaciais, temporais, funcionais e demográficos.

A ecologia humana, sendo o estudo das interações entre o homem e o ambiente, *estuda os princípios que regem as interações entre as unidades da organização* (Hawley, 1986: 131).

A ecologia humana é uma tentativa para lidar holisticamente com o fenómeno organizativo, interessando-se pelas condições em que determinadas situações ocorrem.

A ecologia humana é um caminho de compreensão da globalidade desse encontro bio-psico-humano, no universo em que existimos ... ela é também, e sobretudo, uma investigação permanente, uma reflexão do espectador que somos sobre o actor que também somos (Roberto, 1996, 32).

2.3 - ORIENTAÇÕES DA ECOLOGIA HUMANA PARA O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO

A partir da segunda metade do século XX, o envelhecimento demográfico emergiu como um novo fenómeno nas sociedades desenvolvidas.

O número de pessoas idosas está a aumentar de forma preocupante (Nazareth, 1994).

A procura de uma melhor caracterização deste fenómeno, a determinação das causas e das consequências deste processo, a identificação de assimetrias espaciais importantes, o estabelecimento da cronologia do processo e da provável ligação com outro processo igualmente importante - a transição demográfica - , a determinação da existência de envelhecimentos diferenciados (por sexo, classe social, estado civil), a tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura levaram a que numerosos investigadores, de todas as áreas científicas, se comesçassem a interessar pela problemática do envelhecimento (Nazareth, 1994:5).

A ecologia humana também não poderia ficar indiferente a tal problemática.

À ecologia humana interessa perceber as relações entre as unidades da organização social, numa ordem espacial e temporal, pelo que é imprescindível o estudo da população.

A ecologia humana entende a noção de ecossistema como um conjunto de múltiplas dependências entre as unidades funcionais promovendo organização. Assim, o indivíduo é o postulado da ecologia humana. Mas o que conta é a relação que mantém com os outros indivíduos, numa malha inter-relacional

operando como uma unidade na consecução de uma relação ambiental viável.

Os princípios que regem as relações entre as unidades simples são outra vertente imprescindível da análise da ecologia humana. Ao considerar-se estas unidades e a sua inter-relação, está-se a considerar análise a nível micro-sistémico.

Também a este nível é necessário conhecer os aspectos temporais e espaciais.

A ecologia humana apresenta uma interligação entre ambiente, população e organização (e tecnologia). Para qualquer nível organizativo tem de se analisar tais aspectos.

Ao equacionarmos o envelhecimento estamos a fazer, em primeiro lugar, um estudo sobre o estado da população num determinado ambiente. Em segundo lugar estamos a perspectivar os princípios que regulam as relações entre as unidades (simples ou complexas) da organização. Em terceiro lugar, estamos a considerar uma possível alteração das funções em número, tipo ou um rearranjo, isto é, estamos a admitir uma mudança ao longo do tempo, e finalmente, estamos a considerar o indivíduo, postulado da ecologia humana, como detentor de cinco características (os axiomas da Hawley):

- Imprescindibilidade da interdependência com outros seres humanos;
- Necessidade de ter acesso ao meio (directo ou transitivo);
- Tendência inerente para preservar e expandir a vida ao máximo;
- Capacidade interna adaptativa indeterminada;
- Submissão aos aspectos temporais e espaciais, implicando a afectação do tempo às diferentes actividades.

A problemática do envelhecimento, à luz da ecologia humana, será entendida tendo em consideração estes cinco itens.

No presente caso, consideramos unidades simples aquelas que, para além de pertencerem a um determinado grupo etário, sofreram um processo de envelhecimento e apresentam determinadas características passíveis de serem identificáveis e categorizáveis.

Em relação a Marvão, foi feita uma abordagem ao estado da população. Conclui-se pelo envelhecimento demográfico e por alterações da estrutura social ligadas a essa alteração. Tentaram-se descortinar outros factores que estivessem implicados na reorganização social, numa tentativa de determinar as condições dessa mudança.

O aumento do número de lares e do número de utilizadores (residentes institucionalizados) implica novos tipos de relações dos idosos na sociedade, e pressupõe condições específicas, inerentes ao indivíduo e ao seu modo relacional, propiciadoras e delimitantes de uma mudança organizacional.

Algumas dessas mudanças são já conhecidas. No entanto, o seu conhecimento, como um todo, está ainda longe de ser alcançado.

Mantendo as linhas orientadoras da ecologia humana, e com a finalidade de determinar mais alguns *princípios que regem as interacções entre as unidades da organização* (Hawley, 1986: 131), vamo-nos debruçar sobre a caracterização de aspectos relacionados com o modo de vida do idoso, tanto na vertente biológica, como psicológica e social.

2.4 - CONCLUSÕES

A hominização não poderá ser concebida unicamente como uma evolução biológica, nem como uma evolução sociocultural, mas sim como uma morfogénese complexa e multidimensional resultante de interferências genéticas, ecológicas, cerebrais, sociais e culturais.

Pouco elevado nos tempos pré-históricos, o número de indivíduos idosos foi aumentando com a sedentarização, o aparecimento da agricultura e o desenvolvimento das sociedades estruturadas.

O modo de vida dos caçadores recolectores, tal como do dos animais submetidos à depredação, não favorecia a longevidade.

A depredação, bem como a morte accidental, apresentava valores máximos entre os mais jovens, cujos sistemas de defesa não estão ainda desenvolvidos, e nos indivíduos de idade avançada, cujos reflexos e rapidez de reacção se encontram em declínio.

A relativa protecção oferecida pelas sociedades sedentarizadas favorece a sobrevivência dos indivíduos idosos, integrando-os.

A partir do neolítico, as pessoas de idade avançada começaram a aparecer nas aldeias e o seu número terá aumentado, primeiro muito lentamente e, em seguida, alguns séculos depois, a um ritmo mais acelerado.

O homem diferencia-se das outras espécies apresentando como originalidade o meio socio-cultural que lhe proporciona capacidades de resposta eficaz a pressões ecológicas.

A ecologia estuda as relações dos organismos, ou grupos de organismos, com o meio. É a ciência das inter relações que ligam os organismos vivos ao seu ambiente.

A ecologia humana estuda as relações entre as pessoas e respectivos meios

ambientes e as permutas de energia com outras espécies vivas, onde se incluem os grupos de pessoas.

Assim, a ecologia humana ocupa-se de toda a espécie humana, das suas relações extraordinariamente complexas com outros componentes do mundo, tanto orgânicos como inorgânicos.

O objecto de estudo da ecologia humana é a organização humana e a sua estrutura de relações.

Uma população pode definir-se como um conjunto de indivíduos num sistema interdependente de actividades.

Ao equacionarmos o envelhecimento estamos a fazer, em primeiro lugar, um estudo sobre o estado da população num determinado ambiente. Em segundo lugar, estamos a perspectivar os princípios que regulam as relações entre as unidades da organização. Em terceiro lugar, estamos a considerar uma possível alteração das funções em número, em tipo ou um rearranjo, isto é, estamos a admitir uma mudança ao longo do tempo e, finalmente, estamos a considerar o indivíduo, postulado da ecologia humana, como detentor de características muito próprias.

**3 - A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO
NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA:
O CASO PARTICULAR DE MARVÃO**

3.1 - INTRODUÇÃO

Os factores condicionantes que levam o idoso a procurar ajuda na comunidade, e neste particular nas instituições com a valência de Lar, têm a ver com a sua vida relacional na sociedade.

O conhecimento dessas relações implica uma abordagem da população idosa num determinado ambiente.

A população idosa sendo um grupo etário delimitado, não é um simples grupo categórico. Socialmente o idoso vive ou em unidades familiares ou em instituições, apresentando-se, portanto, integrado em unidades complexas diferentes.

Os princípios unificadores, que presidem à formação da família e à formação do Lar, são diferentes.

As duas unidades fornecem sustento e amparo ao idoso, pelo que o papel do idoso poderá parecer idêntico. Mas, apesar de o idoso manter relações idênticas com o ambiente em ambas, a malha de relações estabelecidas na família diferem grandemente das que se estabelecem no Lar.

Assim, sendo a família e o Lar unidades complexas diferentes os seus membros terão papéis diferentes.

Por outro lado, se o idoso tiver, na família, um papel diferente do anteriormente referido, já não apresentará semelhança de funções com o idoso no Lar (considerando a família como grupo corporado).

Se considerarmos a família como grupo categórico, então aqui o papel do idoso será totalmente diferente do papel do idoso vivendo em instituição.

A população idosa não é homogénea.

Notam-se demasiadas diferenças para que se possa, num único estudo, englobar a totalidade da população idosa.

No sentido de percebermos a evolução da malha relacional, numa óptica temporo-espacial, vamos debruçar-nos sobre a população idosa vivendo em lares.

A população idosa em estudo é a do concelho de Marvão.

A instituição onde o estudo se realizou é o Lar da Santa Casa da Misericórdia de Marvão, o único em funcionamento (nesta data) no concelho de Marvão.

3.2 - O LAR DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MARVÃO

A Vila de Marvão, sede do concelho, mantém-se limitado dentro das muralhas, com excepção de dois blocos de edifícios que se situam no lado Nascente da encosta, junto à estrada que dá acesso à Vila, e muito perto de uma das portas da muralha. São o edifício do Posto da Guarda Nacional Republicana e o conjunto de edifícios formado pelo antigo Convento de Nossa Senhora da Estrela de Marvão, a Igreja de Nossa Senhora de Estrela e o Centro de Saúde de Marvão.

O Lar de Marvão ocupa o edifício do Convento de Nossa Senhora da Estrela de Marvão e é propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Marvão.

A fundadora das Misericórdias foi a Rainha Dona Leonor de Lencastre, rainha viúva de D. João II. A Misericórdia de Lisboa, a primeira na ordem histórica, foi instituída em Agosto de 1498. Em menos de um século, *não só as capitais de província, como a generalidade das cidades e vilas do Reino se viram dotadas com Santas Casas da Misericórdia*. Na área de Portalegre criaram-se Santas Casas em Assumar, Alegrete, Alpalhão, Alter do Chão, Arronches, Avis, Cabeço de Vide, Campo Maior, Cano, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Galveias, Marvão, Olivença, e Ponte de Sôr ⁶.

O Convento de Nossa Senhora da Estrela de Marvão localiza-se, extra muros da Vila de Marvão, a Nascente da denominada “Porta da Vila”, e tem acesso directo da estrada que liga as povoações de Santo António das Areias e de Portagem à sede do concelho.

Vários autores atribuem a fundação do Convento ao ano de 1448 ⁷.

⁶ Dados retirados de: FREIRE, Manuel Leal - *As Misericórdias e as IPSS em geral: na História, na Legislação, na Jurisprudência e na Prática Administrativa*. Porto: Elcla, 1995. 242 p.

⁷ BALESTEROS, Carmen - *Apontamentos para a História do Convento de Nossa Senhora da Estrela de Marvão*. p 27.

Segundo refere Balesteros (1991), a bula do Papa Nicolau V, datada de 7 de Julho de 1448, autoriza a fundação do Convento de Nossa Senhora da Estrela, onde, para além de uma capela ou ermida, já existiria, desde 1258, um Convento de Franciscanos.

A Ordem dos Franciscanos esteve ligada ao Convento desde a sua fundação até 1834, altura em que foram extintas as Ordens Religiosas.

No início do século XX o edifício foi alvo de obras e restauros, de forma a que pudesse receber os doentes do Hospital de Misericórdia, que estariam instalados no edifício anexo à Igreja do Espírito Santo e na própria Igreja.

Em 1944, a administração da Misericórdia convidou a Congregação das Filhas de Maria Mãe da Igreja para fundar uma casa sua no antigo Convento, transmitindo-lhes parte da responsabilidade do funcionamento do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Marvão.

A Congregação tem como objectivos fundamentais, paralelamente a uma prática evangelizadora, o cuidar de crianças e jovens em especial dos órfãos ou desvalidos, mas também cuidar dos enfermos.

Com o correr dos anos e o modificar das políticas de saúde, o Hospital transformou-se em Centro de Saúde, passando a ocupar um edifício contíguo ao Convento e este passou a Lar de Terceira Idade onde se inserem as religiosas. No entanto, no período entre a década de 60 e o final dos anos 80 albergou um grupo de jovens deficientes mentais e ou órfãos de ambos os sexos. As jovens acabariam por ser transferidas para o Centro de Recuperação de Menores D. Manuel Trindade Salgueiro do Assumar, também ele pertencente a uma Ordem religiosa. Dos rapazes que ficaram na Instituição actualmente permanecem dois, já adultos de 33 e 38 anos respectivamente.

O primeiro Compromisso ou Estatuto da Instituição, de que há referência, data de 25 de Junho de 1879.

Os textos de Estatutos existentes datam de 1944, 1958 e 1980.

Os Corpos Gerentes da Santa Casa da Misericórdia⁸ são compostos por:

⁸ Dados retirados do Livro de Actas da Santa Casa da Misericórdia de Marvão, 1997.

- Mesa Administrativa - composta por um Provedor, um Vice Provedor, um Tesoureiro e quatro Secretários, que reúnem quinzenalmente;
- Assembleia Geral - composta por um Presidente e dois Secretários, que reúnem ordinariamente duas vezes por ano;
- Conselho Fiscal - composto por um Presidente e dois Secretários, que reúnem ordinariamente uma vez por ano.

O edifício do antigo Convento tem, ao longo dos anos, sofrido obras de adaptação à sua função de Lar, pelo que os seus três pisos, com espaços próprios para casais, para homens e para mulheres, apresentam condições muito satisfatórias para cumprir os seus objectivos.

O lado Sul do edifício é envolvido por jardins, espaços de lazer e quintal separados da estrada por muros. É nesses espaços verdes que os idosos, sempre que o clima o permite, passam grande parte do seu tempo, já que o acesso é possível a partir de algumas portas directamente do rés do chão do edifício.

Os amplos Claustros do Convento são também um espaço muito utilizado pelos idosos.

O primeiro andar dispõe de uma ampla sala de convívio e de um longo terraço, com mesas e cadeiras, de onde se pode apreciar uma paisagem deslumbrante que se estende até perder de vista para Espanha e que envolve parte do Castelo, das muralhas da Vila e do seu casario.

Os serviços administrativos situam-se no rés do chão logo após a porta principal do edifício.

O primeiro piso é destinado às mulheres e a casais, numa zona reservada.

Os homens ocupam o rés do chão, que também dispõe de espaços de convívio mistos.

A proximidade da Vila torna possível que alguns idosos aí se desloquem diariamente para passear e falar com amigos, para efectuarem algumas compras ou para frequentarem alguma taberna ou café.

Para além da Madre Superiora e de duas Irmãs, a Instituição dispõe de

duas funcionárias administrativas, treze ajudantes de lar (ou internato), dezassete auxiliares de serviços gerais e limpeza, cozinheira e ajudantes.

A Santa Casa da Misericórdia de Marvão é uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS) vocacionada para o apoio à 3ª idade, que mantém protocolos com o Centro Regional de Segurança Social do Alentejo e o respectivo Núcleo de Apoio a Instituições Privadas de Solidariedade Social (NAIPSS).

3.3 - METODOLOGIA DA PESQUISA

O estado actual do conhecimento ainda não permite uma visão completa sobre a problemática do envelhecimento.

A literatura científica transmite algum conhecimento sobre a rede de suporte social do idoso e sua estrutura. É caso de certas dimensões da rede (tamanho, proximidade geográfica, percentagem da malha familiar na rede, reciprocidade). Conhecem-se alguns dados sobre o suporte social, tipos particulares de suporte, quem fornece o suporte e a sua relação com a extensão da rede. Sabe-se que algum tipo de stress social (problemas financeiros) tem influência nas dimensões da rede, tal como se admite que o nível de escolaridade o possa fazer.

No entanto, o conhecimento sobre a relação entre a dimensão da rede e as características bio-psicológicas do indivíduo, numa perspectiva de funcionamento social, ainda é muito limitado.

