

JOÃO BARRADAS FERREIRA DURÃO

ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NA REGIÃO DE ÉVORA

(O caso particular dos equipamentos urbanos)

Orientador: Joaquim Manuel Nazareth

Dissertação de Mestrado Em Ecologia Humana

Universidade de Évora, Ano 2001

Dissertação de Mestrado

JOÃO BARRADAS FERREIRA DURÃO

ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NA REGIÃO DE ÉVORA

(O caso particular dos equipamentos urbanos)

Orientador: Joaquim Manuel Nazareth

Dissertação de Mestrado Em Ecologia Humana

Universidade de Évora, Ano 2001

2001
013754

JOÃO BARRADAS FERREIRA DURÃO

ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO NA REGIÃO DE ÉVORA

(O caso particular dos equipamentos urbanos)

Dissertação apresentada para obtenção do

grau de Mestre em Ecologia Humana,

na Universidade de Évora



147 141

Orientador: Joaquim Manuel Nazareth

Dissertação de Mestrado Em Ecologia Humana

Universidade de Évora, Ano 2001

“Esta dissertação não inclui as observações e críticas efectuadas pelo júri”

Mas de manhã quando me batias com a porta na cara, que depressão, que vontade de chorar! Não conseguia encontrar em parte alguma a energia necessária para te fazer frente. Se um dia chegares aos oitenta anos, compreenderás que, nessa idade, as pessoas sentem-se como folhas em finais de Setembro. A luz do dia dura menos e a árvore começa lentamente a chamar a si as substâncias nutritivas. O azoto, a clorofila e as proteínas são sorvidas pelo tronco e com elas vai-se também o verde, a elasticidade. Ainda se está lá em cima, mas sabe-se que é por pouco tempo.

Uma após outra, as folhas vizinhas vão caindo, vê-las cair, vives no terror de que o vento se erga.

Susana Tamaro
Vai aonde te leva o coração

AGRADECIMENTOS

A abrir estas páginas, uma palavra de agradecimento, necessariamente a quem do devido, às pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Joaquim Manuel Nazareth o meu sincero reconhecimento e agradecimento, pelo estímulo, incentivo e apoio constantes ao longo deste percurso.

À Doutora Maria Cristina Conde, Directora do Lar dos Pinheiros, pela simpatia, colaboração e disponibilidade demonstrada.

Aos idosos envolvidos no estudo pelo seu precioso contributo e sem o qual este trabalho não teria sido possível.

Aos amigos e colegas, pelo estímulo e apoio que me transmitiram ao longo deste percurso.

À minha esposa e aos meus filhos pelos dias privados de convívio, pelo apoio permanente e pela força nos momentos de desânimo.

Por fim as minhas desculpas se alguém esqueci.

SUMÁRIO

	Fls
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	
ECOLOGIA GERAL, ECOLOGIA HUMANA E ENVELHECIMENTO	20
1 – <u>CONCEITOS E ENUNCIADOS DE ECOLOGIA</u>	21
2 – <u>DA ECOLOGIA GERAL À ECOLOGIA HUMANA</u>	28
3 – <u>CONTRIBUTOS DA ECOLOGIA HUMANA PARA O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO</u>	34
4 – <u>A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO HUMANO</u>	38
4.1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	38
4.2 - VELHO, IDOSO, VELHICE: A RELATIVIDADE DOS CONCEITOS.....	42
4.3 - ENVELHECIMENTO E SAÚDE.....	46
CAPÍTULO II	
CARACTERIZAÇÃO ECOLÓGICA DA REGIÃO DE ÉVORA:O CASO PARTICULAR DO ENVELHECIMENTO EM CONTEXTO URBANO	50
1 – <u>O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL E NA REGIÃO DE ÉVORA</u>	51
1.1 - O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: ASPECTOS PRELIMINARES... 51	
1.2- O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA NO CONTEXTO EUROPEU.....	56

1.3 - O CASO PARTICULAR DE ÉVORA.....	63
2 – <u>EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS NA CIDADE DE ÉVORA</u>	74
2.1 - INTRODUÇÃO.....	74
2.2 - A IMPLANTAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS.....	76
2.3 - O CASO PARTICULAR DE ÉVORA.....	85
CAPÍTULO III	
CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE/AMBIENTES QUE RODEIAM	
OS IDOSOS	92
1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	93
2 – <u>CARACTERIZAÇÃO DO LAR DOS PINHEIROS</u>	96
3 - <u>DELIMITAÇÃO DO ESTUDO</u>	99
4 - <u>ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO</u>	102
5 – APRESENTAÇÃO; ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	104
6 - CONCLUSÕES.....	128
CONCLUSÃO	134
BIBLIOGRAFIA	140
ANEXOS	145
ANEXO I – <u>Guião de entrevista</u>	146

SEQUÊNCIA DE QUADROS

	Fls
Quadro n.º 1 – Evolução de equipamentos sociais e serviços, continente entre 1991-1998.....	82
Quadro n.º 2 – Serviços para apoio a idosos no concelho de Évora em 1996.....	86
Quadro n.º 3 – Evolução do número de equipamentos e serviços em Évora e respectiva lotação.....	88
Quadro n.º 4 – Idosos segundo os grupos etários.....	105
Quadro n.º 5 – Idosos segundo o estado civil.....	105
Quadro n.º 6 – Idosos segundo o local de residência.....	106
Quadro n.º 7 – Idosos segundo as habilitações académicas.....	106
Quadro n.º 8 – Idosos segundo a actividade profissional.....	107
Quadro n.º 9 – Idosos com e sem família.....	108
Quadro n.º 10 – Com quem residiam os idosos antes da vinda para o Lar.....	109
Quadro n.º 11 – Idosos em função de outros rendimentos além da reforma/pensão.....	111
Quadro n.º 12 – Idosos em função da reforma/pensão.....	111
Quadro n.º 13 – Idosos segundo o grau de dependência.....	112
Quadro n.º 14 – Idosos segundo os seus problemas e dificuldades.....	113
Quadro n.º 15 – Idosos segundo o grau de satisfação.....	114
Quadro n.º 16 – Idosos segundo a periodicidade dos contactos com a família.....	116

Quadro n.º 17 – Idosos segundo o tipo de contactos com a família e amigos.....	118
Quadro n.º 18 – Idosos em função da ocupação do tempo.....	119
Quadro n.º 19 – Idosos em função do tempo de permanência no Lar.....	120
Quadro n.º 20 – Idosos em função das razões da vinda para o Lar.....	121
Quadro n.º 21 – Idosos segundo o facto de gostarem ou não de outro tipo de equipamento/serviço.....	123
Quadro n.º 22 – Idosos segundo o momento em que se sentiram envelhecer.....	125
Quadro n.º 23 – Idosos em função da forma como vivem o envelhecimento.....	127

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, tradicionalmente visto como um problema dos países do Velho Continente e tipicamente europeu, atinge hoje todas as nações do planeta. O envelhecimento progressivo da população mundial associado à alteração dos padrões de vida e da estrutura e dinâmica familiares coloca aos governos e à sociedade em geral, problemas médico-sociais próprios do envelhecimento populacional, é sem dúvida preocupante hoje e será alarmante num futuro próximo. A sociedade moderna encontra-se hoje perante uma situação contraditória: por um lado defronta-se com o crescimento progressivo da população idosa, fruto do aumento da expectativa média de vida da raça humana e por outro mantém mesmo atitudes preconceituosas sobre o velho e a velhice, fenómeno esse que atrasa, ou vai adiando, a implementação de medidas visando minimizar o pesado fardo daqueles que, felizmente, conseguem atingir a terceira idade. Este complexo problema, associado às precárias condições socioeconómicas, aos mais frequentes problemas de saúde e dificuldade de adaptação do idoso às exigências do mundo moderno, terá como consequência natural o isolamento do velho e um impacto sobre a sociedade que terá de enfrentar esse desafio que, ao mesmo tempo, poderá constituir uma grande oportunidade para as pessoas idosas, já que, futuramente, terão um forte contributo a dar.

O mundo de hoje virou-se só para os jovens, excluiu os idosos, estes estão numa etapa da vida aonde não queremos chegar, nem sequer pensar. Mas nem sempre foi assim. A preocupação com a velhice e o processo de envelhecimento remonta à origem da civilização. Nas sociedades primitivas os velhos eram objectos de veneração, respeitados, a ponto de lhes confiarem negócios de grande importância social e

económica e os jovens recorriam a eles em busca de conselhos. O idoso era considerado um património e não um encargo. No entanto, hoje verifica-se uma inversão de valores.

Fruto da revolução industrial, dos avanços tecnológicos e da valorização excessiva do paradigma desenvolvimentalista, ganhou importância a força da produção, passando o homem a ser julgado pela sua capacidade de produzir. Nesta perspectiva, os idosos devido à sua reduzida capacidade fisiológica de trabalho, associada a algumas doenças crónicas, não conseguem enfrentar uma competição, já que à partida as condições são desiguais. Como resultado surge a marginalização do idoso e a perda da sua condição social, quase sempre associadas a reformas irrisórias. Este é o quadro actual da sociedade perante a velhice, que de certa forma não surpreende, embora seja de reflectir a rapidez com que se processou, pois até há umas décadas, a geração mais velha tinha uma posição de absoluta autoridade e prestígio sobre a mais nova.

Também em Portugal o envelhecimento é um fenómeno que se tem acentuado nas últimas décadas, para o qual terá contribuído a redução do índice de mortalidade, a diminuição da natalidade, a melhoria dos cuidados médico-sanitários e os fluxos migratórios internos e externos. Estas alterações demográficas reflectem-se a nível familiar, económico, comunitário e na sociedade em geral. Embora se verifique que muitos idosos não são nem doentes nem dependentes, a realidade mostra-nos que, o avançar da idade leva a uma perda progressiva de autonomia e consequente dependência, necessitando de ajuda para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, sendo esta ajuda muitas vezes prestada pela família e pelos vizinhos e, na sua ausência, terão de abandonar o seu domicílio habitual procurando ajuda nos lares.

Alguns estudos efectuados (Destrem, 1975), tendo como objectivo conhecer o sentimento profundo da maioria dos velhos em relação ao asilo, casa de repouso ou de qualquer outro modo de vida em que fosse necessário o abandono do domicílio habitual, revelaram que 90% das pessoas idosas que viviam em colectividade, só a tal se

sujeitaram forçadas pelos factos, manifestando desejo de viver até ao último dia no seu domicílio e em conformidade com os seus hábitos, mesmo quando estes sob o ponto de vista de higiene fosse considerado menos bom. Outro estudo tendo em vista conhecer a opinião das pessoas idosas com vista à sua admissão em casas de repouso, maravilhosamente equipadas, incomparáveis em relação ao âmbito e nível de vida habituais dos pensionistas a quem se destinavam, contrariamente àquilo que seria de esperar, a maioria só a muito custo se resignava a aceitá-las. Não aceitavam, sem grande sofrimento, romper com os seus pequenos hábitos e sobretudo abandonar objectos a que tinham apego. As mulheres mostraram-se mais reticentes do que os homens.

Segundo a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pelas Nações Unidas, em 1982, a protecção das pessoas idosas deveria ultrapassar a luta contra a doença e apontar para o seu bem estar global, tendo presente a interdependência dos factores físicos, mentais, sociais, espirituais e ecológicos. Foi igualmente reconhecida a preponderância das mulheres idosas e do número de viúvas sobre o de viúvos no mundo, alertando para as necessidades específicas deste grupo, assim como para o alojamento das pessoas idosas que, deve ser encarado como algo mais do que um abrigo. Para além das suas características físicas, o alojamento tem um significado psicológico, social e cultural que é necessário ter em conta. Assim, espera-se que no século XXI muitos dos cuidados de saúde sejam desenvolvidos e prestados localmente. A maior e mais importante expectativa é que haja cada vez mais gente saudável e que os portadores de doenças crónicas sejam tratados no domicílio, de forma a diminuir o impacto da hospitalização e encurtar os períodos de internamento. Os hospitais continuarão a ter um papel importante na retaguarda dos serviços e cuidados prestados no domicílio, na população, nas escolas e nos locais de trabalho pelos serviços de saúde comunitária. Para muitos idosos, o domicílio, a família e a vizinhança, ou melhor, o conhecido, acaba sendo tudo o que possuem. Assim, é importante realçar os

laços estabelecidos com o espaço, os objectos e as pessoas, como factores de garantia para manutenção do seu equilíbrio e sentimento de segurança. Este ambiente conhecido e impregnado de histórias, pode, todavia, ter problemas na sua manutenção ou oferecer barreiras arquitectónicas que limitem ou dificultem a mobilidade do idoso, além de expô-lo a situações de risco, o que pode agravar ou desencadear processos patológicos, pelo que o contexto ambiental e as variáveis que lhe estão directa ou indirectamente ligadas devem ser um dos pilares de sustentação dos programas de saúde ao idoso (Netto, 1999).

Torna-se então necessário, individual e colectivamente, propiciar um meio ambiente, físico e social, que permita o desenvolvimento de comportamentos de promoção da saúde adequados face ao envelhecimento e de cuidados de saúde de prevenção, tratamento e reabilitação que retardem ou diminuam, as doenças crónicas e a perda de autonomia. O ambiente não deve ser reduzido, apenas, aos serviços e estruturas físicas, geográficas ou arquitectónicas, mas, também abranger as dimensões sociais, culturais, económicas e espirituais, dada a globalidade do ser humano. Os ambientes físico e social devem proporcionar à pessoa idosa a possibilidade de manter uma vida afectiva e social que lhe permita ter acesso não só à sua envolvente habitacional, mas também ao mundo exterior alargado, não lhe restringindo a mobilidade e a capacidade de deslocação e comunicação. As doenças crónicas e degenerativas que, normalmente, estão associadas ao processo de envelhecimento, sendo geradoras de incapacidades e progressiva perda de autonomia, são as grandes consumidoras dos cuidados de saúde, e colocam ao Sistema de Saúde grandes desafios, exigindo a criação, lançamento e implementação da prestação de cuidados de saúde continuados, baseados na medicina de acompanhamento. Estes cuidados obrigarão à criação de áreas específicas de articulação entre cuidados de saúde primários e secundários, com projectos definidos de intervenção e gestão integrada. O apoio e a protecção à pessoa idosa devem centrar-se,

para além das medidas nacionais de saúde e sociais, em redes locais inter-institucionais e inter-humanas. Desde a hospitalização no domicílio, ao apoio domiciliário, desde a melhoria de acessibilidade às consultas de vigilância e controlo, à criação de hospitais-de-dia que favoreçam a recuperação precoce e a prevenção da dependência, desde o envolvimento e participação das famílias e da vizinhança na prestação de cuidados informais, à reintegração social da pessoa incapacitada, há todo um trabalho a ser implementado pelos serviços de saúde que, em estreita ligação e complementaridade com as autarquias e com as organizações públicas e privadas de índole social, ou vocação benévola, terão a responsabilidade de dinamizar e informar estas redes de suporte, que ao englobarem serviços e apoio humanitário, deverão criar laços organizados de inter-ajuda local. Também as pessoas idosas com potencial de autonomia devem ser capacitadas a fim de se tornarem agentes de apoio aos mais dependentes. Segundo a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (1982), os serviços de protecção social deverão assegurar, promover e preservar, o maior tempo possível, o papel activo e útil das pessoas idosas na colectividade e ao serviço desta. Também os governos e as organizações não governamentais deveriam estimular a formação e a livre iniciativa de grupos e movimentos de pessoas idosas, sendo fundamental elaborar programas de ensino que lhes permitam desempenhar um papel didáctico e de transmissão de conhecimentos, da cultura e dos valores espirituais.

A Organização Mundial de Saúde através do seu mais recente e actualizado Projecto *Health 21* , Saúde 21, Europeia Saúde Para Todos, subscrito pelos seus 51 estados membros, pretende dar resposta aos vários problemas de saúde e enfatiza a necessidade de uma saúde mais participada e apoiada pela comunidade e pelos parceiros sociais. Através da Meta 20 “Mobilizar parceiros para a saúde” e da Meta 21 “Políticas estratégicas de saúde para todos”, prevê e incentiva a implementação de políticas de saúde que envolvam indivíduos, grupos, tanto do sector público como do privado e na

sociedade civil, a nível nacional, regional e local, apoiando-se em infra-estruturas apropriadas, fazendo-se alianças e parcerias pela Saúde Para Todos.

É constante a preocupação com o aumento da população idosa. A Organização Mundial de Saúde está empenhada em promover o Envelhecimento Activo, como uma componente indispensável em todos os programas de desenvolvimento. O tema do Dia Mundial da Saúde 1999, no Ano Internacional das Pessoas Idosas “Um Envelhecimento Activo faz a diferença” reconheceu a importância das pessoas idosas continuarem a ter um papel activo na sociedade. Este envelhecimento envolve as dimensões física, mental, social e espiritual. O Projecto 21, através da Meta 5 “Envelhecer saudavelmente” preconiza que no ano 2020, os idosos com mais de 65 anos devem ter oportunidade de viverem em pleno o seu potencial de saúde e desempenhar um papel social activo.

Essa preocupação também se tem verificado em Portugal, sendo constante as medidas de apoio aos idosos no que refere a apoio domiciliário, protecção social, projectos envolvendo jovens e idosos, legislação sobre organização e funcionamento de lares, entre outras.

Apesar de todas as medidas políticas, sociais, económicas e preocupações com a terceira idade, a velhice continua a ser encarada negativamente, como um declínio e não como um crescimento, igual a qualquer outra crise de desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

Empiricamente verificamos que, por variadas razões, determinados ambientes que rodeiam a maioria dos idosos são verdadeiras centrais de produção de angústia.

Diariamente somos confrontados com questões relacionadas com o avançar dos anos, já que o envelhecimento é caracterizado por incapacidade progressiva do organismo em se adaptar ao meio e às condições variáveis do seu ambiente. Muitas delas dizem respeito ao facto de vivermos numa região envelhecida, onde o número de

utentes que necessita de cuidados de saúde prolongados, são pessoas com mais de 65 anos de idade.

Efectivamente, a proporção de idosos que necessitam de ajuda nas actividades básicas do quotidiano, tem aumentado assustadoramente nos últimos anos. Muitas famílias, pelas mais variadíssimas razões, não têm capacidade de suporte para colmatarem este problema, procurando respostas institucionais, como os Centros de Dia, os Lares, o Apoio Domiciliário, entre outros.

O Alentejo apresentava em 1991, uma população de 543 442 habitantes, menos 34988, comparativamente a 1981. Apresentava crescimento total negativo e crescimentos natural e migratórios negativos, sendo uma região onde os problemas ligados ao envelhecimento, se colocam de forma preocupante.

Este fenómeno social, complexo e multifacetado, terá de envolver diversos actores sociais, apresenta na sua distribuição espacial profundas heterogeneidades e assimetrias, bem como realidades culturais e sociológicas próprias.

Para compreensão deste fenómeno, localizado num espaço geográfico concreto, na sua dimensão local/regional, optámos por um estudo exploratório que nos permitisse identificar as variáveis que mais interferem com o ambiente do idoso, permitindo-nos a leitura e percepção desta realidade no contexto local/regional da Região de Évora.

A escolha desta região deveu-se ao facto de nela desenvolvermos a nossa actividade e por se localizar numa das zonas mais envelhecidas do país, o Alentejo.

Évora encontra-se coberta por uma razoável rede de Instituições de Solidariedade Social, vocacionadas para apoiar a terceira idade, sendo evidente a preocupação em desenvolver estratégias para dar resposta a inúmeros problemas que surgem com o avançar dos anos, nomeadamente físicos, psicológicos, sociais e culturais, porque não é justo e nem é humano apenas prolongar a vida dos idosos se não

se lhe der condições para uma digna sobrevivência. Nesta perspectiva, será melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos do que anos à vida precariamente vivida.

No âmbito dessas preocupações, considerámos oportuno um estudo exploratório neste domínio, tentando identificar as variáveis que mais interferem com o ambiente do idoso e que poderão ou não condicionar a sua opção de viver no seu domicílio habitual ou num lar.

Múltiplas e diversificadas razões poderão estar na origem desta situação. No entanto, desde já algumas questões se impõem:

Quais serão as variáveis que mais interferem no ambiente do idoso?

Quais serão as variáveis que levarão o idoso a permanecer no seu domicílio ou a ir para um lar?

Será que a alteração na matriz familiar tem alguma influência?

Nesta perspectiva, definimos os seguintes objectivos:

- Identificar as variáveis que envolvem o ambiente do idoso.
- Inventariar as variáveis que os idosos considerem mais influentes.
- Analisar o impacto que provocam no idoso.
- Analisar comparativamente as variáveis mais influentes nos contextos estudados.
- Reflectir sobre os ambientes que rodeiam a velhice.

Tratando-se de um estudo numa realidade local e circunscrita e a uma área à qual estou particularmente ligado, pretende-se estudar o envelhecimento humano, na perspectiva da ecologia humana, em particular o idoso institucionalizado no concelho de Évora, e assim, poder contribuir para uma possível reflexão crítica sobre esta problemática, tentando “amenizar” o ambiente/ambientes que rodeiam o idoso, qualquer que seja o contexto em que se encontre a viver.

Na sequência do que foi dito anteriormente, iniciámos por um conjunto de questões teóricas relacionadas com a problemática do envelhecimento, tendo como base os conceitos e enunciados da ecologia humana. Seguidamente, apresentaremos uma revisão bibliográfica sobre o processo do envelhecimento humano, bem como da relatividade de alguns conceitos e caracterizámos o envelhecimento demográfico da população portuguesa no contexto europeu para posteriormente enquadrar o da Região de Évora.

No seguimento do nosso estudo, abordámos a implantação dos equipamentos sociais para idosos a nível do país e, particularmente na Região de Évora, realizando um estudo envolvendo o idoso internado numa instituição.

Seguidamente apresentámos os aspectos metodológicos, nomeadamente a delimitação do estudo, elaboração e aplicação do instrumento de colheita de dados sobre as atitudes dos idosos em relação à problemática da velhice, para posteriormente apresentarmos os principais resultados a que chegámos.

Embora a temática central deste estudo seja perceber o impacto do processo de envelhecimento na região de Évora, tentámos também perceber até que ponto os equipamentos sociais existentes se encontram adequados às necessidades humanas e vão de encontro às suas expectativas.

CAPÍTULO I
ECOLOGIA GERAL, ECOLOGIA HUMANA E ENVELHECIMENTO

1 - CONCEITOS E ENUNCIADOS DE ECOLOGIA

Desde os primórdios da sua existência, o Homem tem manifestado interesse pela ecologia. Num breve olhar, a história recorda-nos que, já na sociedade primitiva, cada indivíduo para sobreviver, precisava de ter um conhecimento real do seu meio circundante e tentava o equilíbrio com as forças da natureza, as plantas e os animais, do qual ele era parte integrante. As obras de Hipócrates, Aristóteles e outros filósofos gregos, manifestavam já preocupações relacionadas com problemas de natureza ecológica, embora não existisse ainda o termo ecologia. Hipócrates terá mesmo recomendado que, ao examinar os doentes, se tivesse em consideração os climas, os modos de vida e também os hábitos alimentares. Também nos séculos XVIII e XIX, grandes nomes do renascimento biológico, entre os quais Anton Van Leeuwenhoek, conhecido pioneiro da microscopia e do estudo das “cadeias alimentares” e da “regulação da população”, hoje áreas fundamentais da ecologia moderna, contribuiu igualmente para o tema, embora o termo ecologia não fosse ainda utilizado.

De facto, a palavra “ecologia” é recente e foi proposta pela primeira vez pelo biólogo alemão Ernest Haeckel em 1869 (Odum 1997). Como um domínio específico aceite da biologia, a ciência da ecologia surge por volta de 1900. Conseguiu impor-se depois da Segunda Guerra Mundial, conhecendo incrementável impulso a partir de 1960. Em França, foi a partir de Maio de 1968 que a ecologia se fez ouvir, como consequência da primeira catástrofe ecológica francesa, provocada em 1967, pelo petroleiro “Torrey-Canion”. Apesar disso, só no início do século XX apareceram os

primeiros manuais de carácter científico, que viriam a transformar na prática a ecologia numa ciência, embora quase sempre associada às ciências biológicas (Nazareth, 1993).

Esta ecologia deve a Darwin alguns dos seus principais conceitos, nomeadamente, as relações entre os seres vivos, a noção de processo de adaptação e o conceito de meio. Nesta fase foram os botânicos que conseguiram mais progressos, facto que levou a ecologia vegetal a desenvolver-se mais rapidamente que a ecologia animal, pelo que, não admira que muitos dos seus conceitos tenham passado para a ecologia animal.

O desenvolvimento tecnológico, a facilidade de acesso à informação, o crescimento demográfico, entre outros, aliados ao despertar da opinião pública para os problemas ambientais, fazem com que o termo ecologia seja, actualmente, parte integrante do vocabulário do cidadão comum, embora o seu significado, o universo que abrange e alguns dos seus conceitos básicos sejam ainda difíceis de precisar. É hoje, universalmente, aceite que as questões ambientais interferem significativamente com o binómio saúde/doença. Nesta perspectiva, as ciências do ambiente são instrumentos indispensáveis para criar e manter a qualidade de vida da civilização humana, sendo, por consequência, a ecologia uma ciência fundamental para a vida quotidiana de todo o homem, mulher e criança (Odum, 1997).

Mas afinal o que é a ecologia?

Etimologicamente ecologia deriva da palavra grega *oikos*, que significa “casa” ou “lugar onde se vive” e *logos* que significa “estudo”. Logo, ecologia é o estudo dos organismos “em sua casa”.

Ao longo dos anos várias definições têm surgido. Genericamente, define-se como o estudo das relações dos organismos ou grupos de organismos com o seu ambiente, ou a ciência das inter-relações que ligam os organismos vivos ao seu ambiente (Odum, 1997). Segundo o Webster’s Unabridged Dictionary, citado por Odum

(1997:4), ecologia é “a totalidade ou o padrão das relações entre os organismos e o seu ambiente”. Para Lamy (1995) ecologia é a ciência que estuda as condições de vida dos seres bióticos e todo o tipo de interações que existem entre estes seres e o meio em que estão inseridos. Pensa-se que no futuro, a melhor definição para o domínio de uma matéria tão vasta e abrangente, será certamente a mais genérica, a mais curta e a menos técnica, como por exemplo “biologia do ambiente”.

A ecologia pode ser analisada segundo algumas características:

- como ciência pluridisciplinar e transdisciplinar, dado que o ecologista utiliza os métodos de estudo de várias outras disciplinas, formando equipas pluridisciplinares de investigação, o que exige uma interpenetração de saberes e desenvolve os seus conhecimentos no exterior da sua disciplina;
- como ciência do real, na medida em que o ecologista não separa o ser vivo do seu contexto que é o meio em que este vive e a população na qual se encontra incluído;
- como ciência das interações, na medida em que as interações são numerosas, dificilmente calculáveis e ainda menos extrapoláveis. As interações são múltiplas e alterar ou modificar um dos seus elementos pode ter resultados imprevisíveis;
- como ciência autónoma e actual, uma vez que tem o seu objecto de estudo, os seus métodos e os seus conceitos. Os cientistas que estudam estes aspectos passaram a chamar-se de ecólogos, para não serem confundidos com os ecologistas, ou seja, “Os Verdes” (Lamy, 1995).

O paradigma ecológico, apesar da sua forte ligação à biologia, estende-se hoje a todas as disciplinas, permitindo um quadro de referência facilitador da compreensão da natureza e das relações das pessoas com o seu meio físico, social e cultural.

