

Universidade de Évora

*Problemática do envelhecimento na
perspectiva da Ecologia Humana: o
caso particular de Castelo de Vide*

Maria Teresa de Aguiar Pereira e Pestana

Évora

1994

Universidade de Évora

*Problemática do envelhecimento na
perspectiva da Ecologia Humana: o
caso particular de Castelo de Vide*



61991

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

Maria Teresa de Aguiar Pereira e Pestana

Évora

1994

*É muito velha. Velha, ou consumida
na serena angústia de aguardar que a vida
vá golpe a golpe desbastando os laços
de carne e de memória, de prazer, piedade,
ou do simples ouvir que os outros riem,
e chorem e ciciam ou silentes
se escutam tal como ela se escutava
na calma distração de respirar
o tempo que circula pelas veias.*

Metamorfoses - Jorge de Sena

*Porque o que em nós mais envelhece é
justamente o mais objectivável, aquilo que
mais constantemente sofre a objectivação de
nós e dos outros... Porque dentro de mim o
meu corpo é intemporal como eu.*

Invocação ao Meu Corpo, Vergílio Ferreira

Agradecimentos

A abrir estas páginas, umas palavras, necessariamente a quem do devido, às pessoas que de certa maneira contribuíram para a sua execução.

Ao Senhor Professor Doutor J. Manuel Nazareth, os nossos agradecimentos e o testemunho da maior admiração pelo estímulo que nos transmitiu e pelos ensinamentos que dele recebemos.

À Senhora D. Maria Virgínia Bandeiro pelos elementos que nos facultou do NAFSS e sem os quais não nos seria possível elaborar parte do trabalho, o nosso sincero agradecimento.

Às Senhoras D. Amélia Dionísio, D. Guilhermina Margarido e D. Maria Videira, funcionárias dos lares Nossa Senhora da Esperança e Nossa Senhora da Graça pelos elementos que ajudaram a colher junto dos utentes dos seus lares, o nosso vivo agradecimento.

À Senhora D. Adelaide Martins, pela grande competência revelada na passagem para o computador de todo o trabalho realizado, muitas vezes com prejuízo do seu descanso, o nosso obrigado pela sua compreensão e solidariedade manifestadas.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. O ENVELHECIMENTO DA REGIÃO DE CASTELO DE VIDE NO CONTEXTO DO PAÍS	9
1.1. O ENVELHECIMENTO: CONCEITO E DIMENSÕES	10
1.2. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL	26
1.3. O CASO PARTICULAR DE CASTELO DE VIDE	39
1.4. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E ESTRUTURA SOCIAL	46
1.5. EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE EM CASTELO DE VIDE	50
1.6. O IDOSO INSTITUCIONALIZADO: RESULTADOS DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO	60
1.7. CONCLUSÃO	64
2. A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA; ASPECTOS TEÓRICOS	66
2.1. INTRODUÇÃO	67
2.2. ESPECIFICIDADE DA ESPÉCIE HUMANA	70
2.3. CONCEITOS E ENUNCIADOS DA ECOLOGIA HUMANA	79
2.4. ORIENTAÇÃO DA ECOLOGIA HUMANA PARA O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO	96

3. A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA: O CASO PARTICULAR DE CASTELO DE VIDE	99
3.1. INTRODUÇÃO	100
3.2. OS LARES	102
3.3. METODOLOGIA DA PESQUISA	110
3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	132
4. CONCLUSÃO	164
ANEXOS	169
BIBLIOGRAFIA	184

INTRODUÇÃO

Se o trabalho profissional obriga a pôr em prática os conhecimentos, atitudes e aptidões adquiridos nesse âmbito específico e necessários à sua consecução suscita, não raras vezes, questões indutoras de investigação.

O nosso trabalho de Clínica Geral/Médico de Família, prendendo-se com o fornecimento de cuidados essenciais e contínuos a indivíduos e famílias e aceitando a responsabilidade da decisão inicial sobre todos os problemas que o utente possa apresentar, esbarra por vezes com dificuldades quase intransponíveis. Este facto é marcante na área da Geriatria onde nos pedem respostas médicas a problemas fundamentalmente sociais e demográficos. O detectar fácil desta questão tem a ver com o nosso local de trabalho: um concelho do interior do País, onde o envelhecimento demográfico se tem feito sentir.

Os problemas "difíceis", colocados tanto pela família como pelo idoso, têm a ver com a resolução da dependência, física e/ou psíquica, do idoso.

Dois curtos exemplos da nossa prática clínica demonstram bem o que pretendemos dizer. Ao sermos abordados por um indivíduo de idade queixando-se de dificuldade à locomoção, o nosso primeiro olhar vai para a possível etiologia (p. ex. a bradicinésia do síndrome de Parkinson) e seguidamente para a prescrição de uma terapêutica, a maior parte das vezes sintomatológica. Também quando um familiar de um indivíduo idoso o acompanha à consulta referindo que "não o consegue tratar porque ele não descansa de noite" (p. ex. a insónia da depressão) tentamos medicar com o intuito de solucionar o problema.

Mas houve um pedido, não expresso, de ajuda pelo indivíduo e pela família nos primeiro e segundo casos, respectivamente, em ordem a resolver uma questão que impõe uma dificuldade na vida do dia-a-dia. Se o tratamento médico não provocar melhoria do quadro sintomatológico, o que é sumamente frequente em Geriatria, ou se houver somente uma melhoria temporária e transitória, novos pedidos de ajuda existirão, esbarrando com a incapacidade do médico na sua solução.

Posteriormente, em colaboração ou não conosco, a sociedade na figura de familiares ou outros que estejam disponíveis negociará a resolução dos problemas. Dizemos disponíveis precisamente porque aqui reside o âmago da nossa dúvida.