Existem dados que apontam para uma associação entre a falta de suporte social e o aumento da vulnerabilidade à doença, tal como o stress de origem psicossocial pode ter um impacto negativo na saúde física e mental. Não é completamente conhecido qual o papel da rede neste último processo, mas alguns trabalhos, não especialmente voltados para o idoso, fazem inferir a falta de suporte social como factor relevante no desencadear de uma depressão, aquando de um acontecimento stressante (Brown, 1992).

No entanto, nenhuma destas inter-influências é mencionada como influenciadora da institucionalização.

A literatura refere que os lares foram criados para satisfazer as necessidades sociais básicas dos idosos, que já não são satisfeitas pela família. Apresenta, normalmente, dados sobre o número de idosos vivendo em lares e a

sua variação temporal, sobre o tipo de cuidados oferecidos e seus custos financeiros.

Estudos mais recentes (Sámouco, 1994), apontam percentagens elevadas (entre 21,3% e 43,3%) de indivíduos idosos que recorreram ao Lar porque *viviam isoladamente da família ou praticamente na solidão*.

Apresenta várias razões que levam os idosos à procura dos Lares. A primeira causa é a *necessidade de assistência permanente*. A segunda razão é a *solidão e falta de família*, e a terceira causa apontada é *não disporem de instalações ou de espaços junto dos familiares*.

O estudo em referência aponta ainda outros motivos que levaram os idosos a recorrer à ajuda dos Lares. De entre eles destacam-se:

- Falta de condições da habitação onde viviam;
- Sentir-se um peso e fonte de preocupações para os filhos;
- Situações de invalidez ou doença, do próprio ou do cônjuge;
- Não ter forças para fazer as compras;

Assim, as relações da rede social, do suporte social e do funcionamento social do indivíduo, tornam-se vertentes valorizáveis no condicionamento à institucionalização.

Há que considerar alguns aspectos à luz da ecologia humana.

A interdependência implica, como anteriormente se afirmou, uma malha de relações simbióticas e comensalísticas. É realizada no quadro das unidades funcionais básicas do sistema social, o que implica o estabelecimento de relações sociais.

Os seres humanos, em qualquer idade, evoluíram como seres sociais e não podem conservar-se física ou mentalmente bem se não permanecerem em contacto com outros seres humanos (Vargas, 1994: 15).

O conceito de “Relações Sociais” é multidimensional e compreende três grandes dimensões: a estrutura, o conteúdo e a percepção do suporte (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

Considera-se “estrutura” o conjunto de ligações sociais envolvendo um indivíduo.

Existem várias medidas da estrutura, das quais utilizaremos:

- O tamanho - número de membros da rede;
- O número de membros da família pertencentes à malha;
- A proximidade geográfica;
- O estado civil;
- A participação na vida religiosa e comunitária;
- A participação em festividades familiares (Natal, Páscoa) e regionais (festas locais e regionais)

A utilização destas medidas, facilmente acessíveis à memória do idoso, permitem abarcar a quantidade de interações sociais.

O tipo particular de pesquisa (estudo da rede social, no tempo passado) realizada por meio de entrevistas, não permite a utilização de outras medidas da rede no passado (frequência do contacto; homogeneidade) já que não poderiam ser apuradas de forma fidedigna, uma vez que estariam sujeitas aos inconvenientes das possíveis deformações das lembranças dos idosos⁹.

Existem três tipos de suporte social: o suporte emocional, o suporte instrumental e o suporte informativo.

O primeiro refere-se à presença de alguém com quem falar assuntos pessoais.

O segundo tem a ver com a disponibilidade de alguém na ajuda de tarefas.

O último corresponde ao fornecimento de informações.

A fonte do suporte e a disponibilidade usual são dois aspectos mensuráveis do suporte. Outros aspectos, como as interações entre o receptor e o fornecedor do suporte, não serão utilizados devido à dificuldade em obtê-los fidedignamente.

A disponibilidade do suporte parece estar altamente correlacionado com

⁹ Segundo Vargas (1994: 44), considera-se que *lembrar é fazer ressurgir informações passadas*, o que implica que elas tenham sido memorizadas de forma estável.

a necessidade actual de ajuda numa função particular (Berkman, Oxman, Seeman, 1992: 199).

A necessidade do suporte e o próprio suporte, serão indicadores de existência de uma insuficiência (física ou psíquica).

Quando se aborda a dimensão sociológica do envelhecimento dois elementos devem ser observados, porque condizem com uma realidade vivenciada pelo idoso, seja por factores independentes de variáveis necessariamente presentes, seja por variáveis independentes do próprio processo - a solidão e o isolamento social. A solidão como um estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afectivos importantes e calorosos e o isolamento referente à falta de contactos com pessoas diferentes e decorrente da ausência de actividades sociais (Vargas, 1994).

Acrescente-se ainda que ao conceito de solidão se vincula o de saúde. As pessoas fisicamente sãs sentem menos solidão que as enfermas.

A percepção do suporte feita pelo indivíduo está intimamente relacionada com o suporte social. A percepção do suporte disponível parece aumentar o bem estar influenciando positivamente a saúde.

Segundo Sawrey e Telford, *o homem vive, parcialmente, em função das limitações objectivas impostas pelo meio. Também vive, em parte, em função da sua percepção individual dos seus próprios poderes e potencialidades ambientais, sejam elas bem ou mal percebidas* (in: Vargas, 1994: 16).

A percepção do suporte é uma medida da dimensão subjectiva do suporte social.

A percepção do suporte baseia-se na concepção de Weiss que propõe seis benefícios das relações sociais. Um deles (attachment) refere-se *àquele atributo das relações caracterizado por afecto e dá ao recebedor uma sensação subjectiva de intimidade* (Mc Dowell, Newell, 1987: 184). Dois outros benefícios provindo das relações são a “integração social” e a “ajuda disponível”. Os outros benefícios são o “cuidar dos outros”, a “autoconfiança” e a “confiança na união”.

O isolamento pode ser medido como a percepção de falta de suporte (isolamento subjectivo).

O isolamento social, no entanto, não pode ser confundido com a solidão. A solidão é uma emoção. O isolamento social pode predispor à solidão.

De uma certa forma a “percepção de falta de suporte social” ou o “sentir-se só” poderão ter o mesmo peso no processo que leva à institucionalização.

O “estado de saúde” do indivíduo é outro item a valorizar.

A saúde não é uma condição estática ou passiva. A saúde é um aspecto dinâmico e integral da vida humana, não estando limitada ao conceito de “ficar bem” após uma doença ou incapacidade.

O preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, votada em 22 de Julho de 1946, em New York, estipula que *a saúde é um estado de total bem-estar físico, mental e social e não constitui somente uma ausência de doença ou de enfermidade.*

É evidente que esta definição aponta o conceptualmente desejável. Na verdade, tal estado ideal de saúde só é alcançável em determinados períodos curtos de tempo e, provavelmente, só por alguns indivíduos.

O estado de saúde é flutuante e as mudanças são normais.

A saúde é a resultante de um equilíbrio delicado entre as partes biológica, psíquica e social do indivíduo (Valentim, 1996: 63)

A definição da OMS debruça-se sobre as vertentes bio-psico-sociais do indivíduo, cujo conjunto foi já alvo de algum desenvolvimento quando tratámos os aspectos do envelhecimento.

A definição aponta o bom funcionamento ao nível das três vertentes. Assim, a capacidade funcional é um aspecto a considerar na avaliação do idoso, porque dimensiona a necessidade de ajuda e a qualidade de vida do idoso.

A doença, e mais propriamente a doença crónica, é uma forma de estado de saúde a considerar no idoso.

A hospitalização será outro aspecto a considerar, já que representa uma das consequências e uma das manifestações do estado de saúde, e comportar algum peso na institucionalização do idoso.

A saúde do idoso será avaliada pela doença existente, a capacidade funcional no desempenho em actividades da vida diária e possível hospitalização no período anterior à institucionalização.

O bem-estar físico, psicológico e social, no período anterior à institucionalização, dificilmente poderá ser avaliado.

A avaliação subjectiva do bem-estar social no idoso residindo no Lar poderá conduzir a algumas conclusões sobre a vivência anterior à institucionalização (relação entre a integração social e o bem-estar social).

A dimensão do suporte social será uma variável fundamental na institucionalização.

O indivíduo, para ter acesso ao meio, tem necessidade de um determinado nível de saúde. Se esse nível é baixo, cria-se a necessidade de suporte social, devido à incapacidade de levar a cabo as actividades da vida diária (instrumentais e não instrumentais).

Por outro lado, sendo o acesso ao meio realizado pelas actividades instrumentais da vida diária e estando o tempo afectado às diferentes actividades, a eventual sobrecarga destas, pelas limitações temporais que existem, implicará também a necessidade de suporte social.

A inexistência de suporte implicará a institucionalização.

Como já se constatou, a interdependência depende da rede de relações individuais.

Uma rede social que implique diminuição do contacto social, de actividades ou perda relacional, será um factor predisponente à institucionalização. Pode funcionar como determinante externo a solidão.

Determinantes externos da solidão, que não a implicando a possam promover, ou a própria solidão serão condicionantes ao suporte social.

A inexistência de suporte social levará à institucionalização.

Uma das funções da rede é o fornecimento de suporte.

A percepção da falta de suporte mede o isolamento subjectivo.

A percepção de uma rede social inadequada é um determinante externo da solidão.

A necessidade de suporte social indica uma insuficiência da vida relacional que poderá levar o idoso à institucionalização.

Sendo a institucionalização um tipo de suporte social implica a promoção do aumento das interdependências e a facilitação do acesso do indivíduo ao meio.

O aumento de contactos sociais levará à diminuição dos determinantes externos da solidão e, possivelmente, a uma diminuição da solidão. O Lar promoverá uma integração social.

A deslocação do idoso para o Lar, na procura de suporte, parece demonstrar uma resposta adaptativa do indivíduo ao meio.

Interessa-nos conhecer as condições bio-psíquicas que levaram o idoso à institucionalização, assim como o seu estado bio-psíquico actual.

Por razões metodológicas, todos os idosos que estivessem impossibilitados de comunicar, devido a alteração cognitiva incapacitante, seriam excluídos do estudo.

Também no estudo, caso existissem casais, só seria usado um dos cônjuges para evitar erros de análise, devido a repetição de factos (redes de sociabilidade); neste caso seria ouvido o cônjuge que apresentasse melhor capacidade cognitiva ou o que tivesse menor alteração da capacidade funcional.

Seriam excluídos também os idosos que tenham dado entrada na instituição nos últimos 6 meses antes do início do estudo.

Utilizou-se a entrevista como técnica de colheita de dados, uma vez que o grande número de analfabetos entre os idosos impedia, à partida, o uso de outras técnicas. Outra razão para aquela escolha teve a ver com a necessidade de reconstituição de acontecimentos do passado, que obrigariam o idoso a tentar uma localização temporal desses factos e a, possivelmente, uma adaptação individual à entrevista.

Por outro lado, uma vez que nos interessava debruçar sobre questões meramente pessoais (determinantes externas de solidão, solidão, ajustamento emocional), havia o imperativo de formular as questões face-a-face, devido à eventual necessidade de reformular as perguntas, sem lhes alterar o sentido, caso não fossem compreendidas pelo idoso.

Este processo permite instaurar, em princípio, *uma verdadeira troca, durante a qual o interlocutor do investigador exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o seu interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade* (Quivy, Campenhoudt, 1992: 193).

A observação directa também era fundamental para avaliar a capacidade funcional actual do idoso, de um modo fidedigno.

Os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana e caracterizam-se por um contacto directo entre o entrevistador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele (Quivy, Campenhoudt, 1992).

Para alcançar os objectivos a que nos propusemos, utilizou-se um guião de entrevista (*Anexo I*) de forma a aplicar uma matriz semelhante a todos os idosos, com a finalidade de tornar possível a comparação do mesmo conjunto de perguntas/respostas.

Pretendeu-se com este guião de entrevista responder aos objectivos da pesquisa.

A elaboração das questões foi feita de forma simples, de modo claro e directo de forma a não levantarem dúvidas que induzissem em erros.

O guião foi construído com uma sequência temporal de forma a ajudar o idoso na própria reconstrução temporal da sua linha de vida, tendo por base o guião de entrevista de um outro estudo realizado num concelho limítrofe por

Maria Teresa de Aguiar Pereira e Pestana (1994)¹⁰, com o objectivo de tornar possível a comparação dos resultados finais.

As seis questões iniciais referem-se a dados de identificação geral do idoso (nome, data de nascimento, naturalidade, nível de instrução, profissão anterior, residência anterior. O nível de instrução é medido pelo número de anos de frequência escolar, respectiva equivalência ao grau de ensino e ainda a possibilidade de, sem qualquer grau de ensino, saber ler e/ou escrever.

A sétima questão diz respeito à condição inicial que foi proposta para que o idoso pudesse integrar o estudo. Trata-se de um teste simples: a *Escala de dez pontos de Goldfarb* (in: Lurie, 1982: 123).

É um teste de fácil aplicação que fornece uma medida da limitação do idoso na sua vida de relação, através da avaliação das funções cognitivas/estado mental.

A leitura dos resultados obtidos é feita da seguinte forma:

- 0 a 2 erros significam uma limitação nula ou ligeira;
- 3 a 8 erros significam uma diminuição moderadamente marcada;
- 9 a 10 erros implicam uma disfunção cerebral grave.

As questões 9 e 10 do teste, foram consideradas como secundárias, pelo que as respostas correctas se entenderam como desnecessárias. Do nosso conhecimento acerca dos idosos da região, não nos surge como evidente que tenham conhecimento preciso sobre este tipo de informação.

Como indicadores do estado de saúde utilizaram-se a capacidade funcional e a hospitalização. Tendo em conta que se avalia o estado de saúde prévio à institucionalização e o estado de saúde no Lar, as questões são colocadas com essa ordem temporal.

¹⁰ PESTANA, Maria Teresa de Aguiar Pereira - **A problemática do Envelhecimento na perspectiva da Ecologia Humana: o caso particular de Castelo de Vide**. Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana. Évora, 1994.

A hospitalização é facilmente referenciada pelo idoso nas respostas às perguntas 12 e 13.

A existência de doença no período anterior à institucionalização é questionada nos números 13 e 17. Entende-se como “doença” a situação de doença grave incapacitante e não um episódio agudo intercorrente.

A capacidade funcional como factor de institucionalização terá de ser avaliada em relação à altura da entrada no Lar (perguntas 14 e 15). Essa avaliação é obtida, ou confirmada, através das fichas de registo de entrada no lar e dos registos de saúde (médicos e de enfermagem) reportados a essa data.

A evolução da capacidade funcional pós-institucionalização é feita através das questões 18 e 19.

A capacidade funcional apresenta cinco categorias, pelas quais se repartem os seus instrumentos de avaliação. Uma vez que estamos a tratar com idosos que, de uma forma ou de outra, estarão incapacitados, iremos utilizar somente as categorias ligadas às actividades da vida diária e às actividades instrumentais da vida diária.

Em relação às actividades é de definir que as actividades de vida diária (ADL) não têm aqui o sentido lacto que anteriormente lhes foi dado, mas referem-se apenas às funções fisiológicas primárias (Mc Dowell, Newell, 1987: 37), e as actividades instrumentais da vida diária (IADL) abrangem tarefas necessárias para viver em comunidade.

Entre os instrumentos de avaliação das ADL escolhemos a Escala Modificada de Barthel (in: Mc Dowell, Newell, 1987: 52), visto ser a única escala que possibilita uma avaliação por registo clínico e por observação directa. Caso os registos clínicos fossem inconclusivos, ou nos fosse negado o seu acesso, considerar-se-ia a alternativa de obter essa avaliação questionando as ajudantes de lar que tivessem maior e mais prolongado contacto com os idosos em causa.

A utilização da Escala Modificada também foi devido ao facto de apresentar uma graduação mais fina que a escala original.

Acrescenta-se que a pontuação está significativamente associada com a

idade, os problemas psicológicos e o nível de desempenho.

Naquela escala a graduação da independência/dependência funcional está bem definida. Há uma atribuição de 0 a 15 pontos para cada item. Uma pontuação final de 60 a 100 indica independência, abaixo de 40 pontos indica grave dependência e abaixo de 20 pontos revela total dependência no autocuidado e na mobilidade.