Como ciência, pode ser encarada segundo duas perspectivas: a teórica e a aplicada. A teórica, também conhecida por geral, estuda todas as interações entre o indivíduo e o seu meio, partindo do simples para o complexo. Com o objectivo de facilitar a análise e a compreensão de cada campo específico de estudo, por vezes é dividida em autoecologia e sinecologia. Por autoecologia, entende-se o estudo da influência dos factores externos que interferem sobre o indivíduo ou conjunto de indivíduos de uma espécie (população). A sinecologia estuda várias populações que se encontram em interação, através da cadeia trófica, da transferência de energia, entre outros, formando uma unidade. Abrange dois ramos:

- a demecologia, ou dinâmica das populações, que se preocupa com as variações de número das várias espécies, procurando conhecer as suas causas;
- a biocenótica que estuda as biocenoses, ou seja, os grandes conjuntos de seres vivos, ou biomas (Lamy, 1995).

A ecologia aplicada estuda os diversos ecossistemas, entendidos como o resultado das interações entre o biótopo e a biocenose. Tal como uma célula ou um organismo, funcionam graças à energia, a energia solar que será transformada em energia química pelas plantas e transferida ao longo da cadeia trófica. Segundo Ramade, citado por Lamy (1995), este fluxo de energia corresponde a um “modelo termodinamicamente aberto”. O biótipo (de *bios* = vida e *topos* = local) ou local de vida é caracterizado por um conjunto de parâmetros geológicos, geográficos e climáticos, ou seja pelo conjunto de factores ecológicos físico-químicos designados por factores abióticos, que estão presentes no meio de vida dos seres vivos, vegetais e animais. Quando se verifica um excesso ou uma carência de um desses factores no meio, surge o processo de adaptação. A biocenose foi um termo criado por Mobius em 1877 (de *bios* = vida e *Koinos* = comum), consiste no conjunto de seres (microorganismos, vegetais e

animais) que vivem num biótipo e caracteriza-se pelos processos bióticos, que são de dois tipos:

- as relações intra-específicas que se estabelecem no seio da mesma espécie, em que os seus indivíduos formam uma população que tem vida própria, que nasce, desenvolve-se e morre, tal como um organismo. No seio desta população estabelecem-se relações muito peculiares de competição e de cooperação e é do seu exercício, que resultam a partilha do biótopo, em termos de território e a organização em sociedade hierarquizada.
- As relações inter-específicas, entre espécies diferentes, as designadas relações biocenóticas. A relação mais importante é a da predação: consumir ou ser consumido. Esta relação leva à noção de cadeia trófica. Na biocenose, as espécies estão ligadas entre si por cadeias tróficas que veiculam e transformam a energia. Nas cadeias tróficas distinguem-se: os produtores, plantas que transformam a energia solar em energia química, os consumidores que são os herbívoros, consumidores primários e os carnívoros, consumidores secundários, e os decompositores, que transformam a matéria orgânica em matéria mineral, assegurando o retorno do estado biótico ao estado abiótico.

A sua classificação privilegia o biótopo ou a biocenose, consoante o campo de estudo que abrange. Se o elemento de classificação for o biótopo, ou seja, o meio, torna-se importante explicitar o que se entende por biosfera. Entendida como o espaço no qual vivem os animais e as plantas à superfície do globo terrestre, no qual todo o ser vivo ocupa um espaço onde encontra tudo o que necessita: é o biótopo ou *habitat*, ou estação (no caso das plantas), ou meio (termo mais genérico). No biótopo, o animal frequenta apenas a zona em que vive, que é o seu “nicho ecológico” (Lamy, 1995). Caso o elemento principal de classificação seja o biótopo, surgirão nomenclaturas como



ecologia marinha, ecologia dos desertos, entre muitas outras. Se o elemento de classificação for a biocenose, surgirá a ecologia das espécies, como por exemplo a vegetal, a animal e a humana. A ecologia vegetal desenvolveu-se muito mais rapidamente que a ecologia animal. Apesar destes três ramos da ecologia se terem desenvolvido em diferentes momentos, apresentam uma certa complementariedade e identidade de pontos de vista, o que permite falar no termo ecologia geral, que tem como objecto o estudo das relações entre todas as formas de vida e destas com o meio, termo esse que geralmente, quando se fala de ecologia, aparece ligado a ecologia geral.

Segundo Lamy (1995), que foi considerado um dos pioneiros desta ciência, a ecologia não é uma doutrina política, mas sim, uma verdadeira ciência com os seus objectivos, os seus métodos, as suas descobertas e as suas consequências.

Segundo Nazareth (1993), é uma ciência pluridisciplinar que estuda o real, assumindo cada vez mais um carácter autónomo e actual, passando cada vez mais a ser uma referência, um ideal, do que um objecto de estudo.

Ciência para uns, estado de espírito ou ideologia para outros, a ecologia tem-se afirmado e é actualmente encarada como a ciência dos anos vindouros e com uma grande responsabilidade ao serviço da humanidade e da salvaguarda da natureza.

Actualmente, as aplicações da ecologia são cada vez mais numerosas e diversificadas, estendendo-se aos mais variados sectores, nomeadamente, agricultura, agro-alimentar, ordenamento do território, protecção da natureza, gestão do património natural, entre outros.

O mundo encontra-se regido por diversas conjuncturas que influenciam o seu comportamento. A alteração mais profunda verificada no mundo intelectual foi, sem dúvida, a transformação dos sistemas lineares e previsíveis para sistemas imprevisíveis e caóticos, revelando a fragilidade do homem e do meio.

Actualmente, o Homem defronta-se com a imprevisibilidade dos seus próprios actos e da natureza, encontrando-se perante o enorme desafio que é salvar a sua própria existência. A educação irá desempenhar papel fundamental na construção de novas mentalidades, visando uma nova perspectiva ecológica. É fundamental expandir o paradigma ecológico a todas as áreas da actividade humana, ministrando conteúdos nos vários sectores de ensino, sensibilizando jovens e adultos de amanhã para as questões ambientais, inculcando-lhes cada vez mais conceitos de ambiente sem fronteiras políticas ou étnicas, de homem como cidadão do mundo, entre muitos outros, procurando respostas para os novos riscos ecológicos ligados á organização económica, social e cultural das sociedades, tentando encontrar estratégias para um futuro desenvolvimento sustentável, sem prejudicar as gerações vindouras.

Neste contexto, é fundamental intervir nos comportamentos humanos, tentando modificá-los e prepará-los para a mudança, actuando junto das populações. Partindo do pressuposto que é difícil mudar as sociedades e os grupos, deve-se intervir junto das populações, tentando modificar os seus padrões de comportamento, de pensar, sentir e agir, enfim preparar a pessoa para a mudança.

2 - DA ECOLOGIA GERAL À ECOLOGIA HUMANA

Um dos ramos da ecologia aplicada é a ecologia humana. O termo fez a sua aparição no início dos anos 20, como resultado da necessidade do estudo ecológico da sociedade humana, devido ao rápido e turbulento crescimento das cidades norte-americanas no primeiro quarto do século XX, que com a incorporação de populações de diversas etnias e o uso incontrolado do espaço, apresentavam uma situação caótica.

Impunha-se resolver a situação, surgindo a necessidade de estudar o fenómeno numa perspectiva globalizante. Esta preocupação viria a originar o estudo ecológico da sociedade humana, estudo esse que envolveu pessoas dos mais variados ramos do saber, nomeadamente, sociólogos, antropólogos, geógrafos e ecólogos, na perspectiva de encontrar um ponto de equilíbrio entre os sistemas humanos e os ecossistemas. Um ponto de partida foi sugerido pelos ecólogos da vida vegetal que nos seus estudos referiam que a organização da comunidade vegetal poderia apresentar muitas analogias com a comunidade urbana, nomeadamente em termos de ocupação do espaço/distribuição, controlo dos recursos, etc. Manter o equilíbrio entre sistemas humanos e ecossistemas, elemento fulcral para o desenvolvimento da humanidade e, conhecer os efeitos nefastos das alterações ecológicas sobre os seres humanos, tornou-se uma preocupação constante.

Segundo Nazareth (1993:881) “se existe uma ecologia dos peixes ou uma ecologia das aves, por que não pode existir também uma ecologia humana?” Esta situação que inicialmente parecia fácil de resolver, apresentava no entanto um certo grau de complexidade, motivado pelas características específicas da espécie humana. É

que o homem, este animal tão particular, apresenta uma característica muito especial que é a mobilidade e, contrariamente às outras espécies que geralmente se encontram localizadas num espaço determinado, encontra-se em todas as altitudes e latitudes, influenciando os ecossistemas naturais (Nazareth, 1993).

Segundo Barrows citado por Nazareth (1993:882) “foi a diversidade dos comportamentos humanos no espaço e a diversidade de respostas culturais e sociais no meio que fascinou os primeiros ecólogos humanos”. Em 1925, Bernard apresentou uma nova classificação de ecossistemas, realçando factores biossociais e psicossociais, que viriam a marcar a visão moderna da ecologia humana.

Outro marco importante a salientar foi o trabalho de Ezra Park sobre “Ecologia Humana” em 1936 que fez crescer o entusiasmo por esta nova área de conhecimento, ficando conhecida pela “Escola de Chicago”, que apesar dos valiosos contributos, no que se refere ao paralelismo entre os comportamentos animais e os comportamentos humanos, sempre subestimou a importância do meio físico, valorizando apenas o social e o cultural.

Inicialmente olhado com indiferença, só a partir dos anos 70, o Homem começa a ser encarado numa perspectiva globalizante, um ser dotado de inteligência e de instintos, com património genético e cultural, vivendo num meio, no qual as interações são permanentes. Estava-se perante dois ecossistemas em permanente interacção: o sistema-homem que recebe e descodifica a informação procedente do sistema-ambiente e elabora uma acção de resposta. A ecologia humana passou a ser o estudo interdisciplinar entre o homem e o ambiente, realizado através de metodologia sistémica (Nazareth, 1993).

É o homem que age sobre a natureza e nesta perspectiva cabe ao ecologista encontrar as soluções para as suas múltiplas agressões. Neste contexto, foi criado pelo

homem um factor ecológico novo que veio originar a ecotoxicologia. Esta nova ciência faz parte da ecologia humana, ciência que estuda o homem e o seu meio.

Os primeiros especialistas da ecologia humana valeram-se dos contributos das comunidades vegetais para compreenderem as comunidades urbanas. Inicialmente adoptaram terminologia da ecologia animal e vegetal. No entanto, segundo Hawley, a contribuição mais importante é a perspectiva de vida colectiva como um processo adaptativo que consiste na interacção dinâmica entre ambiente, população e organização.

Partindo do pressuposto que a adaptação é um fenómeno sistémico, teoricamente o ser humano é um postulado e apresenta cinco características:

- como organismo vivo necessita do meio ambiente como fonte de sustento e de conhecimentos necessários para procurar o seu sustento. A dependência do meio é contínua e está sempre presente;

- a interdependência com outros seres humanos é indispensável para a vida.

- o ser humano está limitado no tempo, é uma criatura finita num mundo finito;

- o ser humano tem tendência inata para preservar e prolongar a vida até ao máximo possível nas condições existentes;

- a limitação intrínseca da variedade de comportamentos dos seres humanos não se pode determinar (Cardeira, 1996).

Segundo Nazareth (1993) a ecologia humana é actualmente o estudo interdisciplinar das várias interacções entre o homem e o ambiente, através de uma metodologia sistémica. É encarada como uma nova disciplina ou como uma reflexão sobre a sociedade inserida num determinado contexto ambiental. Estuda cada vez mais os diferentes climas que actuam no homem – físico, químico, biológico, sociológico, económico, técnico, cultural, espiritual... numa perspectiva global (Nazareth, 1993:884).

O seu objecto de estudo é a organização humana e a sua estrutura de relações. É mais ampla que a demografia uma vez que trata das relações da população com factores externos e unidades mais amplas, tanto como com dinâmica externa (Odum,1998). A ecologia humana pode ainda ser considerada a ecologia de uma população especial, a do homem, referindo-se ao estudo de todas as relações entre pessoas e respectivos meios ambientes e ás permutas de energia com outras espécies vivas, onde figuram as plantas, os animais e outros grupos de pessoas. A ecologia humana não é uma profissão, não é um modo de vida, talvez não seja uma moda, talvez apenas um ponto de vista, uma nova visão do mundo que, baseada no conhecimento de várias ciências, procura uma visão global, preocupando-se hoje com as gerações vindouras. É uma tentativa para lidar holísticamente com o fenómeno organizativo, interessando-se fundamentalmente pelas condições em que as situações ocorrem. Segundo Roberto (1996:32) a ecologia humana “é um caminho de compreensão da globalidade desse encontro bio-psico-humano, no universo em que existimos...ela é e será também, e sobretudo, uma investigação permanente, uma reflexão do espectador que somos sobre o actor que também somos”.

O paradigma da ecologia humana teve origem nas ciências naturais, assentando na ecologia vegetal e animal, no estudo das espécies vivendo no seu meio e em interacção com o seu meio. Robert Park foi um dos cientistas que mais contribuiu para este paradigma, preocupando-se particularmente com o tipo de encadeamento causal num espaço limitado. Defendia que os factos não surgiam isolados, mas sim integrados num conjunto, espacialmente limitado, tornando-se automaticamente causas e efeitos uns dos outros, num processo deterministicamente encadeado. Neste contexto há que estabelecer os equilíbrios e/ou os desequilíbrios dos vários elementos, num determinado espaço circunscrito que é a comunidade urbana. Assenta em vários pressupostos.

Segundo Hawley (1996) a Ecologia Humana tenta uma abordagem ao nível macro do estudo das organizações humanas, lidando holisticamente com o fenómeno da organização, nos seus múltiplos componentes.

Segundo o autor, o significado de ecologia humana pode apresentar-se como um paradigma composto de três proposições:

- **Adaptação**, que se processa através da formação de interdependências entre os membros de uma população. Na Ecologia Humana é encarada como um processo colectivo e não individual, na medida em que esta ciência se preocupa com as diferentes maneiras como as populações se organizam de forma a conseguirem manter-se em determinados ambientes;

- **Crescimento**, na medida em que o sistema continua a desenvolver-se até aos limites máximos de complexidade suportáveis pela tecnologia de transporte e de comunicação que a população possui;

- **Evolução**, na medida em que o desenvolvimento do sistema pode ser abreviado com a aquisição de nova e mais informação, que vai aumentar a capacidade de circulação de materiais, pessoas e mensagens até à utilização da total capacidade do sistema alargado.

Segundo Mórán (1990:78), a ecologia humana “tem que estar consciente da interrelação entre indivíduo e sociedade, entre indivíduo e meio ambiente, entre processos a nível local, regional, nacional e internacional”. Para o seu desenvolvimento devem ter-se presentes os processos materiais, os valores simbólicos, os sistemas morais, as formas de racionalidade provenientes da linguística e a história cultural.

A ecologia humana é actualmente encarada sob dois pontos de vista: como uma nova disciplina e/ou como uma reflexão sobre a sociedade inserida num determinado contexto ambiental. Ao ter em conta a dinâmica das interacções bioculturais estuda os

diversos campos de actuação do homem, físico, químico, biológico, económico, cultural e social, sempre numa perspectiva globalizante.

O seu objecto de estudo é o comportamento humano em toda a sua variabilidade.

Neste contexto, preocupada com as gerações vindouras, é fundamental intervir nos comportamentos humanos, tentando modificá-los e prepará-los para a mudança, actuando junto das populações. Partindo do pressuposto que é difícil mudar as sociedades e os grupos, deve-se intervir junto das populações, tentando modificar os seus padrões de comportamento, de pensar, sentir e agir, enfim preparar a pessoa para a mudança.

Segundo Mórán (1990: 35) “o raciocínio ecológico baseia-se na análise interdisciplinar das bases desse comportamento: o contexto variável do ambiente físico e geográfico, as diferenças em trajectória histórica, a organização social e as suas contradições internas, o impacto de forças externas, a dinâmica política interna e as relações políticas externas”. Como ciência irá marcar uma época nos anos vindouros, dado que as profundas alterações que irão ocorrer afectarão toda a vida no planeta. Cabe-lhe tentar elaborar uma teoria do comportamento dos sistemas humanos que englobe todos os níveis da organização social, procurando aprofundar conhecimentos sobre as causas humanas das mudanças ambientais sobre formas de contornar esse problema, assim como sobre instituições capazes de gerir essas mudanças.

3 - CONTRIBUTOS DA ECOLOGIA HUMANA PARA O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO

O número total de indivíduos com mais de 65 anos de idade aumentará para mais de 12 milhões durante os próximos 30 a 40 anos. Apesar de preocupante, não se considera este aumento demográfico como uma crise, uma bomba relógio ou uma catástrofe, mas sim como um sinal de êxito obtido no passado e um desafio para o futuro (Hall, Maclennan, Lye, 1997).

O aumento da proporção de idosos na sociedade é um fenómeno recente. O processo tem vindo a desenvolver-se desde a Pré-História, embora o seu impacto total apenas recentemente se fez ou tem feito sentir. Foi exactamente a partir da segunda metade do século XX que um novo fenómeno surgiu nas sociedades ocidentais - o envelhecimento demográfico. Não se trata de uma nova praga ou doença, mas sim da constatação real que o número de pessoas idosas está a aumentar assustadoramente (Nazareth, 1993). Esta situação irá provocar alteração dos comportamentos familiares, dos padrões de consumo dos custos com a saúde e com a reforma e consequentemente um desequilíbrio financeiro dos sistemas de saúde e de reforma, situação que nos últimos tempos tem preocupado os investigadores e a que a ecologia humana não poderia ficar indiferente. De facto, a procura de uma melhor caracterização desta problemática, a determinação das causas e das consequências desse 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 se comesçassem a interessar pela problemática do envelhecimento (Nazareth, 1993: 4-5).

A ecologia humana preocupa-se em perceber as relações entre as unidades de organização social, numa ordem espacial e temporal, tornando-se assim fundamental o estudo da população, entendida na sua perspectiva, como “um conjunto de indivíduos num sistema interdependente de actividades” (Nazareth, 1993:884). A população apresenta determinadas propriedades:

- É composta por unidades que são capazes de mobilidade independente;
- pode haver permuta individual;
- não existem limites à sua longevidade;
- as suas dimensões, em número, só são limitadas por circunstâncias exteriores.

Apesar das propriedades referidas, a população só será considerada como uma unidade se tiver em conta a sua organização, entendida como o conjunto de relações que a população realiza tendo em vista a sua adaptação e que surge através da interacção entre a população e o meio.

Na perspectiva da ecologia humana, os conceitos de população e organização estão intimamente ligados. O meio é entendido como tudo o que é externo ao sistema e não tem um conteúdo fixo. A compreensão dos conceitos de ambiente, população, meio e organização e de toda a complexa rede de ligações que se estabelece conduz-nos à abordagem do sistema específico da ecologia geral e da ecologia humana em particular – o ecossistema (Nazareth, 1993:884). Apesar do indivíduo ser o postulado da ecologia humana, o que interessa realmente é a relação que estabelece com os outros indivíduos, numa malha inter-relacional operando como uma unidade na prossecução de uma relação ambiental viável.

Uma das grandes certezas é que o envelhecimento demográfico não é uma moda passageira. É algo que veio para ficar e para se expandir nas próximas dezenas de anos e cuja problemática, por ser multifacetada, implica uma intervenção necessariamente complexa e eficaz conjugação de esforços (Nazareth in:Fernandes: 1997:xvi).

O passar dos anos, as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas e o gradual envelhecimento das populações criaram as condições para que socialmente a velhice comece a ser considerada uma situação problemática, a precisar de apoio social e conseqüentemente a mobilizar inúmeros meios e esforços, sendo urgente encontrar soluções, o que se tem verificado pelo aumento de estudos e investigadores que se têm ultimamente debruçado sobre esta problemática. A ecologia humana também não poderia ficar indiferente. Efectivamente, os estudos têm aumentado no âmbito da ecologia humana, pelas preocupações originadas pelos desequilíbrios provocados por concentrações excessivas de idosos em espaços de acentuado envelhecimento (Fernandes, 1997:10).

Um pouco por todo o lado, verifica-se um aumento do número de Lares, Centros de Dia, de Apoio Domiciliário, entre outros, assim como a melhoria dos serviços que oferecem. Tal situação provoca alteração nas relações dos idosos entre si e com a sociedade, e pressupõe condições específicas inerentes ao indivíduo e à sua vida relacional, próprias de uma mudança organizacional, dado que o comportamento de cada indivíduo é influenciado por uma estrutura de relações mais vasta que ao alterar-se provoca modificações a nível individual. A relação individual é um processo de comunicação, hierarquicamente ordenado, interdependente e adaptativo. É um processo padronizado de comportamento, regido por normas e regras sociais e culturais (Littlejohn, 1988).

Tendo como base as linhas orientadoras da ecologia humana e o seu objecto de estudo, a organização humana e a sua estrutura de relações, iremos debruçar-nos sobre a

caracterização de aspectos relacionados com o modo de vida do idoso, na vertente biológica, psicológica e social, procurando identificar variáveis que interferem com o ambiente do idoso e que poderão ou não influenciar a sua opção de viver no seu domicílio ou ir para um lar, com a finalidade de determinar “mais alguns princípios que regem as interacções entre as unidades da organização” (Hawley, 1986:131)

4 – A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO HUMANO

4.1 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A vida representa crescimento e transformações contínuas às quais todos os seres vivos estão submetidos. A vida humana é, para a Pessoa, um bem limitado no tempo, pela morte. O ser humano possui algo de fundamental que o distingue dos seres não humanos. A Pessoa não é, apenas, um organismo biológico mas um ser com uma cultura própria resultado de gerações humanas que a antecederam. Possui uma dignidade própria que a impele para a promoção, ao longo da vida, da sua realização pessoal. Pelo simples facto de serem pessoas, existe um natural movimento de solidariedade entre os homens, desde o nascimento até à morte, que deve ser estimulado e apoiado. Uma das fases da vida que mais necessita desta solidariedade é o envelhecimento, processo insensível e infinitamente lento, que escapa à consciência de quem envelhece. É uma etapa do ciclo da vida que se vai instalando progressivamente.

É um processo natural, progressivo, irreversível e complexo, no qual intervêm factores biológicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais e onde surgem várias alterações que afectam a Pessoa de uma forma global. O envelhecimento surge no rosto, penetra nos tecidos e enfraquece os músculos, atenuando a energia, sem rupturas ou traumatismos. Sendo visível nos outros, é dificilmente percebido em nós próprios, porque é, de todas as realidades humanas, aquela que por mais tempo permanece abstracta. O decorrer do tempo não sendo fisicamente perceptível, sugere-nos um sentimento de imobilidade. Um dia notamos que envelhecemos e tomamos então

consciência que o envelhecimento é um processo não localizado, com carácter difuso, que se pode retardar ou atrasar a sua evolução, mas que é, inexoravelmente, progressivo. É um processo natural e deve ser bem vindo, já que a alternativa será a morte prematura.

Apesar de todas as investigações parece não haver consenso quanto ao processo do envelhecimento. Encarado apenas pelo prisma biofisiológico, “caracterizado pela incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga, funcional, acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminariam por levar o idoso à morte”, seria desconhecer os problemas ambientais, sociais, culturais e económicos.

Sabe-se hoje que o processo de envelhecimento é influenciado pelo modo de vida que cada um adopta, pelos factores ambientais, pelos cuidados de saúde disponíveis, por situações de doença e pela sua própria constituição genética, pelo que se deve ter uma visão global do envelhecimento como processo e dos idosos como cidadãos. Neste contexto, torna-se imperioso conhecer as actuais condições de saúde e de vida dos idosos, bem como as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento, para que o desafio que se coloca actualmente a todos os países, seja alvo de estratégias de intervenção adequadas.

Apesar das preocupações e do envelhecimento ser um fenómeno universal e comum a todos os seres vivos, o seu estudo foi negligenciado durante muitos anos.

Efectivamente, a gerontologia que, se propõe estudar o processo de envelhecimento e os problemas que envolvem a pessoa idosa, é uma ciência relativamente jovem, o que não deixa de ser um facto curioso, já que as preocupações com o aumento da longevidade remontam aos primórdios da civilização. Segundo Hayflick, citado por Netto (1999), as razões são complexas e aponta três fenómenos:

- os jovens cientistas recebiam tentar carreira num campo dominado por charlatões e praticantes de magia negra, não querendo arriscar a sua reputação numa área vista com desdém;

- a falta de base suficientemente concreta e de conhecimento teórico que pudesse conduzir a uma investigação adequada;

- a existência de poucos investimentos destinados à pesquisa. Os poucos recursos eram obtidos através das disciplinas básicas que servem de suporte à biogerontologia, como a bioquímica, a biologia celular, entre outras.

Outras razões podem ser evocadas. Uma delas prende-se com a incapacidade de mensurar o fenómeno do envelhecimento. É fácil reconhecer nos idosos certas manifestações físicas próprias do avançar da idade, mas é praticamente impossível afirmar serem exclusivamente dependentes do envelhecimento, uma vez que factores genéticos e ambientais podem igualmente estar presentes, o que justifica o facto de duas pessoas idosas não envelhecerem da mesma forma. Também a imprecisão nos limites sobre o que é considerado senescência e senilidade, tem sido uma dificuldade. Outra razão foi avançada por Walford, citado por Netto (1999) que defendia que o processo de envelhecimento podia ser alterado, contrariamente às ideias de Fries e Crapo, fundamentadas no seu livro “Vitalidade e Envelhecimento”. Refere que além de ser biologicamente errado, conduz a uma postura de fatalismo fisiológico em relação ao envelhecimento, argumentando com pesquisas efectuadas em peixes e ratos segundo as quais a duração máxima de vida poderia ser aumentada através de restrições dietéticas, e também com os estudos efectuados na ilha de Okinawa, onde por motivos inexplicáveis, os japoneses consomem dietas de alta qualidade, embora com baixo teor calórico, são de estatura baixa e apresentam doenças relacionadas com o envelhecimento mais tardiamente e com incidência mais baixa que a maioria dos japoneses que vivem noutras zonas. Uma outra razão, não de ordem biológica mas social tem a ver com a política de

desenvolvimento nas sociedades industrializadas e urbanizadas, onde predomina maior interesse na assistência materno-infantil e na juventude, considerado como um investimento ao passo que a criação de condições para a manutenção duma vida saudável no idoso tem sido mais encarada como um dever.

Nos últimos tempos as circunstâncias mudaram radicalmente, devido a uma mudança de mentalidade e à tomada de consciência do envelhecimento progressivo da população mundial e aos inúmeros problemas médicos, sociais e económicos que acarreta.

Acreditamos que, quanto mais desenvolvidos estiverem os conhecimentos relacionados com o envelhecimento normal ou fisiológico, como à profilaxia, controlo ou atraso das perturbações ligadas a este processo, mais eficientemente se poderão resolver ou atenuar os complexos problemas sociais associados ao aumento acelerado de pessoas de idade avançada registada nas últimas três décadas.

No relatório “Ciências da Vida e da Sociedade”, redigido pelos Prémios Nobel, François Jacob e François Gros e pelo conselheiro para os assuntos biológicos da Delegação Geral para a pesquisa Científica de França, professor Jean Royer, contém um capítulo dedicado ao envelhecimento humano no qual refere, em termos de síntese, que “é pouco provável que se possa aumentar muito mais o tempo de vida, mas pode-se melhorar consideravelmente a qualidade de vida nas pessoas idosas; um tal resultado teria efeitos importantes sobre a estrutura da população e do equilíbrio social, influenciando as próprias escolhas políticas” (Reis, 1997: 15).