No entanto, esta escala só se refere às funções biológicas primárias, não querendo dizer que a independência nas áreas consideradas signifique viver independentemente e sem ajuda, já que, para tal, concorre a necessidade de realizar as actividades instrumentais da vida diária.

Em relação à medição das IADL optou-se por questionar directamente sobre essas actividades (nomeadamente: preparar refeições, limpar a casa, lavar a loiça, fazer compras e tomar a medicação), uma vez que não encontramos qualquer instrumento que tivesse a possibilidade de fazer essa avaliação com efeitos retrospectivos.

Às questões sobre IADL pretendia-se uma resposta positiva ou negativa, sendo a avaliação efectuada pela quantificação do número de actividades realizadas.

A pergunta 26 corresponde a uma auto-avaliação sobre o estado de saúde do indivíduo.

A rede social terá de ser definida na sua dimensão e composição.

A avaliação da dimensão da rede social apresenta algumas dificuldades, uma vez que é necessário entrar com parâmetros como a duração da ligação, frequência do contacto e qualificação do contacto, numa tentativa de nomeação dos indivíduos que integram a rede. As dificuldades aumentam quando se tenta explorar aspectos do passado num indivíduo idoso.

Para resolver essa dificuldade optou-se pela *quantificação dos membros da família directa que residem na proximidade geográfica do idoso* (pergunta 11) e *dos familiares com quem o idoso vive* (perguntas 8 e 12). Também se questionou sobre hábitos sociais e familiares nomeadamente: *actividade laboral* (pergunta 9), *realização de compras* e local das mesmas, *frequência em*

cerimónias religiosas e festivas (familiares e regionais) e *convívio em café/taberna ou jardim* (perguntas 16 e 20). Estas questões podem fornecer conclusões sobre *a falta ou não de ligações sociais*, são medidas sumariadas da rede social (Berkman, Oxman, Seeman, 1992: 198).

Utilizou-se também a *Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe* (in: Lurie, 1982: 190). Esta escala indica situações de mudança de vida, quer positivas quer negativas, que podem ser correlacionadas com a susceptibilidade à doença (física ou psíquica).

Não é uma escala específica para os idosos, mas comporta alguns itens que não lhes podem ser aplicados.

A escala apresenta 43 itens, atribuindo a cada um deles um valor numérico. Não iremos usar esses valores já que é o tipo de acontecimentos que nos interessa e não a sua quantificação.

A escala apresenta como vantagem uma larga utilização, certa validade de conteúdo e põe em relevo situações que implicam ou perda relacional, ou diminuição dos contactos sociais/actividades, ou redes sociais inadequadas e são, portanto, indicadores externos da solidão.

Assim, as situações que nos interessam são as especificadas nos itens 1, 5, 6, 11, 17, 24, 32, 35, 36 e 39 da referida escala.

O item 6 refere-se ao estado de saúde/hospitalização.

Os itens 1 e 32 consideram-se perda relacional.

Os itens 5, 11, 17 e 24 consideram-se como rede social inadequada.

Os itens 35, 36 e 39 consideram-se como diminuição do contacto social/actividade.

O idoso após a entrada no lar contará com um ambiente social diferente que o levará a estabelecer novas relações. No sentido de avaliar a rede social usamos as questões 22, 23 e 24 do guião de entrevista, pretendendo-se deduzir um possível aumento quantitativo daquela.

A preferência do local de habitação (pergunta 28) leva-nos a compreender a posição que o lar tem para cada idoso e a inter relação dos idosos no lar.

A localização da habitação (residência anterior - pergunta 6) fornece uma medida indirecta do contacto social: quanto mais isolado (ou distante) vivesse o idoso, menos possibilidade terá em manter relações com amigos e/ou vizinhos. Trata-se de um isolamento espacial, condicionado pela distância. Será uma forma indirecta de medição de um determinante externo da solidão (contacto social/actividades).

A primeira parte das respostas às perguntas 16 e 20 dar-nos-ão a conhecer a existência ou não de contactos com familiares. Tratando-se de uma referência do passado (pergunta 16) será difícil quantificar, no entanto indicará a existência ou não desses contactos.

O suporte social será pesquisado questionando directamente o idoso através da pergunta 15.b), no que se refere ao período prévio à institucionalização, permitindo-lhe explicar sobre as dificuldades vivenciadas. Sobre aquela variável recairá ainda a resposta à pergunta 13. As respostas indicarão a existência ou não de solidão.

Em relação ao tempo presente (lar), a solidão será pesquisada através da pergunta 25.

O lar fornece suporte instrumental. Interessa-nos, sobretudo, conhecer a eventual percepção de falta de suporte que o idoso tenha, ou seja, a medida do isolamento social no lar. Para tal recorreremos à questão 21.

O ponto 21 do guião de entrevista apresenta duas perguntas cuja resposta negativa estará ligada à falta de ajuda disponível ou isolamento social. Caso a resposta seja positiva, interessa saber se está relacionada com alguém que pertença ao lar ou não. O referir um suporte exterior ao lar pode indicar que o idoso não se encontra integrado na instituição mas não tem isolamento social.

Interessa-nos relacionar o sentimento de solidão (pergunta 25) com o isolamento social (pergunta 21), pois é de supor que a falta de suporte social ou isolamento social esteja relacionada com a solidão. Funciona como determinante

externa da solidão predispondo à solidão.

A questão 28 incide sobre o bem-estar, que só será possível avaliar no momento presente.

Entendendo a saúde numa perspectiva holística, a vertente social é parte integrante dela, pelo que a medição do ajustamento social é um indicador da saúde social. O ajustamento é também conhecido como bem-estar ou desempenho.

Medir a saúde social é examinar a influência do suporte social e das ligações sociais no bem-estar físico e psíquico (Mc Dowell, Newell, 1987: 153).

O bem-estar pode ser medido através do desempenho de vários papéis sociais ou satisfação do indivíduo com as suas relações.

Há assim uma abordagem subjectiva do ajustamento social e os *limites, entre avaliação da saúde social nesse sentido e avaliação de vida, felicidade ou qualidade de vida, são difusos* (Mc Dowell, Newell, 1987: 154).

Para efectuar a avaliação das dimensões do ajustamento emocional, escolheu-se a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia, por ser específica para indivíduos idosos (indivíduos de 70 a 90 anos de idade).

A escala, segundo Lawton, tem como base o conceito de “ânimo” que se refere à orientação mental de uma pessoa e que é entendido como *um sentimento generalizado de bem-estar* (in: Mc Dowell, Newell, 1987: 224).

A escala tem a vantagem de apresentar uma linguagem facilmente compreensível (e de fácil tradução) pelo idoso em estudo.

Não se usará a escala inicial, por se considerar demasiado abrangente em relação ao presente estudo. Utiliza-se a *Escala Abreviada de 15 Itens*, da qual dois itens *parecem estar relacionados com as condições sociais constituindo portanto um domínio conceptual diferente do ânimo* (Liang, Bollen, 1983: 184).

O mesmos autores sugerem uma contagem segundo três sub-escalas (*agitação/ansiedade, descontentamento e solidão e, finalmente, atitude em relação ao próprio envelhecimento*) e uma *contagem total revelando satisfação*

global de vida.

Na contagem utiliza-se uma graduação de 0 na resposta positiva e de 1 na resposta negativa. As mais altas contagens representam pior bem-estar subjectivo.

As entrevistas foram realizadas no Lar, nos espaços ocupados pelos idosos, tendo em atenção a privacidade individual. Sempre que a deslocação dos idosos era possível, as entrevistas realizaram-se em gabinetes existentes em cada piso. A duração de cada entrevista rondou entre os 45 e os 90 minutos e a sua realização decorreu entre Março e Junho de 1997.

Ao longo do decorrer das entrevistas procedeu-se ao seu registo na forma escrita, por se considerar que o uso de outras técnicas poderia ser inibitório para os idosos.

3.4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O universo da população alvo a analisar, em Março de 1997, era constituído por 86 idosos, com 65 ou mais anos, institucionalizados no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Marvão.

Tinham sido excluídos, à partida, todos os indivíduos com idade inferior a 65 anos, num total de seis.

Na Instituição encontravam-se dois casais.

Foram excluídos 5 idosos por se encontrarem no Lar há menos de seis meses. De entre aqueles, dois constituíam um casal.

A colheita de dados levou a que fossem retirados do estudo mais quatro idosos por apresentarem alterações do estado de consciência e doença psiquiátrica (disfunção cerebral grave na Escala de 10 pontos de Goldfarb).

A população em estudo ficou reduzida a 76 elementos.

Utilizaram-se as seguintes variáveis de caracterização:

- Idade (igual ou superior a 65 anos);
- Sexo;
- Estado civil;
- Escolaridade (número de anos completos, iniciando pelo 1º ano de escolaridade básica e incluindo “Sabe ler e escrever” que não corresponde a qualquer ano completo de escolaridade);
- Profissão (utilizou-se o “Código dos grandes grupos de profissões” usado pelo INE. Juntou-se um grupo denominado "Domésticas" dado a sua apresentação numa parte da população do estudo);
- Rendimento mensal;
- Naturalidade;

- Residência;
- Tempo de permanência no Lar.

Como critérios de elegibilidade utilizou-se o tempo de permanência no lar superior ou igual a seis meses e um nível na Escala de Goldfarb correspondente a uma limitação nula, ligeira ou moderada na sua vida de relação.

As restantes variáveis utilizadas dizem respeito ao estado de saúde, à rede social e ao suporte social do idoso.

Todas as variáveis foram analisadas individualmente, em valores absolutos e em percentagem. Utilizaram-se também medidas de tendência central e o programa informático Microsoft Excel 97.

Caracterização da População do Estudo

Entrevistaram-se 35 homens (46,05%) e 41 mulheres (53,95%), com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos, num total de 76 indivíduos.

Consideraram-se quatro grupos etários: 65-74 anos; 75-84 anos; 85-94 anos e igual ou superior a 95 anos.

A média de idades da população em estudo é de 80,93 anos, sendo 79,86 anos a média de idades dos homens e 81,85 anos a média de idades das mulheres.

A classe modal encontra-se no grupo 85-94 anos (39,5%)

Quadro 8 - Distribuição dos idosos por sexo e por grupos etários

GRUPOS ETÁRIOS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)
65 - 74	10	28,6	8	19,5	18	23,7
75 - 84	14	40,0	12	29,3	26	34,2
85 - 94	11	31,4	19	46,3	30	39,5
+94	0	0,0	2	4,9	2	2,6
TOTAL	35	100,0	41	100,0	76	100,0

O estado civil foi considerado em dois momentos distintos: a altura da admissão no Lar e à data da entrevista.

Em qualquer dos casos a classe modal encontra-se no grupo "viúvo", tendo-se verificado, no segundo momento, uma alteração dos números revelando um aumento no grupo "viúvo" de valor absoluto idêntico à diminuição do grupo "casado". No primeiro momento o grupo "viúvo" representa 43,4%, passando para 79% no momento da entrevista.

Constata-se que 12 idosos (15,8%) são solteiros no momento da admissão, não tendo o seu estado civil alterado até ao segundo momento considerado.

Os grupos "separado" e "divorciado" são pouco significativos e só são observados no sexo masculino nos dois momentos. Constata-se, no entanto, que uma idosa passa à situação de divorciada após a entrada no Lar.

Quadro 9 - Estado civil dos idosos institucionalizados, nas datas de admissão no Lar e da entrevista, segundo o sexo.

SEXO	ESTADO CIVIL										Total
	Casado		Solteiro		Viúvo		Divorciado		Separado		
	Admiss	Entrev	Admiss	Entrev	Admiss	Entrev	Admiss	Entrev	Admiss	Entrev	
MASCULINO	18	0	7	7	8	26	1	1	1	1	35
FEMININO	11	1	5	5	25	34	0	1	0	0	41
TOTAL	29	1	12	12	33	60	1	2	1	1	76

No que se refere a habilitações literárias verificou-se que 42 idosos (55,3%) são analfabetos, nunca tendo frequentado a Escola, 28 indivíduos (36,8%) sabem ler e escrever sem, no entanto, terem concluído o primeiro ano de escolaridade, 4 idosos possuem a 3ª Classe do Ensino Primário e apenas 2 possuem 4 anos de escolaridade completa (4ª Classe do Ensino Primário).

Constata-se que no sexo feminino o número de analfabetos (61%) é superior ao do sexo masculino (46,8%).

Como se pode observar no quadro seguinte, os idosos apresentam um muito baixo nível de escolaridade, embora os homens sejam ligeiramente mais alfabetizados que as mulheres.

Quadro 10 - Distribuição dos idosos segundo o sexo e as habilitações literárias.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)
ANALFABETO	17	48,6	25	61,0	42	55,3
SABE LER E ESCREVER	14	40,0	14	34,2	28	36,8
3ª CLASSE	3	8,6	1	2,4	4	5,3
4ª CLASSE	1	2,8	1	2,4	2	2,6
TOTAL	35	100,0	41	100,0	76	100,0

No que se refere à actividade profissional anterior à institucionalização, verifica-se que 29 idosos (82,9%) do sexo masculino eram trabalhadores rurais (22 assalariados rurais e 7 agricultores que exerciam a sua actividade em terrenos agrícolas arrendados). Os restantes homens exerciam as profissões de operários fabris (3 idosos), carpinteiro (1 idoso), serralheiro (1 idoso) e um outro era funcionário dos Caminhos de Ferro (CP).

As mulheres distribuíram-se entre aquelas que nunca exerceram actividade fora de casa, num total de 28 idosas (68,3%), que foram classificadas como "domésticas" e as restantes, para além das actividades domésticas, exerciam as actividades de: trabalhadora rural (11 idosas - 26,8%); cozinheira (1 idosa) e operária fabril (1 idosa). Das 11 mulheres que trabalhavam na agricultura, 5 eram agricultoras em terrenos arrendados e as restantes 6 eram assalariadas agrícolas.

Em relação ao rendimento económico mensal dos entrevistados constatou-se que apenas 5 idosos (6,6%) auferem reformas de trabalho de valor superior ao

actual ordenado mínimo nacional. Os restantes idosos (93,4%) recebem pensões de invalidez, sobrevivência e de velhice.

Relativamente à naturalidade, os idosos pertencem, na sua maioria (63), ao concelho de Marvão. Só 13 indivíduos (17,1%) nasceram fora do concelho. Uma idosa nasceu em Espanha, na localidade de Valência de Alcântara que se situa a poucos quilómetros da fronteira de Marvão, casou com um português e veio viver para Portugal (Santo António das Areias).

Quadro 11 – Distribuição dos idosos segundo a naturalidade.

NATURALIDADE		(F)	(%)
FREGUESIAS DO CONCELHO DE MARVÃO	Stª Maria de Marvão	22	29,0
	St António das Areias	17	22,4
	São Salvador da Aramenha	23	30,3
	Beirã	1	1,3
OUTROS CONCELHOS	Portalegre	6	7,9
	Castelo de Vide	1	1,3
	Estremoz	1	1,3
	Évora	2	2,6
	Reguengos de Monsaraz	1	1,3
	Abrantes	1	1,3
	Valência de Alcântara (Espanha)	1	1,3
TOTAL		76	100,0

Em relação à residência, interessa considerar o local da última habitação que o idoso tinha antes da admissão no Lar.

Dos 76 idosos entrevistados, 61 (80,3%) residiam no concelho de Marvão. Os restantes 15 distribuíam-se pelos concelhos de Portalegre (11), Évora (1), Estremoz (1) e ainda de Lisboa (1) e Tomar (1).

Cinco (33,3%) dos idosos que residiam fora do concelho de Marvão são naturais deste.

Quadro 12 – Distribuição dos idosos segundo o local de residência.

RESIDÊNCIA		(F)	(%)
FREGUESIAS DO CONCELHO DE MARVÃO	Stª Maria de Marvão	24	31,6
	St António das Areias	16	21,1
	São Salvador da Aramenha	16	21,1
	Beirã	5	6,6
OUTROS CONCELHOS	Portalegre	11	14,4
	Estremoz	1	1,3
	Évora	1	1,3
	Lisboa	1	1,3
	Tomar	1	1,3
TOTAL		76	100,0

Se tivermos em conta unicamente os residentes no concelho, verificamos que 39,4% são oriundos da freguesia de Stª Maria de Marvão, 26,2% de St António das Areias, 26,2% de São Salvador da Aramenha e 8,2% da Beirã.

70 idosos (92,1%) viviam em habitação própria. Daqueles, 46 idosos (60,5% do total) viviam em casa arrendada e em 24 casos (31,6% do total) a habitação era sua propriedade. Os restantes dividiam-se da seguinte forma: 5 (6,6%) em casa de familiares (filho, irmão ou sobrinho) e uma idosa (1,3%) encontrava-se noutra Lar.

Dos 24 que viviam em casa própria, metade (15,8% do total de idosos) vivia em quintas ou propriedades agrícolas, pelo que a habitação correspondia a parte de casa agrícola onde mantinham actividade laboral.

Estes 12 indivíduos viviam isolados em locais afastados de núcleos residenciais.

Consideramos “isolado” o viver afastado de um núcleo residencial.

Se considerarmos que o facto de se viver num núcleo residencial, qualquer que sejam as suas dimensões, abonará em desfavor do isolamento, podemos afirmar que 15,8% dos idosos (7 homens e 5 mulheres) viviam isoladamente.

Crêterios de Elegibilidade

Todos os idosos entrevistados viviam há mais de um ano no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Marvão. O tempo de permanência no Lar apresenta um leque que vai desde 1 ano até o tempo máximo de 15 anos.

O tempo médio de institucionaliza o   de 4 anos.

A classe modal encontra-se no grupo “1 a 3 anos” (63,2%).

18,4% dos idosos reside no Lar num período que vai dos 4 aos 6 anos. A viver no Lar entre 7 a 9 anos encontram-se 8 idosos (10,5%) e os restantes 7,9% residem no Lar há mais de 10 anos (2 há 11 anos; 2 há 12 anos; 1 há 13 anos e 1 há 15 anos).

Quadro 13 – Distribui o dos idosos segundo o número de anos de perman ncia no lar e o sexo.

TEMPO DE PERMAN�NCIA NA INSTITUI�O	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)
1 a 3 anos	19	54,3	29	70,7	48	63,2
4 a 6 anos	7	20,0	7	17,1	14	18,4
7 a 9 anos	5	14,3	3	7,3	8	10,5
10 ou + anos	4	11,4	2	4,9	6	7,9
TOTAL	35	100,0	41	100,0	76	100,0

O segundo critério de elegibilidade está directamente relacionado com a capacidade cognitiva (memória, orienta o temporal e espacial).

A incapacidade cognitiva não permite níveis úteis de comunica o, pelo que aquela   de fácil diagnóstico. No entanto, existem dificuldades ou limita es cognitivas que são detectadas por exames mais precisos e especializados.

O uso da Escala de Goldfarb é considerado suficiente e ajustado para a avaliação que nos propunha-mos, já que só serviria para excluir, ou não, o idoso do presente estudo.

As perguntas 6, 7 e 8 foram utilizadas para confirmar ou aferir a validade das respostas, já que essas informações tinham sido anteriormente colhidas e registadas a partir das fichas e processos administrativos individuais dos idosos, aquando da recolha de dados de identificação geral.

A aplicação da Escala de 10 pontos de Goldfarb levou, como anteriormente se afirmou, a que 4 idosos fossem excluídos do estudo.

Os 76 idosos que foram incluídos no estudo apresentavam, na sua maioria (64,5%), uma “limitação nula ou ligeira” (0 a 2 erros). Os outros 27 idosos (35,5%) apresentavam uma “diminuição moderadamente marcada” na sua vida de relação (7 a 8 erros).

Estado de Saúde

Como indicadores do estado de saúde utilizaram-se as variáveis “Doença” (com ou sem hospitalização) e a “Capacidade Funcional” para as actividades da vida diária.

Do total de entrevistados, 29 idosos (38%) apresentavam doença grave incapacitante que obrigava a recorrer à ajuda de terceiros, ou a hospitalização, no período anterior à institucionalização.

A avaliação da capacidade funcional do idoso nas actividades da vida diária fez-se através da aplicação da Escala Modificada de Barthel, que permite classificar os indivíduos em “dependentes” e “independentes”.

Segundo o resultado das entrevistas, 24 idosos (31,6%) apresentavam dependência funcional aquando da admissão na instituição.

A observação e análise das fichas de registo de saúde e a consulta às ajudantes de lar não se revelaram totalmente conclusivas, pelo que não pudemos confirmar todas as respostas dos idosos no que se refere ao diagnóstico e estado clínico no momento da admissão.

Tendo em atenção os condicionalismos expostos, parece-nos que 62% dos idosos se apresentavam “sem doença” e “sem incapacidade funcional”, aquando da entrada no Lar.

Actividades Instrumentais da Vida Diária

As actividades instrumentais da vida diária englobam tarefas necessárias para a vida em comunidade.

Utilizando-se uma graduação de 0 a 5, consideraram-se três categorias consoante o número de tarefas realizadas (0-1; 2-4; 5 tarefas realizadas).

No período anterior à admissão no lar, 34 idosos (44,7%) realizavam 0 ou 1 tarefa, 24 idosos (31,6%) enquadravam-se na categoria de 2 a 4 tarefas realizadas e só 18 (23,7%) realizavam a totalidade das tarefas.

Dos 34 idosos que realizam 0 ou 1 tarefa, 29 (85,3%) são do sexo masculino. Destes, 3 idosos apresentam incapacidade física para levar a cabo aquelas tarefas, os restantes 26 afirmam não saber fazer algumas daquelas actividades.

Apresentavam-se 58 idosos (76,3%) incapazes de levar a cabo todas as tarefas. Nestes estão incluídos todos os idosos do sexo masculino, pelo que se pode concluir que os idosos do sexo masculino apresentam uma alteração do estado de saúde, revelada pela não realização das tarefas instrumentais da vida diária.

Rede Social

No período anterior à admissão no Lar, 29 idosos (38,2%) eram casados vivendo com o cônjuge. Todos viviam em casa própria.

Cinco idosas viúvas viviam, no concelho, em casa de familiares (3 com filhas, uma com irmão e outra com sobrinha).

Uma idosa vivia noutra Lar fora do concelho.

Os outros 41 idosos (54%) viviam sozinhos.

No que se refere a descendência, constatou-se que 16 idosos (21%) não têm filhos. Daqueles, 12 idosos (75%) são solteiros.

A descendência média é de 1,5 filhos por idoso.

A classe modal situa-se em 1 filho (34,2%)

Quadro 14 - Distribuição dos idosos segundo o número de filhos.

NÚMERO DE FILHOS	(F)	(%)
0	16	21,0
1	26	34,2
2	20	26,3
3	10	13,2
4	3	4,0
5	1	1,3
TOTAL	76	100,0

Interessava quantificar os membros da família a residir nas proximidades geográficas da residência do idoso.

Considerou-se “proximidade geográfica” o facto do familiar residir no concelho onde se localizava a habitação do idoso.

Para os idosos com filhos, independentemente do seu estado civil, foram contabilizados os filhos e netos. Para os idosos sem filhos, independentemente do seu estado civil, consideram-se os irmãos e sobrinhos.

Constatou-se que 48 idosos (63,2%) não tinham familiares a viver no concelho de residência. Dos 28 idosos (36,8%) com membros da família a viver no concelho da sua residência, 11 tinham um familiar e 17 tinham dois ou mais membros da família.

Se considerarmos os familiares que viviam fora do concelho de residência do idoso, verificamos que 42 idosos (55,3%) só têm familiares (filhos, netos, irmãos ou sobrinhos) a viver fora do concelho.

Seis idosos referem não ter família.

A região de Lisboa (Odivelas, Sacavém, Mem Martins, Cacém, Queluz, Amadora, Almada, Barreiro, Paço de Arcos e Alverca) concentra familiares de 29 idosos.

Na cidade de Portalegre vivem familiares de 17 idosos.

De referir que 14 idosos têm familiares fora de Portugal.

Quadro 15 – Locais de residência dos familiares a viver fora do concelho de residência do idoso, à data da admissão no Lar.

LOCAL DE RESIDENCIA DOS FAMILIARES	IDOSOS COM FAMILIARES NESSE LOCAL
Região de Lisboa	29
Algarve (Região de Faro)	5
Entroncamento	2
Portalegre	17
Campo Maior	2
Castelo de Vide	3
Crato	1
Estremoz	2
Abrantes	1
Espanha	1
Bélgica	4
França	9

Se considerarmos que alguns idosos têm familiares a viver no concelho de residência e fora dele, concluímos que 61 idosos (80,3%) tinham, no momento da admissão no Lar, familiares vivendo fora do concelho e 28 idosos (38,6%) tinham familiares no concelho. Esta diferença parece ser devida, fundamentalmente, ao processo migratório que é notório na região e em particular no concelho de Marvão.

Por outro lado, é maior a proporção de idosos com dois ou mais familiares

vivendo fora do concelho do que de idosos com familiares vivendo na proximidade geográfica.

35 idosos (46%) viviam acompanhados. Dos 41 idosos que viviam sozinhos, seis não tinham família no concelho de residência ou fora dele.

No que se refere a contactos com familiares, há a referir que, no período que antecedeu a entrada no Lar, 24 idosos (31,6%) visitavam os familiares do concelho de residência. Três idosos visitavam familiares fora da proximidade geográfica da sua habitação, um deles também visitava familiares no concelho pelo que também inclui o grupo anterior.

Um total de 26 idosos (34,2%) visitava os seus familiares.

64,5% dos idosos (49) eram visitados por familiares. No entanto, há a referir que essas visitas se limitavam no número e no tempo. Eram, em 77,6% dos casos, duas visitas anuais que coincidiam com o Natal ou a Páscoa e um curto período de férias no Verão ou no Outono. Onze idosos recebiam visitas regulares dos seus familiares.

Um número considerável de idosos (35,5%) não visitava, nem era visitado por qualquer familiar (não se considera visita o familiar que vive com o idoso).

Podemos considerar outras medidas da rede social: os hábitos sociais.

Neste aspecto há a referir uma percentagem considerável de idosos (35,5%) que passava sozinha as festas familiares (Natal, Páscoa) e regionais.

As festas da região não eram frequentadas por 47 idosos (61,8%) dos idosos.

A missa era frequentada por 23 idosas (30,3%). Nenhum homem frequentava a igreja para assistir à missa, no período anterior à entrada no Lar.

O total de idosos que participava em algumas cerimónias religiosas (incluídas nas festas familiares e regionais) era de 43,4%.

A taberna ou o café era frequentado por 19 homens (25% do total de idosos).

As compras eram efectuadas por 47 idosos. Destes, 83% (39 idosos)

faziam as compras sempre no mesmo lugar.

11 idosos (14,5%) mantinham alguma actividade laboral antes da institucionalização.

Os jardins eram utilizados por apenas 28 idosos (36,8%).

Acontecimentos de Vida

Da análise dos acontecimentos graves de vida, no ano anterior à entrada no Lar (Escala de Holmes e Rahe), encontrados em 42 idosos (55,3%), concluiu-se que:

- Houve alteração negativa do estado de saúde, por acidente ou doença grave, em 11 idosos (14,5%);
- Aconteceu perda relacional em 3 casos (morte do marido em dois casos e mudança de residência noutra), correspondentes a 4% do total de idosos;
- Considerou-se haver alteração da rede social (inadequação por morte de familiares próximos, doença grave de familiares, morte de amigo íntimo e dificuldades com familiares do cônjuge) em 12 casos (15,8%);
- Verificou-se diminuição do contacto social ou da actividade, por diminuição do número de actividades sociais, reuniões familiares e de actividades religiosas, em 16 casos (21%).

Suporte Social

Neste aspecto interessa-nos conhecer quantos idosos recebiam apoio instrumental e quem fornecia o suporte, no período anterior à institucionalização.

Da análise dos dados concluiu-se que 58 idosos (76,3%) recebiam suporte instrumental.

Este suporte era fornecido, em 36 casos (62%) pela família e nos restantes casos (38%) por vizinhos.

No entanto, no que se refere ao principal motivo de institucionalização, verifica-se que é precisamente a necessidade de suporte instrumental e respectivo

apoio que é verbalizado por 50% dos idosos.

Agrupamos os motivos de institucionalização em quatro categorias: "recusa (directa ou indirecta) da família", "falta de apoio instrumental", "sentir-se só" e "outros".

A primeira categoria ("recusa da família") refere-se a situações de conflito com familiares em que o idoso recusa viver em casa de familiares ou em que a família recusa receber o idoso.

A segunda categoria ("falta de apoio instrumental") inclui situações em que o idoso apresenta e refere dependência física, o cônjuge é dependente físico (ou psíquico), o idoso é cego ou apresenta diminuição muito acentuada da visão. O apoio era fornecido principalmente por vizinhos e amigos. Em alguns casos o apoio era fornecido pela família (filhos e netos) sentindo-se o idoso uma sobrecarga ou considerando o apoio recebido como insuficiente.

A terceira categoria ("sentir-se só") refere-se a situações em que o idoso refere claramente "solidão" e outras em que aponta "grande isolamento".

A última categoria diz respeito a uma situação de transferência de Lar.

Quadro 16 - Distribuição dos idosos segundo os motivos de institucionalização e segundo o sexo.

CATEGORIAS	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	(F)	(%)	(F)	(%)	(F)	(%)
RECUSA DA FAMÍLIA	1	2,9	3	7,3	4	5,3
FALTA DE APOIO INSTRUMENTAL	21	60,0	17	41,5	38	50,0
SENTIR-SE SÓ	13	37,1	20	48,8	33	43,4
OUTROS	0	0,0	1	2,4	1	1,3
TOTAL	35	100,0	41	100,0	76	100,0

Verifica-se que 50% dos idosos refere a falta de apoio instrumental como motivo principal do recurso ao Lar.

Os sentimentos de solidão (sentir-se só, referir grande isolamento e estar sozinho) são apontados por 43,4% dos idosos.

As categorias 1 e 4 não são muito representativas pois abarcam apenas cinco idosos (6,6%).

Capacidade Funcional (no momento da entrevista)

No que se refere à capacidade funcional para a realização de actividades da vida diária, concluiu-se que 7 indivíduos (9,2%) aumentaram a sua capacidade funcional. Tal situação tem directamente a ver com a resolução de problemas de saúde existentes antes da entrada no Lar.

42 idosos (55,3%) mantiveram a sua capacidade funcional desde a admissão até ao momento da entrevista.

Os restantes 27 idosos (35,5%) diminuíram a sua capacidade funcional durante o período de institucionalização. Quando se cruza a diminuição da capacidade funcional com a idade e tempo de permanência no Lar, conclui-se que aqueles 27 indivíduos são dos mais idosos e dos que se encontram no Lar há mais anos.

Auto-avaliação do Estado de Saúde

O ponto 26º do Guião de Entrevista levava o idoso a fazer uma auto-avaliação do seu estado de saúde. Interessava-nos saber se o idoso se considerava de “boa saúde” ou se considerava a sua saúde como “má”.

35,5% dos idosos considera-se de boa saúde. Os restantes 49 idosos (64,5%) entendem que sua saúde não é boa.

Rede Social (no momento da entrevista)

Utilizaram-se os mesmos critérios que foram utilizados para o período que antecedeu a ida para o Lar.

Constatou-se que 27 idosos (35,5%) não são visitados por familiares. Nestes incluem-se os seis idosos que afirmam não ter família. Os indivíduos que não eram visitados no período anterior à ida para o Lar continuam, nesta altura, a não receber, com regularidade, a visita de familiares.

27 idosos (35,5%) visitam os seus familiares. Mantêm-se os mesmos idosos a visitar os familiares, tal como o faziam no período anterior à ida para o Lar. Verifica-se que há mais um idoso a visitar os familiares, que no período anterior. Tal facto deve-se a que o idoso em causa tem familiares próximos da localização do Lar e desloca-se, a pé, à casa destes.