Toda a sociedade ocidental foi concebida em função de um universo industrial e para um adulto jovem saudável pronto para cumprir a função de produtividade. Assim todos os equipamentos arquitecturais, sociais, gestão do tempo, ritmo de vida, entre outros, foram elaborados visando como projecto a produção, o qual se adapta mal à criança e ao idoso, não se adequando às suas necessidades e às suas funções. Esta

especialização de uma sociedade de adultos, para adultos, gerada por adultos, poderá de alguma forma, explicar as diferenças e as dificuldades que se colocam à implementação de uma política social para o envelhecimento, assim como a uniformização dos vários conceitos.

4.2 – VELHO, IDOSO, VELHICE: A RELATIVIDADE DOS CONCEITOS

Pessoas idosas sempre existiram na história da humanidade, apesar de constituírem uma proporção ínfima da população. Actualmente viver até aos 70, 80 anos tornou-se uma experiência vivida por muitos milhões de pessoas em todo o mundo. Este aumento da proporção de idosos na população, originou o envelhecimento populacional, em parte devido à diminuição da mortalidade e o conseqüente aumento da expectativa de vida, à diminuição da fecundidade, à melhoria dos cuidados médicos sanitários e à migração que, apesar de ter uma importância relativa, ajuda a alterar a distribuição etária de uma dada população a ele submetida.

A longevidade crescente e o aumento progressivo da esperança de vida, obrigam-nos a definir o conceito de idoso, sendo que qualquer conceito acaba por se basear no estabelecimento arbitrário de um limite de idade, embora esta não seja o único factor que pode estabelecer o critério para se considerar uma pessoa idosa.

De facto, quando abordamos as causas que ajudam a prolongar a vida do ser humano, reportamo-nos à idade calendaria ou cronológica, em que a noção de tempo é entendida como o tempo físico que é objectivo, externo, homogéneo e contínuo. Para o desenvolvimento temporário de todos os processos físicos, serve como medida o tempo do relógio e na vida quotidiana a folha do calendário. Mas, a par deste, existem outras duas noções de tempo: o tempo psicológico e o tempo fisiológico.

O relógio psicológico não possui mecanismo infalível, nunca é homogéneo e dá o tempo subjectivo e pessoal de cada um, em que é fundamental, não o decurso técnico e mecânico do tempo, mas sim o conteúdo da vivência individual, o que faz com que as pessoas amadureçam e envelheçam de maneiras diferentes.

O tempo fisiológico representa o desenvolvimento, o amadurecimento e o envelhecimento das formas e funções dos órgãos.

Os dois tempos referidos, o fisiológico e o psicológico, em conjunto, fornecem o tempo biológico, que vai determinar o decurso da vida, nos seus múltiplos e diversificados aspectos.

Não é fácil estabelecer definições de aceitação universal, que se encaixem perfeitamente em situações, lugares e épocas distintas. Não existe consenso sobre a uniformização destes conceitos, porque as divisões da vida humana não são absolutas e não correspondem literalmente às etapas do processo de envelhecimento natural.

O processo de envelhecimento é pessoal e cada pessoa ao envelhecer apresenta involuções em diferentes níveis e diversos graus, sendo que certas funções e capacidades declinam mais rapidamente que outras. **Biologicamente**, o envelhecimento começa após a concepção e é um processo contínuo durante toda a vida. **Socialmente**, as características dos membros da sociedade, variam de acordo com o quadro cultural, com o transcorrer das gerações e com as condições de vida e de trabalho a que estão sujeitos os membros dessa sociedade, sendo certo que desigualdades dessas condições originam desigualdades no processo de envelhecer. **Intelectualmente**, diz-se que alguém está a ficar velho, quando apresenta falhas de atenção, orientação e concentração, dificuldade de aprendizagem, adaptação a novas situações e lapsos de memória. **Economicamente**, define-se uma pessoa idosa no momento em que deixa o mercado de trabalho e deixou de ser economicamente activa. **Funcionalmente**, quando começa a depender de terceiros para a satisfação das suas necessidades básicas diárias.

Cronologicamente, a maioria da literatura geriátrica e gerontológica considera idoso todo o indivíduo com mais de 65 anos de idade. Este é o corte etário adoptado pela Organização das Nações Unidas para os países desenvolvidos. Para os países em desenvolvimento adopta-se a idade de 60 anos, devido à esperança de vida ser menor (ONU, 1985).

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que ocorreu em Viena, em 1982, definiu população idosa como o grupo de pessoas com 60 e mais anos de idade.

Apesar de ser, possivelmente, o menos preciso, o critério cronológico é o mais utilizado, sempre que é preciso delimitar a população em estudo, para análises epidemiológicas e estudos comparativos de dados em diferentes épocas e lugares. No que se refere ao conceito de população envelhecida, segundo a Organização Mundial de Saúde, será a população em que a proporção de pessoas com 60 e mais anos na população geral atinge 7%, com tendência a crescer (OMS, 1984).

No entanto, esta realidade está a mudar. Actualmente a população idosa na nossa sociedade começa a envelhecer, havendo já um número considerável de pessoas com mais de 75-80 anos que virão colocar novos problemas clínicos ou novos enquadramentos de actuação, hoje ainda não equacionados ou muito indefinidos e que certamente reflectir-se-ão ao nível familiar, económico, comunitário e na sociedade em geral.

Do mesmo modo, não existe consenso sobre o que é a velhice, sobretudo se procuramos uma definição que abranja os aspectos sociológicos, biológicos, psicológicos e cronológicos. Litré (1878), citado por Robert (1995), definia velhice como a última idade da vida, cujo início fixava no sexagésimo ano, mas que podia ser mais ou menos retardada, segundo a constituição individual, o género de vida e uma série de outras circunstâncias.

Disraeli – Lord Beaconsfield -, primeiro ministro da rainha Vitória durante muito tempo, distinguiu três períodos da velhice. Primeiro período: o velho toma consciência da diminuição das suas faculdades. Segundo período: o velho e as pessoas que o rodeiam têm consciência desta diminuição. Terceiro período: só as pessoas que o rodeiam têm essa consciência.

Segundo Bois (1989), citado por Morais (1993), a velhice até ao século XVIII, foi apenas uma figuração mítica sem qualquer base real de natureza demográfica, já que os idosos, devido à sua pouca representatividade, não constituíam uma classe de idade. Philippe Ariès (1983), citado por Morais (1993) a velhice tem de ser encarada segundo duas perspectivas: uma, a da história dos papéis reais desempenhados pelo idoso na sociedade, e a outra, a das representações nas imagens sociais, ou seja, a das representações culturais e das práticas sociais.

A ideia de velhice “nasceu” no final do século XVII devido a mudanças na sociedade, originadas pela emergência de valores, com grandes consequências em termos de relacionamento humano e, reforçada nos finais do século XVIII pelo aumento da importância do grupo de pessoas idosas e da sua representatividade nas sociedades ocidentais. A partir da segunda metade do século XIX, o conceito de velhice consolidou-se, na perspectiva mais moderna do termo. As representações sobre a velhice derivam de ideologias da época, em conceitos construídos por cada sociedade. A imagem da sociedade sobre os idosos tende a ser negativa partindo do declínio e da improdutividade, constituindo a oposição jovem/idoso uma das mais fortes representações sociais em desprestígio da velhice, facto que originou o aparecimento de vários mitos/estereótipos. Partindo deste pressuposto a velhice pode ser definida como “o estado de uma pessoa que devido ao avanço da idade (idade cronológica) sofre uma usura/declínio nos seus órgãos e capacidades intelectuais e, conseqüentemente, uma diminuição da sua participação social” (Ilhéu, 1993:29). Mas, a experiência vivenciada

com o avançar da idade não está só dependente das condições sociais e materiais criadas pela sociedade, mas também da capacidade de intervenção da pessoa.

Esquecendo ou minimizando os aspectos negativos, os defensores da visão positiva da velhice encaram-na como mais uma etapa da vida, uma experiência de crescimento, uma etapa que pode e deve ser significativa, já que a sua ausência seria a morte prematura. Os seus defensores acreditam que é possível viver bem a velhice, porque é com o passar das crises que se dá o desenvolvimento da pessoa e da personalidade, processo esse que ocorre ao longo do ciclo vital e a velhice como última etapa de um processo de desenvolvimento, seria incompleto sem ele. Como qualquer outra etapa do ciclo vital, tem uma dimensão negativa e uma dimensão positiva, reais e impossíveis de ignorar e que deve ser analisada de uma forma globalizante.

Segundo Ilhéu (1993:35) a velhice pode ser definida como “uma situação existencial de crise, resultante de um conflito íntimo experimentado pelo indivíduo entre a sua aspiração natural a um crescimento e o declínio biológico e social consecutivo ao avanço da idade”. Também Carletti e Rejani, citados por Netto (1999: 415), baseados no conceito de saúde funcional de Nahemow e Pousada (1987), referem que “a velhice não é uma doença, é apenas mais uma das crises vitais que resulta em novas formas de relação com o meio e que pode ser prazerosa e positiva, se respeitada experiência de vida do indivíduo e permitida a expressão de seus potenciais”.

4.3 - ENVELHECIMENTO E SAÚDE

Segundo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1988, a saúde não deve ser entendida unicamente como ausência de doença e sim como resultante das condições de vida, o que permite abordar o indivíduo como um todo, nos seus aspectos

físicos, psicológicos, sociais e culturais. Nesta perspectiva, a saúde passa a ser um ganho colectivo e não apenas individual.

Ao longo do ciclo vital, o Homem busca constantemente a sua segurança. Estes sentimentos estão ligados à saúde, factor capaz de determiná-los ou reforçá-los. Quando adoece, o indivíduo encontra-se mais frágil e sente-se ameaçado na sua integridade, desencadeando mecanismos de defesa para superar a crise e recuperar a homeostasia.

No envelhecimento, o homem depara-se com perdas progressivas, ficando mais susceptível a certas doenças, que lhe podem provocar incapacidade a vários níveis e perda de autonomia.

Fratczack (1993), citado por Netto (1999:27), afirmava que envelhecimento significa um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objecto de interesse. Robert (1995) definia o envelhecimento como uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições do ambiente. Não há dúvida que com o avançar da idade ocorrem alterações estruturais e funcionais que, embora variando de pessoa para pessoa, são habitualmente encontradas em todos os idosos e próprias do processo de envelhecimento normal. É aceite que algumas doenças podem produzir modificações que, por vezes, assumem maior intensidade, exteriorizando-se de maneira a tornar possível a sua caracterização, não sendo, de qualquer modo, fácil estabelecer os limites entre as modificações próprias do envelhecimento e as decorrentes de processos de doença mais comuns nos idosos.

Efectivamente com o envelhecimento há uma diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático o que origina um maior risco de aumento da probabilidade de morbilidade. Embora ocorram alterações funcionais inevitáveis, estas não devem ser confundidas com as provocadas por afecções que são mais prevalentes nesta faixa etária, a ponto de se considerar o envelhecimento como um “estado de doença”.

A maioria dos idosos goza de saúde física e mental, sendo totalmente independentes, mesmo quando atingem idades muito avançadas, devendo ser encorajados e se necessário, apoiados, de forma a manterem a sua independência, mesmo que seja necessário mobilizar serviços de saúde e apoio social. Um aspecto que frequentemente distingue o idoso dos restantes é a sua limitação na capacidade de cuidar de si próprio, dependendo na maioria das vezes de terceiros para manter o seu lugar na comunidade.

Um idoso é frequentemente rotulado de “problema social” pelos médicos, uma vez que estes doentes, por vezes, dependem mais dos serviços sociais do que dos serviços médicos, entendendo “problema social” como “uma dificuldade que surge devido à permanência continuada do idoso na sua comunidade, com o aparecimento de algum stress social, o qual é tido como inaceitável para todos os envolvidos na prestação de cuidados ao idoso, ou é o próprio idoso porque não está receptivo ou satisfeito com o tratamento médico” (Hall, MacLennan, Lye, 1997:73).

Os cuidados de saúde devem ser entendidos numa perspectiva global, privilegiando a vertente clínica, preventiva e social, orientados para a manutenção do auto-cuidado no meio do seu quadro habitual de vida, devendo igualmente ter como objectivo evitar ou reduzir ao máximo a institucionalização e o internamento hospitalar prolongado, que, na maioria das vezes, estão na base da perda de liberdade e de autonomia, despersonalização e estigmatização social (Diniz, 1997).

A abordagem global, nas suas dimensões biofisiológica, psicológica, sociológica, cultural e ambiental da saúde, permite-nos dar ênfase a elementos como a saúde, o conforto, o bem estar e as relações interpessoais dos idosos, para que possam atingir e manter o melhor estado possível de qualidade de vida e bem estar.

Os idosos são pessoas globais, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. São únicos, diferentes e situam-se num momento preciso do continuum nascimento-

morte/saúde-doença e procuram manter a autonomia no seu meio natural, o máximo de tempo possível.

Cada idade tem os seus aspectos positivos. O homem não deve aceitar a imagem duma velhice cinzenta, decadente, assexuada, privada de papéis significativos, cheia de problemas de saúde, doenças em prevalecem a decadência física, psíquica e social. Pelo contrário, deve lutar para conquistar para si próprio e para os outros, o direito de viver plenamente cada ano que se segue, adoptando estilos de vida saudáveis, estar vivo em todas as idades da vida, mesmo se ela se prolongar como a longevidade se prolonga a ela própria, devendo-lhe ser dada a oportunidade de viver em pleno o seu potencial de saúde e desempenhar um papel social activo em particular.

CAPÍTULO II
CARACTERIZAÇÃO ECOLÓGICA DA REGIÃO DE ÉVORA
O caso particular do envelhecimento em contexto urbano

1 – O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL E NA REGIÃO DE ÉVORA

1.1 – O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: ASPECTOS PRELIMINARES

Na sequência do que foi dito anteriormente, “envelhecer” é não só um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Perante um corpo que muda, que sofre alterações funcionais e papéis sociais, é fundamental que a pessoa tenha capacidade para mobilizar os seus mecanismos de coping, na procura de novo equilíbrio, interno e externo, necessário a uma adaptação constante (Paúl e Fonseca, 1999).

A saúde é uma preocupação prioritária para os idosos, surgindo como o aspecto mais importante da vida das pessoas, constituindo mesmo uma das variáveis determinantes de satisfação de vida.

Com o aumento da longevidade e da morbilidade, frequente nos últimos anos de vida, o esforço financeiro com os idosos é enorme. Num mundo onde os recursos são finitos e as necessidades são imensas, a melhoria das condições de saúde dos idosos e as possíveis formas de rentabilizar recursos, tem sido uma fonte de preocupação e constitui cada vez mais uma prioridade, entre as várias prioridades.

A preocupação com os problemas da saúde da população remonta á antiguidade, embora o aumento da proporção de idosos na sociedade seja um fenómeno relativamente recente.

A Assembleia Mundial da ONU, reuniu em Viena, em Julho de 1982, para estudar as repercussões económicas e sociais do acelerado envelhecimento da população, alertou para esta realidade, que deve ser encarada como um conjunto multidimensional, respeitante:

- à pessoa que envelhece, enquanto membro da sociedade;
- ao comportamento das pessoas idosas, como grupo social;
- à relação entre o envelhecimento (como fenómeno demográfico) e a sociedade.

Apesar disso, a perspectiva demográfica de analisar alguns problemas sociais contemporâneos, nomeadamente o envelhecimento demográfico, só nos últimos tempos mereceu maior atenção do poder político. Durante muito tempo, o interesse esteve quase exclusivamente concentrado no binómio população-recursos, devido ao peso dos países em vias de desenvolvimento na população mundial, às causas e consequências do crescimento rápido da sua população. Foram as questões de controlo dos nascimentos, da distribuição espacial da população, das migrações, dos recursos e da desigualdade social, sexual e espacial face à morte que suscitaram maior interesse dos investigadores e do público em geral. A partir da segunda metade do século XX, emergiu nas sociedades desenvolvidas o fenómeno do "envelhecimento demográfico" que viria a colocar várias questões, nomeadamente, a determinação das causas e consequências do processo, a identificação de importantes assimetrias espaciais, a sua provável ligação com o processo da "transição demográfica" e a determinação da existência de envelhecimentos diferenciados (sexo, classe social, estado civil), questões essas que suscitaram o interesse de vários investigadores, na tentativa de prever a evolução futura e encontrar soluções para os vários problemas que iriam surgir, relacionados com o envelhecimento demográfico.

Segundo Nazareth (1997), não se trata de uma nova doença ou praga, mas sim da constatação quantitativa de que a quantidade de pessoas idosas estar

permanentemente a aumentar, em termos absolutos e relativos. As mais elevadas proporções de idosos, encontram-se nos países desenvolvidos, situados na sua maioria no hemisfério norte. A população mundial atingiu, em 1830 o primeiro milhar de milhão e em 1986 atingia 4 942 milhões de habitantes (Nazareth, 1998).

Segundo Hall, Maclennan e Lye (1997), o crescimento do número de idosos será mais rápido do que o de qualquer outra faixa etária na África, América Latina e Sudoeste Asiático durante as próximas décadas, prevendo-se que, pelo mundo fora, o número de pessoas com mais de 60 anos crescerá cerca de 100%, durante esse período.

Segundo os mesmos autores, essa alteração na estrutura da população não é devida apenas ao aumento da longevidade, mas sim ao facto de se verificarem menos óbitos entre os jovens e os adultos de meia idade e também ao facto da melhoria da saúde pública, a melhoria das condições sociais, da nutrição e dos avanços da medicina.

Um outro fenómeno tem sido o aumento da expectativa de vida dos mais idosos, prevendo-se que no virar do século, a população mundial com mais de 60 anos alcance os 580 milhões, cerca de um em cada 10 pessoas terá mais de 60 anos, um aumento de 60% num período de 25 anos. Dois terços destas pessoas habitarão em regiões subdesenvolvidas. Prevê-se que até ao ano 2011 não haja grande crescimento no número total de pessoas com mais de 65 anos, no entanto, o número de indivíduos com mais de 80 e 85 anos de idade, continuará aumentar e o ratio mulheres/homens mudará da actual proporção de 1:3 para 1:2 (Hall, Maclennan, Lye, 1997: 36-37).

O crescimento ou diminuição de uma população, entendida como o número de indivíduos que vive num território e num determinado momento, é “consequência da evolução da natalidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios. Cada uma destas componentes é resultante da interacção do modelo de cada fenómeno e dos efectivos submetidos a este modelo (Nazareth, 1982:105).

Com o objectivo de melhor compreender e analisar a evolução demográfica no mundo, foi elaborado um modelo explicativo do crescimento da população, a chamada “Teoria da Transição Demográfica, composta por três fases:

- **Fase pré-transição**, na qual se verifica que os níveis de mortalidade e de natalidade são muito elevados e com níveis próximos, o que implica a existência dum crescimento lento da população;
- **Fase de transição demográfica**, em que se verifica um período em que a mortalidade declina, a natalidade permanece elevada e verifica-se um efectivo crescimento da população e um outro período em que a mortalidade continua a baixar, o crescimento da população continua, mas em proporções inferiores à do período anterior;
- **Fase pós-transição**, na qual se verifica que os níveis de mortalidade e natalidade são pouco elevados e semelhantes, tendo como consequência que, os níveis de crescimento populacional são muito baixos e tendem para zero (Nazareth, 1988:63).

Em termos demográficos existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo. O primeiro tipo de envelhecimento ocorre quando a importância dos jovens na sociedade começa a diminuir de tal forma que a base da pirâmide de idades fica bastante reduzida. O envelhecimento no topo ocorre quando a percentagem de idosos aumenta, fazendo com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar. Estes dois tipos de envelhecimento estão interligados entre si, pois foi “a diminuição da importância quantitativa dos jovens que provocou o aumento da população idosa” (Nazareth, 1997).

O fenómeno do envelhecimento é resultante da transição demográfica em que se verifica a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos são baixos, o que origina estreitamento da base da

pirâmide de idades, com uma redução de efectivos populacionais jovens acompanhado pelo alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais (INE, 1999).

O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas em detrimento da população jovem, e, excepcionalmente em detrimento da população activa, podendo assim ocorrer aumento de pessoas idosas, sem que haja envelhecimento demográfico (INE, 1999: 5).

O envelhecimento demográfico não consiste apenas no aumento relativo das pessoas com 60 ou 65 anos de idade. Em demografia, uma população envelhece, sempre que se regista uma redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens. Entre outros aspectos, representa o aumento da fracção da população idosa que cresce a um ritmo mais acelerado do que a população total. Em Portugal, este crescimento iniciou-se, de forma definitiva, a partir de 1940. Uma das características deste tipo de envelhecimento é apresentar-se diferente segundo o sexo, devido às taxas de mortalidade masculinas serem mais altas que as femininas em todas as idades, fenómeno bastante mais visível quanto mais envelhecida for a população observada.

Durante muito tempo pensou-se que esta “explosão demográfica dos cabelos brancos” era consequência directa do aumento da esperança de vida, realidade que não foi confirmada em nenhum país europeu. O principal factor natural responsável pelo envelhecimento demográfico das populações terá sido o declínio da natalidade que se verificou a partir dos anos sessenta e não apenas o declínio da mortalidade ou a melhoria das condições gerais de vida. O envelhecimento do continente europeu é uma consequência directa do declínio da fecundidade. Devido ao facto de o homem ser dotado de grande mobilidade e por se entender que o envelhecimento demográfico não é um processo exclusivamente natural, as migrações ao serem selectivas produzem impactes estruturais importantes na dinâmica das populações (Nazareth, 1997).

O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e as projecções estimam, que no mundo civilizado, a tendência para o envelhecimento é acentuada. Este fenómeno social do final do século XX, terá profundas consequências sobre os sistemas de protecção social, particularmente sobre as pensões que têm tido como base de financiamento as contribuições da população activa, o que obriga a reflectir sobre questões como a idade da reforma, meios de subsistência dos idosos, qualidade de vida, novos lazeres e financiamento das pensões.

1. 2 - O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO PORTUGUESA NO CONTEXTO EUROPEU

Pretendemos situar Portugal na Europa, concretamente na Europa do Sul, região onde está inserido. A Europa está dividida em quatro grandes regiões demográficas: Europa do Norte, Europa Ocidental, Europa Oriental e Europa do Sul.

Segundo Nazareth (1993:8) “a forma mais correcta de se analisar o envelhecimento da população portuguesa, tanto a nível global como a nível regional e temporal e de se comparar esse envelhecimento com os níveis observados noutras regiões do mundo é através das pirâmides de idades... a análise da evolução temporal e espacial das estruturas de uma população pode ser feita através dos três grandes grupos etários, conhecidos pelo nome de ‘grupos funcionais’: o grupo dos jovens (0-19 anos ou 0-14 anos), o grupo dos potencialmente activos (25-29 anos ou 15-64 anos) e o grupo dos idosos (60 e mais anos ou 65 e mais anos)”.

A Europa do Sul, onde está inserido Portugal, apresenta-se como a segunda região de maior aumento populacional, seguindo-se à Europa Oriental. Esta zona da

Europa e Portugal têm um modelo de intervenção semelhante ao da Europa do Norte e Ocidental, verificando-se apenas um ligeiro atraso no tempo, com tendência para o crescimento zero.

É uma região duplamente envelhecida, apresentando em 1991, 13% da população com 65 ou mais anos de idade, verificando-se um aumento de 1% em relação a 1981. Era uma região envelhecida na base, apresentando nesta data 19% da população com menos de 15 anos, diminuindo o peso dos jovens quatro pontos percentuais em relação a 1981 (Nazareth, 1993:9). A Albânia, devido a uma taxa de crescimento elevada, é duplamente jovem, constituindo assim a única excepção em toda esta região.

A Europa do Sul era tradicionalmente a região com maior ritmo de crescimento. É uma região equilibrada no binómio espaço-população, estendendo-se por uma superfície, 28% do espaço europeu e 28% do total da população europeia. Relativamente ao ritmo de crescimento a tendência geral desta região é no sentido do crescimento zero (Nazareth, 1988: 78).

Quanto aos níveis de fecundidade e tendo como referência o Índice Sintético de Fecundidade, que nos indica a tendência que as gerações têm para se renovarem, quanto à Europa do Sul verifica-se que apesar de ser tradicionalmente o mais elevado é bastante inferior ao da Europa Oriental e idêntico ao das restantes regiões europeias.

Quanto à Europa, com 493 milhões de habitantes em 1986, as projecções apontam para um ligeiro aumento da população até ao ano 2000, para uma estabilização no crescimento por volta do ano 2020, seguido de um processo de declínio. O Eurostat, órgão estatístico comunitário, estima que a população da União Europeia, em 2025 rondará os 388 milhões de habitantes e depois continuará a declinar até atingir 367 milhões em 2050. Depois de representar no início do século XX cerca de 26% da população mundial, não será mais de 8% no início do século XXI e 5% no final do mesmo século, se conseguir estabilizar a sua população (Nazareth, 1988:99). Segundo o

mesmo autor (1988:91) “apesar das pequenas diversidades, a generalidade dos países europeus caminham para um mesmo modelo natural de baixa mortalidade e de não renovação de gerações...será de esperar o continuar do processo generalizado de duplo envelhecimento e da tendência para o declínio das suas populações”.

A Europa, assim como o mundo em geral, terá de se preparar para uma “revolução dos cabelos brancos”, onde a idade mediana da maior parte dos países se aproximará dos 50 anos. Terá no final do século XX apenas 19% de jovens com menos de 14 anos e 20% de indivíduos com mais de 60 anos, estando iminente a situação inimaginável do número de idosos ultrapassar o número de jovens. Segundo o Eurostat, a população com mais de 65 anos passará de 49 para 80 milhões em 2025 e os jovens com menos de 14 anos passarão no mesmo período de 66 para 59 milhões e, todos os países sem exceção terão mais idosos do que jovens.

Apesar da existência do Plano Mundial de Viena de 1982, a Europa continua a não ter uma política definida para a terceira idade. Prevê-se que esta explosão demográfica da terceira idade comece a pressionar no sentido de obter mais vida para os anos e não apenas mais anos à vida, o que necessariamente implica a existência de equipamentos sanitários adequados, lares com equipamentos mais sofisticados, meios financeiros adequados e a gerontologia e a gerontopsiquiatria tornar-se-ão os ramos mais importantes da medicina.

Também a instituição familiar ao mudar quantitativa e qualitativamente gera consequências demográficas, principalmente sobre a fecundidade, e produz consequências sociais nos tipos de alojamento a construir, nos modos de consumo e no mercado de trabalho, criando um desajuste entre a oferta e a procura. Também a banalização do emprego feminino, do trabalho fora de casa, entre outras, coloca um conjunto de problemas relacionados com a integração familiar dos idosos, das crianças e dos doentes (Nazareth, 1988).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), reportando-se a 31/12/98, Portugal com uma população total de 9 979 500 habitantes, representa apenas 3% do total da população europeia. O grupo etário 0-14 anos apresentava o valor 1 681 500, enquanto que o grupo 15-64 anos era constituído por 6 778 900 indivíduos. Os indivíduos com 65 e mais anos de idade eram 1 519 000, o que correspondia a 15,2% da população total, representando as mulheres 59,1%. Prevê-se que o crescimento do número de idosos prossiga e ultrapasse o número de jovens entre 2010 e 2015. Salienta-se ainda que, desde 1995, o número de mulheres idosas é superior ao número de mulheres jovens. Com um valor de 20% de jovens em 1991, tinha um valor ligeiramente superior à média dos países da Europa Comunitária (18,4%).

Iniciou um processo de envelhecimento por volta dos anos 30 que se tem manifestado, a nível global, por um ritmo lento de evolução. O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a acentuar-se quer na base da pirâmide etária, com a diminuição da população jovem, quer no topo com o aumento da população idosa. É mais visível nas mulheres, traduzindo-se num índice, estimado para 1998, em cerca de 110 mulheres idosas por 100 mulheres jovens; nos homens o índice estimado era de 72 homens idosos por cada 100 homens jovens. A esperança de vida dos homens aos 65 anos era, no mesmo período, de 14,4 anos e a das mulheres 17,9 anos, o que representava um ganho de 1,4 anos para os homens e 2,6 anos para as mulheres, relativamente a 1960 (INE, 1999).