63% dos idosos que visitam os familiares, fazem-no por curtos períodos no Natal, Páscoa e, nalguns casos, em datas de aniversários de familiares.

No entanto, 52 idosos (68,4%) passam a noite de Natal com familiares. São estes que vão buscar os idosos ao Lar.

53 idosos recebem, com frequência (2 a 5 vezes por mês), visitas de amigos e de anteriores vizinhos.

9 idosos (incluindo 5 dos que afirmam não ter família) visitam amigos e antigos vizinhos, com alguma frequência (1 a 2 vezes por mês).

12 idosos do sexo masculino ainda comparecem às festas da região onde habitavam.

Não se considerou, como festa regional, a festa de Nossa Senhora da Estrela, realizada no largo da Igreja de Nossa Senhora da Estrela anexa ao Convento onde funciona o Lar, porque quase todos os idosos a presenciam ou nela participam (excepção para os 4 idosos acamados).

A missa, celebrada na Igreja anexa ao Lar, é frequentada por todas as mulheres, com excepção das 4 idosas acamadas. As dez idosas que se deslocam em cadeiras de rodas assistem à missa dos claustros do 1º andar ou de uma sala cujas janelas permitem observar todo o interior da referida igreja.

Dos homens, apenas 9 assistem à missa.

Os jardins e espaços verdes do Lar são utilizados por 95% dos idosos, no entanto, só 15 idosos (19,7%) frequentam espaços ajardinados fora do Lar (em Marvão).

16 idosos do sexo masculino (21% dos idosos) frequentam a taberna ou o café.

Quadro 17 – Distribuição percentual dos idosos segundo os tipos de contactos sociais, nos dois momentos considerados.

TIPO DE CONTACTO SOCIAL	%	
	ANTES DO LAR	NO LAR
SER VISITADO PELA FAMÍLIA	64,5	64,5
VISITAR A FAMÍLIA	34,2	35,5
PASSAR NATAL COM A FAMÍLIA	64,5	68,4
IR À MISSA	30,3	60,5
IR A FESTAS REGIONAIS	38,2	15,8
IR AO CAFÉ OU TABERNA	25	21
IR AO JARDIM	36,8	19,7

Percepção do Suporte Social

A questão 21 dá a conhecer a eventual percepção de falta de suporte que o idoso tenha, ou seja, a medida do isolamento social no Lar.

Considerou-se ter suporte social a resposta positiva às duas perguntas e algum suporte social a resposta positiva a uma só pergunta.

Todos os idosos responderam positivamente às duas perguntas.

Todos os idosos têm alguém a quem pedir ajuda para solucionar um problema e a quem pedir um conselho.

Quanto aos fornecedores de suporte, a distribuição das escolhas dos idosos, apresenta-se da seguinte forma:

22 idosos (29%) pediam um conselho a outros idosos do Lar;
17 idosos (22,4 %) pediam um conselho ao Padre;
15 idosos (19,7%) à Madre Superiora;
9 idosos (11,8%) pediam-no aos filhos;
6 idosos (7,9%) pediam-no a vizinhos da residência anterior à ida para o Lar;
4 idosos (5,3%) pediam-no aos netos;
3 idosos (3,9%) solicitavam-no a um amigo externo ao Lar.

Verifica-se que 63 idosos (82,9%) escolhiam indivíduos não familiares para solicitar um conselho. Destes, só 9 idosos escolheram indivíduos fora do Lar.

É reduzida a percentagem de idosos que escolhia familiares (filhos e netos) como fornecedor de suporte no que se refere ao pedido de um conselho (17,1%).

Dentro da instituição encontravam apoio 54 idosos (71,1%). Considerou-se o Padre como pertencente ao Lar, já que este, para além de celebrar as missas e efectuar as confissões, visita e fornece apoio espiritual (ou suporte emocional) aos idosos, alguns dias por semana.

De realçar que 22 idosos (29%) escolheram outros idosos dentro do Lar.

No que se refere ao pedido de ajuda para a resolução de um problema, as escolhas dos idosos recaíram sobre os fornecedores de suporte que se apresentam e com a seguinte distribuição:

38 idosos (50%) pediam ajuda à Madre Superiora;
17 idosos (22,4%) solicitavam ajuda ao Padre;
11 idosos (14,5%) contavam com a ajuda dos filhos;
4 idosos (5,3%) recorriam a amigos exteriores ao Lar;
3 idosos (3,9%) socorriam-se de irmãos;
3 idosos (3,9%) pediam a de antigos vizinhos;

Verifica-se, mais uma vez, que uma elevada percentagem de idosos (81,6%) recorre a suportes extra-familiares.

O Lar (Madre Superiora e Padre) fornece ajuda para 72,4% dos idosos.

Os familiares são solicitados para fornecer ajuda, na resolução de um problema, apenas por 18,4% dos idosos.

Verifica-se que os idosos (embora recorram, em 29% dos casos, a outro idoso para o fornecimento de um conselho) não consideram os outros idosos capazes de fornecer ajuda na resolução de um problema.

A Madre Superiora, embora não seja a mais solicitada para fornecer conselhos, é a pessoa que reúne maior consenso no que se refere à possibilidade de prestar ajuda na resolução de um problema e é escolhida por metade dos idosos.

O Padre é escolhido para ajudar na resolução de um problema, pelos mesmos idosos (todos do sexo feminino) que o escolheram para fornecer um conselho (22,4% do total de idosos).

Os amigos externos ao Lar e os antigos vizinhos continuam a fornecer algum suporte (5,3% e 3,9% respectivamente).

Relações no Lar

Sobre as relações dos idosos entre si e entre estes e outros indivíduos dentro do Lar verificou-se que todos os idosos se conhecem e mantêm bons níveis de comunicação entre si e com os funcionários e pessoal administrativo.

No que se refere à escolha de uma companhia para sair, verificou-se que 74 idosos (97,4%) escolhem outro idoso, um idoso opta por sair sozinho e, finalmente, uma idosa prefere sair com a filha (funcionária do Lar).

Parece-nos que os idosos estabelecem inter-relações individuais muito satisfatórias, o que dificilmente aconteceria fora do Lar.

No entanto, quando se questiona o idoso sobre a preferência do local de

habitação a resposta é esmagadora: 75 idosos (98,7%) desejavam viver em casa. Só uma idosa prefere viver no Lar (é a idosa que anteriormente vivia noutra Lar).

Solidão

A questão 25 do guião de entrevista é composta por duas perguntas, cujas respostas foram consideradas em separado. As perguntas correspondem a dois itens de original Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia e são consideradas como *relacionadas com as relações sociais* (Liang; Bollen, 1983:183).

As respostas à primeira pergunta levam-nos a concluir que 28 idosos (36,8%) se sentem sós. Se considerarmos que, como motivo de institucionalização, 33 idosos (43,4) invocaram “sentir-se só”, verifica-se uma ligeira diminuição dos sentimentos de solidão na população em estudo.

No entanto, daqueles que agora referem sentir-se sós, só 6 idosos (21,4%) pertencem ao grupo que referia sentimentos semelhantes no período prévio à admissão no Lar.

Parece que as relações estabelecidas dentro do Lar vieram colmatar, para 27 idosos, os sentimentos de solidão e isolamento vivenciados no período anterior à institucionalização.

22 dos idosos que referem sentir-se sós, pertencem ao grupo que, na admissão, referia falta de suporte instrumental.

A segunda questão (vê muitas vezes os seus amigos e familiares?) foi respondida positivamente por 49 idosos (64,5%)

Bem-Estar Subjectivo

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe indica situações de mudança de vida, no ano anterior à entrada no Lar, quer positivas quer negativas, pondo em relevo situações (acontecimentos de vida) que implicam ou perda

relacional, ou diminuição dos contactos sociais/actividades, ou redes sociais inadequadas, que são indicadores externos de solidão.

Quadro 18 - Distribuição dos idosos segundo "acontecimentos de vida no ano anterior à entrada no Lar".

ACONTECIMENTOS	(F)	(%)
Morte do cônjuge	9	11,8
Morte de um familiar próximo	8	10,5
Acidente ou doença grave	15	19,7
Doença grave de um familiar	11	14,5
Morte de um amigo íntimo	16	21,0
Dificuldades com familiares do cônjuge	5	6,6
Mudança de residência	2	2,6
Mudança de actividades religiosas	0	0,0
Mudança de actividades sociais	25	32,9
Mudança do número de reuniões familiares	17	22,4

Pela leitura do quadro acima, pode concluir-se que 19,7% dos idosos sofreu alteração do estado de saúde motivada por doença grave ou acidente.

11 idosos (14,47%) sofreram perdas do tipo relacional (morte do cônjuge e/ou mudança de residência).

52,6% dos idosos (40) sofreram acontecimentos de vida (morte de um familiar próximo; doença grave de um familiar; morte de um amigo íntimo; dificuldades com familiares do cônjuge) que tornaram, ou contribuíram para tornar, inadequada a sua rede social.

Finalmente, o valor percentual mais representativo (55,3%) diz respeito à diminuição do contacto social/actividade motivada por “mudança de actividades sociais” e/ou “mudança do número de reuniões familiares”.

De referir que nenhum idoso referiu “mudança de actividades religiosas” no ano anterior à admissão no Lar.

A avaliação das dimensões do ajustamento emocional foi efectuada através da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (mais precisamente a Escala Abreviada de 15 Itens).

Quadro nº 19 – Quantificação do número de respostas negativas, em relação a cada item da Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia (Versão Abreviada de 15 Itens).

ITEM		RESPOSTAS NEGATIVAS	(F)	(%)
1.	As coisas estão-se a tornar pior à medida que fico mais velho/a	SIM	48	63,2
2.	Tenho tanto ânimo (energia) como tinha no último ano	NÃO	43	56,6
3.	Cada vez me aborreço mais com pequenas coisas	SIM	63	82,9
4.	À medida que envelheço sinto-me menos útil	SIM	34	44,7
5.	Algumas vezes ando tão preocupado/a que não consigo dormir	SIM	23	30,3
6.	À medida que envelheço as coisas são (melhores, piores, iguais) do que eu pensava que seriam	PIORES	37	68,4
		IGUAIS	15	
7.	Algumas vezes sinto que não vale a pena viver	SIM	32	42,1
8.	Sou tão feliz como quando era novo/a	NÃO	69	90,8
9.	Tenho muitos motivos para me entristecer	SIM	41	53,9
10.	Tenho medo de muitas coisas	SIM	19	25,0
11.	Cada vez me irrita mais facilmente	SIM	21	27,6
12.	A maior parte do tempo a vida pesa-me	SIM	34	44,7
13.	Estou satisfeito/a com a minha vida de hoje	NÃO	25	32,9
14.	Eu levo as coisas a sério	SIM	14	18,4
15.	Facilmente me descontrolo	SIM	29	38,2

A maioria dos idosos (90,8%) considera não ser tão feliz como quando era novo/a.

63 idosos (82,9%) afirmam que cada vez se aborrecem mais com pequenas coisas.

68,4% dos idosos (52) refere que à medida que envelhecem as coisas não são melhores do que pensavam que seriam. Para 71,2% daqueles idosos as coisas

são “piores”. Os restantes 28,8% entendem que as coisas são iguais ao que pensavam que seriam.

Para 63,2% dos idosos (48) as coisas estão a tornar-se pior à medida que ficam mais velhos.

56,6% do total de idosos sentem-se com menos ânimo que no ano anterior à entrevista. Um número quase igual de idosos (53,9%) afirma ter muitos motivos para se entristecer.

Em relação aos itens 4 e 12, verifica-se que um igual número de idosos (34) afirma achar-se menos útil e sentir que, a maior parte do tempo, a vida lhe pesa. Destes, 32 idosos afirmam que algumas vezes sentem que não vale a pena viver.

25 idosos assumem não estar satisfeitos com a sua vida actual.

Se considerarmos que 29 idosos facilmente se descontrolam, 23 afirmam que às vezes, devido a preocupações, não conseguem dormir, 21 reconhecem que cada vez se irritam mais facilmente e que 19 têm medo de muitas coisas, podemos concluir, tendo em atenção os números de itens respondidos pelo mesmos idosos, que 30,3% dos idosos institucionalizados apresentam altos níveis de ansiedade e/ou agitação.

DISCUSSÃO

A população em estudo é constituída por 76 indivíduos, sendo 41 do sexo feminino e 35 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos. A média de idades dos idosos é de 80,9 anos, sendo as médias de idades dos homens e das mulheres 79,9 e 81,9 anos, respectivamente. 39,5% dos indivíduos situa-se no grupo etário dos “85 – 94 anos”, que representa a classe modal.

Todos os idosos viviam há mais de um ano na instituição. Tinha-se

considerado com primeiro critério de elegibilidade “o viver no Lar há 6 ou mais meses” e, cumulativamente, “ter idade igual ou superior a 65 anos”. O primeiro deve-se ao facto de se considerar que é necessário um certo tempo de permanência no Lar para que se desencadeiem e formem ligações sociais que estabeleçam inter-relações capazes de revelar alteração positiva de rede social. O segundo está directamente dependente do conceito de idoso tal como foi definido pela Organização Mundial de Saúde.

O segundo critério de elegibilidade está relacionado com a capacidade cognitiva. Durante o processo de envelhecimento aquela tende a sofrer alterações de sentido negativo, que podem ser agravadas por características individuais ou por processos patológicos. A memória e a orientação no espaço e no tempo são aspectos fundamentais para uma comunicação eficaz. A sua alteração, no sentido negativo, iria alterar o resultado da entrevista desses idosos, ou noutros casos impossibilitar a realização da própria entrevista.

A aplicação da Escala de 10 pontos de Goldfard levou a que 4 idosos fossem excluídos do estudo. Tal exclusão não parece ter colocado de lado indivíduos com outras particularidades para além da alteração da sua saúde mental ou da presença de distúrbio mental.

Em relação ao estado civil dos idosos constatou-se que 79% são viúvos e 15,8% são solteiros.

Todos apresentam um baixo nível de escolaridade. 70 idosos (92,1%) não têm um ano completo de escolaridade (por nunca terem frequentado ou por terem abandonado a escola antes de terminado o 1º ano). Apenas 2 idosos (2,6%) completaram com êxito a 4ª Classe do Ensino Primário.

No sexo feminino a percentagem de analfabetos (61%) é maior que no sexo masculino (46,8%). A tal facto não serão estranhos valores e factores culturais relacionados com o tradicional papel da mulher na família e na sociedade.

As profissões anteriores estão, na maioria dos casos (52,6%), ligadas à agricultura. A tal percentagem não será estranho o viver num concelho essencialmente rural, onde as poucas indústrias (com significado muito limitado

no mercado de emprego) se situam numa única freguesia (Stº António das Areias), com poucas, mas grandes, propriedades rurais (herdades e montes) que absorviam um número muito significativo de trabalhadores assalariados e, em alguns casos, famílias completas que vivam em pequenas habitações desses espaços agrícolas.

Classificaram-se como “domésticas” 68,3% das mulheres, uma vez que a sua actividades sempre se limitou a tarefas de manutenção, limpeza e arrumo da casa e confecção das refeições, acrescido de todas actividades do cuidar dos filhos e cônjuge ou de outros familiares.

Não será alheio a essas situações o facto de actualmente 93,4% dos idosos receberem unicamente pensões de invalidez, sobrevivência e de velhice.

Antes da entrada no lar, 80,3% dos entrevistados residia no concelho de Marvão. Se a estes juntarmos os cinco idosos, que residindo fora do concelho, são naturais dele, conclui-se que 66 idosos (86,8%) apresentam fortes ligações ao concelho.

70 idosos (92,1%) viviam em habitação própria. Este conceito de “habitação própria” não coincide com o conceito jurídico de “proprietário” (dono), uma vez que se refere ao facto de o idoso não viver em casa de outros, mas sim no seu próprio espaço. Apenas 24 idosos eram proprietários da sua habitação.

Alguns idosos (15,8%) viviam isolados em quintas ou propriedades agrícolas (em locais afastados dos núcleos habitacionais).

No que se refere à descendência, verifica-se que 21% dos idosos não têm filhos. Mas, daqueles, 75% são solteiros. A descendência média é de 1,5 filhos. No entanto, 14 idosos (18,4%) referem a morte de filhos ao longo dos últimos anos, o que vai diminuir o número de inter-relações e a possibilidade de contactos familiares.

63,2% dos idosos não tinham, no período anterior à entrada no Lar, família a residir no concelho. Dos 28 idosos com membros da família a residir no concelho, 11 tinham um familiar e 17 tinham dois ou mais familiares.

Seis idosos não têm família. Assim, verifica-se que 55,3% dos idosos só

têm familiares (filhos, netos, irmãos e sobrinhos) a viver fora do concelho.

Alguns idosos têm familiares a viver no concelho de residência e fora dele, pelo que 80,3% dos idosos (61) tinha, no período anterior à admissão no lar, algum familiar a residir fora do concelho.

Parece que a maior parte das famílias vive fora do concelho de residência dos seus idosos.

A região envolvente de Lisboa recebeu e concentrou familiares de 29 idosos (69% do total de idosos com família fora do concelho).

A cidade de Portalegre acolheu familiares de 17 idosos.

Os familiares de 14 idosos encontram-se fora do País.

Tais valores justificam e estão de acordo com os dados que apontam Marvão como o concelho do Alto Alentejo com o maior crescimento migratório negativo, associado a uma forte repulsão populacional.

Marvão foi o concelho do Alto Alentejo que mais envelheceu entre os censos de 1981 e 1991 (+6,81).

O estudo das medidas sumariadas da rede social indica-nos que há um número considerável de idosos que não tinha contactos com a família. No período que antecedeu a ida para o Lar, 35,5% dos idosos não eram visitados por qualquer familiar e passavam sozinhos as festas familiares (Natal, Páscoa, aniversários).

54% dos idosos viviam sozinhos.

A participação na vida da comunidade (missa, festas regionais) e a possibilidade de realização de contactos sociais (ir a taberna ou ao café, ir ao jardim) existia numa percentagem que oscila entre os 25% para a ida ao café/taberna e os 43,4% que participava em algumas cerimónias religiosas (missas, procissões, casamentos, baptizados) e festas regionais.

Os homens não frequentavam a igreja para assistir à missa. No entanto, a frequência da taberna e café era exclusiva dos idosos do sexo masculino.

Também aqui parece existir um forte componente sociocultural a influenciar a vida relacional do idoso.

No entanto, o conhecimento da rede social não se revela completo, uma vez que não foi possível averiguar com precisão e de forma exaustiva a dimensão total daquela, frequência dos contactos, densidade, homogeneidade, reciprocidade e percentagem da malha adstrita à família. A maioria dos idosos, em especial os institucionalizados há mais anos, tiveram dificuldade em responder com precisão a estas questões, pelo que os poucos dados colhidos não foram considerados.

As medidas usadas são reveladoras de percentagem elevada de determinantes externas da solidão: baixo rendimento, menos tempo com a família, mais tempo passado só, viver sozinho, viver isolado, menos participação em actividades sociais e cerimónias religiosas.

Os acontecimentos de vida, no ano anterior à ida para o Lar (presentes em 55,3% dos idosos), acrescentam mais alguns determinantes externos da solidão (situações de perda relacional, rede social inadequada e diminuição do contacto social/actividade) aos anteriormente encontrados.

Do total de entrevistados, 38,2% apresentam doença grave incapacitante e 31,6% dependência funcional. De referir que não foram consideradas todas as doenças mas só as que claramente implicassem necessidade de ajuda de terceiros. A aplicação deste critério poderá ter feito diminuir fortemente a percentagem de idosos sofrendo de doença.

76,3% dos idosos apresentam necessidade de ajuda nas actividades instrumentais da vida diária, já que não as sabem realizar ou são incapazes de cumprir a totalidade daquelas tarefas. Todos os idosos do sexo masculino necessitam de ajuda nesta dimensão.

De uma forma ou de outra todos os idosos apresentam necessidade de suporte devido a problemas relacionados com a “Saúde”, as “Actividades Instrumentais da Vida Diária” e/ou com a “rede social” (condicionantes externos da solidão).

A referência ao suporte social está patente nos motivos que, segundo os idosos, levaram à institucionalização.

Da análise dos dados concluiu-se que 76,3% recebiam, no período anterior à ida para o Lar, algum suporte instrumental. No entanto, quando se procura o principal motivo que levou à institucionalização constata-se que 50% dos idosos aponta a falta de apoio instrumental.

Parece que, mesmo existindo algum apoio, ele não é assim percebido pelo idoso que nega a sua existência ou o considera insuficiente.

Muito próximo daqueles valores, e apontada como segunda causa de recurso ao Lar, está o “sentir-se só” referido por 43,4% dos idosos.

Estes dois primeiros motivos parecem expressar características biológicas e sociais que se podem observar nos idosos.

Para 5,3%, o principal motivo de internamento, foi a negação da família em manter os idosos no seu seio. A recusa pela família poderá ser entendida como uma negação do fornecimento de suporte ao idoso.

Finalmente, para uma idosa (1,3%) foi a transferência de outro Lar, a seu pedido, para ficar mais perto da sua terra natal.

Considerando que o “sentir-se só” poderá reflectir e implicará falta de suporte, podemos afirmar que 93,4% dos idosos referem falta de suporte instrumental ou emocional. Se, a estes, juntarmos os idosos que referem recusa por parte da família (5,3%) então a falta de algum tipo de suporte atinge os 98,7% dos idosos.

A análise das características bio-sociais que envolvem o idoso (determinantes externas da solidão, alteração da saúde e das actividades instrumentais da vida diária), e dos motivos expressos de institucionalização, levam-nos a afirmar que existia uma grande proporção de idosos com necessidade suporte instrumental e falta de suporte social.

O Lar parece apresentar-se, aos idosos, como a única alternativa possível ao suporte necessitado.

Quando nos debruçamos sobre as actuais condições dos idosos, verificamos que se alteraram alguma das relações observadas no período anterior à ida para o Lar.

A capacidade funcional para a realização de actividades da vida diária aumentou para 9,2% dos idosos. Tal situação deve-se à resolução de problemas de saúde existentes antes da ida para o Lar e, possivelmente, à ajuda instrumental oferecida.

Em 35,5% dos idosos a capacidade funcional diminuiu. Esta diminuição da capacidade funcional verificou-se nos indivíduos com mais idade e que se encontram na instituição há mais anos. A diminuição verificada na capacidade funcional dos idosos está directamente relacionada com problemas osteo-articulares, na maioria das mulheres, e com outros problemas de saúde nos restantes casos.

No entanto, na auto-avaliação do estado de saúde 64,5% dos idosos considera que a sua saúde não é boa.

Parece haver situações de doença (ou desequilíbrio do estado de saúde) que não terão sido pesquisados através dos indicadores e instrumentos utilizados, o que poderá indicar falta validade de conteúdo à capacidade funcional como indicador do estado de saúde.

As medidas da rede social apresentam também variações em relação ao período que antecedeu a ida para o Lar.

35,5% dos idosos não são visitados por familiares. Nestes, incluem-se seis idosos (7,9% do total de idosos) que afirmam não ter família. Os indivíduos que não eram visitados no período anterior à ida para o Lar continuam a não receber a visita dos familiares. Sabe-se da existência de contactos telefónicos, da parte dos familiares, no sentido de saberem notícias dos idosos, mas aqueles são destinados sobretudo às funcionárias (administrativas e ajudantes de lar). Os contactos por escrito são raros, o que é justificado, em parte, pela alta percentagem de analfabetismo da população idosa.

35,5% dos idosos visita os seus familiares.

Existe mais um idoso (1,3%) a visitar os familiares que no período anterior. Tal facto deve-se a que os familiares daquele idoso vivem na vila de Marvão, próximos do Lar.

No entanto, 63% dos idosos que visitam os familiares, fazem-no por curtos períodos no Natal ou Páscoa e, em alguns casos, em datas de aniversários de familiares.

Observou-se um ligeiro aumento no número de idosos que vai passar o Natal (noite de Natal) com a família (passou de 64,5% para 68,4%).

Constata-se a manutenção de relações interpessoais entre os idosos e amigos e anteriores vizinhos. 69,7% dos idosos recebem, com frequência, a visita de amigos e antigos vizinhos.

No entanto, é evidente a redução de outros tipos de contactos.

As festas regionais, anteriormente frequentadas por 61,8% dos indivíduos, são-no agora só por 15,8% dos idosos.

É necessário especificar que não foi tida em conta a participação dos idosos na Festa local de Nossa Senhora da Estrela, realizada no largo frontal ao Lar. Quase todos os idosos participam nessa festa, uma vez que ela é, em parte, organizada pelo próprio Lar e é sentida como mais uma festa do Lar. Sendo uma oportunidade de estabelecimento de contactos interpessoais, a sua inclusão alteraria os resultados finais, dando uma imagem desfocada da realidade.

A participação dos idosos na celebração da missa passou de 30,3% (no período anterior à ida para o Lar) para os 60,5% actualmente observados. Tal aumento deve-se quase exclusivamente ao facto de o Lar estar situado num convento onde permanecem Irmãs de uma ordem religiosa. A participação, das mulheres, na missa e no diário “rezar do terço” faz parte das actividades e ocupações programadas para os idosos.

Os homens parecem mais renitentes a cumprir esse tipo de ocupação/actividade social, uma vez que só 25,7% dos idosos do sexo masculino assiste à missa. De assinalar que, antes da entrada no lar, nenhum homem assistia

à missa.

Os jardins públicos, como local capaz de produzir contacto social, no período prévio à institucionalização, eram utilizados por 36,8% dos idosos, verificando-se actualmente uma diminuição da sua utilização. Só 19,7% dos idosos procura espaços ajardinados fora do Lar.

Se considerarmos os espaços verdes e ajardinados do Lar, a procura destes aumenta até aos 95% do total de idosos.

É pois evidente que apesar da diminuição de contacto do idoso com o meio exterior, há um aumento de possibilidade de contacto no interior do Lar (missa, festas, jardim).

O isolamento social dos idosos dentro do Lar parece não existir. O suporte existe e está disponível.

Todos os idosos se conhecem e mantêm bons níveis de comunicação entre si, com os funcionários do Lar e com o pessoal administrativo.

Todos os idosos afirmam ter alguém a quem pedir um conselho e a quem pedir ajuda para solucionar um problema.

Um conselho era solicitado a indivíduos não pertencentes à família, por 82,9% dos idosos.

71,1% dos idosos encontra suporte dentro do próprio Lar.

29% dos idosos pede um conselho a outros idosos do Lar.

A Madre Superiora fornece apoio a 29% dos idosos e o Padre a 22,4%.

Apenas 17,1% dos idosos solicitava um conselho a familiares.

Quanto aos fornecedores do suporte para a resolução de um problema, verifica-se que, mais uma vez, uma elevada percentagem de idosos (81,6%) recorre a indivíduos exteriores à família.

O Lar fornece ajuda a 72,4% dos idosos. A Madre Superiora é reconhecida como capaz de ajudar num problema e solicitada por 50% dos idosos. Ao Padre mantêm-se fiéis as mesmas idosas (22,4%) que o consideraram como a pessoa ideal para dar um conselho.

Só 18,4% dos idosos solicitam ajuda aos familiares (só filhos e irmãos – os netos já não são solicitados para a resolução de problemas).

Os amigos externos ao Lar e os antigos vizinhos continuam a fornecer suporte aos idosos, nas proporções de 5,3% e 3,9% respectivamente.

No que se refere à escolha de uma companhia para sair à rua, verifica-se que 97,4% dos idosos escolhem outro idoso, um prefere sair sozinho e, finalmente, uma idosa prefere sair com a filha (funcionária do Lar).

Nas escolhas não foi excluído qualquer idoso.

Apesar de se verificarem e manterem alguns determinantes externos de solidão, consegue-se perceber uma reorganização das relações pessoais e interpessoais. Dentro do Lar constata-se a criação de laços afectivos, através das relações entre idosos e entre estes e as figuras fornecedoras de suporte emocional (Madre Superiora e Padre).

Mas, a solidão ainda é referida por 36,8% dos idosos, o que representa uma ligeira diminuição em relação ao valor apresentado como principal motivo de institucionalização (43,4%). No entanto, daqueles que agora referem sentir-se sós, apenas 21,4% pertencem ao grupo que se queixavam dos mesmos sentimentos no período prévio à ida para o Lar.

As relações estabelecidas no Lar vieram colmatar, para 81,8% dos que invocavam “sentir-se só”, os sentimentos de solidão e isolamento referidos em relação ao período anterior à ida para o Lar.

Os 28,9% de idosos que refere sentir solidão após a entrada no Lar pertencem ao grupo que na admissão referia falta de suporte instrumental. Parecem revelar-se, em muitos casos, características pessoais envolvidas no processo conducente à solidão.

Em relação ao bem-estar, encontrou-se um grande número de idosos com sensação de bem estar pobre, apesar de alguns sinais positivos e evidentes de redes sociais satisfatórias.

O bem-estar representa uma atitude quanto à saúde, e implica uma relação

estreita entre todas as componentes individuais. Representa o equilíbrio entre o ambiente que rodeia o idoso, o seu meio ambiente e todos os fenómenos pessoais, presentes a todos os níveis.

Não será de descurar o facto de 98,7% dos idosos preferir, se tivesse condições, viver na sua casa.

O lar apresenta-se como uma alternativa e um recurso final às necessidades dos idosos.

4 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS NO PRESENTE ESTUDO COM OS RESULTADOS DO ESTUDO DO CASO PARTICULAR DE CASTELO DE VIDE

Em 1994, nos lares do concelho de Castelo de Vide, foi realizado por Maria Teresa de Aguiar Pereira e Pestana¹¹ um estudo de características semelhantes ao que agora se apresenta.

Trata-se de um concelho limítrofe ao de Marvão, apresentando algumas semelhanças no que se refere ao crescimento total negativo, ao aumento do duplo envelhecimento (base e topo), embora, contrariamente a Marvão, tenha verificado um crescimento migratório positivo.

Castelo de vide apresentava-se, naquela data, como o concelho com maior percentagem de população idosa institucionalizada em lares.

O estudo foi realizado em dois lares do concelho, um situado na vila de Castelo de Vide e o outro na localidade de Póvoa e Meadas.

No que se refere à população em estudo verificou-se que em Castelo de Vide foram entrevistados 35 homens e 15 mulheres (total de 50 idosos) com idades compreendidas entre os 62 e os 93 anos. Em Marvão, entrevistou-se o mesmo número de homens (35) e um maior número de mulheres (41), num total de 76 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos.

Em Castelo de Vide a maioria dos idosos concentrava-se no grupo dos 75 a 84 anos (44% do total). Em Marvão observa-se que a maioria dos idosos se situam entre os 85 e 94 anos (39,5%). No entanto, em Castelo de Vide a percentagem de idosos com 75 ou mais anos é ligeiramente maior que em Marvão (80% e 76,3%, respectivamente).

¹¹ PESTANA, Maria Teresa de Aguiar Pereira – **A Problemática do Envelhecimento na Perspectiva da Ecologia Humana: o caso particular de Castelo de Vide**. Tese apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre em Ecologia Humana. 1994. 192p.

Em Castelo de Vide como em Marvão a maioria dos idosos são viúvos nos dois momentos em estudo (admissão no lar e entrevista).

Quanto à escolaridade, Castelo de Vide apresenta valores de frequência escolar superiores a Marvão. Em Castelo de Vide há 67% de idosos que não têm nenhum ano completo de escolaridade, enquanto em Marvão existe 92,1% de idosos que nunca frequentou a escola.

No que se refere à actividade profissional anterior constata-se que em Marvão 68,3% das idosas eram domésticas, enquanto em Castelo de Vide, a percentagem de mulheres que nunca tiveram actividade fora de casa, se limitava a 20%. Já no que se refere aos homens, em Marvão 82,9% dedicava-se à agricultura (trabalhadores rurais e agricultores) enquanto em Castelo de Vide só 68% tinham actividades ligadas à agricultura.

O rendimento económico dos idosos institucionalizados é semelhante nos dois concelhos, 93,4% em Marvão e 96% em Castelo de Vide, e advém de pensões de invalidez, velhice e sobrevivência.