O Alentejo, Algarve e Centro são as regiões mais envelhecidas do país, encontrando-se no extremo oposto a Região Autónoma dos Açores, a Região Autónoma da Madeira e o Norte. Devido à maior esperança de vida das mulheres, em todas as regiões do país, é mais notório o envelhecimento da população feminina (INE, 1999).

A pirâmide de idades da população portuguesa deixou de ser triangular, mostrando um estreitamento na base, como resultado da baixa de fecundidade e um

alargamento no topo devido à maior longevidade, verificando-se o que alguns autores consideram “a inversão” da pirâmide de idades.

Segundo dados de 1996 e tendo em conta a percentagem de idosos na população total, Portugal é o quinto país menos envelhecido no conjunto dos países da União Europeia, com uma percentagem de 14,9% de população com mais de 65 e mais anos, enquanto que a média comunitária se elevou para 15,8%. Em Portugal e na Irlanda, verificam-se as mais baixas percentagens de população com 85 e mais anos de idade e os valores mais baixos de esperança de vida da população aos 65 anos.

Ainda que no contexto europeu, apresente taxas de crescimento superiores a muitos países da Europa do Norte e Ocidental, o crescimento da população portuguesa tem sido lento. Segundo Nazareth (1993) Portugal é o país mais jovem da Europa, mas por detrás desta evolução ocultam-se profundas assimetrias regionais. Sociedade ao mesmo tempo desenvolvida e não desenvolvida, com acentuada complexidade demográfica, escassas dezenas de quilómetros separam estruturas demográficas muito jovens de outras muito envelhecidas pelo efeito combinado do declínio da natalidade e da repulsão migratória. Portugal pelo jogo de factores regionais alternados de rejuvenescimento e de envelhecimento, apresenta distritos com níveis de envelhecimento tão elevados como os dos países mais velhos da Europa e distritos tão novos como era a Europa nos fins do século XIX.

Só a partir de 1940 se observaram diferenças a nível das proporções de jovens e idosos que se continuam a acentuar até aos dias de hoje. Relativamente ao envelhecimento no topo e referente a 1991, apresentava um valor de 13,6% de população com 65 anos ou mais de idade, enquanto a média comunitária se situava nos 14,3%. Verifica-se um envelhecimento na base e no topo das pirâmides e se compararmos estes valores 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 para 13,6% em 1991). Portugal, com uma população de 10 milhões de habitantes, tinha em 1994, um total de 1,8 milhões de jovens de 14 anos e 1,4 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade. Segundo Fernandes (1997:43-45), “o aumento de idosos começa a dar sinais a partir de 1960 (o coeficiente de variação aumenta de 14,79 para 17,22) e vai sempre aumentando até 1991, momento em que se verifica a maior heterogeneidade (coeficiente de variação é de 28,63), o que significa desigual evolução no envelhecimento dos distritos”.

Segundo Nazareth, citado por Fernandes (1997), as estruturas populacionais dos distritos situados a Norte de Portugal eram ainda muito jovens em 1970 devido ao elevado nível de fecundidade e à emigração. A Sul, os distritos apresentavam já estruturas duplamente envelhecidas, devido aos fluxos migratórios para Lisboa e Setúbal e a um declínio da fecundidade, fenómeno que provoca simultaneamente o envelhecimento no topo e na base. Até 1991 o envelhecimento no topo e na base, continua a intensificar-se, embora as assimetrias distritais sejam mais acentuadas na distribuição dos idosos (Fernandes, 1997). Segundo Rosa, citada por Fernandes (1997:45), “as assimetrias do envelhecimento demográfico (...) variam segundo um eixo Norte-Sul em termos de envelhecimento na base e de um eixo Litoral-Interior, em termos de envelhecimento no topo”.

Quanto à escala do concelho e tendo por base a distribuição das proporções de idosos, comparativamente entre os censos 1981 e 1991, verifica-se que o país “escureceu”. Aumentaram as manchas do envelhecimento e acentuaram-se as já existentes nos concelhos mais envelhecidos do Interior/Sul. Em 1991, em alguns concelhos do interior Centro e Sul, as proporções de idosos ultrapassavam já as dos jovens até aos 15 anos. Verificavam-se algumas manchas de envelhecimento menos intensas que coincidem com os concelhos que são capitais de distrito, como Évora, Beja, Portalegre e Castelo Branco, pólos de atracção de população activa que

beneficiavam de um rejuvenescimento crescente no contexto regional em que estão inseridos. Idêntica situação se verifica no Sul, nos concelhos encostados ao mar, que constituem zonas privilegiadas de desenvolvimento turístico (Fernandes, 1997:46).

Em linhas gerais o país aparece muito envelhecido na base nas regiões do Centro e Sul e muito envelhecido no topo no Interior.

O Departamento de Estudos de População das Nações Unidas prevê para Portugal, no ano 2000, uma população de 11 milhões de habitantes, uma percentagem de 22,7% de jovens com menos de 14 anos e uma percentagem de 16,2% para as pessoas com mais de 60 anos. Perante esta realidade, prevê-se para o período 1980-2000 a continuidade da diminuição do crescimento natural anual médio, fundamentalmente devido ao declínio generalizado da fecundidade. Prevê-se regiões em que o número de óbitos irá ser superior ao número de nascimentos, nomeadamente o Alentejo (-0,22%).

O aumento do ritmo de crescimento migratório generalizar-se-à a todo o território português, o que não significa que todas as regiões apresentem o mesmo ritmo. A região Alentejo, não tendo capacidade de atracção interna e externa, continuará a perder população (-0,19%), que continuará a deslocar-se para Lisboa e Setúbal. Prevê-se igualmente que não haverá nenhuma alteração significativa no ordenamento das regiões, mas esta estabilidade não impede que em todas elas o número de habitantes por Km² possa aumentar, excepto no Alentejo.

O número de jovens com menos de 14 anos irá diminuir e será comum a todo o território português, que provocará consequências sobre o sistema escolar obrigatório.

Verificar-se-à um aumento da população activa, não uniformemente repartido por todas as regiões. Para o Alentejo, contrariamente a todas as regiões irá verificar-se uma diminuição de 23 980 indivíduos. O aumento do número de idosos em números absolutos e percentuais observar-se-à em todas as regiões do país e será neste grupo etário que se verificarão as maiores assimetrias regionais de crescimento.

Para o Alentejo prevê-se um aumento de 27,3%. Como consequência lógica desta evolução demográfica haverá uma generalização do duplo envelhecimento da população portuguesa. O declínio da fecundidade produz um envelhecimento demográfico duplo e a emigração aumenta a importância dos idosos (Nazareth, 1988: 149-156).

Segundo o Eurostat, Portugal em 2025, terá cerca de 2 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade, numa população de pouco mais de 10 milhões de habitantes.

1.3 – O CASO PARTICULAR DE ÉVORA

Pretendemos situar a região de Évora no contexto do país e particularmente na Região Alentejo, uma vez que a especificidade da demografia portuguesa, a existência de assimetrias regionais só têm verdadeira dimensão sociodemográfica, quando enquadrados na especificidade dos conjuntos em que estão inseridos.

Até final da década de 80, as recolhas estatísticas eram feitas por distritos, existindo na Região Alentejo apenas os distritos de Évora, Beja e Portalegre.

Tendo por base a nova nomenclatura das unidades de recolha estatística (NUTE, Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos) a partir da década de 80, a Região incorporou os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines, que anteriormente pertenciam ao distrito de Setúbal.

A criação da Região de Saúde do Alentejo, abrangendo as sub-regiões de Évora, Beja e Portalegre, trouxe novos problemas estatísticos, uma vez que a distribuição dos concelhos nas diferentes sub-regiões não corresponde à delimitação administrativa em NUT's, embora seja semelhante à forma de organização administrativa por distritos.

A região será, entendida da forma como foi definida no contexto da NUT's de nível II. Neste contexto, a Região Alentejo está situada a Sul de Portugal, tendo como

limites: a Norte um troço do rio Tejo, a Sul a serra algarvia, a Leste o rio Guadiana e a fronteira com a Espanha, e a Oeste o oceano Atlântico.

Para fins estatísticos está dividida em 4 unidades territoriais de nível III: Alto Alentejo, Alentejo Central, Alentejo Litoral e Baixo Alentejo. Estas unidades não são uniformes, apresentam discretas variações entre si, relativamente aos concelhos que as constituem e à área que os concelhos ocupam.

O Alto Alentejo ocupa uma área de 5 933 Km² e é constituído por 14 concelhos; O Alentejo Central tem uma área de 7 227 Km² e é igualmente constituído por 14 concelhos; o Alentejo Litoral tem uma área de 5 261 Km² e engloba 5 concelhos e o Baixo Alentejo tem uma área de 8 505 Km² e é constituído por 13 concelhos (Anuário Estatístico da Região Alentejo, 1995-1996).

Administrativamente a Região Alentejo está dividida em 46 concelhos, que no seu conjunto possuem 290 freguesias.

A Região Alentejo, a maior do país, abrange uma superfície de 26 597 Km², o que constitui cerca de 1/3 do território continental português. Os seus 46 concelhos encontram-se repartidos pelos distritos de Évora e Beja, pelo distrito de Portalegre, à excepção de Gavião e pelo distrito de Setúbal, com os concelhos de Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines. Odemira é o maior município da região, do país e da Europa Comunitária. O mais pequeno é o concelho de Borba (Pena e Cabral, 1996).

Em termos de evolução demográfica, a região caracterizou-se até 1940, por sucessivos crescimentos populacionais, em parte condicionados pela elevada natalidade e pela fixação na região de efectivos para o desempenho de actividades sazonais, principalmente relacionadas com a agricultura. Esta tendência seria invertida a partir dos anos 50, tendo a região passado a perder população, particularmente nas décadas de 60 e 70, devido à incapacidade regional para absorver o excedente de população activa, oriunda da agricultura, que, essencialmente se dirigiu para a zona industrial de Lisboa e

Setúbal. Nos últimos anos a região perdeu igualmente a capacidade de se auto-regenerar demograficamente, devido à quebra de fecundidade e ao aumento do número de óbitos, ocorridos devido particularmente ao acentuado envelhecimento demográfico (CCRA, 2000-2006).

No último recenseamento (1991), a Região Alentejo apresentava um efectivo populacional de 543 442 indivíduos e uma taxa de actividade bastante reduzida (41,1%). Este valor encontrava-se bastante abaixo da média do país (44,6%), assim como do valor da média comunitária (54,6%), e correspondia a um efectivo de 223 299 indivíduos que em 1991, desempenhavam uma determinada actividade económica (Candeias, 1998).

Apesar de todas as regiões do país estarem a envelhecer, a repartição de idosos não é homogénea como resultado das diferentes evoluções demográficas regionais.

O Alentejo tinha em 1980, em conjunto com o Algarve, a percentagem mais elevada de pessoas com mais de 65 anos, facto em parte devido ao declínio da fecundidade no período de 1930-1980 e também a emigração terá contribuído para acentuar a importância relativa dos últimos grupos de idades. No período em que a emigração se generalizou a todo o território português, o Alentejo manteve sempre valores muito pouco significativos, apesar de ter as taxas de crescimento migratório mais negativas. Ao diminuir a sua população de 770 965 habitantes em 1960 para 585 000 em 1980, este decréscimo global de 24,1% repartiu-se praticamente por todos os lugares com menos de 10 000 habitantes. O decréscimo máximo verificar-se-ia na categoria dos isolados e lugares com menos de 100 habitantes (-55,5%), que corresponde ao abandono de montes, sedes de explorações agrícolas, entre outras, que perderam a razão de existir devido à modernização tecnológica e à melhoria dos meios de transporte.

Representando cerca de 1/3 de Portugal Continental, em termos demográficos, em 1991 residiam nesta região apenas 5,8% da população do continente, o que a torna numa região escassamente povoada, com uma densidade média de 20 habitantes/km², valor extremamente baixo, quando comparado, no mesmo período, com o valor observado no Continente (106 hab/Km²).

A nível do país, apenas o Alentejo apresentava em 1997 uma taxa de crescimento efectivo negativa (- 0,8 %). Detinha igualmente a menor taxa de natalidade (9,0%) e a maior taxa de mortalidade (14,6%)

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 31/12/98, o Alentejo apresentava uma população total de 510 300 mil habitantes. O grupo etário 0-14 anos era constituído por 73 000 jovens, o grupo 15-64 anos tinha 327 200 indivíduos e 110 100 indivíduos constituíam o grupo etário das pessoas com 65 anos e mais de idade.

A maior importância relativa de idosos em 1998 (21,6%), pertencia ao Alentejo, como já acontecia em 1990 (19,3%). Esta situação deve-se ao facto desta região se caracterizar por crescimentos efectivos negativos, devido a saldos naturais e migratórios negativos, o que originou perda de população em todos os grupos etários, excepto no grupo dos 65 e mais anos de idade.

No período entre 1990 e 1998, o Alentejo foi a região com maior índice de envelhecimento, apresentando em 1990, 111 idosos por cada 100 jovens, subindo esta proporção para 151, em 1998, elevando-se este valor a 175 no caso das mulheres.

Também o índice de dependência de idosos subiu em todas as regiões do território nacional, com especial relevo para o Alentejo, de 31 para 34 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa.

Tem uma pirâmide de idades com uma base reduzida e com um topo bastante empolado. Verifica-se uma acentuada diminuição na importância da população jovem activa, em ambos os sexos, devido à corrente de migrações internas em direcção a

Lisboa e Setúbal. Em termos evolutivos, devido ao declínio da natalidade, a tendência vai para uma diminuição da sua população. Caso não haja movimentos migratórios até ao ano 2000 perderá 5% da população total (25 000 habitantes) e no final do século XX, apresentará a taxa de crescimento mais negativa do país (Nazareth, 1998).

As migrações, marcaram de forma positiva a Região Alentejo até aos anos 50, período em que devido ao dinamismo da actividade agrícola, a Região conseguiu atrair população das áreas geográficas mais próximas e de forma negativa a partir desta data e até aos nossos dias, período em que esta região se assume como zona de repulsão demográfica. Segundo Candeias (1998), a responsabilidade desta “sangria demográfica” verificada principalmente nos anos sessenta, deve-se à evolução das actividades económicas, caracterizada pelo declínio da actividade agrícola, grande empregadora de mão de obra e pela estagnação do sector industrial que foi incapaz de absorver a população activa alentejana, restando-lhe como única alternativa procurar trabalho fora da região.

Esta dinâmica migratória negativa teve reflexos no despovoamento que se tem generalizado a toda a região, sendo mais intenso nas áreas rurais mais deprimidas, onde a população é cada vez mais idosa, devido à saída dos activos da região em busca de trabalho.

Sendo Évora um concelho desta sub-região, é importante localizá-lo e situá-lo em relação aos outros, tentando encontrar algumas particularidades.

O concelho de Évora está agrupado na unidade territorial Alentejo Central que abrange uma área de 7 227 Km² e integra os concelhos de Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo, Vila Viçosa e Sousel.

Segundo dados de 1997, o concelho estendia-se por uma área de 1 308 200 Km², repartida por 19 freguesias. A distância média das freguesias à sede de concelho

era de 11,6 Km. A temperatura média do mês mais quente era de 23,4°C e a temperatura média do mês mais frio era de 9,3°C. A precipitação média anual era de 567,4 mm. (Fichas de caracterização concelhia-1999).

Évora tinha em 1960, 24 144 habitantes e em 1991, 38 938 (entre os dois censos).

Em 1997 e segundo estimativas da população residente, Évora tinha 53 810 habitantes, sendo 25 630 do sexo masculino e 28 180 do sexo feminino, com uma densidade populacional de 41,1 habitantes por Km². Os grupos etários 0-14 anos e 15-24 anos, correspondiam respectivamente a 8 410 e 8240 indivíduos, enquanto que o grupo etário dos 25-64 anos englobava 27 690 e o grupo dos 65 e mais anos já correspondia a 9 470 indivíduos. O concelho apresentava já um índice de envelhecimento de 112,6%, enquanto que no Alentejo este valor se situava nos 147,2% e a nível do país em 88,5%. O índice de dependência dos jovens era de 23,4% e o dos idosos era de 26,4%, valor bastante superior ao registado a nível do país que se situava nos 22,2%.

Segundo Suzanne Daveau, citada por Gomes (2000: 58), “nenhum lugar pode ser devidamente compreendido quando considerado isoladamente: é sempre indispensável encará-lo através das relações mais ou menos intensas que mantém com os espaços que o circundam, próximos ou distantes”. Neste contexto particular onde decorre o estudo, um dos enquadramentos que nos surge é o Alentejo.

Morfologicamente, a região é caracterizada por uma relativa homogeneidade-peneplanície levemente ondulada, rondando a altitude média os 200 metros. Da peneplanície emergem, dispersas e isoladas, algumas massas montanhosas de expressão reduzida (300 a 600 metros), salientando-se a serra de S. Mamede, a Nordeste de Portalegre (1025 metros).

A rede hidrográfica é composta por quatro bacias, a do Tejo a Norte, a do Guadiana a Este, a do Sado a Oeste e a do Mira a Sudoeste.

Os rios, devido à fraca pluviosidade, têm um fraco caudal, encontrando-se a maioria secos nos meses de Verão.

Devido à sua localização meridional, o clima é temperado, de feição mediterrânea e continental, caracterizado por Verão quente e seco e Inverno frio e chuvoso.

As temperaturas médias, nos meses de Verão variam entre 21° e 25° C., chegando as temperaturas máximas a ultrapassar os 40° nos meses de Julho e Agosto. O período de seca é geralmente de 3 a 4 meses, podendo atingir os 5 meses nas zonas sul e interior.

As temperaturas médias nos meses de Inverno são baixas, oscilando entre 8° e 12°, atingindo por vezes valores negativos. As amplitudes térmicas são elevadas e aumentam com a continentalidade. As chuvas ocorrem principalmente nos meses de Inverno e o total da precipitação ao longo do ano é fraco, variando entre 400 e 600mm. No Alentejo Litoral e Baixo Alentejo, devido ao relevo e à proximidade do mar, por vezes verificam-se valores de precipitação superiores, originando zonas de micro clima (Alentejo Análise Regional, 1992).

A Região apresenta valores elevados de insolação, com uma média superior a 3000 horas de sol por ano.

O céu do Alentejo é geralmente límpido, as estrelas têm um brilho especial, característico dos climas secos e a bruma é pobre durante a maior parte do ano (Nunes (s.d.).

Os solos intensamente erosionados e normalmente com baixa capacidade de armazenamento de água, são em geral muito pobres em matéria orgânica e de muito baixa fertilidade. As características do solo e do clima conferem-lhe condições

excepcionais para a cultura de cereais, particularmente o trigo. Salienta-se ainda a exploração de sistemas agrícolas, pastoris, florestais ou mistos, incluindo as produções vitivinícola e olivícola, a irrigação de algumas áreas e a exploração de sobro e azinho.

A cor verde baço das flores dos sobreiros, das oliveiras e das azinheiras, a raridade dos arbustos e o amarelidão dos restolhos, formam em geral quadros vegetais de fraco colorido, onde os contrastes escasseiam, mas onde se pode observar uma energia rude, resultante da força de trabalho das gentes alentejanas (Alentejo, Tesouro Escondido de Portugal, 1990).

Apesar de ser uma região essencialmente agrícola, no seu subsolo existem recursos minerais e rochosos, nomeadamente mármore, granitos e xistos, localizados principalmente no Alentejo Central.

Apresenta elevados parâmetros de qualidade ambiental e a qualidade do ar e das águas, é geralmente boa.

Segundo o Programa Operacional da Região Alentejo, 2000-2006 da Comissão de Coordenação da Região do Alentejo (CCRA) a região apresenta uma cobertura regional de redes de infraestruturas de abastecimento de água (89.0%), saneamento (84%) e tratamento dos efluentes domésticos (75%). Quanto a resíduos sólidos urbanos, a recolha de lixo na região apresenta uma cobertura próxima dos 100%, que é depositado em lixeiras. Presentemente estão em curso acções e intervenções integradas visando a irradicação das actuais lixeiras num contexto de uma rede de aterros sanitários.

A rede urbana regional, condicionada pelo tipo de povoamento, apresenta desequilíbrios devido ao número reduzido de pólos urbanos de grande e média dimensão e pela desertificação crescente das zonas rurais. Últimamente tem-se verificado uma evolução positiva no acesso aos principais centros urbanos, nomeadamente Évora. No âmbito do Plano Rodoviário Nacional 2000 esta evolução

continuará quer no território nacional quer na rede de ligação a Espanha, através dos eixos Lisboa-Algarve e Lisboa-Madrid.

A proximidade da Área Metropolitana de Lisboa e do Algarve, a dimensão da sua costa marítima e as relações de vizinhança com a Espanha, conferem-lhe uma posição geográfica particularmente especial, determinando a sua inserção natural como território Ibérico e Europeu onde convergem o “Arco Atlântico” e o “Arco Latino”/Mediterrâneo Ocidental e, dentro do vasto Sudoeste Europeu, a “Diagonal Continental” alcança o Atlântico, situam a região uma posição privilegiada numa perspectiva de articulação nacional e transnacional e com enormes potencialidades (CCRA, 2000-2006).

Apesar das divisões administrativas e de ser uma região duplamente envelhecida, o Alentejo possui uma beleza própria, distinguindo-se pela sua simplicidade fisionómica, destacando-se no território nacional com um quadro geográfico inconfundível (Guia de Portugal, 1991).

Segundo o Programa Operacional do Alentejo 1994/1999, na Região Alentejo, a evolução verificada nas últimas décadas, no que respeita à distribuição da população, caracteriza-se por uma concentração nos centros urbanos de maior dimensão e enfraquecimento demográfico dos lugares isolados. Verifica-se uma reduzida dimensão nos principais centros urbanos, particularmente das capitais de distrito, com excepção de Évora, com valores abaixo dos 20 000 habitantes, que os torna pouco atractivos para a população oriunda de outra região.

Do conhecimento, embora empírico, que temos da Região pensamos que a oferta de equipamentos sociais para apoio a idosos não é uniforme, uma vez que os centros urbanos disponibilizam maior diversidade de equipamentos e serviços.

Segundo Sanz (1997), citado por Gomes (2000) as ajudas institucionais são eminentemente urbanas, porque aí tudo se torna mais fácil, desde o acesso, á

informação, aos meios disponíveis, entre outros. Nos meios rurais existe uma rede de relações informais e de maior proximidade nas relações sociais.

Segundo Santos (1995), citado por Gomes (2000:191) “as redes de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreatada baseadas em laços de parentesco e vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com lógica de reciprocidade”, estão ainda muito presentes nos referidos meios.

Referindo-se a esta problemática, Candeias (1988) diz-nos que a confusão e a incerteza sobre o que é o espaço urbano e o rural é cada vez maior, dada a diferenciação cada vez maior de critérios de definição de cidade e de campo e do modo de vida urbano. Segundo o autor, um factor determinante na aproximação entre o espaço rural e o urbano terá sido o desenvolvimento das comunicações e dos transportes com o conseqüente aumento de pessoas, bens, serviços e informações que, conseqüentemente se traduziram no crescimento das relações de interdependência económica, social e cultural entre as várias regiões. Esta progressiva diluição das diferenças entre os dois espaços coexiste com uma inevitável alteração dos modos de vida e das mentalidades, não exclusivamente pela assimilação pelos espaços rurais de características do modo de vida urbano, como também pelas influências que as populações transportam consigo para as cidades, assistindo-se assim a uma crescente diluição das fronteiras entre espaço rural e urbano e à generalização de espaços com características intermédias (Candeias, 1998).

Pensamos que apesar de Évora ser um centro urbano, já com alguma dimensão, esta diferenciação estará minimamente atenuada, dado o contexto particular em que esta cidade se encontra inserida.

Reportando-nos ao tema central do nosso estudo, a cidade de Évora com o empenho e dinamismo das entidades competentes, tem prosseguido a sua política de

apoio aos idosos, através da abertura de novos centros de dia, a recuperação e o apetrechamento de outros, o apoio à actividade de dezenas de instituições e a criação de novos programas que enriqueçam o dia a dia dos idosos. Os apoios concedidos pela Autarquia traduzem-se, essencialmente, no auxílio técnico, jurídico e logístico na constituição de associações de idosos, na cedência de terrenos e projectos para construção de instalações, na distribuição anual de subsídios de apoio à actividade das instituições, na cedência de transportes, espaços e equipamentos para realização de iniciativas pontuais, consulta de documentação, apoio de reprografia, entre outros.

De seguida abordaremos os equipamentos sociais vocacionados para o apoio a idosos na cidade de Évora.

2 - EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS NA CIDADE DE ÉVORA

2.1 – INTRODUÇÃO

Na sequência do que foi dito anteriormente, e apesar de todas as investigações, parece não haver consenso quanto ao processo de envelhecimento. Se não subsistem dúvidas quanto ao seu início e em considerá-lo um processo biológico, complexo e dinâmico, continua a não haver concordância no que se refere aos factores que o determinam e ao momento exacto do aparecimento das manifestações físicas, psíquicas e sociais, bem como a sua evolução.

No entanto, sabemos que o processo de envelhecimento origina alterações nas diversas funções do organismo, que não declinam de maneira igual numa mesma pessoa e uma mesma função pode envelhecer a ritmos desiguais em pessoas diferentes.

Genericamente, podemos dizer que o processo de envelhecimento é individual, caracterizando-se por ser:

- **diferencial** – processa-se de maneira diferente de pessoa para pessoa, de maneira diferente de célula para célula, de tecido para tecido, de órgão para órgão, de aparelho para aparelho;

- **variável** – nas formas, nos ritmos, nos efeitos e nas reacções que provoca. É variável de sociedade para sociedade, de época para época, estando ligado a um momento histórico;

- **ambivalente** – apresenta aspectos positivos e negativos. Uns “envelhecem bem” e outros “envelhecem mal”. Uns ganham em competência, humor e serenidade, outros tornam-se frágeis, apresentam diminuições e perdem a vontade de viver.

Frequentemente, o idoso é referenciado como uma pessoa que apresenta várias diminuições e perdas, valorizando-se-lhe principalmente os aspectos negativos desta etapa da vida, ignorando-se ou minimizando os aspectos positivos que ela também comporta.

Os estereótipos e as imagens negativas que a sociedade tem acerca da velhice levam a própria pessoa, a identificar-se com a imagem negativa que a sociedade tem de si mesmo. Continua a tendência para esquecer que esta etapa da vida pode ser tão fecunda como qualquer das anteriores e que para muitas pessoas, pode mesmo ser um momento privilegiado da sua existência, uma vez que liberto da obrigatoriedade do desempenho de papéis exigidos ao longo da vida, pode canalizar todas as suas energias em si mesmo e naquilo que lhe dá prazer e gosto, imaginando, fantasiando, criando.

A propósito da sua tardia condição de escritor, José Saramago disse um dia, que até aos cinquenta anos esteve a aprender. É no fundo esse acumular de experiências, de vivências, que todos devemos saber aproveitar e rentabilizar, valorizando-as das mais variadas formas, preservando o nosso passado cultural, contribuindo desta forma para melhor compreender o passado, o presente e perspectivar o futuro, criando e defendendo mecanismos que garantam melhores condições de vida e de bem estar para esta faixa etária da população.

No entanto, esta perspectiva de vida, frequentemente, é cerceada pela existência de problemas económicos, afectivos, sociais, de saúde e outros, que são determinados quer pela organização social, quer pela história pessoal, familiar e social do indivíduo. Estes problemas levam, com frequência, o idoso a procurar ajuda na comunidade.

Ilhéu (1993:34) na tentativa de uma definição para a velhice, diz-nos que, apesar da importância de uma definição científica, é igualmente importante “defini-la através de quem envelhece: como se vêem a si próprias as pessoas de idade, como vêem a sua vida e como sentem a velhice a partir da sua experiência pessoal”. Segundo o mesmo autor “a vivência da velhice não está só dependente das condições sociais e materiais criadas pela sociedade mas também da capacidade de intervenção do indivíduo e que compreender a velhice é inerente à vida humana”. Acrescenta ainda que se “o conhecimento científico permite uma análise objectiva e generalizante da realidade o conhecimento da experiência permite um conhecimento singular e subjectivo da realidade...dando origem a resultados/realidades aparentemente opostas, verificando-se que a imagem da velhice do ponto de vista da experiência quotidiana é muito mais negativa, porque aponta “essencialmente para as perdas, pré-anunciadoras de uma morte próxima. Segundo o autor “o estudo da velhice será tanto mais credível quando integre o conhecimento objectivo e o conhecimento subjectivo”...a velhice, a partir da experiência é definida de forma implícita mas não menos real porque traduz comportamentos e atitudes face à velhice.

Porque estes comportamentos e atitudes face à velhice constituem o tema central do nosso estudo, pretendemos conhecer o ambiente ou ambientes que rodeiam os idosos de Évora, como encaram a velhice, as experiências vivenciadas, para tentar perceber como os que envelhecem, sentem, vivem o seu envelhecimento, o que os rodeia e os que os rodeiam.

2.2 – IMPLANTAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA IDOSOS

O prolongamento da duração de vida e o aumento considerável do número de idosos constitui um dos grandes desafios que se coloca às sociedades industriais, em

que os indicadores demográficos, considerados como critérios de comportamentos e práticas sociais face à família, prevêem consideráveis rupturas, com repercussões directas na estrutura das populações e indirectas sobre a economia, as relações entre as gerações e inevitavelmente sobre o equilíbrio da sociedade em geral.

O problema social que representa o envelhecimento da população e a velhice, assentam igualmente em alterações profundas que se verificaram ao nível da estrutura das relações familiares, dado que existe uma interdependência entre as transformações da sociedade e as alterações na família.

A solidariedade entre gerações, que funcionava como uma espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte, está seriamente comprometido, pelas transformações sociais desencadeadas ao longo dos últimos anos (Fernandes, 1997).

O papel tradicional da família encontra-se seriamente ameaçado pelos compromissos profissionais e sociais a que os seus membros estão sujeitos, não dispondo na maioria das vezes de condições para cuidar do idoso em casa, situação ainda mais agravada, em casos em que o idoso apresenta alteração de várias actividades de vida diária e por vezes com elevado grau de dependência.

Estas alterações sociais, familiares e demográficas, aliadas ao facto da família ser incapaz de dar resposta à satisfação das necessidades básicas do idoso, pelos mais variados motivos, levam o indivíduo ou a família a procurar ajuda na comunidade, dando assim origem ao aparecimento de novas respostas sociais organizadas.

A criação e a implantação de equipamentos sociais estão directamente relacionadas com o desenvolvimento de políticas sociais de apoio à Terceira Idade.

As políticas tradicionais de gestão da velhice que eram baseadas na segregação e na assistência aos idosos mais carenciados, têm sido substituídas por uma filosofia mais integradora, com o objectivo de prolongar a inserção social e a autonomia dos idosos.

As políticas sociais de velhice têm como objectivo intervir publicamente, tentando contrariar as tendências da solidão, isolamento, abandono e outras carências, a que estão sujeitos os idosos, que afastados dos circuitos de produção e da família, apenas lhe resta a solidariedade pública.

Estas políticas promoveram a criação e a implantação de diversos equipamentos sociais destinados aos idosos. Baseadas em pressupostos como, a agregação de pessoas acima de determinada idade e a homogeneidade entre eles, têm, de algum modo, contribuído para reforçar a segregação e acentuar os contornos da imagem social da velhice, como um grupo carenciado e segregado. As próprias práticas dos agentes sociais, os gestores públicos da velhice e as representações que veiculam, pouco a pouco têm vindo a reforçar esta segregação e os benefícios e os efeitos perversos destas políticas, começam a ser visíveis na sociedade portuguesa (Fernandes, 1997).

Segundo Gomes (2000: 155) citando Quaresma, em Portugal, “até ao final da década de 60, os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente”.

Em 1969 inicia-se na Assembleia Nacional a discussão “sobre os problemas da população idosa no nosso país, o fenómeno do envelhecimento da população e a política da velhice” e em 1971 foi criado o serviço de Reabilitação e protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do instituto da Família e Acção Social, inserida na Direcção Geral de Assistência Social, que substituiu o Instituto de Assistência aos Inválidos. Esta mudança foi muito importante por “criar pela primeira vez um departamento com afinidades no estudo e procura de soluções para os problemas da população idosa” (Gomes, 2000:156).

Só em 1976, após as mudanças políticas em Portugal, a nova constituição consagrou o Direito à Segurança Social e que se manteve após a Revisão Constitucional de 1982.

A anterior Assistência Social deu lugar à Acção Social que “enquadra o conjunto das acções desenvolvidas através de serviços e de equipamentos sociais, de apoio individual e familiar, bem como de intervenção comunitária, que também integram o antigo sistema de assistência social. A acção social é , na sua maior parte, exercida por instituições particulares de solidariedade social e outras organizações privadas, apoiadas financeiramente pelo Estado, mediante protocolos de cooperação (Gomes,2000: 156).

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

Estas alterações sociais, familiares e demográficas deram lugar ao alargamento da rede de instituições de alojamento para idosos.

Constituindo os idosos um grupo significativo da população, tornava-se necessário encontrar respostas para este fenómeno social, tentando compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida, para responder às necessidades da população idosa.

Durante muitos anos, o Lar foi a única resposta social, tendo aparecido na continuidade dos antigos asilos e hospícios. A sua utilização exigia a institucionalização do idoso até ao fim da vida. Mais recentemente, devido a um esforço conjunto de entidades oficiais e particulares de solidariedade social e a uma maior consciencialização da sociedade face aos novos problemas apresentados pelos idosos, deu-se início a um processo de beneficiação e de construção de novos edifícios, assim como a formação de pessoal especializado, tentando aumentar a capacidade de resposta

ao número crescente de pedidos de apoio e às novas exigências deste grupo populacional.

Manter o idoso no seu quadro habitual de vida, ambiente fundamental para o seu melhor equilíbrio e bem-estar físico, mental e social, associado à tentativa de institucionalizar o menos possível e o mais tarde possível, assim como desinstitucionalizar alguns que, junto da família e/ou comunidade e com os devidos apoios, consigam satisfazer as suas necessidades básicas quotidianas, exigia a criação de novas respostas sociais, para além do lar.

Progressivamente foram surgindo novas formas de equipamento, vocacionadas para o apoio a idosos:

- **“Lar de Idosos”** - “Resposta social desenvolvida em equipamento de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia”. Tem como objectivos: “proporcionar habitações por forma a garantir ao idoso uma vida confortável, respeitando tanto quanto possível a sua independência; assegurar a satisfação das suas necessidades básicas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; apoiar os residentes na comunidade em regime de frequência diurna.

- **“Acolhimento Familiar”** – Resposta social que consiste na integração temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas, de pessoas idosas ou pessoas com deficiência, a partir da idade adulta.

- **“Serviço de Apoio Domiciliário”**- Resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a idosos, adultos ou famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades de vida diária.

- **“Centro de Convívio”** – Resposta social desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos de uma comunidade. Procura “fomentar a vida de relação; manter ou desenvolver as capacidades ainda existentes; proporcionar condições para programas de educação”.

- **“Centros De Dia”** – Resposta social desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribui para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar. Esta modalidade de equipamento desenvolveu-se entre nós após 1976. Possivelmente devido aos menores custos de manutenção, têm tido uma grande expansão entre nós. Preocupam-se com a integração do idoso, a sua conservação no seu ambiente, promovendo uma forma mais humana e dignificante de encarar o envelhecimento. Tem como objectivos “prestar ao idoso acolhimento e informação necessários; ajudar o idoso a fazer de forma satisfatória os reajustamentos necessários à aceitação dos seus próprios condicionalismos; favorecer as relações interpessoais ao nível deste grupo etário e deste com outros grupos a fim de evitar o isolamento; por à disposição das pessoas, diversas formas de ajuda adequada à sua situação; proporcionar condições para programas de educação”.

- **“Centro de Férias”** – Resposta dirigida a idosos que proporciona estadia temporária fora do domicílio, por ocasião de férias (INE, 1999: 77-79).

Estas soluções têm como objectivos:

“- prevenir situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento do indivíduo;

- promover as condições favoráveis à integração sócio-familiar, económica e cultural dos idosos, evitando a sua marginalização;

- fomentar a autonomia da pessoa idosa, através da sua participação activa na comunidade,

- reconhecer o valor do papel dos idosos na família;

- redescobrir o valor positivo dos mais idosos detentores de saberes, experiências e culturas que importa preservar;

- apoiar os prestadores informais de cuidados-família, vizinhos e voluntários organizados;

- articular os serviços implicados na resolução dos problemas das pessoas idosas, em especial da Saúde e Acção Social;

- promover a solidariedade entre gerações como regra básica da coesão social” (INE, 1999:61).

Tentando encontrar resposta para a satisfação destes objectivos, ultimamente têm vindo a ser criados um conjunto de serviços e equipamentos, verificando-se mesmo uma notável evolução, conforme se pode verificar no quadro n.º 1:

Quadro n.º 1: Evolução de Equipamentos Sociais e Serviços, Continente, 1991 - 1998

Equipamentos Sociais (N.º)			Serviços (N.º)			
Ano	Lar	Residência	Apoio Domiciliário	Centro de Dia	Centro de Convívio	Acolhimento Familiar
1991	566	22	575	811	171	0
1992	572	25	607	852	180	0
1993	591	32	671	941	185	0
1994	600	51	784	951	203	0
1995	657	56	921	1054	222	38
1996	895	56	1069	1148	237	29
1997	726	55	1192	1213	282	27
1998	848	56	1329	1314	287	52

Fonte: Direcção Geral de Acção Social (DGAS)

Através da análise do referido quadro, verifica-se que no período em análise, houve um gradual aumento dos equipamentos sociais e no sector dos serviços, particularmente no Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Centro de Convívio, cujo crescimento nas respostas de Apoio Domiciliário e Centro de Dia rondou os 27,8%.

Tendo como objectivo responder às necessidades das pessoas idosas, têm vindo a ser desenvolvidas acções intersectoriais, traduzidas em programas gerais, respostas integradas, iniciativas específicas e desenvolvimento local de apoio à família e aos idosos.

Ao abrigo do **Programa de Apoio Integrado aos Idosos (PAII)**, que visa os direitos das pessoas idosas a uma vida condigna, independentemente do seu estado de saúde ou situação familiar e social, encontram-se os seguintes projectos:

- **“Serviço de Apoio Domiciliário”** – “visa a manutenção das pessoas idosas com dependência, no seu ambiente habitual de vida, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos”;

-**“Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos”** – “apoio temporário, que visa a prevenção e a reabilitação de pessoas com dependência, desenvolvendo-se a partir de estruturas já existentes, assegurando apoio e cuidados diversificados”;

-**“Formação de Recursos Humanos”**- “destinado prioritariamente a familiares, vizinhos e voluntários, bem como a profissionais das áreas da acção social e da saúde, visando a sua habilitação para a prestação de cuidados formais e informais”;

- **“Serviço de Telealarme”** – “resposta social complementar, que permite, accionando um botão de alarme, contactar rapidamente a rede social de apoio para mais eficazmente responder à necessidade de ajuda ou encaminhar para o serviço adequado;

- **“Saúde e Termalismo”** – “visa permitir à pessoa de menores recursos financeiros o acesso a tratamentos termais, o contacto com um meio social diferente e a prevenção do isolamento social”;

- **“Passes da Terceira Idade”** – “permitem às pessoas idosas utilizar sem restrições horárias, os passes sociais, visando a mobilidade das pessoas idosas, a manutenção da sua integração social e a sua participação na vida activa”

O **programa Regime de Incentivo às Microempresas (RIME)**, destina-se a apoiar a criação e desenvolvimento de iniciativas locais de investimento, visando o melhoramento das condições de vida social, ambiental, cultural e recreativa e a criação directa de postos de trabalho, em lares, centros de dia e apoio domiciliário.

O **Programa Idosos em Lar (PILAR)**, visa desenvolver e intensificar a oferta de lares de idosos e outras respostas sociais e tem como objectivos o realojamento de idosos oriundos de lares lucrativos e sem condições de funcionamento e satisfazer as necessidades de resposta em lar nas zonas ainda não cobertas ou com fraca cobertura (INE,1999:61-62).

No que se refere à intervenção articulada entre as áreas da Saúde e da Acção Social, foram criadas as **Respostas Integradas**” que visam promover a autonomia das pessoas atingidas e reforçar as capacidades e competências das famílias, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio ou em unidade residencial, se o processo assim o exigir. Compreendem:

-**“Apoio Domiciliário Integrado” (ADI)** – serviço de prestação de cuidados multidisciplinares, vocacionado para o tratamento, prevenção, centrado na promoção do auto-cuidado. Assegura a prestação de cuidados de enfermagem e médicos e a prestação de apoio social necessário à satisfação das necessidades básicas.

- **“Unidade de Apoio Integrado (UAI)** – centro de prestação de cuidados multidisciplinares de convalescença e de reabilitação que pela diferenciação técnica a

que fazem apelo não podem ser prestados no domicílio. Compreende o treino e o ensino centrados na promoção do auto-cuidado e na satisfação das necessidades básicas, sendo a prestação dos cuidados assegurada durante as 24 horas (INE, 1999:63).

Segundo dados da Direcção Geral de Acção Social (DGAS) e segundo estimativas de 1999, é de realçar o aumento do Apoio Domiciliário Integrado no Alentejo, quer pelo número de acordos (47) quer pelo número de utentes abrangidos (347). Quanto à Unidade de Apoio Integrado e igualmente no Alentejo, evidencia-se o número de acordos (11) e o número de utentes abrangidos (157). Ainda segundo a mesma fonte o Norte e o Alentejo concentram mais de metade dos acordos e do número de utentes existentes a nível do país (INE, 1999:63).

2.3 - O CASO PARTICULAR DE ÉVORA

A Região Alentejo, zona onde decorre o estudo, é uma região duplamente envelhecida. A maior importância relativa de idosos em 1998 (21,6%), assim como em 1990 (19,3%) pertencia ao Alentejo devido aos saldos naturais e migratórios, que se reflectiu na perda de efectivos em todos os grupos etários, com excepção no grupo dos 65 e mais anos de idade. Foi igualmente a região com maior índice de envelhecimento, apresentando em 1998, 151 idosos por cada 100 jovens, elevando-se para 175 no caso das mulheres. Também o índice de dependência de idosos subiu particularmente no Alentejo, registando uma subida de 31 para 34 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa.

A alteração destas estruturas fazem-nos reflectir sobre a complexidade das relações sociais e os novos desafios que se colocam e qual a capacidade de resposta às novas necessidades sociais, provocadas pelo progressivo envelhecimento da população.

O envelhecimento de uma região leva-nos a questionar sobre a qualidade e condições de vida dos idosos e sobre as respostas sociais organizadas, no sentido de dar resposta às novas questões/problemas que o fenómeno social do envelhecimento coloca e como os que envelhecem sentem e vivem essa etapa do ciclo de vida.

O concelho de Évora, não dispendo de todos os recursos referidos, contrariamente ao que seria de esperar, dado situar-se na Região Alentejo, com todas as particularidades já referidas, apresentava em 1996 os seguintes serviços vocacionados para os cuidados aos idosos:

Quadro n.º 2 – Serviços para apoio a idosos no concelho de Évora em 1996

	Lares	Centros de Dia	Apoio Domiciliário	Centros de Actividades De Tempos Livres
Número	8	13	12	14
Capacidade	353	332	513	850
Utentes	350	311	513	691

Fonte: Comissão Coordenadora da Região Alentejo – Fichas de caracterização concelhia, 1999.

Tratando-se de uma região em que o aumento do número de grandes idosos (+ de 80 anos), o isolamento associado à problemática do desemprego, os fracos recursos económicos, a existência de um grande número de famílias monoparentais idosas, o elevado grau de analfabetismo, o declínio acentuado da fecundidade e o índice de envelhecimento muito elevado, constituem motivos de grande preocupação, no momento de planificar o futuro sanitário desta região, uma vez que conduzirá necessariamente a uma maior dependência e consumo dos recursos de saúde, que já actualmente, apresenta carência de algumas estruturas adequadas para dar resposta às necessidades da população, nomeadamente aos idosos.

Com base nestas preocupações, o Governo até ao ano 2001, propõe-se apoiar cerca de 1500 idosos, da região alentejana, e criar 500 postos de trabalho em serviços

domiciliários através da recém criada Rede que dá pelo nome de “Ajuda”. Este projecto teve a sua apresentação oficial na cidade de Évora e integra-se no Plano Regional de Emprego e Formação e tem como destinatários os idosos que passarão assim a usufruir de apoio domiciliário. Na cerimónia de apresentação o Secretário de Estado do Emprego e Formação Profissional, realçou que a Rede Ajuda visa melhorar a qualidade de vida e o bem estar dos idosos, criar emprego e promover a conciliação entre a família e o trabalho.

No que se refere à cidade de Évora, por razões que desconhecemos, tem sido difícil a obtenção de dados relativamente a equipamentos e serviços vocacionados para o apoio a idosos. De referir, que no presente estudo, não pretendemos abordar, por uma questão metodológica, os equipamentos/serviços privados, embora saibamos da sua existência na cidade. Abordaremos apenas os equipamentos/serviços sociais vocacionados para o apoio à 3ª idade e que dependem do Centro Regional de Segurança Social do Alentejo.

Analisando o quadro n.º 3 que nos mostra a evolução do número de equipamentos/serviços em Évora e respectiva lotação, apesar da escassez de dados, empiricamente, parece-nos existir escassez de estruturas de apoio a idosos, embora se verifique um certo aumento, a avaliar pelo número de utentes abrangidos nas várias valências.

Segundo o Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social (NAIPSS), verifica-se que de 1995 a 1998 existiram em Évora apenas dois lares: a Obra de S. José Operário com capacidade para 75 utentes e a Santa Casa da Misericórdia de Évora com capacidade para 160 utentes. Só muito recentemente, 1999, surgiu o Centro Paroquial S. Paulo com capacidade para 15 utentes, o que perfaz um total de 250 camas.

Quadro n.º 3: Evolução do número de equipamentos e serviços em Évora e respectiva lotação.

Ano	Lares		Centros de Dia		Apoio Domiciliário		Actividades Livres		Centros de Convívio		Apoio Domiciliário Integrado	
	N.º	Lot.	N.º	Lot.	N.º	Lot.	N.º	Lot.	N.º	Lot.	N.º	Lot.
1995	2	211	4	122	0	0	0	0	0	0	0	0
1996	2	215	6	172	0	0	0	0	0	0	0	0
1997	2	235	7	202	0	0	0	0	0	0	0	0
1998	2	235	7	227	0	0	0	0	0	0	0	0
1999	3	250	7	275	8	545	7	560	5	185	2	35

Fonte: Centro Regional de Segurança Social do Alentejo – Serviço sub-regional de Évora – Departamento de Acção Social – Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social (NAIPSS)

No que se refere à evolução dos Centros de Dia verifica-se que houve um aumento mais significativo. Actualmente são sete equipamentos com capacidade para 275 utentes e que passamos a referir:

- Associação Reformados Pensionistas e Idosos Canaviais (30 Utentes);
- Centro Social N.ª Sr.ª Auxiliadora – Cáritas Paroquial (22 Utentes);
- Centro Social Paroquial Nossa Senhora de Fátima (30 Utentes);
- Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Saúde (30 Utentes);
- Centro Social Paroquial de S. Paulo (20 Utentes);
- Legado Caixeiro Alentejano – Associação Mutualista (30 Utentes);
- Obra de S. José Operário (85 Utentes).

No que se refere à valência de Apoio Domiciliário e, apesar de não ter sido possível conseguir dados de anos anteriores para ver a evolução, conseguimos apurar

que em 1999, existiam em Évora oito equipamentos que disponibilizavam esse serviço a um total de 545 utentes e que passamos a referir:

- Associação Reformados Pensionistas e Idosos dos Canaviais (20 Utentes);
- Cáritas Diocesana de Évora (250 Utentes);
- Centro Social Nossa Sr^a Auxiliadora – Cáritas Paroquial (50 Utentes);
- Centro Social Paroquial Nossa Senhora de Fátima (30 Utentes);
- Centro Social Paroquial de S. Paulo (15 Utentes);
- Legado do Caixeiro Alentejano – Associação Mutualista (10 Utentes);
- Obra de S. José Operário (70 Utentes);
- Santa Casa da Misericórdia de Évora (100 Utentes).

Relativamente a Actividades de Tempos Livres, segundo os dados disponibilizados, em 1999, existiam em Évora sete equipamentos com capacidade para 560 utentes. São os seguintes:

- Associação Desenvolvimento Bem Estar Social Cruz da Picada (90+90 Utentes, Atípico);
- Cáritas Diocesana de Évora (80 Utentes);
- Centro Paroquial Nossa Senhora de Fátima (50 Utentes);
- Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Saúde (50 Utentes);
- Centro Social Paroquial de S. Brás (50 Utentes);
- Legado Caixeiro Alentejano – Associação Mutualista (30 Utentes);
- Obra de S. José Operário (120 utentes).

No que se refere a Centros de Convívio, a cidade em 1999 dispõe de cinco centros com capacidade para 185 utentes. São:

- Associação Humanidade Respeito pelos Idosos de Évora (20 Utentes);
- Associação de Idosos e Reformados Bairro do Bacelo (65 Utentes);
- Associação Reformados Pensionistas e Idosos de Évora (40 Utentes);

- Centro Social Paroquial de S. Brás (30 Utentes);
- Centro Social Paroquial de S. João de Deus (30 utentes).

Relativamente ao Apoio Domiciliário Integrado, em 1999, a cidade dispunha de dois equipamentos, a Cáritas Diocesana de Évora com capacidade para 30 utentes e o Centro Social Paroquial de S. Paulo com capacidade para 5 utentes.

Verificamos que a maior parte dos equipamentos e serviços vocacionados para o apoio a idosos se encontra ligado à Misericórdia, com larga tradição nesta área, a Centros Sociais Paroquiais e a diversas Associações, a maioria perpetuando o nome da pessoa que lhe deu origem ou da zona em que estão inseridos.

Embora na sua maioria, não disponhamos de dados relativos a anos anteriores, constata-se que terá havido um razoável aumento em todas as valências de apoio a idosos. O aumento das valências e da sua capacidade, bem como a construção de novos equipamentos e serviços para idosos nesta cidade, tem a sua justificação, dado que a região continua a envelhecer e as instituições existentes, particularmente as públicas, têm alguma dificuldade em dar resposta às necessidades das famílias e dos idosos.

No que se refere a Apoio Domiciliário e, reportando-nos a dados de 1999, verificamos que existem 8 equipamentos disponibilizando este serviço a 545 utentes, salientando-se a Santa Casa da Misericórdia de Évora com apoio a 100 utentes e a Cáritas Diocesana de Évora com apoio a 250 utentes nesta valência e 30 na valência de Apoio Domiciliário Integrado. A evolução deste serviço é de salientar, dado que se enquadra na preocupação governamental de institucionalizar o menos possível e o mais tarde possível, devendo desenvolver-se todos os esforços para manter o idoso no seu quadro habitual de vida, fundamental ao seu equilíbrio e bem estar físico, psíquico e social.

A cidade de Évora dispõe ainda de outro equipamento social vocacionado para o apoio à 3ª idade que é o Lar dos Pinheiros. É uma instituição oficial que funciona na

dependência do Centro Regional de Segurança Social do Alentejo, embora não esteja abrangida pelo Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social (NAIPSS).

Como resposta social tem em funcionamento um Lar com capacidade para 36 idosos e um Centro de Dia com capacidade para 44 idosos. A lotação encontra-se sempre esgotada.

Recentemente estabelecemos o primeiro contacto com a instituição para certificar da viabilidade da realização do estudo. Apresentámos o estudo que nos propomos realizar, quais os seus objectivos e metodologia que pretendíamos seguir. Seguiu-se a visita às instalações e, conseqüentemente o primeiro contacto com os idosos.

Pretendemos conhecer o ambiente/ambientes que rodeiam os idosos de Évora, para tentar perceber como os que envelhecem, sentem, vivem o seu envelhecimento e tudo o que os rodeia, tentando identificar algumas razões que terão influenciado a sua ida para um lar.

Pensamos que esta instituição oficial reúne as condições para a realização do nosso estudo, apresentando-se como um local privilegiado para concretizar o presente trabalho.

CAPÍTULO III
CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE/AMBIENTES QUE RODEIAM
OS IDOSOS

1 – INTRODUÇÃO

Como já referimos, o envelhecimento é um processo natural e deve ser sempre bem vindo, já que a alternativa será a morte prematura.

É uma etapa com conteúdo específico, condicionado pelos diferentes períodos da vida e pela forma como o indivíduo a eles se adaptou. A maioria das concepções foca a dimensão social, onde as desvinculações e os lutos pelas capacidades perdidas se sucedem.

É um processo complexo, vivencial e único, que difere de indivíduo para indivíduo, é condicionado por factores intrínsecos e extrínsecos, variável de época para época e, dentro da mesma época, de sociedade para sociedade.

Apesar da idade cronológica ter um peso relativo, seria imprudente sugerir que o tempo não tem qualquer efeito sobre o processo de envelhecimento.

É inevitável que com o passar dos anos, para além do envelhecimento físico, surge o envelhecimento psíquico. Gradualmente perde-se a saúde, a beleza, o interesse, o trabalho, vivencia-se a angústia, a sociabilidade altera-se, surge a solidão, a perda de amigos, conhecidos e familiares, a viuvez e por vezes a mudança para uma instituição ou outro local, a maioria das vezes sem qualquer relação com o seu passado.

O envelhecimento global da população é um dos grandes desafios que o mundo terá de enfrentar e ao mesmo tempo, uma oportunidade para as pessoas idosas, já que terão um forte contributo a dar.

São frequentemente encaradas como um grupo homogéneo que poucos contributos dão para a família e para a sociedade, chegando mesmo a serem considerados um fardo.

No nosso quotidiano, verificamos que constituem um grupo bastante diversificado. A maioria gosta de mostrar saúde, tem vidas realizadas, continua a ser capaz de realizar as tarefas do dia a dia e a desempenhar um papel activo na família e na comunidade, mantendo-se em boa capacidade funcional, capaz de cuidar-se a si próprio.

Cada pessoa envelhece de forma única, dependendo dos mais variáveis factores, como o sexo, a cultura, o meio, o papel que desempenha na família, das capacidades adquiridas, as experiências vivenciadas ao longo da vida, entre muitos outros.

O aumento do número de idosos está associado à aceleração do processo de urbanização a que a sociedade tem sido sujeita, à redução da família e a várias transformações culturais e sociais, salientando-se, entre outras, a actividade laboral feminina, que alteraram profundamente o espaço físico e social dos idosos na família, o papel que tradicionalmente desempenhavam e conseqüentemente modificaram as capacidades da família lhe prestar os cuidados básicos necessários à satisfação das suas actividades de vida diária.