A percentagem de idosos que nasceram no concelho onde estão institucionalizados, é praticamente igual em ambos os concelhos (82% em Castelo de Vide e 82,9% em Marvão), o mesmo se passando em relação ao concelho de residência no período prévio à ida para o lar (82% em Castelo de Vide e 80,3% em Marvão).

Em Marvão havia mais idosos a viver em casa própria que em Castelo de Vide (92,1% e 68%, respectivamente).

Em Castelo de Vide viviam isolados (afastados de um núcleo residencial) 14% dos idosos, subindo ligeiramente aquela percentagem em Marvão (15,8%).

Embora os critérios de elegibilidade dos idosos tenha sido semelhante em ambos os estudos, verificou-se que em Castelo de Vide 24% dos idosos viviam no lar há menos de um ano (seis meses a um ano). Em Marvão, a aplicação daqueles critérios levou a que fossem excluídos alguns indivíduos e, os incluídos no estudo, todos viviam no lar há mais de um ano.

Em Marvão, como em Castelo de Vide, a maioria dos idosos vive no lar de

entre 1 a 3 anos (63,2% em Marvão e 38% em Castelo de Vide).

Em relação ao estado de saúde, no período prévio à entrada no lar, verifica-se que em Marvão 38% dos idosos apresentava doença grave incapacitante que obrigava a recorrer á ajuda de terceiros, ao passo que em Castelo de vide a percentagem daqueles era de 32%. Já no que se refere à dependência funcional, aquando da institucionalização, as diferenças acentuam-se: em Marvão 31,6% dos idosos; em Castelo de Vide apenas 12%.

No entanto, agregando as duas categorias de idosos, “sem doença” e “sem incapacidade funcional”, as percentagens aproximam-se nos dois estudos (62% em Marvão e 66% em Castelo de Vide).

No que se refere à realização de tarefas necessárias para a vida em comunidade, denominadas “Actividades Instrumentais da Vida Diária”, constata-se que nos dois estudos, no período anterior à ida para o lar, a maioria dos idosos realiza 0 a 1 tarefas (44,7% em Marvão e 44% em Castelo de Vide). Nos dois estudos, a percentagem de idosos que realiza 0 a 4 tarefas também é semelhante (76,3% em Marvão e 74% em Castelo de vide).

O estudo das redes sociais, nos dois locais, leva a conclusões com algumas semelhanças mas, por vezes, com diferenças assinaláveis. Senão vejamos:

No momento da admissão nos lares 38,2% dos idosos de Marvão eram casados vivendo com o cônjuge. Em Castelo de Vide a percentagem de casados era praticamente igual (38%).

Em Marvão 54% dos idosos viviam sozinhos. Em Castelo de Vide aqueles eram 40%.

Já em relação aos membros da família a residir nas proximidades geográficas da residência do idoso, no período prévia à ida para o lar, se vislumbram diferenças percentuais. Em Marvão 63,2% dos idosos não tinham familiares a viver no concelho de residência. Em Castelo de Vide a percentagem de idosos sem família no concelho era de 36%. A tal diferença não será alheias as diferenças migratórias verificadas nos dois concelhos. Marvão continua a perder população, enquanto Castelo de Vide tem verificado alguns ganhos

populacionais (retorno de naturais de Castelo de Vide, entre outros).

Em relação às visitas realizadas pelos idosos aos seus familiares verificou-se que uma igual percentagem de idosos mantinha esses contactos nos dois concelhos (34,2% em Marvão e 34% em Castelo de Vide). Já em relação às visitas dos familiares aos idosos, no período anterior à ida para o lar, se verificam algumas diferenças (35,5% não são visitados em Marvão e 42% não são visitados em Castelo de Vide).

Observam-se percentagens aproximadas de idosos que não frequentam festas regionais antes da entrada no lar (61,8% em Marvão e 68% em Castelo de Vide).

A missa era frequentada por 30,3% dos idosos de Marvão e por 24% dos idosos de Castelo de Vide.

Tanto em Marvão como em Castelo de Vide, a taberna e o café só eram frequentados por homens (25% em Marvão e 34% em Castelo de Vide). Trata-se de um fenómeno cultural evidente na região. As gerações mais novas tenderão a esbater esse fenómeno.

A utilização de jardins públicos era muito semelhante nos dois concelhos (36,8% dos idosos de Marvão e 36% dos idosos de Castelo de Vide iam ao jardim).

No que se refere á actividade laboral, antes da entrada no lar, constata-se que em Marvão apenas 14,5% dos idosos mantinha alguma actividade laboral, enquanto em Castelo de Vide aquela percentagem duplicava (30%).

Os acontecimentos graves de vida, no ano anterior à entrada no lar, afectaram uma percentagem de idosos aproximada nos dois concelhos (55,3% em Marvão e 52% em Castelo de Vide).

As semelhanças mantêm-se no que se refere ao suporte instrumental. 76,3% dos idosos de Marvão recebiam suporte instrumental. Em Castelo de Vide aquele suporte era fornecido a 74% dos idosos. A família fornecia suporte em 62% dos casos em Marvão e em 56,7% dos casos em Castelo de Vide). Também aqui as semelhanças são maiores que as diferenças.

A falta de apoio instrumental é o principal motivo de internamento apontado pelos idosos, tanto em Marvão como em Castelo de Vide (50% em Marvão e 62% em Castelo de Vide).

No entanto, os sentimento de solidão (sentir-se só), apontados como motivo de internamento, são mais evidentes em Marvão que em Castelo de Vide (43,4% e 14% respectivamente).

Os dados referentes ao momento da entrevista, apontam aspectos interessantes:

38% dos idosos em Castelo de Vide e 35,5% em Marvão diminuíram a sua capacidade funcional durante o período de institucionalização.

55,3% dos idosos de Marvão e 54% dos idosos de Castelo de Vide mantiveram a sua capacidade funcional desde a admissão até ao momento da entrevista.

Quando se pergunta aos idosos se a sua saúde é boa (auto-avaliação do estado de saúde), a maioria entende que a saúde não é boa (64,5% em Marvão e 62% em Castelo de Vide).

35,5% dos idosos de Marvão e 28% dos idosos de Castelo de Vide não são visitados pelos seus familiares.

27% dos idosos em Marvão e 28% dos idosos em Castelo de Vide, visitam os seus familiares. Também aqui as semelhanças são notórias.

Há uma percentagem de idosos, que residindo no lar, ainda frequenta festas regionais (15,8% em Marvão e 20% em Castelo de Vide). De referir que nos dois concelhos só os homens comparecem a essas festas. Também aqui se denota o peso sociocultural de região.

A percepção do suporte social apresenta diferenças significativas. Em Marvão todos os idosos têm alguém a quem pedir um conselho ou ajuda para a resolução de um problema. Tal não se verifica em Castelo de Vide, onde só 60% dos idosos referem a existência de tal suporte.

Parece-nos não ser alheio o facto de o lar de Marvão estar localizado num

antigo convento onde ainda existem religiosas que conseguem estabelecer laços com os idosos e fomentar a inter-relação entre estes. Daí que a Madre Superiora e o Padre sejam grandes fornecedores de suporte. Tal não se verifica em Castelo de Vide.

Mas, tanto em Marvão como em Castelo de Vide, a maioria dos idosos encontram dentro do lar o suporte necessário (72,4% em Marvão e 56,8% em Castelo de Vide).

Também no que se refere à escolha de uma companhia para sair, nos dois concelhos, as escolhas recaem sobre indivíduos do lar (97,4% em Marvão e 68% em Castelo de Vide). De referir que, em Marvão toda aquela percentagem recai sobre outros idosos. Já em Castelo de Vide aquela percentagem é dividida entre idosos e funcionários.

Mas, parecendo que em Marvão se verifica, dentro do lar, uma rede relações, de apoio e suporte mais forte que a de Castelo de Vide, os idosos de Marvão preferem viver em casa (98,7%), contrariamente a Castelo de Vide onde 40% prefere o lar como local de habitação.

A solidão é referida por 36,8% dos idosos em Marvão e 30% dos idosos em Castelo de Vide. Mais uma vez as semelhanças são evidentes,

Embora pareça haver uma maior readaptação e criação de redes de suporte dentro do Lar de Marvão, as semelhanças entre os dois concelhos são maiores que as diferenças.

Nos lares dos dois concelhos parecem formar-se núcleos de relações entre os seus elementos. Houve, nos dois concelhos, mudanças na rede social daqueles idosos.

5 - CONCLUSÃO

O envelhecimento da população é um fenómeno universal e um processo individualizado, que dura grande parte da vida e se acompanha de alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

A velhice não resulta apenas do processo de envelhecimento biológico mas da combinação de processos interrelacionados: envelhecimento biológico normal, doenças, perda de capacidade e mudanças sociais.

O envelhecimento pode ser visto como uma série de perdas significativas (perdas de proventos, perda de amigos e familiares, perda de estatuto como trabalhador, pai ou membro activo de uma comunidade, e perda da auto-estima).

Não existem parâmetros fixos de envelhecimento mas sim diferentes padrões de envelhecimento. A idade cronológica é apenas um dos parâmetros que influencia o processo de envelhecimento

A partir da década de sessenta, o envelhecimento da população constitui fenómeno social preocupante que parece dever-se essencialmente a três factores: a quebra da taxa de fecundidade, a redução da taxa de mortalidade e a processos migratórios.

A transição dos níveis de alta mortalidade e alta fecundidade para níveis de baixa mortalidade e baixa fecundidade tem repercussões na expectativa média de vida e na proporção do número de pessoas idosas.

A manter-se a tendência actual, a população portuguesa continuará a sofrer um envelhecimento crescente, com repercussões sociais, no estado de saúde, na utilização dos serviços e nos custos dos cuidados.

Múltiplos problemas que afectam a pessoa idosa estão associados às

transformações socio-económicas, familiares e culturais da sociedade. O fenómeno do envelhecimento aparece, muitas vezes, associado aos da exclusão e privação social, levando a que os idosos sejam considerados como o grupo etário mais vulnerável, exigindo por isso medidas de protecção social específicas, com reforço de respostas que propiciem a melhoria da qualidade de vida.

A família (unidade funcional básica do sistema social) é, por excelência, o fornecedor de ajuda nas actividades de vida do dia-a-dia do idoso, já que a incapacidade física tende a aumentar com a idade.

Quando a família se torna incapaz de suprir as dificuldades postas pela incapacidade do idoso, quer por sobrecarga de trabalho, quer por qualquer outra causa, procura ajuda na comunidade. É muitas vezes o próprio idoso a procurar essa ajuda. A comunidade responde com formas de organização social que procuram substituir o papel da família na ajuda aos seus membros mais velhos. É o caso dos Lares.

O Alentejo é uma região onde, a par do crescimento natural negativo que se associa a uma forte repulsão populacional produzindo uma taxa de crescimento total anual médio francamente negativa, existe um duplo envelhecimento, em que o peso dos idosos já é superior ao dos jovens.

Dentro da Região, o distrito de Portalegre apresenta-se com a menor percentagem de jovens e a maior percentagem de idosos.

O Alto Alentejo apresenta-se como a região com maior crescimento natural negativo da Nute II do Alentejo.

Dos catorze concelhos do Alto Alentejo, entre os censos de 1981 e de 1991, o concelho de Marvão apresenta-se com o maior crescimento total anual médio negativo (- 2,01), o maior crescimento migratório negativo (- 1,45) e o maior envelhecimento no topo (+ 6,81).

Neste concelho a procura da valência Lar é um fenómeno evidenciado pela sobre-lotação dos equipamentos disponíveis.

O lar fornecerá a ajuda que o idoso carece.

A ecologia humana estuda as relações entre as pessoas e respectivos meios

ambientes e as permutas de energia com outras espécies vivas, onde se incluem os grupos de pessoas.

O objecto de estudo da ecologia humana é a organização humana e a sua estrutura de relações.

Uma população pode definir-se como um conjunto de indivíduos num sistema interdependente de actividades.

Ao equacionarmos o envelhecimento estamos a fazer, em primeiro lugar um estudo sobre o estado da população num determinado ambiente; em segundo lugar, estamos a perspectivar os princípios que regulam as relações entre as unidades da organização; em terceiro lugar, estamos a considerar uma possível alteração das funções em número, em tipo ou um re-arranjo, isto é, estamos a admitir uma mudança ao longo do tempo e, finalmente, estamos a considerar o indivíduo, postulado da ecologia humana, como detentor de características muito próprias.

No que se refere a conclusões possíveis de inventariar, os resultados apontam para a existência de uma rede social em que, no período prévio à ida para o lar, há pouco contacto social/actividades, existe perda relacional, rede social inadequada e dificuldade em realizar tarefas (instrumentais da vida diária). Este facto tem relação com a idade, já que á medida que esta avança há possibilidade de existência de maior número de acontecimentos de vida graves.

O processo migratório que se fez sentir (e continua a verificar) não será alheio á inadequação da rede de suporte.

O concelho de Marvão pertence ao interior do país e não consegue atrair novos indivíduos mantendo o efeito repulsivo da população residente. Os idosos acabam por ficar sem fornecedores de suporte devido a diminuição da dimensão da sua rede familiar e social.

Os idosos em estudo são, na maioria de idade muito avançada, o que significa que os filhos (grande parte fora do concelho) também terão idades avançadas pelo que terá havido da parte destes alguma dificuldade em continuar a fornecer suporte.

A falta de suporte instrumental ou emocional é o motivo, praticamente unânime, de ida para o lar. Nos homens, muitas vezes, é o comportamento habitual que determina a necessidade de suporte. O idoso do sexo masculino não sabe realizar tarefas socialmente atribuídas as mulheres.

Todos os idosos, no período prévio à ida para o lar, apresentavam necessidade de suporte devido a problemas relacionados com "saúde", "actividades instrumentais da vida diária" ou "rede social" (condicionantes externos da solidão).

O lar parece apresentar-se, aos idosos e famílias, como a única alternativa possível ao suporte necessitado, embora não seja o local mais desejado pelos primeiros. Quase todos os idosos preferiam viver em casa.

No lar parece formar-se um núcleo de relações entre os seus elementos, que indicia a re-organização da rede social. Não se pode, no entanto, concluir por um acréscimo ou decréscimo da sua dimensão. Conclui-se que houve mudança.

Os pontos de referência antes da ida para o lar seriam, para o idoso, os membros da família; no lar parecem ser os outros idosos e outros elementos da instituição. Os amigos e antigos vizinhos continuam a ser entendidos, por muitos idosos, como uma fonte de suporte emocional.

Dentro do lar parece não existir isolamento social, mas os sentimentos de solidão ainda são referidos por um número significativo de idosos.

Uma breve comparação entre os resultados do presente estudo e os de um outro realizado no concelho de Castelo de Vide, levam a apontar um grande número de semelhanças entre as conclusões extraídas. Nos dois concelhos, a problemática do envelhecimento humano, as redes de suporte ao idoso, a problemática das relações familiares e a re-organização de redes dentro dos lares parece apresentar idênticos contornos.

Parece haver condições específicas inerentes ao idoso e à sua malha de relações na família que delimitam o processo de mudança na fase final da vida.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASS, Itamar B. - Biology of Aging. In: WILSON, Jean D. (Ed.) - *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 12 ed. New York: Mc Graw-Hill, 1991. I vol. 73-76

BALESTEROS, Carmen - Apontamentos para a história do Convento de Nossa Senhora da Estrela de Marvão. *IBN MARUÁN - Revista Cultural do Concelho de Marvão*. Portalegre: Câmara Municipal de Marvão, Nº 1 (Nov. 1991), 27-57.

BERGER, Louise - Aspectos Psicológicos e Cognitivos do Envelhecimento. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (Eds.) - *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 157-197

BERKMAN, Lisa F.; OXMAN, Thomas E.; SEEMAN, Teresa E. - Social Networks and Social Support Among the Elderly: Assessment Issues. In: WALLACE, Robert B.; WOOLSON, Robert F. (Eds.) - *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 3, cap. 12. 196-212.

BROWN, George W. - Depressão: uma perspectiva social. In: BARBOSA, António (Org.) - *I Curso de Sociologia da Saúde*. Lisboa: GEPOG, sd..