Questionamo-nos sobre o lugar que ocupa o idoso numa sociedade materialista, em que a competição é elevada, o prémio é dado à produtividade e nem sequer há tempo para parar, escutar, olhar para nós próprios e para o pequeno mundo que nos rodeia, valorizando-se apenas o jovem activo, porque trabalha e produz. O envelhecimento e a doença são sinais de inutilidade e de incapacidade e como tal são postas de lado.

O lugar do idoso deixou de ser na família, é encarado como se fosse um peso e é frequentemente colocado em lares.

Segundo um estudo de opinião do Eurobarómetro: idosos, realizado em 1993, as famílias portuguesas mostravam pouca disponibilidade para os idosos. Perante a

questão: “As famílias estão cada vez menos dispostas a cuidar dos idosos do que anteriormente”, 42,9% de inquiridos estavam totalmente de acordo e 36,2% concordavam (Paúl e Fonseca, 1999).

Perante as transformações sociais, as alterações do espaço físico e social, do papel que o idoso exerce no seio familiar e na comunidade, e ainda porque cada idoso é um caso único, portador de perfil social, cultural e profissional tão diferente e diversificado, devemos ouvir os idosos e juntos procurar soluções alternativas que se ajustem às diversas formas de sentir, pensar e agir, tornando-se prioritário repensar o sistema de apoio aos idosos e, nesta perspectiva, desenvolvemos o presente estudo.

Pretendemos conhecer o ambiente/ambientes que rodeiam os idosos de Évora, tentando perceber como sentem, vivem o seu dia a dia, como encaram o seu envelhecimento, tentando identificar algumas razões que os levaram a procurar este tipo de equipamento.

Múltiplas e diversificadas razões poderão estar na necessidade de procurar este tipo de equipamento. Algumas razões estarão possivelmente relacionadas com a sua vida relacional na sociedade. O conhecimento destas relações e o facto de considerarmos cada idoso, um caso único e com uma individualidade própria, leva-nos a realizar o estudo em contexto real, concretamente o Lar dos Pinheiros.

2- CARACTERIZAÇÃO DO LAR DOS PINHEIROS

O Serviço de Repressão à Mendicidade, mais conhecido por Albergues Distritais de Mendicidade, criado pelo decreto-lei n.º 43280 de 29 de Outubro de 1960, e que se destinava ao acolhimento de situações de carácter social de emergência e outras, foi posteriormente extinto pelo Decreto-Lei n.º 365/76 de 15 de Maio, que reconverteu os Albergues de Mendicidade em equipamento de retaguarda, tendo-os integrado com todo o seu património no Ministério dos Assuntos Sociais, no dia 1 de Junho de 1976, passando todos a ter autonomia administrativa e financeira.

É a partir desta data que se verifica a necessidade de prestar diversos serviços de apoio a idosos, que lhe vão proporcionar maior autonomia e aumentar a sua capacidade de independência, mas mantendo-as no seu ambiente familiar e integrados na comunidade, situação que viria a estar na criação dos Centros Dia.

Em 27 de Maio de 1977, o Albergue Distrital de Évora foi extinto por Despacho Ministerial, e de 1976 a 1977 funcionou com uma Comissão Liquidatária, que se extinguiu em Junho de 1977, por ter sido nomeada uma Comissão Instaladora.

O edifício situado nos Canaviais destinou-se a estabelecimento de assistência psiquiátrica, dependente tecnicamente do Dispensário de Higiene Mental e administrativamente do Instituto de Assistência Psiquiátrica.

O edifício situado na Zona de Urbanização n.º 3, com autonomia administrativa, destinou-se a estabelecimento de assistência a pessoas idosas e foi-lhe aplicado o regime de instalação. Determina ainda que ao equipamento social referido, seja dada a designação de Lar dos Pinheiros, de acordo com a proposta da Comissão Instaladora

(Diário da República n.º 160-II Série de 18/7/77). A Instituição dispunha de uma parte de “internamento” com capacidade para 45 utentes (25 homens e 20 mulheres) e de um “Centro Dia” com frequência para 47 idosos de ambos os sexos, mas com capacidade máxima de 60.

Em Abril de 1980, foi funcionalmente integrado no Centro Regional de Segurança Social de Évora, através da Portaria 195 de Abril de 1980.

Em Agosto de 1982, foi organicamente integrado no Centro Regional de Segurança Social de Évora, pela Portaria 719 de Agosto de 1982.

Presentemente é uma Instituição oficial, funcionando na dependência do Centro Regional de Segurança Social do Alentejo e do Serviço Sub-Regional de Évora. Como resposta social tem em funcionamento um Lar e um Centro de Dia.

O Lar dos Pinheiros é um edifício antigo que sofreu várias remodelações, tendo em vista o bem estar dos utentes. Encontra-se rodeado de uma zona verde, possui vários pinheiros e bancos de jardim, o que torna a área exterior, num espaço agradável. De referir que todos os quartos/enfermarias têm janela para o jardim envolvente.

Actualmente presta serviço a 36 utentes internados no Lar e a 44 em Centro de Dia. Os utentes pagam uma mensalidade, variável, consoante a reforma, sendo de 70% da reforma para os não dependentes e de 85% para os dependentes. De salientar que a Instituição suporta o custo dos medicamentos dos utentes internados.

Além do pessoal auxiliar, tem apoio médico com o qual celebra contratos de avença e uma enfermeira que pertence ao quadro do Lar. Possui um autocarro com capacidade para 18 utentes, o que facilita muito as saídas ao exterior. Sempre que se justifique, o Centro Regional de Segurança de Évora empresta o autocarro grande.

Toda a alimentação é confeccionada no local, permitindo deste modo estar mais de acordo com os gostos e preferências dos seus utilizadores, contribuindo este aspecto, também, para dar um carácter mais familiar ao ambiente que se vive na instituição. Pelo

que podemos observar existe bom relacionamento, quase que nos arriscamos a dizer familiar, entre técnicos e utentes, realçando-se o empenhamento, o carinho e a dedicação da sua Directora, facto reconhecido por todos.

A sua capacidade máxima, no que se refere aos internados, está sempre esgotada. Ao surgir uma vaga, desde que não exista no momento uma “emergência social”, a vaga é imediatamente preenchida pelos utentes do Centro de Dia, que têm prioridade.

O Lar colabora com várias instituições locais e nacionais, quer ao nível da cedência de parte das instalações para festas de convívio, quer ao nível da formação, colaborando com a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus e com a Escola Profissional da Região Alentejo na cedência de campos de estágio, para a prestação de cuidados nessa área.

Apesar da preocupação com a ocupação do tempo dos utentes, não existem actividades programadas e o dia a dia é estruturado em função das horas das refeições. Devido à sua localização muitos utentes deslocam-se diariamente a um supermercado e a um café, situados na proximidade.

3 – DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Pretendíamos conhecer o ambiente/ambientes que caracterizam os idosos, para tentar perceber como os que envelhecem sentem e vivem o seu dia a dia, procurando algumas razões que os levaram a procurar o Lar.

Após algumas reflexões sobre o tema central do nosso estudo, a população abrangida, o contexto em que se vai desenvolver e o objectivo que pretendíamos atingir, optámos, metodologicamente por realizar estudo de casos. Englobado no conjunto das metodologias de investigação, o estudo de caso é definido por Ary (1990:451-452) como “ estudo em que o investigador procura examinar um indivíduo ou unidade social discreta (família ou grupo) em profundidade, tentando descobrir as variáveis que são mais importantes na história ou desenvolvimento da situação em causa”. Segundo o autor esta metodologia possibilita compreender a totalidade do adulto em todo o ambiente que o rodeia, não se restringindo às presentes acções do indivíduo, mas também ao seu passado, ambiente, emoções e pensamentos.

Do ponto de vista de recolha de informação seguimos a metodologia do inquérito e construimos um guião de entrevista.

O inquérito continua a ser um dos instrumentos privilegiados na investigação em ciências sociais, continuando a ser útil na exploração de fenómenos, como as atitudes, as opiniões, as preferências, que só são acessíveis pela linguagem e que raramente se exprimem de forma espontânea.

Observar um comportamento pode não ser suficiente, sendo por vezes necessário saber como é que a pessoa o explica, que significado tem para ela, conhecimento que

não teremos se ela não o explicitar. Em tais situações utilizam-se geralmente entrevistas e questionários. Alguns temas típicos são: o nível de conhecimentos de uma pessoa, as suas atitudes, crenças, sentimentos, motivações, expectativas, planos para o futuro e comportamento passado.

O inquérito continua a ser uma das vias de acesso às racionalizações que os sujeitos fazem das suas escolhas e das suas práticas, sendo o único processo de obtenção de elementos sobre comportamentos passados e presentes, que escapam totalmente a outras formas de observação (Ferreira, 1986; Selltiz, 1987; Ghiglione e Matalon, 1992).

Optámos pela entrevista semi-directiva como técnica de colheita de dados. É uma técnica especialmente adequada quando os objectivos visam analisar o sentido que os actores dão às suas próprias experiências práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados, nomeadamente, os seus sistemas de valores, a leitura que fazem das suas próprias experiências, os sistemas de relações, a reconstrução de um processo de acção, de experiências ou de acontecimentos do passado (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Uma outra razão, esta mais no campo prático, que nos levou a optar pela entrevista semi-directiva, foi o facto de estarmos perante alguns analfabetos. Outra razão está relacionada com a reconstituição de acontecimentos do passado, que obrigariam o idoso a tentar uma localização temporal e espacial dos factos e, conseqüentemente, uma possível adaptação individual da entrevista, devido à eventual necessidade de formular a mesma pergunta de modo diferente, sem, no entanto, lhe alterar o sentido, no caso de não serem compreendidas pelo entrevistado. A opção pelo guião de entrevista relacionou-se com o facto de pretendermos aplicar uma matriz semelhante a todos os entrevistados.

Igualmente privilegiámos o contacto e a observação directa da realidade. Nesta perspectiva, tentámos aproximar-nos o mais possível da realidade deste estudo. Só após

alguns contactos e termos estabelecido relações de confiança com a população alvo e obtido a necessária autorização, iniciámos as entrevistas.

A população alvo é constituída pelos 36 idosos internados no Lar dos Pinheiros, sendo 16 do sexo masculino e 20 do sexo feminino.

Como critérios para participarem no estudo, decidiu-se que:

- estariam excluídos os idosos impossibilitados de comunicar por alterações cognitivas;
- o casal só participaria um dos cônjuges (para evitar erros de análise devido a repetição dos factos). Participaria o elemento que tivesse melhor capacidade cognitiva.
- Estariam excluídos os idosos que apresentassem perturbações mentais relacionadas com a idade.

A nossa opção por esta instituição deveu-se fundamentalmente a:

- grande experiência no apoio a idosos;
- existência de idosos do tempo em que era albergue;
- ser uma instituição oficial que funciona na dependência do Centro Regional de Segurança Social do Alentejo e do Serviço Sub-Regional de Évora;
- diversidade de pessoas que pelas suas diferentes origens e percursos, terão obrigatoriamente diferentes perspectivas de encarar o presente e projectar o futuro.
- ser por vezes local de estágio dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus.

A recolha de informação decorreu no mês de Dezembro de 2000 e Janeiro de 2001 e no período compreendido entre as 14 horas e 30 minutos e as 18 horas



4 - ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

Para a sua elaboração baseámo-nos em alguns questionários e guiões de entrevista, já aplicados em estudos que pretendiam abordar a mesma problemática.

Na sua elaboração tentámos que fosse construído com uma sequência temporal de forma a ajudar o idoso na reconstituição dos factos. A elaboração das questões foi feita de forma simples, de modo claro e directo, de forma a não suscitarem dúvidas, que pudessem induzir a determinados erros.

O guião de entrevista compreendia 26 perguntas. Numa primeira parte as questões estavam relacionadas com a caracterização e identificação dos idosos, nomeadamente, sexo, idade, estado civil, local de residência antes da ida para o lar, habilitações académicas e actividade profissional. Seguidamente as perguntas estavam direccionadas para questões familiares e com a composição e residência dos elementos do agregado familiar, abordando-se posteriormente a reforma e outras fontes de rendimento. De seguida um grupo de questões estava relacionado com os principais problemas ou dificuldades que sentia, relacionadas com as actividades de vida diária. Ao entrar para o Lar, o idoso fica sujeito a um ambiente social diferente, o que implica necessariamente o estabelecimento de novas relações. Neste sentido formulámos um outro grupo de questões dirigidas para os aspectos relacionais com a família, os amigos e as formas de ocupação do tempo. Finalmente as últimas questões pretendiam identificar algumas razões que o terão levado a procurar o Lar e uma reflexão final sobre a vida, o envelhecimento e projectos futuros.

Referimos que o Lar dos Pinheiros foi seleccionado, por um organismo oficial, para a realização de um estudo com algumas questões semelhantes, tendo os inquiridos decorrido uns dias antes do início das entrevistas. Ao serem convidados a participar no nosso estudo, ouvia-se por vezes “senhor inspector...eu já respondi”. Ao serem informados que eram estudos diferentes, prontificaram-se de imediato a participar.

As reacções à participação no estudo foram óptimas e de grande disponibilidade, destacando-se a abertura, a disponibilidade e o interesse revelados por toda a equipa do Lar, nomeadamente o empenho da sua Directora.

De realçar a prontidão dos utentes em quererem colaborar, entusiasmados com a ideia de alguém estar interessado nos seus problemas e poder contribuir para minorá-los, na medida em que podiam ser detectadas algumas dificuldades e a partir daí surgirem novas formas de apoio.

Referimos finalmente a grande necessidade que as pessoas tinham de ser ouvidas, de contar as suas histórias, reportando-se quer à sua mocidade, quer às dificuldades porque tinham passado.. Através de discursos comoventes e evidenciando um fâcies próprio da situação que vivenciavam, reproduziam histórias e percursos que lhes marcaram a vida, as alegrias, as tristezas, os desencantos e as próprias desilusões. No final da entrevista muitos inquiridos continuavam disponíveis, referindo mesmo “já sabe...eu estou cá...se precisar de mais alguma coisa...é só dizer”.

Finalmente referimos que as entrevistas realizaram-se no Lar. Quando a deslocação do idoso o permitia, realizavam-se no gabinete de reuniões disponibilizado pela Directora, o que permitia uma certa privacidade. Quando tal não era possível, realizavam-se no espaço que naquele momento era ocupado pelo idoso.

Cada entrevista teve a duração, em média, de 40 minutos. Procedeu-se ao seu registo na forma escrita, por se considerar que o recurso a outras técnicas, poderia ser inibitório para os idosos.

5 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A fonte, o local e a data relativos aos quadros serão omitidos, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do instrumento de recolha de dados já referido.

Não inquirimos todos os idosos internados no Lar. Efectivamente dos 36 idosos, apenas inquirimos 24. A não participação de alguns elementos no estudo ficou a dever-se a situações de demência, senilidade e surdez acentuada, o que apesar de várias tentativas, tornou mesmo impossível a recolha de informação. Inicialmente havíamos decidido que no caso do casal, participaria apenas o elemento que apresentasse melhor capacidade cognitiva, sendo neste caso entrevistado o elemento do sexo masculino.

A população é constituída por 24 idosos, sendo 13 do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

A idade varia entre os 66 e os 97 anos de idade. A idade média situa-se nos 79,7 anos. A moda é de 85 anos. O grupo etário que reúne maior número de idosos é o escalão dos 85 – 89 anos de idade com 8 idosos, surgindo em segundo lugar os escalões dos 80 – 84 anos e 70 – 74 anos de idade com 5 idosos cada. Segue-se o escalão dos 65 – 69 anos com 3 idosos, o escalão 75 – 79 anos com 2 idosos e finalmente o escalão dos 95 e mais anos apenas com um idoso, conforme quadro n.º 4.

Quadro n.º 4 – Idosos segundo grupos etários

Grupo etário	N.º Inquiridos
65 – 69 anos	3
70 – 74 anos	5
75 – 79 anos	2
80 – 84 anos	5
85 – 89 anos	8
90 – 94 anos	0
95 e + anos	1
Total	24

No que se refere ao estado civil e pela análise do quadro n.º 5, verificamos que a maioria dos inquiridos são viúvos num total de 13 idosos, seguindo-se o grupo dos solteiros com 6 idosos e o dos divorciados com 3. O grupo dos casados é constituído por 2 inquiridos.

Quadro n.º 5 – Idosos segundo o estado civil

Estado civil	N.º Inquiridos
Solteiro	6
Casado	2
Viúvo	13
Divorciado	3
Total	24

Quanto ao local de residência, antes da vinda para o Lar, a maioria dos inquiridos (15) residia na cidade de Évora. Os restantes (9) residiam fora de Évora, quadro n.º 6.

Quadro n.º 6 – Idosos segundo o local de residência

Local	N.º Inquiridos
Évora	15
Fora de Évora	9
Total	24

No que se refere às habilitações académicas, através da análise do quadro n.º 7 verificamos que o nível de habilitações é baixo. A maioria dos inquiridos (12) não sabe ler nem escrever. De salientar que 6 idosos referiam ter o ensino básico primário, situação que não era muito usual na época. Dos restantes, 1 só sabe ler e 5 sabem ler e escrever, frequentaram a 2ª e 3ª classes, referindo que abandonaram a escola para “ajudar nos trabalhos do campo” e porque “naquele tempo não se usava”.

Quadro n.º 7 – Idosos segundo as habilitações académicas

Habilitações académicas	N.º Inquiridos
Não sabe ler nem escrever	12
Só sabe ler	1
Sabe ler e escrever sem exame	5
Ensino básico primário	6
Total	24

Pretendíamos conhecer a actividade profissional exercida pelos idosos. Perante a dispersão de actividades desenvolvidas referidas pelos inquiridos, decidimos não as agrupar de acordo com uma classificação nacional das profissões e apresentá-las, tal como nos responderam.

Quadro n.º 8 - Idosos segundo a actividade profissional

Actividade Profissional	N.º Inquiridos
Trabalhador rural	9
Pintor	1
Encarregado de escritório	1
Costureira	2
Industrial de hotelaria	1
Trabalhador da construção civil	2
Canteiro	1
Guardador de gado	1
Dama de companhia	1
Empregada a dias “servir a dias”	2
Cozinheira	1
Empregada de balcão	1
Ferroviária “Passagem de nível”	1
Total	24

Através da análise do quadro n.º 8, verificamos que 9 idosos declararam que sempre trabalharam no campo do “nascer ao pôr do sol”. Neste grupo estão incluídos idosos que trabalhavam por conta própria e os que trabalhavam à “jorna”. Um idoso referiu-nos, com um certo orgulho, toda a vida ter sido “feitor”, “trabalhava por conta

do patrão que tinha várias herdades nas quais trabalhavam todo o ano muitos empregados” e “eu é distribuía o trabalho àquela gente toda e tinha de dar contas ao patrão”. De salientar ainda 2 idosas que eram trabalhadoras sazonais. Trabalhavam no campo na época da monda, ceifa e azeitona e no restante período ficavam a tratar das “lides” da casa. As restantes actividades encontram-se bastante dispersas pelas mais diversas actividades, como se pode ver no quadro respectivo. Foi notório o empenho e o zelo que colocavam na sua actividade, exaltando, de um modo geral, a bondade dos patrões, situação mais evidenciada nas idosas que tiveram como actividade profissional “empregada a dias” e “dama de companhia”.

Pretendíamos igualmente saber se os idosos tinham ou não família. Ao longo das entrevistas foi notório a existência de diferentes concepções de família, desde a família alargada, passando pela nuclear. Numa primeira abordagem, interessava-nos saber se tinham ou não família, a sua composição, incluindo filhos, filhas, irmãos, irmãs, cônjuge, sobrinhos e netos, a residência dos elementos do agregado familiar e com quem residia antes de vir para o Lar.

Quadro n.º 9 - Idosos com e sem família

Família	N.º inquiridos
Sim	18
Não	6
Total	24

Verificamos, analisando o quadro n.º 9, que a maioria dos inquiridos (18) refere ter família e 6 referem “não ter ninguém”.

Quanto à composição do agregado familiar, verificámos que os filhos são referidos pela maioria dos idosos (12), o que poderá estar relacionado com o facto de

apenas 6 dos inquiridos serem solteiros. Uma idosa referiu-nos que a sua família é composta pelo genro e pela neta, uma vez que a filha faleceu muito nova.

Quanto à residência dos filhos, alguns hesitavam na resposta, não sabiam ou não se recordavam do local, surgindo por vezes a expressão “não sei bem...é ali para os lados de Lisboa...do Algarve...”. Perante esta realidade, optámos por os situar em Évora e Fora de Évora. Assim, 9 inquiridos referiram ter um e/ou mais filhos, sendo que pelo menos um deles residia em Évora. Os filhos de três inquiridos residem “Fora de Évora”.

Seguem-se os irmãos e uma sobrinha. Assim, 2 idosas têm irmãs que residem fora de Évora, uma tem uma irmã que reside em Évora e uma outra tem um irmão e uma irmã que residem em Évora, mas com os quais não mantém qualquer tipo de relacionamento.

Refere-se ainda que 1 idoso tem o cônjuge no mesmo estabelecimento e com o qual partilha um quarto e uma idosa tem o cônjuge no seu domicílio.

Relativamente a esta problemática, era nosso objectivo saber com quem residiam os idosos, antes de virem para o Lar.

Quadro n.º 10 - Com quem residiam os idosos antes de vir para o Lar

Com quem residia antes de vir para o Lar	N.º Inquiridos
Filha	3
Cônjuge	2
Irmã	2
Irmão	1
Sobrinha	1
Sozinha	15
Total	24

Analisando o quadro n.º 10, verificamos que a maioria dos inquiridos (15) vivia sozinho, situação essa, maioritariamente, devida à morte do cônjuge. Das idosas que viviam sozinhas, 4 já frequentavam o Centro de Dia do Lar e uma o Centro de Dia Paroquial de S. Paulo nesta cidade, de onde viera transferida. Duas das idosas viviam com a filha, tendo essa situação acontecido após a morte do marido.

Pretendíamos igualmente conhecer a situação económica e financeira dos inquiridos do nosso estudo, tendo como indicadores a reforma/pensão e outro tipo de rendimentos que eventualmente pudessem ter. Ao abordarmos os idosos sobre esta questão, verificámos tratar-se de uma situação delicada, pensando mesmo que se “recusariam” a responder. Com o decorrer das entrevistas, constatámos que, na realidade, a maioria dos inquiridos, tinha dificuldade ou ignorava mesmo qual o regime de reforma/pensão e até mesmo o quantitativo certo que auferiam. Apesar de podermos recolher a informação junto da Directora, pensámos que estes aspectos não seriam demasiado relevantes para o estudo e optámos por perguntar se recebiam ou não reforma/pensão e se esta lhe permitia ou não viver desafogadamente. Não perguntámos a nenhum idoso qual o montante que recebiam, facto que pensamos terá contribuído para que os inquiridos nos respondessem mais abertamente.

Apesar da subjectividade, constatou-se que todos recebiam uma pequena reforma/pensão e que a quase totalidade era para pagar a mensalidade no Lar.

Questionados, sobre se dispunham ou não de outros rendimentos para além da reforma, a grande maioria (23), referiu não possuir outros rendimentos. Apenas um idoso referiu ter rendimentos relacionados com “a renda de umas fazendas que herdou”.

No decorrer da entrevista e, sem que o tivéssemos questionado, alguns idosos referiram, espontaneamente, que tinham algumas economias no Banco. Percebia-se que não era encarado como outro rendimento, mas sim como uma “pequena reserva” e uma “segurança”, porque “ninguém sabe o dia de amanhã”.

Quadro n.º 11 - Idosos em função de outros rendimentos além da reforma/pensão

Outros rendimentos	N.º Inquiridos
Sim	1
Não	23
Total	24

No que se refere à forma como consideravam a reforma/pensão, verificamos que os idosos fazem uma avaliação negativa, a avaliar pelo quadro n.º 11.

Quadro n.º 12 - Idosos em função da reforma/pensão

Considera a sua reforma	N.º Inquiridos
Muito boa	0
Boa	0
Suficiente	9
Insuficiente	13
Muito insuficiente	2
Total	24

Pela análise do quadro n.º 12, verificamos que 13 dos inquiridos considera a sua reforma insuficiente e 2 muito insuficiente, chegando mesmo a tecer alguns comentários, como “a maior parte é para pagar a mensalidade e...o que nos vale é que o Lar paga os medicamentos”, “é uma injustiça para quem toda a vida trabalhou”. A reforma é vista tendo por base as despesas mensais. Para 9 idosos, a reforma/pensão era suficiente e os comentários eram mais conformistas, como por exemplo: “Como sou

poupada...dá para pagar a mensalidade e ainda me sobram uns tostões... para uns miminhos”, “é pequena...mas suficiente...pago a mensalidade e aqui dentro não me falta nada”, “é melhor do que nada”, “mesmo pequena, temos de dar graças a Deus, “noutros tempos, não havia nada...nem reformas...nem subsídios como há hoje”, “não dá para grandes luxos...chega e ainda dá para ‘forrar’ algum.

Pretendíamos avaliar o estado de saúde dos idosos internados no Lar dos Pinheiros e, neste contexto, formulámos duas questões: uma relacionada com o grau de dependência em algumas actividades de vida diária e uma outra tentando identificar quais os principais problemas e dificuldades sentidos pelos idosos.

Quadro n.º 13 - Idosos segundo o grau de dependência

Dependência	Sim	Não
Manter o ambiente seguro	20	4
Higiene pessoal e vestir-se	11	13
Comer e beber	4	20
Dormir	6	18
Mover-se	19	5

No que se refere ao grau de dependência relacionado com algumas actividades de vida diária, analisando o quadro n.º 13, constatamos que a maioria dos inquiridos (20) sente dependência em “manter o ambiente seguro” uma vez que apresenta vários problemas relacionados esta actividade, nomeadamente, “dores”, “dificuldade em andar”, “surdez”, “esquecimento”, entre outros, que de algum modo poderão afectar o seu quotidiano. Quanto à “higiene pessoal e vestir-se”, 11 dos inquiridos refere alguma dependência, necessitando de ajuda parcial para a sua realização no dia a dia, devido a

“problemas de coluna” e “dores”. Relativamente à actividade de vida “comer e beber” e “dormir”, a maioria dos inquiridos não sente dependência.

No que se refere à actividade “mover-se”, verificamos que 19 dos inquiridos refere sentir dependência, dados os problemas e dificuldades apresentados no quadro n.º 14.

Quadro n.º 14 - Idosos segundo os seus problemas e dificuldades

Problemas/Dificuldades	N.º Inquiridos
Incontinência urinária	5
Hipertensão	3
Surdez	3
Dificuldade em andar	11
Problemas na próstata	1
Dores	9
Problemas de visão	1
Problemas de coluna	3
Diabetes	3
Problemas de cérebro “já estive passado”	1
Asma	3
Problemas cardíacos	3
Esquecimento	3
Solidão	2
A velhice	4
Doença de Parkinson	1
Ser amputada	2
Não ter saúde	3

Verificamos, pela análise do quadro n.º 14, que a maioria dos problemas e dificuldades referidas pelos inquiridos estão relacionados com a falta de saúde. Salientam-se os problemas relacionados com a “dificuldade em andar”, as “dores”, a “incontinência urinária”, seguindo-se a “hipertensão”, a “surdez”, os “problemas de coluna”, a “diabetes” e muitos outros, conforme se pode observar no quadro. Salienta-se o facto de 4 inquiridos referirem a “velhice”, chegando a tecer comentários como “isso é tudo da idade...a idade tudo traz e tudo leva, deixando mesmo transparecer algum grau de conformismo.

Outro aspecto a salientar relaciona-se com o facto de apenas 2 idosos referirem como problema/dificuldade a “solidão”, quando nas razões que levaram os nossos inquiridos a ir para o Lar é referida por 16 inquiridos. Tal facto leva-nos a pensar que as relações estabelecidas e o facto de sentirem bem no Lar, vieram de algum modo colmatar os sentimentos de solidão, de isolamento e as questões habitacionais, vivenciados antes da admissão no Lar.

Gostaríamos igualmente de conhecer como é que os idosos se sentiam tratados, no que se refere ao atendimento e relacionamento, quer quanto a certos organismos, quer quanto a familiares e amigos.

Quadro n.º 15 - Idosos segundo o grau de satisfação

	Bem	Nem bem nem mal	Mal
Serviços de Saúde	23	1	-
Segurança Social	23	1	-
Poder Local	20	4	-
Familiares	14	4	-
Amigos	21	3	-

Relativamente à forma como se sentiam tratados no que se refere a atendimento e relacionamento, analisando o quadro n.º 15, verificamos que os idosos, na sua maioria, fazem uma avaliação positiva. Quanto aos serviços de saúde, a maioria dos inquiridos (23), sente-se bem tratado pelos serviços de saúde. De salientar que muitos inquiridos associava estes serviços ao apoio médico e de enfermagem existente no Lar, que lhe resolvia os problemas relacionados com a falta de saúde. Quanto ao atendimento médico no Lar, apesar de considerarem que são bem atendidos, muitos foram os idosos que se referiram com muita saudade, o carinho, a dedicação e a disponibilidade do médico anterior (falecido recentemente), comentando mesmo “já conhecia de longe os nossos problemas”, “estava sempre disponível”, “mas Deus quis assim...levou-o para nosso mal”. Duas idosas referindo-se à médica actual referiam “ela é muito boazinha, mas ainda não acertou bem com a medicação para resolver os nossos problemas”. Esporadicamente tinham de se deslocar ao hospital, e as poucas vezes que isso aconteceu, sentiram que foram bem tratados, à excepção de uma idosa, que não se sentiu nem bem nem mal tratada, chegando mesmo a tecer o seguinte comentário: “havia lá uma ‘magana’ que...mas era boa rapariga...era o feitio dela”.

Quanto à segurança social, os inquiridos revelaram-nos que tinham pouco contacto com estes serviços, mas que sempre que precisaram foram bem atendidos. O Lar resolve-lhe os problemas que eventualmente possam surgir, daí o contacto esporádico com estes serviços.

Relativamente ao poder local, entendido como a câmara municipal a junta de freguesia, também a maioria dos idosos (20) fazia uma avaliação positiva destes serviços, referindo alguns deles as iniciativas levadas a cabo por estas entidades ou comparticipadas por elas, nomeadamente “a feira do idoso”, que se realiza anualmente, “passeios de verão”, o projecto “Uma ponte com o passado”, que visa a valorização e a

dinamização dos idosos, através da transmissão dos seus saberes e tradições aos mais novos e muitas outras iniciativas tendo como objectivo o bem estar dos idosos.

No que se refere aos familiares, 14 idosos declararam sentir-se bem tratados, 4 nem bem nem mal e 6 referiram-nos não ter familiares.

A maioria dos inquiridos (21) considera que é bem tratada pelos amigos e 3 acham que não são nem bem nem mal tratados. Quando se referiam aos amigos, estes eram entendidos como os amigos do lar e os do café/taberna, tecendo mesmo alguns comentários “os meus amigos são os do Lar”, “os de antigamente ou morreram ou afastaram-se”.

No seguimento do nosso estudo, pretendíamos conhecer a frequência dos contactos que os idosos estabeleciam com os familiares, com os amigos, com quem se relacionavam mais frequentemente no seu quotidiano e finalmente como era efectuado este contacto.

Quadro n.º 16 - Idosos segundo a periodicidade dos contactos com a família

Periodicidade	N.º Inquiridos
Todos os dias	1
1 vez por semana	6
1 vez de 15 em 15 dias	4
1 vez por mês	7
Nunca	6

Na abordagem desta questão tornou-se por vezes difícil situar a periodicidade dos contactos dentro da escala previamente definida, variando consoante os dias festivos, se existia ou não períodos de doença, se os familiares residiam ou não em Évora e também com os anos de permanência no Lar, referindo-nos “vêm quando

calha”, “cada um tem a sua vida”, “no princípio do internamento vêm mais vezes...mas depois pouco a pouco vão-se espaçando cada vez mais”, “sabem que eu estou bem... e se houver alguma coisa ...sabem que a Directora telefona”. Foi igualmente referido por alguns inquiridos que com o passar dos anos, as visitas vão sendo cada vez menos e mais espaçadas, como se deixassem de ser “uma obrigação”.

Verificamos, analisando o quadro n.º 16, que os contactos com a família acontecem com alguma periodicidade, desde uma idosa que referiu contactos diariamente, 6 que mantêm contactos 1 vez por semana, 4 de 15 em 15 dias e 7 inquiridos estabelecem contactos familiares uma vez por mês.

Quanto à periodicidade dos contactos com os amigos, todos os inquiridos responderam “todos os dias” uma vez que consideram os seus amigos o pessoal e os colegas do Lar, a avaliar pelas expressões “os meus amigos estão aqui no Lar”, “sou muito boa pessoa...gosto de me dar bem com todos”, “aqui todos me estimam e eu estimo toda a gente”, “com uns damo-nos melhor do que com outros...mas são todos bons amigos”, “isso aqui é a nossa casa, a nossa família, os nossos amigos”.

Relativamente à questão formulada tentando averiguar com quem se relacionavam mais no seu dia a dia, foram unânimes em considerar que se relacionam mais frequentemente com “o pessoal da casa”, com a “rapaziada da casa...” “colegas e funcionários”, não especificando se eram os colegas do quarto ou do jogo de cartas ou dos passeios ao café, apesar do que nos foi dado observar, os grupos estão como que automaticamente constituídos e o seu dia a dia funciona quase como que uma rotina. Apenas um idoso referiu “o cônjuge” e a rapaziada do Lar.

Relativamente às relações dos idosos entre si e entre estes e os funcionários do Lar, verificámos que todos se conhecem e mantêm uma boa comunicação entre si, o que culmina com o facto de muitos idosos considerarem o Lar como “uma família”.

Quadro n.º 17 - Idosos segundo o tipo de contactos com a família e amigos

Tipo de contacto	Sim	Não
Fazer visitas	8	16
Receber visitas	19	5
Trocar correspondência	0	24
Fazer e receber telefonemas	5	19

Pela análise do quadro n.º 17, verificamos que apenas 8 dos inquiridos tem por hábito fazer visitas, situação que acontece particularmente aos fins de semana, dias festivos como o Natal e a Páscoa e datas de aniversário de membros da família. Dos restantes, 16 não tem por hábito fazer visitas. Entre as razões apontadas salientam-se “o medo que lhes possa acontecer alguma coisa e não terem quem lhe valer”, a dificuldade em andar e o “não estar a incomodar”, chegando mesmo a expressar “não quero ser um peso para eles”, “a casa deles é pequena”, “devido à cadeira de rodas...tenho de estar a incomodar...é preciso chamar os bombeiros”. Constatamos que 19 dos inquiridos recebe visitas com a periodicidade já referida. A totalidade dos idosos não troca correspondência com familiares e amigos e 19 não faz nem recebe telefonemas, o que de certo modo, poderá estar relacionado com o elevado grau de analfabetismo.

No seguimento do nosso estudo pretendíamos conhecer como os idosos, actualmente, ocupavam o seu quotidiano. Nesta fase da entrevista, já era notório uma maior familiarização e a informação ia sendo cada vez mais rica, com comentários mais desinibidos e personalizados.

Como referimos, apesar da preocupação em manter os idosos ocupados, não existem actividades estruturadas e o dia a dia parece estruturado em função do horário das refeições.

Questionados sobre a forma como ocupavam o tempo, pela análise do quadro n.º 18, 21 inquiridos referiu ser a ver televisão, 22 a conversar com os amigos, 17 ouviam rádio e 18 gostavam de passear. Ir ao café/taberna era outra forma de ocupação do tempo referida por 16 inquiridos e 13 gostavam de ir às compras. O jogo de cartas e dominó, ocupação essencialmente masculina, fazia parte da ocupação de 8 idosos. Das 3 idosas que bordavam e faziam croché, conforme os seus gostos e capacidades, salienta-se uma senhora que ocupava o dia a fazer tapetes de Arraiolos. De realçar o incentivo da Directora e das funcionárias do Lar nestas tarefas e o facto destes trabalhos serem expostos na exposição que se organiza no Natal.

Quadro n.º 18 - Idosos em função da ocupação do tempo

Ocupação do tempo	N.º Inquiridos
Ver televisão	21
Ouvir rádio	17
Ler	6
Conversar	22
Tricotar, bordar, fazer croché	3
Jogar cartas e/ou dominó	8
Passear	18
Ir às compras	13
Ajudar nos trabalhos do lar	6
Ajudar a tratar o jardim	1
Ir ao café e/ou taberna	16
Não fazer nada	6

Quanto a ajudar nos trabalhos do Lar, 6 idosas referiram ajudar a arrumar o seu quarto, a “por e tirar” as mesas para as refeições. Igualmente 6 idosas ocupavam uma boa parte do seu tempo a ler, referindo comprar revistas numa papelaria próxima. Apenas 1 idoso ajudava no tratamento e manutenção do jardim.

De referir que 6 inquiridos referiu não fazer nada “já trabalhei muito toda a vida...agora é para descansar”, entendendo qualquer ocupação como trabalho e não como uma forma de distração.

Pretendíamos igualmente saber há quanto tempo os idosos se encontravam no Lar.

Quadro n.º 19 - Idosos em função do tempo de permanência no Lar

Tempo de Permanência no Lar	N.º Inquiridos
1 – 4 anos	6
5 – 9 anos	10
10 – 14 anos	6
15 – 19 anos	2
Total	24

Pela análise do quadro n.º 19, verificamos que 10 inquiridos estão no Lar entre os 5 –9 anos, 6 entre 1 – 4 anos e entre 10 –14 anos e 2 idosos entre os 15 – 19 anos. De referir que muitos inquiridos sabiam o dia da entrada no Lar, referindo “se chegar ao dia... do mês...já faz... anos que para cá entrei”.

Seguidamente pretendíamos identificar as razões que levaram os idosos a procurar este tipo de equipamento, se gostavam de estar no Lar e se gostariam ou não de outro tipo de equipamento/serviço.

Relativamente aos motivos que levaram os inquiridos a ir para o Lar, as razões apresentadas estão fundamentalmente relacionadas com problemas de saúde.

Quadro n.º 20 - Idosos em função das razões da vinda para o Lar

Razões da vinda para o Lar	N.º Inquiridos
Razões de saúde	17
Incapacidade de realizar as actividades de vida diária	18
Solidão	16
Isolamento	16
Incapacidade da família	18
Morte ou ausência da pessoa com quem residia	12
Falta de condições habitacionais	6
Mudança de residência dos familiares	0

Analisando o quadro n.º 20, constatamos que a presença de problemas e dificuldades que sentiam, levaram a que a incapacidade de realizar as actividades de vida diária e a incapacidade da família para ajudar na sua realização, fossem as razões mais apontadas. As dificuldades familiares eram evidentes no discurso dos inquiridos “a minha filha é doente e para alívio dela, arranjou-me este lugar”, “os filhos têm a sua vida e eu não quero ser um peso para ninguém”. No entanto, e apesar das dificuldades, os filhos de dois idosos não queriam que eles fossem para o Lar, a avaliar pelas suas respostas “as minhas filhas são uns amores...tratam-me muito bem...a minha vinda para aqui foi um desgosto para eles”, “eu é que tratei de tudo...os meus filhos quando souberam, já eu estava no Lar e foi um desgosto”. Embora não tivéssemos conseguido apurar, pensamos que não estará aqui implícito qualquer tipo de julgamento social”, mas sim relações afectivas. Seguem-se as razões de saúde, o que está, de algum modo, relacionado com os problemas e dificuldades sentidas pelos inquiridos e já referidos ao longo do trabalho. A solidão e o isolamento são referidas por 16 idosos e a morte do cônjuge por 12 inquiridos. O isolamento e a solidão resultavam em grande parte da

viuvez e atrás deles tinham surgido outros problemas que alteraram o seu quotidiano, influenciando a sua serenidade e tranquilidade. O sentimento de perda estava presente nos seus discursos “quando perdi a minha mulher senti-me sozinho”. Referiram-nos que o convívio que mantinham com alguns amigos não era suficiente para esquecer a solidão e a companheira e boa conselheira de tantos anos. Para 6 idosos, o principal motivo de entrada para o Lar reside na falta de condições habitacionais. Nenhum inquirido evocou a mudança de residência de familiares.

Quanto à questão “se gosta ou não de estar no Lar”, todos os idosos nos responderam que gostavam de estar no Lar. Nesta fase da entrevista e dado existir já um maior grau de abertura e de à vontade, alguns idosos deixavam transparecer algum grau de conformismo, a avaliar por expressões como “não tinha alternativa”, “dada a situação...ainda foi o melhor que me podia ter acontecido”, “não tinha outro sítio para onde ir”. O bom ambiente, existente entre idosos e entre idosos e funcionários, foi salientado por todos. Os nossos inquiridos sentiam-se bem tratados a avaliar por expressões como “parece uma família...todos se conhecem...mesmo os do Centro de Dia”, “a Directora é muito boazinha para nós...só não nos faz o que não pode”, “sabe...a gente aqui não tem preocupações...estamos descansados...temos cama, mesa e roupa lavada e além disso a comidinha é muito boa e sempre fornecida a horas certas”. Outro aspecto referido pelos idosos era a “limpeza e o asseio” do Lar, referindo “aqui está sempre tudo muito asseadinho e todos os dias as janelas são abertas para entrar o ar puro...sabe como é isso dos velhos”. Uma idosa que já frequentava o Centro de Dia chegou mesmo a referir “saíu-me a sorte grande...comecei por ficar num divã porque não havia vaga...chovia-me em toda a casa”. Outra razão apontada pelos idosos relativamente à questão formulada, estava relacionada com o apoio médico e de enfermagem existente no Lar, o que, de algum modo, revela a preocupação destes idosos com a sua saúde. Este apoio fazia-os sentir seguros, sentiam-se acompanhados

no caso de surgir qualquer problema, dada a polipatologia presente nestas idades. Esta preocupação já tinha igualmente sido referenciada nos motivos que os levaram a ir para o lar, ao referirem que viviam sozinhas ou estavam no Centro de Dia, mas, à noite sentiam-se bastante inseguras, por variados motivos, nomeadamente porque podiam-lhes “dar qualquer coisa...e não tinham como se socorrer... a noite é muito traiçoeira”.

No que se refere à questão “se gostaria de outro tipo de equipamento/serviço e quais as razões”, verificamos, através do quadro n.º 21, que a maioria dos inquiridos (16) referiu não gostar de ter outro tipo de equipamento/serviço.

Quadro n.º 21 - Idosos, segundo o facto de gostarem ou não de outro tipo de equipamento/serviço.

Gostaria de outro tipo de equipamento/serviço	N.º Inquiridos
Sim	8
Não	16
Total	24

Algumas razões apontadas prendem-se com a questão anterior e já foram referidas. O tempo que permaneciam no Lar foi referido como tendo um peso nesta decisão, a avaliar “há tanto tempo que cá estou...já é a minha casa...tenho alguém que olhe por mim...lá fora não tinha ninguém de obrigação que olhasse por mim”, “Aqui é que me recolhi até morrer”, “Não tenho nada lá fora”, “Não gosto de ser um ‘peso’ para ninguém...a minha filha tem a sua vida e a sua família”. Uma idosa, apesar de gostar de estar no Lar, pareceu-me algo inconformada com a sua situação “foi a única solução...não vale a pena estar com mais conversas...vim para aqui esperar pela morte e olhe se hei-de estar a sofrer, vale mais morrer já”. Outra idosa referiu-nos “Sinto-me aqui muito bem...é como se fosse a minha casa...o meu irmão tem a sua vida...vem visitar-me ou buscar-me para ir passar os fins de semana á sua casa”. Duas idosas

referiam-se à solidão e ao isolamento, como motivos para não quererem outro tipo de equipamento/serviço “por causa da solidão...por causa da noite”, desde que enviuei... que fiquei sozinha...tenho medo da noite...da solidão”. De referir ainda que vários doentes justificaram a sua resposta considerando que o Lar como a sua casa, onde tinham a sua nova família, os seus novos amigos e onde se sentiam bem.

Verificamos que 8 inquiridos gostariam de outro tipo de equipamento/serviço, apesar de gostarem de estar no Lar e sentirem que são bem tratadas e acarinhadas por toda a gente. No entanto, as saudades da sua casinha eram evidentes e facilmente identificáveis no seu fâcies que deixava escapar uma ou outra lágrima, e uma certa nostalgia. No entanto, conformadas com a situação, iam-nos referindo “olhe senhor...não arranjava uma casa melhor do que esta...mas acredite não há nada como a nossa casinha...o nosso cantinho...por muito pobrezinho que seja”. Entre outras razões apresentadas referimos o caso de uma idosa que já tinha apoio da Caritas mas que dada a sua situação era escasso, referindo-nos “se tivesse posses para pagar a uma mulher...estava na minha casinha”. Outras razões foram apontadas “gostava de estar na minha casa... mas lá não tenho o conforto que tenho aqui”, “se tivesse apoio e companhia durante as 24 horas, gostava de estar na minha casa, estava mais à vontade”. Uma idosa, apesar dos seus 80 anos de idade, sentia-se cheia de coragem para enfrentar a vida e manifestava desejo de arranjar uma casa “ se arranjasse uma casinha pequena ia para minha casa...ainda tenho coragem para fazer tudo sozinha...Deus dá-me forças...só não tenho é uma casinha”. Finalmente um idoso, amputado, referiu-nos “se conseguisse um rés de chão com condições...a perna é que me deu cabo da vida...não há nada como a nossa casa... veja o caso da televisão...uns querem ver futebol, outros telenovela”.

De referir que os 8 inquiridos que gostariam de ter outro tipo de equipamento e, apesar de durante a entrevista serem lembrados dos vários equipamentos que,

eventualmente, pudessem ser postos à sua disposição, todos preferiam estar na sua casa, justificando-se pelas mais variadas razões.

Relativamente à questão como é que os idosos sentiam o seu envelhecimento e se tinha havido algum momento específico da sua vida em que sentiram que começaram a envelhecer, as respostas foram variadas, oscilando entre o não saber explicar, o não ter havido um momento específico, até referirem situações concretas. Esta questão iniciámo-la “Apesar de velhos serem os trapos, acha que houve algum momento em que sentiu que começou a envelhecer”?

Quadro n.º 22 - Idosos segundo o momento em que se sentiram envelhecer

Quando se sentiu envelhecer	N.º Inquiridos
Com o passar dos anos	5
Com o aparecimento de doenças	5
Com o aparecimento de dores	3
Aos 60 anos	2
Após a morte do cônjuge	3
Com a vinda para o Lar	2
Quando se viu impossibilitado de trabalhar	2
Após a amputação	2
Com os desgostos da vida	3
Falta de forças	4
Quando me vi desprezado pela mulher	1
Com o desgosto do marido arranjar uma amante	1
Aos 74 anos (idade actual)	1
Não souberam responder	7

Pela análise do quadro n.º 22, verifica-se que a maioria dos idosos referiu mais do que um momento. Exceptuando 7 idosos que não souberam responder, os restantes sentiram que começaram a envelhecer. Para 5 inquiridos o envelhecimento foi-se instalando gradualmente, “com o passar dos anos...os anos pesam” e para 12 idosos surge associado a problemas de saúde. Efectivamente, 5 idosos associam-no ao aparecimento de doenças, sem especificarem o tipo de doença, 4 referiram a falta de forças e 3 com o aparecimento de dores. Para 3 idosos o início do envelhecimento surgiu após a morte do cônjuge, a que estão associados os desgostos da vida, a solidão, o isolamento e o sentimento de perda, 2 referiram que foi após a amputação do membro inferior e, conseqüentemente verem-se impossibilitados de trabalhar, momento que é igualmente referido por outros 2 idosos. A ida para o Lar foi referida por 2 inquiridos, como os momentos marcantes em que sentiram que começaram a envelhecer. Para 2 idosas o momento foi aos 60 anos e esteve relacionado com “o aparecimento das rugas, dos cabelos brancos e das dores” e uma outra foi aos 74 anos, comentando” só agora é que me sinto envelhecer...não sei bem porquê, vejo-me privada de certas coisas e não posso fazê-las...comecei a sentir-me triste, sempre tenho conseguido superar, agora é que estou com dificuldades”. Para 1 idoso o momento específico foi “quando se me vi desprezado pela mulher” e para uma idosa foi “o desgosto do marido arranjar uma amante”.

O envelhecimento é uma etapa da vida com conteúdo próprio e específico condicionada pelos diferentes períodos da vida e pela forma como o indivíduo a elas se adaptou. Nesta perspectiva, questionámos os idosos sobre a forma como têm vivido esta fase da vida e se tinham projectos para o futuro.

Analisando o quadro n.º 23, verificamos que a tristeza, a solidão, o desinteresse pela vida e o sentimento de perda, estão presentes nas respostas dos nossos inquiridos, “é uma vida sem interesse...sou o aleijadinho, o coitadinho, é um estigma quer

queiramos quer não...após a amputação deixei de ter gosto de viver...só pensava matar-me”, “após a morte da minha mulher fiquei sem alegria de viver”, “a vida para mim não tem sentido...todos os dias peço a Deus que me leve...de manhã ao acordar fico triste”.

Quadro n.º 23 - Idosos em função da forma como vivem o envelhecimento.

Como tem vivido esta fase da vida	N.º Inquiridos
Desânimo e tristeza	5
Sem interesse pela vida	6
Oscilando entre alegria e tristeza	6
A recordar o passado	1
Dificuldade em ser velhote	1
Com grande desgosto	4
Está conformada	3
Tem vivido bem	4
Não responderam	12

Aceitar a realidade também estava presente em alguns inquiridos, oscilando o seu dia a dia entre momentos de alegria e de tristeza “vou andando...uns dias mais triste, outros mais animada, todos temos os nossos dias”, “aos 60 anos comecei a descair...os anos não perdoam a ninguém”. Uma idosa chegou a referir-nos “estou conformada...já não tenho forças para ter um homem e ia parecer mal aos meus filhos e ao mundo”.

Para 4 idosas esta fase da vida tem sido bem vivida devido ao facto de estarem no Lar “sou feliz...aqui todos me estimam e gosto muito de toda a gente, “ espero acabar aqui os meus dias”, “não podia ter melhor velhice”.

Relativamente à questão se tinham ou não projectos para o futuro, a maioria dos idosos (22) referiu não ter projectos e 2 idosas têm como projectos futuros “continuar a fazer renda durante muitos e longos anos”.

6 - CONCLUSÕES

Pretendíamos conhecer o ambiente/ambientes que rodeiam os idosos, como viviam o seu quotidiano, como lidavam com o processo de envelhecimento e identificar algumas razões que os levaram a procurar o Lar.

Os resultados a que chegámos não podem ser generalizados aos idosos da Região de Évora, uma vez que o objectivo que pretendíamos alcançar e a metodologia utilizada eram incompatíveis com um estudo extensivo.

Assim verificamos que:

A população do estudo é constituída por 24 idosos, 13 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com uma idade média de 79,7 anos.

Constatou-se que 13 idosos são viúvos, 6 são solteiros e a maioria (15), antes da vinda para o lar, residia na cidade de Évora.

O nível de escolaridade é baixo. Apenas 6 idosos completaram o ensino básico primário, situação que não era muito frequente naquela época, e os restantes são analfabetos, salientando-se o facto de 12 não saberem ler nem escrever.

A actividade profissional maioritariamente referida foi a de trabalhador rural.

Constatou-se que 18 idosos têm família. Quanto à composição do agregado familiar 12 idosos referiram ter filhos e 9 têm um e/ou mais filhos sendo que pelo menos um deles residia em Évora.

A maioria dos idosos (15) vivia sozinho antes da vinda para o Lar, situação maioritariamente devida à morte do cônjuge e apenas 3 viviam com a filha.

Relativamente à sua situação económica, os idosos vivem exclusivamente dependentes da reforma/pensão, sendo que a maioria dos inquiridos desconhecia qual o regime que estavam abrangidos e mesmo o quantitativo certo que recebiam, situação que não será alheia, o facto das funcionárias do Lar tratarem destes assuntos. As reformas/pensões eram pequenas, facto que poderá estar relacionado com as actividades profissionais que exerceram e eram avaliadas tendo por base as despesas mensais. Foi avaliada negativamente por 15 inquiridos que a consideraram insuficiente e muito insuficiente, referindo que dava para pagar a mensalidade e pouco mais. De referir que 9 idosos a consideraram suficiente, invocando que dava para pagar a mensalidade e ainda sobrava para comprar uns maminhos e além disso noutros tempos não havia nada, situação que era bem pior.

Os idosos debatem-se com diversos problemas de saúde que os limitam no seu quotidiano. Algumas destas situações provocam limitações várias nas suas actividades, o que representa uma perda ou ameaça de perda, que só por si vão gerar uma multiplicidade de sentimentos. Quanto à avaliação do seu estado de saúde actual, a maioria dos idosos sente dependência nas actividades de vida “manter o ambiente seguro” e “mover-se”. Os problemas/dificuldades mais referidos estão relacionados com estas actividades, nomeadamente “dores”, “dificuldade em andar”, “surdez”, “problemas de coluna”, “hipertensão”, entre outros, que afectam as actividades do seu quotidiano, nomeadamente o risco de quedas. Apenas 2 idosos referiram a solidão, quando nas razões que os levaram a procurar o Lar é referida por 16 inquiridos, o que nos leva a pensar que as relações estabelecidas e o facto de se sentirem bem no Lar, vieram de algum modo colmatar os sentimentos de solidão e de isolamento, vivenciados antes da sua admissão no Lar.

Quanto à forma como se sentiam tratados, no que se refere ao atendimento e relacionamento, os idosos fazem uma avaliação positiva dos serviços de saúde, dos serviços de segurança social, do poder local, da família e dos amigos.

Relativamente à periodicidade dos contactos com os amigos verificámos que existem todos os dias, uma vez que consideram seus amigos os colegas e as funcionárias do Lar. Os contactos com a família verificam-se com alguma periodicidade, dependendo de vários factores. Quanto ao tipo de contacto verificámos que apenas 8 idosos têm por hábito fazer visitas, situação que acontece particularmente aos fins de semana e dias festivos. Os restantes (16) não fazem visitas, apontando razões relacionadas com a dificuldade em andar, o medo de lhes acontecer alguma coisa e para não estar a incomodar. A maioria (19) recebe visitas, a totalidade não troca correspondência e a maioria (19) não faz nem recebe telefonemas, situações que, de algum modo, poderão estar relacionadas com o baixo nível de escolaridade. No seu dia a dia relacionam-se mais frequentemente com os colegas e as funcionárias do Lar.

Quanto às relações dos idosos entre si e entre estes e os funcionários, constatámos que todos se conhecem e mantêm uma boa comunicação entre si, o que culmina com o facto de muitos considerarem o Lar como uma "família".

Como referimos não existem actividades ocupacionais programadas diariamente, apesar da preocupação em manter os idosos ocupados e o dia a dia parece estruturado em função do horário das refeições. A maioria dos inquiridos ocupa o tempo a "ver televisão", "ouvir rádio", "conversar", "passear e ir às compras" e "ir ao café/taberna". Uma idosa passa o dia a fazer tapetes de Arraiolos, 6 ajudam nos trabalhos do lar executando pequenas tarefas. De referir que 6 idosos ocupavam o seu dia a dia a ler e apenas 1 ajudava no tratamento e manutenção do jardim. Igualmente 6 idosos referiram não querer fazer nada, "só descansar", entendendo qualquer ocupação como trabalho e não como uma forma de distração. De realçar o incentivo da Directora e de todas as

funcionárias quando alguns trabalhos eram concluídos e o facto de estas obras serem colocadas na exposição organizada pelo Natal.