BUSSE, Ewald W. - O Mito, História e Ciência do Envelhecimento. In: BUSSE, Ewald W.; BLAZER, Dan G. (Eds.) - *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 15-31.

- CAMPBELL, Bernard - *Ecologia Humana*. Lisboa: Edições 70, 1988 (coleção Universo da Ciência, 11)
- COPPENS, Yves - *O Macaco, a África e o Homem*. Lisboa: Gradiva, 1985 (Coleção Ciência Aberta, 7).
- COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; ROBBINS, Stanley L. - *Patologia Estrutural e Funcional*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
- ERMIDA, José Gomes - Avaliação Geriátrica Compreensiva. In: MOURA REIS, Pedro (Ed.) - *Temas Geriátricos: 1º Tomo*. Lisboa: Prismédica, 1995. p. 43 - 52.
- ERMIDA, José Gomes - Envelhecimento Demográfico, Doença e Cuidados de Saúde. In: MOURA REIS, Pedro (Ed.) - *Temas Geriátricos: 1º Tomo*. Lisboa: Prismédica, 1995. p. 53 -
- FERRÃO, João - Três Décadas de Consolidação do Portugal Demográfico “Moderno”. In: BARRETO, António (Org.) - *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996. p. 165-189
- FERREIRA, F. A. Gonçalves - *Moderna Saúde Pública*. 6ª ed.. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990. 1498 p.
- FITZPATRICK, Ray M. - Social Causes of Disease. In: PATRICK, Donald L.; SCAMBLER, Graham (Eds.) - *Sociology as Applied to Medicine*. 2 ed. London: Saunders, 1986. Parte 1, cap. 3, 30-40.
- FONSECA, Fernandes da - *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1988. II Vol. 831p.

FRIED, Linda P. ; WALLACE, Robert B. - The Complexity of Chronic Illness in the Elderly: From Clinic to Community. In: WALLACE, Robert B.; WOOLSON, Robert F. (Eds.) - *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 1, cap. 2, 10-19.

GARCIA, Manuela de Oliveira - O Envelhecimento Humano. *Geriatrics*. Lisboa. 2:13 (Março 1989) 26-30

HAZZARD, William R. - A Biologia do Envelhecimento. In: BRAUNWALD, Eugene; ISSELBACHER, Kurt; PETERSDORF; Robert; WILSON, Jean D.; MARTIN, Joseph; FAUCI, Anthony (Ed.) - *Harrison: Medicina Interna*. 11ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. , 1988. I Vol. 416-419

HAWLEY, Amos H. - *Ecologia Humana*. Madrid: Tecnos, 1975.

HAWLEY, Amos H. - *Human Ecology: A Theoretical Essay*. Chicago: University of Chicago Press. 1986.

HAZZARD, William R. ; BURTON, John R. - Problemas de Saúde do Idoso. In: BRAUNWALD, Eugene; ISSELBACHER, Kurt; PETERSDORF; Robert; WILSON, Jean D.; MARTIN, Joseph; FAUCI, Anthony (Ed.) - *Harrison: Medicina Interna*. 11ª ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. , 1988. I Vol. 420-423.

HENRY, Louis - *Técnicas de Análise em Demografia Histórica*. Lisboa: Gradiva, 1988. 231 p.

HORTON, Paul B.; HUNT, Chester L. - *Sociologia*. São Paulo: McGraw-Hill, 1980. (cap. 18 e 19).

KAPLAN, Harold I.; SADOCK; Benjamin J. - *Compêndio de Psiquiatria*. 2ª ed..

Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 750 p.

KRAMER, Andrew M; SCHRIRER, Robert W. - Demographic, Social and Economic Issues. In: SHRIER, Robert W. (Ed.) - *Geriatric Medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1990. Secção I, cap. 1, 1-11.

LIANG, Jersey; BOLLEN, Kenneth A. - The Structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*. 38:2 (1983) 181-189.

LITTLEJOHN, Stephen W. - *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 407 p.

LURIE, Hugh James - *Psiquiatria Compreensiva para Clínicos Gerais*. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, Lda. 1982. 293 p.

MAILLOUX-POIRIER, Danielle - As teorias do envelhecimento. In: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (Eds.) - *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995a. 99-105.

MAILLOUX-POIRIER, Danielle - Aspectos Demográficos e Epidemiológicos do Envelhecimento. in: BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (Eds.) - *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995b. 87-98.

MAYR, Ernst - *Populations, Species and Evolution*. Cambridge: Harvard University Press, 1970

Mc DOWELL, Ian; NEWELL, Claire - *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.

- MORIN, Edgar - *O Paradigma Perdido: A Natureza Humana*. Lisboa: Europa-América, 1975 (Coleção Biblioteca Universitária, 7)
- NAZARETH, J. Manuel - *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença, 1979 (Coleção Análise Social, 6). 239 p.
- NAZARETH, J. Manuel - *Explosão Demográfica e Planeamento Familiar : Subsídios para uma política de defesa da vida em Portugal*. Lisboa: Editorial Presença, 1982 (Coleção Análise Social, 11). 235 p.
- NAZARETH, J. Manuel - *Princípios e Métodos de Análise da Demografia Portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença, 1988a. (Coleção Métodos - 27). 323 p.
- NAZARETH, J. Manuel - *Unidade e Diversidade da Demografia Portuguesa no Final do Século XX*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1988b. (Coleção Portugal - Os próximos vinte anos, III v).
- NAZARETH, J. Manuel - Demografia e Ecologia Humana. *Análise Social*. Lisboa. 28:123-124 (1993) 879-885.
- NAZARETH, J. Manuel - O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa. *Geriatrics*. Lisboa. 7:64 (Abril 1994) 5-17.
- ODUM, Eugene P. - *Fundamentos de Ecologia*. 4ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1988. 927 p.
- PAES DE SOUSA, M. - Gerontopsiquiatria: A relevância da problemática médico-psicológica e social dos velhos. *O Médico*. Lisboa. 118:1869 (28 Jan. 1988) 142-149.

PEPLAU, ; Letitia A.; BIKSON, Tora K.; ROOK, Karen S.; GOODCHILDS, Jacqueline - Being Old and Living Alone. In: PEPLAU, Letitia A. ; PERLMAN, Daniel (Eds.) - *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley-Interscience, 1982. 327-345

PEREIRA, Nuno Moniz - *Compreender melhor os idosos*. Lisboa: Federação das Instituições de 3ª Idade, 1992. 81 p.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992. 275 p.

REIS Jr., José - O Envelhecimento. In: MOURA REIS, Pedro (Ed.) - *Temas Geriátricos: 1º Tomo*. Lisboa: Prismédica, 1995. p 21- 42.

ROBERT, Ladislav - *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.153 p.

ROBERTO, Júlio - Ecologia Humana: Uma Filosofia da Existência. In: ROBERTO, Júlio (Coord.) - *Ecologia Humana: uma nova maneira de Pensar*. Lisboa: Edições Itau, 1996. 23-54.

ROSNAY, Joël - *O Macroscópio*. Lisboa: Arcádia, 1997.

ROWE, John W. - O Impacto Clínico de Alterações Fisiológicas no Envelhecimento. In: BUSSE, Ewald W.; BLAZER, Dan G. (Ed.) - *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 32-47

ROWE, John W. - Envelhecimento e Medicina Geriátrica. In: WYNGAARDEN, James B.; SMITH, Jr., Lloyd H.; CLAUD BENNETT, J. (Ed.) - *Tratado de Medicina Interna*. 19ª ed. . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. p. 21-26.
(1º Volume)

ROSA, Maria João V. - O Envelhecimento e as Dinâmicas Demográficas da População Portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema. In: BARRETO, António (Org.) - *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996. p. 191-214

RUFFIÉ, Jacques - *De la Biologie a la Culture*. Paris: Flammarion, 1978.

SÁMOUCO, Maria Helena Correia - Imagem da Pessoa Idosa. In: LESSA, Almerindo; RENDAS, António; SÁMOUCO, Maria Helena C.; BOTELHO, Maria Amália; RAMILO, Maria Teresa - *Imagem e Capacidade Funcional da Pessoa Idosa*. Lisboa: Editora Internacional, 1994. p. 9-121

SIEGLER, Ilene C.; POON, Leonard, W. - A Psicologia do Envelhecimento. In: BUSSE, Ewald W.; BLAZER, Dan G. (Eds.) - *Psiquiatria Geriátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992. 100-118.

WALLACE, Robert B. - Aging and Disease: From Laboratory to Community. In: WALLACE, Robert B.; WOOLSON, Robert F. (Eds.) - *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 1, cap. 1, 3-9.

VAGUEIRO, Maria Celeste - O Idoso. *Geriatrics*. Lisboa, 8:72 (Fev. 1995) 5-12.

VARGAS, Heber S. - *Psicogeriatrics Geral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994. I Vol. 148 p.

VALENTIM, Humberto - Para uma Geronto Ecologia... .In: ROBERTO, Júlio (Coord.) - *Ecologia Humana: uma nova maneira de pensar*. Lisboa: Itau, 1996. 55-64.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. NOME _____

2. DATA DE NASCIMENTO _____ de _____ de _____

3. NATURALIDADE _____

4. ESCOLARIDADE _____

5. PROFISSÃO ANTERIOR _____

6. RESIDÊNCIA _____

7. ESCALA DE 10 PONTOS DE GOLDFARB

1. Onde é que nós estamos agora ? (orientação espacial)
2. Onde é que está localizado este sítio ? (orientação espacial)
3. Em que mês é que estamos ? (orientação temporal)
4. Que dia do mês é hoje ? (orientação temporal)
5. Em que ano estamos ? (orientação temporal)
6. Quantos anos tem ? (memória)
7. Em que dia faz anos ? (memória)
8. Onde nasceu ? (memória)
9. Quem é o Presidente da República ? (informação geral e memória)
10. Quem foi o Presidente da República antes deste ? (informação geral e memória)

8. ESTADO CIVIL

- Aquando da institucionalização _____
- Actualmente _____

9. ACTIVIDADE LABORAL _____

- Aquando da institucionalização : Sim Não
- Actualmente : Sim Não

10. DATA DE INTERNAMENTO NO LAR _____ de _____ de _____

11. FAMÍLIA:

- A residir no local

- Aquando da institucionalização:

- Actualmente:

- Residindo fora do local

- Aquando da institucionalização:

- Actualmente:

12. HABITAÇÃO

- PRÓPRIA

- EM CASA DE OUTREM :

- Familiar: _____

- Não Familiar. Qual ? _____

13. MOTIVO DE INTERNAMENTO NO LAR:

14. THE BARTHEL INDEX MODIFIED (à entrada)

INDEPENDENTE		DEPENDENTE		
I Intacto	II Limitado	III c/ ajuda	IV Nulo	
10	3	0	0	bebe por copo/come do prato
5	5	3	0	veste a parte superior do corpo
5	5	2	0	Veste a parte inferior do corpo
0	0	-2	0	Veste as próteses
5	5	0	0	Arranja-se
4	4	0	0	Lava-se ou toma banho
10	10	5	0	Continência urinária
10	10	5	0	Continência intestinal
4	4	2	0	Cuida do períneo/limpa
15	15	7	0	Transferência/cadeira
6	5	3	0	Transferência/toilette
1	1	0	0	Transferência/banho
15	15	10	0	Caminha 50 metros ou mais
10	10	5	0	Sobe e desce degraus (um ou mais lances)

15. CAPACIDADE PARA REALIZAR TAREFAS (À entrada)

	Sim	Não		Sim	Não
Fazer comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar Roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Necessita de ajuda em quê ? _____

Quem fornece a ajuda ? _____

16. REDES DE SOCIABILIDADE (à entrada)

FAMÍLIA: Visitava _____

Era Visitado _____

COMPRAS: Sim Não

Sempre no mesmo lugar ? _____

MISSA: _____

TABERNA/CAFÉ: _____

JARDIM: _____

FESTAS: Familiares (Natal e Páscoa) _____

da Região _____

17. ACONTECIMENTOS DE VIDA (GRAVE) NO ANO ANTERIOR À ENTRADA NO LAR, CORRESPONDENTE AOS ITENS 1, 5, 6, 11, 17, 24, 32, 35, 36 E 39 DA ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE.

Nº	ACONTECIMENTO	VALOR MÉDIO
1.	Morte do cônjuge	100
5.	Morte de um familiar próximo	63
6.	Acidente ou doença grave	53
11.	Doença grave de um familiar	44
17.	Morte de um amigo íntimo	37
24.	Dificuldades com familiares do cônjuge	29
32.	Mudança de residência	20
35.	Mudança de actividades religiosas	19
36.	Mudança de actividades sociais	18
39.	Mudança do número de reuniões familiares	15

18. THE BARTHEL INDEX MODIFIED (Actualmente)

INDEPENDENTE		DEPENDENTE		
I Intacto	II Limitado	III c/ ajuda	IV Nulo	
10	3	0	0	bebe por copo/come do prato
5	5	3	0	veste a parte superior do corpo
5	5	2	0	Veste a parte inferior do corpo
0	0	-2	0	Veste as próteses
5	5	0	0	Arranja-se
4	4	0	0	Lava-se ou toma banho
10	10	5	0	Continência urinária
10	10	5	0	Continência intestinal
4	4	2	0	Cuida do períneo/limpa
15	15	7	0	Transferência/cadeira
6	5	3	0	Transferência/toilette
1	1	0	0	Transferência/banho
15	15	10	0	Caminha 50 m ou mais
10	10	5	0	Sobe e desce degraus (um ou mais lances)
15	5	0	0	Usa cadeira de rodas (não pode andar)

19. CAPACIDADE PARA REALIZAR TAREFAS (Actualmente)

	Sim	Não		Sim	Não
Fazer comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar Roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Necessita de ajuda em quê ? _____

Quem fornece a ajuda ? _____

20. REDES DE SOCIABILIDADE (Actualmente)

FAMÍLIA: Visita _____

É Visitado _____

COMPRAS: Sim Não

Sempre no mesmo lugar ? _____

MISSA: _____

TABERNA/CAFÉ: _____

JARDIM: _____

FESTAS: _____

Familiares (Natal e Páscoa) _____

da Região _____

21. SE PRECISASSE DE UM CONSELHO , QUEM ESCOLHERIA?

SE TIVESSE UM PROBLEMA, QUEM CONTACTAVA PARA AJUDA?

22. CONHECIMENTO DOS COLEGAS DA CAMARATA E DA CASA:

Sim _____

Não _____

23. CONVERSA:

Sim _____

Não _____

Com quem ? _____

24. ESCOLHA DE COMPANHIA PARA SAIR (DO LAR):

Quem? _____

25. SENTE-SE MUITO OU POUCO SÓ ? _____

VÊ MUITAS VEZES OS SEUS AMIGOS E FAMILIARES ? _____

26. A SUA SAÚDE É BOA OU MÁ ? _____

27. BEM ESTAR SUBJECTIVO (Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia)

	Item	Resposta Positiva
1.	As coisas estão-se a tornar pior à medida que fico mais velho	Não
2.	Tenho tanto ânimo (energia) como tinha no último ano	Sim
3.	Cada vez me aborreço mais com pequenas coisas	Não
4.	À medida que envelhece sente-se menos útil	Não
5.	Algumas vezes ando tão preocupado que não consigo dormir	Não
6.	À medida que envelheço as coisas são (melhores, piores, iguais) do que eu pensava que seriam	Melhor
7.	Algumas vezes sinto que não vale a pena viver	Não
8.	Sou tão feliz como quando era novo	Sim
9.	Tenho muitos motivos para me entristecer	Não
10.	Tenho medo de muitas coisas	Não
11.	Cada vez me irrita mais facilmente	Não
12.	A maior parte do tempo a vida pesa-me	Não
13.	Está satisfeito com a sua vida de hoje (satisfeito/não satisfeito)	Satisfeito
14.	Eu levo as coisas a sério	Não
15.	Facilmente me descontrolo	Não

28. SE PUDESSE VIVER ONDE QUISESSE, ONDE PREFERIA ? (CASA/LAR): _____