As razões que levaram os inquiridos a ir para o Lar estão maioritariamente relacionadas com problemas de saúde que lhes impediam ou dificultavam a realização das actividades de vida diária, referindo mesmo o facto de arranjam um lugar enquanto é tempo, entendido antes que a sua situação se agravasse e se tornasse mais dependente, situação que iria agravar a probabilidade de entrada. Outra razão determinante na procura do lar foi a incapacidade da família, ou porque não têm condições, trabalham ou não residem em Évora. Um outro aspecto a salientar e determinante na procura deste tipo de equipamento foi a solidão e o isolamento, situação maioritariamente devida à morte do cônjuge.

O “estar só”, a “solidão”, o “isolamento” e o “medo da noite” eram evidentes no discurso dos inquiridos.

Todos os idosos referiam que gostavam de estar no Lar, embora em alguns fosse evidente um certo grau de conformismo, referindo que “dada a situação não tinha alternativa” e “foi mesmo o melhor que me podia ter acontecido”. O bom ambiente existente entre idosos e entre estes e funcionários foi realçado por todos, a que não será alheio o facto de ser de pequena dimensão, o que facilita o conhecimento e os aspectos relacionais entre todos. Sabemos o quão importante e necessária é uma relação com significado nos idosos, para ajudar a contrabalançar as perdas físicas, psicológicas e sociais que sofrem.

Apesar de todos gostarem de estar no Lar, 8 idosos preferiam outro tipo de equipamento/serviço. Gostavam de estar na sua casa, referindo-nos que “estavam mais á vontade” e “tinham saudades da sua casa”. Não especificaram qual o tipo de equipamento/serviço que preferiam, uma vez que os disponíveis não lhes resolviam o problema da solidão e isolamento, principalmente de noite. Os restantes idosos (16) não

preferiam outro tipo de equipamento/serviço. Pensamos que o facto de se sentirem bem, considerarem o Lar como uma família e a sua casa e o tempo que permaneciam na instituição, terão sido as principais razões que determinaram este tipo de resposta.

Relativamente ao momento em que se sentiram envelhecer, as respostas foram diversificadas, oscilando entre o não saber explicar e a referirem situações concretas. Para alguns idosos o envelhecimento foi-se instalando gradualmente e associado ao aparecimento de problemas de saúde. O ser humano envelhece de uma forma gradual e a velhice parece instalar-se sem que se dê por isso. Embora seja considerado um fenómeno natural, alguns factores como a redução das capacidades físicas e mentais, a alteração do papel social, a diminuição dos recursos económicos, a morte ou o afastamento de familiares e amigos e o aparecimento de doenças, contribuem para aumentar a sua fragilidade e vulnerabilidade. A polipatologia presente nestas idades influenciam a perda das capacidades funcionais e dos entes queridos contribuem para o restringir da actividade, para a solidão e para o isolamento.

Assim, o “passar dos anos”, os “anos pesam”, o “aparecimento de doenças”, a “falta de forças” e o “aparecimento de dores” foram as razões mais referidas.

Os “desgostos da vida”, a “solidão e o isolamento” e o “sentimento de perda” foram igualmente aspectos determinantes na forma como os idosos sentiram o envelhecimento.

As pessoas sofrem perdas durante toda a vida, mas as perdas das pessoas idosas são maiores devido à sua falta de fontes de satisfação, das quais tiram segurança e força para ultrapassar os momentos de crise. A pessoa pode suportar duras condições de vida e mesmo diversas privações se tiver junto de si pessoas significativas, o que geralmente não acontece com muitos idosos que vivem sozinhos, sem amigos e familiares.

Apesar da solidão, em si mesma, não ser um problema de saúde, tem potencial para alterar a saúde de forma negativa. Produz sofrimento pessoal, caracterizando-se por

sentimentos de abandono, angústia e depressão, o que influencia a sua capacidade de adaptação a novas situações.

A perda das capacidades funcionais e das pessoas e objectos significativos são experiências negativas que contribuem para situações de isolamento, solidão, originando sentimentos de frustração e de tristeza. Têm repercussão na sua ocupação e realização pessoal, levando-os frequentemente a sentirem-se inúteis, com baixa considerável da sua auto-estima, afectando assim a qualidade de vida e o bem estar do idoso.

Relativamente à forma como viviam esta fase da vida verificamos que os sentimentos negativos se sobrepõem aos sentimentos positivos. A tristeza, a solidão, o desinteresse pela vida, os desgostos e a ausência de projectos para o futuro são os sentimentos negativos mais evocados.

Tentando identificar os factos que mais interferem nestes sentimentos, constatamos que as perdas físicas, psicológicas, sociais e familiares, nomeadamente a ausência de entes queridos, a incapacidade de realizar as actividades de vida diária e a incapacidade da família, são as principais responsáveis por estas emoções vividas pelo idoso.

Apesar de nos parecer haver algum desajuste entre o que seria o seu ideal e a situação que optaram ou que foram forçados a optar, dadas as circunstâncias, os lares apresentam-se como uma alternativa, um mal menor, tornando-se progressivamente um recurso vital para o quotidiano do idoso, para fazer face às suas necessidades e à incapacidade da família lhe prestar a ajuda necessária.

CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial. Vários factores têm contribuído para o aumento da expectativa de vida das populações, nomeadamente os avanços da ciência médica, da medicina preventiva, dos progressos tecnológicos, a melhoria da qualidade de vida que, associados à redução das taxas de mortalidade e fertilidade, protegem a população da morte prematura e conseqüentemente levam esta ao envelhecimento populacional.

O processo de envelhecimento é um fenómeno natural, universal e irreversível, que se inscreve no tempo entre o nascimento e a morte da pessoa, logo envelhecemos ao longo da vida. É caracterizado por uma complexidade de factores fisiológicos, psicológicos e sociais próprios de cada pessoa e, deve ser bem vindo, já que a alternativa seria a morte prematura.

Neste processo são atingidos todos os sistemas vitais do organismo e o efeito destas mudanças em determinados contextos ambientais altera os comportamentos individuais.

É inevitável que, com o passar dos anos nos deparamos com várias perdas significativas, nomeadamente a falta de saúde relacionada com o aparecimento de doenças crónicas, a viuvez, a morte ou ausência de familiares e amigos, a ausência de papéis sociais valorizados, solidão, isolamento, dificuldades económicas, que contribuem para que este grupo etário se torne mais vulnerável, afectando assim a qualidade de vida e o bem estar dos idosos.

Mas se o envelhecimento físico é um processo inevitável, não pode nem deve ser encarado como sinónimo de declínio ou de enfraquecimento, dado que uma pessoa com saúde física e mental pode envelhecer saudavelmente, no sentido de uma maior maturidade e crescimento para enfrentar as diversas crises de adaptação, nomeadamente as perdas que vão surgindo no seu quotidiano.

A velhice pode ser encarada como um determinado período da vida, em que a vida não é medida pelo tempo, mas em que este é medido pela qualidade de vida. Assim, envelhecer é aceitar o inevitável, nomeadamente a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a solidão, o isolamento e aceitar o envelhecimento como um processo natural e irreversível.

Também em Portugal o envelhecimento é um fenómeno que se tem acentuado nas últimas décadas, para o que terá contribuído a redução do índice de mortalidade, a diminuição da natalidade, a melhoria dos cuidados médicos e os fluxos migratórios internos e externos.

Portugal é o país mais jovem da Europa, ocultando-se por detrás desta evolução profundas assimetrias regionais, apresentando distritos com níveis de envelhecimento tão elevados como nos países mais velhos da Europa e distritos tão novos, como era a Europa no fim do século XIX.

As assimetrias do envelhecimento demográfico variam segundo um eixo Norte-Sul, em termos de envelhecimento na base e de um eixo Litoral-Interior, em termos de envelhecimento no topo.

Prevê-se que a Região Alentejo, por não ter capacidade de atracção interna e externa, continuará a perder população, que continuará a deslocar-se para Lisboa e Setúbal.

Entre 1990 e 1998, o Alentejo foi a região que registou maior índice de envelhecimento, deteve a maior importância relativa de idosos e registou o maior índice

de dependência de idosos, que subiu de 31 para 34 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa.

Quanto à escala por concelho, em alguns concelhos do interior Centro e Sul, as proporções de idosos ultrapassam já a dos jovens até aos 15 anos. De referir algumas manchas menos acentuadas em alguns concelhos como Évora, Beja, Portalegre e Castelo Branco, por serem pólos de atracção de população activa e em alguns concelhos do Sul encostados ao mar, devido ao desenvolvimento turístico.

Estas alterações demográficas reflectem-se a nível familiar, económico, comunitário e na sociedade em geral.

Embora muitos idosos não sejam doentes nem dependentes, a realidade mostra-nos que com o passar dos anos surge uma perda progressiva de autonomia e a consequente dependência que impossibilita ou dificulta o idoso na satisfação das suas necessidades básicas do quotidiano e a precisar de ajuda.

Esta ajuda, na maioria das vezes, é prestada pela família e pelos vizinhos, o que na sua ausência ou incapacidade, leva os idosos a abandonar o domicílio habitual e a procurar ajuda nos lares.

Para muitos idosos a família e os vizinhos ou melhor o “conhecido”, acabam por ser “tudo” o que possuem e ao qual estão ligados afectivamente, sendo importante realçar os laços estabelecidos com o espaço, os objectos e as pessoas significativas, como factores de manutenção do seu equilíbrio e segurança.

O fenómeno do envelhecimento demográfico, ao provocar alterações na sociedade, provoca necessariamente alterações na estrutura familiar e no seu funcionamento. Estas alterações sociais, familiares e demográficas deram lugar ao alargamento de redes de instituições de apoio a idosos, dado que era urgente encontrar soluções para este complexo fenómeno social para tentar dar resposta às necessidades da população idosa.

A família e os amigos constituem muitas vezes a principal rede de suporte dos idosos. Quando são separados, a solidão, o isolamento, a forma de lidar com a perda, podem aumentar a insegurança e bloquear a capacidade de adaptação a novas situações.

Quando a família se torna incapaz de ajudar o idoso a superar determinadas limitações que afectam a realização das suas actividades de vida, o lar parece apresentar-se aos idosos e famílias como uma das alternativas possíveis.

O aparecimento de problemas de saúde que impediam ou dificultavam a realização das actividades de vida diária e a incapacidade da família para ajudar a superar estas dificuldades foram as razões maioritariamente apontadas que levaram os inquiridos a ir para o Lar. Outras razões determinantes na procura deste tipo de equipamento foram a solidão e o isolamento, situação maioritariamente devida à morte do cônjuge.

Todos os idosos referiram que eram bem tratados no Lar, realçando o bom ambiente existente entre idosos e entre idosos e funcionários, chegando mesmo a considerar o Lar como uma família, a que não será certamente alheio o facto da sua pequena dimensão e o tempo que já permaneciam na instituição.

Apesar de todos se sentirem bem tratados, verificava-se algum desajuste entre o seu ideal e a situação que tinham optado voluntariamente ou foram forçados a optar, dadas as circunstâncias.

A maioria dos inquiridos referiu sentir-se satisfeito com o Lar e mesmo que tivesse oportunidade de mudar, não gostaria de ter outro tipo de equipamento/serviço. O facto de se sentirem bem, considerarem o Lar como a sua casa e o tempo que permaneciam na instituição terão tido um peso determinante na resposta.

Alguns idosos referiram que gostavam de estar na sua casa. Apesar de durante a entrevista serem lembrados dos vários equipamentos que podiam ser postos à sua disposição, não especificaram qual o equipamento/serviço que preferiam, uma vez que

os disponíveis não lhes resolviam o problema da solidão e isolamento, principalmente durante a noite.

Pareceram-nos conformados com todas as transformações sociais e familiares sofridas, com a sua situação e formas de apoio disponíveis, pois, não sendo o ideal, a sua ausência agravar-lhes-ia esta fase da vida.

O “peso dos anos”, o “aparecimento de doenças”, a “falta de forças, o “aparecimento de dores”, o “desinteresse pela vida”, a “perda de capacidades funcionais e de pessoas e objectos significativos”, a “solidão, o “isolamento” e a “ausência de projectos para o futuro”, foram experiências marcantes que influenciaram o processo de envelhecimento e consequentemente a qualidade de vida e o bem estar dos idosos envolvidos neste estudo.

A Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, organizada pela ONU em 1982, defendia que a protecção das pessoas idosas deveria ultrapassar a luta contra a doença e investir no seu bem estar global, tendo presente a interdependência dos factores físicos, mentais, sociais, espirituais e ecológicos, esperando-se que no século XXI, a maioria dos cuidados de saúde sejam desenvolvidos e prestados localmente.

O apoio e protecção aos idosos devem centrar-se para além das medidas nacionais de saúde, em redes locais inter-institucionais e inter-humanas. A Organização Mundial de Saúde através do seu mais recente “Projecto Saúde 21, Europeia Saúde Para Todos”, enfatiza a necessidade de uma saúde mais participada e apoiada pela comunidade e pelos parceiros sociais.

Através da Meta 20 “Mobilizar parceiros para a saúde” e da Meta 21 “Políticas estratégicas de saúde para todos”, prevê e ao mesmo tempo incentiva a implementação de políticas de saúde que envolvam indivíduos, grupos do sector público e privado e da sociedade civil, a nível nacional, regional e local, fazendo-se alianças e parcerias, tendo como objectivo a Saúde para Todos. Preconiza ainda, através da Meta 5 “Envelhecer

saudavelmente”, que no ano 2020 os idosos com mais de 65 anos de idade tenham oportunidade de viverem ao máximo o seu potencial de saúde e de desempenhar um papel social activo, colaborando activamente na vida do quotidiano e na resolução dos seus próprios problemas.

Relativamente às redes sociais locais, conhecedoras das vivências dos idosos e da realidade específica em que se encontram inseridos, terão futuramente um papel decisivo na implementação de dinâmicas locais, aproveitando, rentabilizando e valorizando os saberes, as experiências e as vivências dos idosos, procurando uma aproximação geracional, uma aproximação entre os mais novos e os mais velhos, contribuindo assim para uma melhor compreensão do presente e do futuro.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Isabel Silva (1997) – Direitos legais do idoso em saúde comunitária. “Servir”, Lisboa, vol. 45, nº5, Set./Out., p 229-243.

ARY, Donald; JACOBS, Lucycheser; RAZAVIEH, Asgar (1990) – Introducion to Research In Education. 4.th ed.; Forth Nort, Harcourt Brace Colleg Publishers.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen (1989) – Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) – Pessoas idosas: uma abordagem global. Lisboa, Lusodidacta.

BIRCHFIELD, Patrícia C. (1999) – Saúde dos idosos, in: STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Seanalt - Enfermagem Comunitária. Lisboa, Lusociências.

BOLANDER, Verolyn Era (1998) – Sorensen e Luckman Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lisboa. Lusodidacta.

BRINK, Pamela J. (1989) – Exploraty designs, in: BRINK, Pamela J.; WOOD, Marilynn J., (org.) – Advanced designs in nursing research. Newbury Park, Sage Publications, p 141-160.

CAMPOS, António Correia de (1987) – Os serviços de saúde em Portugal: organização actual. Lisboa, “Sociedade Portuguesa de Psiquiatria”, p 1-8.

CANDEIAS, Amável J. C. (1998) – Concentração populacional nos centros urbanos da Região Alentejo. Évora. Comissão de Coordenação da Região Alentejo.

CARDEIRA, Joana Lopes (1996) – Da ecologia humana à sociologia do ambiente: a lenta conceptualização das relações entre a sociedade e ambiente. Lisboa, “Mediterrâneo”, nº 8, Jan./Dez.

CASTRO, Carla R. Nogueira de ; RODRIGUES, Rosalina Aparecida P. (1992) – O idoso e a aposentadoria. “Revista da Escola da USP”, São Paulo, 26(3), Dezembro, p 275-288.

CENTRO REGIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL DO ALENTEJO. SERVIÇO SUB-REGIONAL DE ÉVORA. DEPARTAMENTO DE ACÇÃO SOCIAL-NÚCLEO DE APOIO ÀS INSTITUIÇÕES DE SOLIDARIEDADE SOCIAL (NAIPSS) – Instituições com acordo de cooperação por concelho. Évora, Dez./1999.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989) – Promover a vida. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO DO ALENTEJO (CCRA) – Programa Operacional da Região Alentejo (2000-2006).

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO DO ALENTEJO (1996) – Estudo demográfico da Região Alentejo.

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO DO ALENTEJO (1999) – Fichas de caracterização concelhia.

CORDEIRO, J. C. Dias (1987) - A saúde mental e a vida. 2ª ed., Lisboa, Edições Salamandra

DESTREM, Hugues (1975) – A vida depois dos 50 anos. S. Paulo, Edições Paulistas.

DINIZ, Alexandre (1997) – A pessoa idosa. In: Temas em Geriatria, Tomo III. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

FERNANDES, Ana Alexandre (1997) – Velhice e Sociedade. Oeiras, Celta Editora.

FERREIRA, Laurinda; MIRANDA, Amorim (1996) – Terceira idade: que realidade? Que futuro? “Nursing”, vol. 9 nº 101, Junho, p 12-13.

FERREIRA, Virgínia (1986) – O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos, in: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (org.)- Metodologia das ciências sociais. Porto, Edições Afrontamento.

FISHER, Maggie (1990)– Contacto humano: O toque físico e a presença. “Nursing”, Lisboa, 31 (3), Agosto, p 16-19.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – O processo de investigação. Da concepção à realização. Loures, Lusociência.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (1991) – Guia de Portugal. Vol. II – Estremadura, Alentejo e Algarve, 2.ª ed., Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

GARCIA, Luís Miguel Alves (1994) – Dependência em idosos. “Nursing”, Lisboa, Ano 7, Nº 78/79, Jul./Ago., p 8-11.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1992) – O inquérito: teoria e prática. Oeiras, Celta Editora.

GOMES, Frederico A. de Azevedo; FERREIRA, Paulo C. Affonso (1985) – Manual de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, EBM.

GOMES, Maria Cristina Sousa (2000) – Prospectiva do envelhecimento demográfico na região de Viseu. O caso particular dos equipamentos sociais para idosos. Dissertação de doutoramento na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

HALL, M. R. P.; MCLENNAN, N. W. J.; LYE, M. D. W. (1997) – Cuidados médicos ao doente idoso. Lisboa. Cimepsi Editores.

HAWLEY, Amos H. (1996)– Teoria de la ecologia humana. Madrid, Editorial Etnos.

HENS, Luc; DEVUYST, Dimitri (1994) – Human Ecology: The European Perspective, Belgium, “Human Ecology Review”, Summer/Autumn, 1.

HOOD, Gail Harkness; DINCHER, Judith R. (1995) – Fundamentos e prática de enfermagem: atendimento completo ao paciente. 8ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas.

ILHÉU, José Ramalho (1993) – Estratégias de participação social na população idosa do Alentejo. “Economia e sociologia”, nº56, Évora, p 27-50.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1999) – As gerações mais idosas. Série de Estudos n.º 83.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1991-1900) – Recenseamentos da população.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1995) – Estatísticas demográficas.

LAMY, Michel (1995) – As camadas ecológicas do homem. Lisboa, Instituto Piaget.

LIMA, Jaquelina A. Pinto (1997)– Ser idoso: que mudança, que adaptação. “Nursing”, Lisboa, vol. 10, nº 113, Jul./Ago.

LITTLEJOHN, Stephen (1998) – Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.

KERLINGUER, Fred N. (1980) – Metodologia da pesquisa em ciências sociais. Um tratamento conceitual. São Paulo, EPU.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO. SUBREGIÃO DE SAÚDE DE VISEU (s.d.) – Enfermagem e “Midwife”, Health 21 – “Saúde 21” (Versão abreviada). (Anabela Sampaio, Trad.). Viseu: mimeog.

MIRADA, Antoni; VALLS-Llobet (1996) – Dar vida aos anos. Como viver bem a maturidade. Lisboa, Círculo de Leitores.

MIRANDA, José Rodrigues; MIRANDA, Laurinda Amorim (1998) – As representações que o enfermeiro tem do idoso. “Revista Sinais Vitais”, Coimbra, n.º 19, Julho, p 21-25.

MORAIS, Maria da Graça (1993) – Solidariedade e idosos. Um breve olhar através de doutrinas demográficas até ao século XVIII. “Economia e Sociologia”, n.º 56, Évora, p 89-94.

MORÁN, Emílio E. (1990) – A ecologia humana das populações da Amazónia. Petrópolis, M. J. Vozes.

NAZARETH, J. Manuel (1993) – Demografia e ecologia Humana. In : Análise social, XXVIII:123, Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, p 879-885.

NAZARETH, J. Manuel (1993) – O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. “Economia e Sociologia”, nº 56, Évora, p 5-25.

NAZARETH, J. Manuel (1979)– O envelhecimento da população portuguesa. Lisboa, Editorial Presença, (Colecção Análise Social,6).

NETO, Domingos (2000) – Ecologia e Relações Humanas. Ensaio sobre o Poder Superior, Ecologia e Espírito Humano. Lisboa. Fim de Século, Edições Sociedade Unipessoal, Lda.

NETTO, Matheus Papaléo (1999) – Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. Rio de Janeiro. Atheneu.

NUNES, J. C. (s. d.) – Palestra sobre o Alentejo. Lisboa, Edição da Casa do Alentejo.

ODUM, Eugene P. (1997)– Fundamentos de ecologia. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 5ª ed.

PAÚL, Maria Constança (1992) – Satisfação de vida em idosos. “Análise Psicológica”, Lisboa, N.º 68, p 61-68.

PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António (1999) – A saúde e a qualidade de vida em idosos. “Psicologia, Educação e Cultura”, Porto, Vol. III, n.º 2, p 345-362.

PENA, António; CABRAL, José (1996) – Roteiros da Natureza. Lisboa, Temas e Debates.

PINTO, Vítor Feytor (1996) – Humanização e qualidade de vida. “Servir”, Lisboa, 44(1), Jan./Fev., p 12-20.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. DIRECÇÃO REGIONAL DO ALENTEJO (1995) - Anuário Estatístico da Região Alentejo. Évora.

RAMOS, Francisco Martins (1993)– Contributos etnográficos para uma antropologia da terceira idade. “Economia e Sociologia”, nº 56, Évora, p 77-88.

REIS, José Jr. (1997) – Contributo da Gerontologia para uma política de prevenção. In : Temas em Geriatria, Tomo III. Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

REGIÃO DE TURISMO DE ÉVORA (1990) – Alentejo, tesouro escondido de Portugal.

RIBEIRO, José Luís Pais (1998) – Psicologia e Saúde. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

ROBERT, Ladislav (1985) – O envelhecimento. Factos e teorias. Lisboa, Instituto Piaget.

ROBERTO, Júlio (1996) – Ecologia Humana: uma nova maneira de pensar. Lisboa, Edições ITAU.

SILVA, Augusto Santos; PINTO José Madureira (org.) (1986) – Metodologia das ciências sociais. 6ª ed., Porto, Edições Afrontamento.

SOUSA, Maria Manuela Barreiros de (1998)– O envelhecimento- uma abordagem pluridisciplinar. “Servir”, Lisboa, vol 46, nº 6, Nov./Dez., p 316-317.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc V. (1992) –Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa, Gradiva.

VARANDA, Estela; FREITAS, Otilia (1998) – Qualidade de vida em idosos residentes em lar. “Revista Sinais Vitais”, Coimbra, nº 17, Março, p 39-43.

WALKER, D. J. (1989) – O envelhecimento normal. “Nursing”, Ano 2, nº 22, Novembro, p 2-6.

ANEXOS

ANEXO I – Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

JOÃO DURÃO

**ÉVORA
2000**

1 – SEXO

Masculino

Feminino

2 – IDADEanos

3 – ESTADO CIVIL

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

Outro

Qual? _____

4 – Residência (antes da vinda para o Lar)

Évora

Fora de Évora

5 – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Não sabe ler nem escrever

Só sabe ler

Sabe ler e escrever sem exame

Ensino básico primário

Ensino básico (2º ano ou 6ª classe)

Ensino secundário geral ou unificado (5º ano)

Ensino secundário complementar (7º ano)

Ensino Politécnico

Ensino universitário

6 – Actividade(s) profissional(is) que exerceu (referir 1º a última actividade)

7 – Tem família

Sim

Não

8 – Composição e residência dos elementos do agregado familiar

Elementos	Grau de Parentesco	Residência

9 – No caso de ter cônjuge, este(a) reside

No mesmo estabelecimento

No seu domicílio

Noutro local

Qual _____

10 – Com quem residia antes de vir para o Lar?

11 – Está abrangido por qual dos seguintes regimes?

- Caixa geral de aposentações
- Segurança social
- Regime geral
- Velhice
- Invalidez
- Sobrevivência
- Regime especial de rurais
- Pensão social
- Outra situação

Qual _____

12 – Tem outros rendimentos, além da reforma?

Sim

Não

Se sim, quais? _____

13 – Considera que a sua reforma é:

Muito Boa

Boa

Suficiente

Insuficiente

Muito insuficiente

14 - Em que actividades de vida diária se sente, actualmente, dependente?

	Sim	Não
Manter o ambiente seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene pessoal e vestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comer e beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mover-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 – Quais são os principais problemas ou dificuldades que sente?

16 - Quanto ao atendimento e relacionamento, como se sente tratado?

	Bem	Nem bem Nem mal	Mal
Serviços de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poder local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 - Tem contactos com a sua família:

Todos os dias	<input type="checkbox"/>
1 vez por semana	<input type="checkbox"/>
1 vez de 15 em 15 dias	<input type="checkbox"/>
1 vez por mês	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

18 - Tem contactos com os seus amigos

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| Todos os dias | <input type="checkbox"/> |
| 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| 1 vez de 15 em 15 dias | <input type="checkbox"/> |
| 1 vez por mês. | <input type="checkbox"/> |
| Nunca | <input type="checkbox"/> |

19 - Com quem se relaciona com mais frequência no dia-a-dia?

20 - Relativamente à sua família, amigos ou conhecidos, tem por hábito:

- | | Sim | Não |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fazer visitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Receber visitas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trocar correspondência | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fazer e receber telefonemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21 - Actualmente, como ocupa o seu tempo?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Ver televisão | <input type="checkbox"/> |
| Ouvir rádio | <input type="checkbox"/> |
| Ler | <input type="checkbox"/> |
| Conversar | <input type="checkbox"/> |
| Tricotar, bordar, crochet. | <input type="checkbox"/> |
| Jogar cartas e/ou dominó | <input type="checkbox"/> |
| Passear | <input type="checkbox"/> |
| Ir às compras | <input type="checkbox"/> |
| Ajudar nos trabalhos do Lar | <input type="checkbox"/> |

Ajudar a tratar do jardim

Ir ao café e/ou taberna

22 – Há quanto tempo está no Lar?

23 - Qual ou quais as razões que o (a) levaram a vir para o Lar?

Razões de saúde

Incapacidade para realizar as actividades de vida diária

Solidão

Isolamento

Incapacidade da família

Morte ou ausência da pessoa com quem residia

Falta de condições habitacionais

Mudança de residência dos familiares

24 - Gosta de estar no Lar?

Sim

Não

Porquê

25 - Gostaria de outro tipo de equipamento/serviço?

Sim

Não

Se sim, qual e porquê.

Se não, porquê.

26 - Quando sentiu que começou a envelhecer? Como vive esta fase da vida? Tem projectos para o futuro?