É-nos dado observar na sequência do seguimento prestado ao idoso que este se queixa de abandono por parte da família, encontrando no plano das respostas organizadas (apoio domiciliário, centro de dia, lar) as possibilidades possíveis de apoio.

Mas não sendo muito lato o leque de opções, aquando de situações algo limitativas da vida na comunidade o idoso é transferido de sua casa para lares. Parece-nos que, dos que pedem ajuda, poucos são os que permanecem na comunidade vivendo em suas casas ou em casa de família. A família não fornece ao idoso a ajuda pretendida.

Quais as possíveis dimensões a identificar nesta mudança de direcção do modo de vida do idoso?

O envelhecimento social tem vindo a ser estudado à luz de diversas problemáticas, desde a óptica descritiva e analítica à interdependência entre a transformação demográfica e a instituição familiar, passando pelo estudo da relação população-recursos.

Se, por um lado, aquela alteração do modo de vida do idoso terá a ver com um processo de envelhecimento demográfico, também tem relação com as alterações que se passam no seio da família.

Das condições que esta detém dependerão as condições que oferecerá ao idoso. Mas terá também este um papel activo nesta alteração que não seja só o directamente relacionado com a incapacidade para a vida independente na comunidade?

Projectámos uma pesquisa com esta temática multidimensional para tornar patente os vectores possíveis implicados na institucionalização do idoso.

Foi feita no local onde surgiram as dúvidas.

Dimensionámos o estudo em três partes. Na primeira tentámos delimitar, apoiados em pesquisa documental (fontes estatísticas e publicações administrativas), teórica e num estudo exploratório vertentes implicadas na direcção tomada pelo indivíduo na fase final da vida. Descobrem-se determinantes demográficas, familiares e individuais.

A fundamentação teórica é a da Ecologia Humana.

É descrita no 2º capítulo. Aquela oferece-nos um quadro teórico integrando a unidade básica simples do sistema social, o indivíduo, nas unidades funcionais complexas, considerando de tal forma a ligação organização social/população. O conceito de grupo como unidade funcional básica do sistema social e a concepção da existência de relações de dois únicos tipos (simbióticas e comensalísticas) entre as unidades (simples e complexas) do sistema social ajudam-nos a estabelecer o modo de relação que o indivíduo (o idoso) integrado no grupo (família ou lar) apresenta com os outros indivíduos e com o meio ambiente (outra vertente da ecologia Humana).

Para o indivíduo, a Ecologia Humana propõe propriedades únicas que o tornam *agente* do tipo de relação desenvolvido com os outros e com o meio ambiente: com sua necessidade de *sobrevivência* o indivíduo tem de ter *acesso ao meio*, donde lhe vem o sustento. Cria também as suas *interdependências* com as quais aprende o necessário para sobreviver em sociedade. Esta interdependência abrange os planos ecológico, biológico, psicológico e social.

A insuficiência numa dessas características impõe ajuda para que sobreviva, sendo procurada pelo indivíduo.

Assim o estudo desenvolve-se posteriormente no sentido de determinar quais as características tornadas insuficientes que levam o idoso à procura da ajuda do lar. Esta será ditada por condicionantes ligadas ao indivíduo como elemento do grupo, unidade funcional básica do sistema social.

Tentar-se-á também descortinar o tipo de relações que o idoso tem neste grupo (corporado) em que vive, e a alteração que se terá produzido nas suas limitações.

Considerados os objectivos orientadores do presente estudo resta-nos somente mencionar que a pesquisa se centrou em idosos institucionalizados tendo sido utilizada a entrevista como técnica de colecta de dados.

**1. O ENVELHECIMENTO DA REGIÃO
DE CASTELO DE VIDE NO CONTEXTO DO PAÍS**



1.1. O ENVELHECIMENTO: CONCEITO E DIMENSÕES

O envelhecimento não é uma patologia. É um processo biológico que, avançando com o tempo, revela alterações, enfraquecimento e desgaste progressivo devido a **usura e a acumulação estatística de lesões** (Lessa, 1991:12). É uma conquista de índole social e não uma consequência biológica da evolução.

"O tecto da longevidade actual é projectado para o tecto da longevidade própria da Espécie Humana" (Lessa, 1991:17). Aquela tem-se mantido constante; o que tem variado é a esperança média de vida.

A descoberta e uso pelo Homem de tecnologias avançadas em vários domínios originou, a par de um aumento das populações, *um aumento da população idosa* iniciando nuns casos e agravando noutros questões de índole social, económica e política. Mas tal expressão sociodemográfica não é global, estando condicionada a determinadas sociedades.

A sujeição a funções alteradas, doenças, desafios ambientais que potenciam o desenvolvimento de fragilidades e a incapacidade para viver independentemente impõe modificações sociais de vária ordem que, para serem entendidas, implicarão abordar o envelhecimento segundo várias dimensões.

O envelhecimento constitui-se termo de difícil definição. Biologicamente pode-se considerar como as alterações desenvolvendo-se ao longo da vida produzindo uma **"diminuição na capacidade de sobrevivência"** e terminando na morte (Cotran, Kumar e Robbins, 1991: 447).

Apesar de ser um processo fundamentalmente biológico apresenta dimensões químicas, funcionais, psicológicas e sociais.

Existe um declínio progressivo da função celular com a idade evidenciado por muitas alterações anatomopatológicas e biomoleculares: diminuição da síntese de proteínas estruturais e enzimáticas, menor capacidade das mitocôndrias para sobreviver a uma lesão hipóxica, menor capacidade das células velhas na captação de nutrientes, acumulação de resíduos na forma de pigmentos, irregularidade nuclear (Cotran, Kumar e Robbins, 1991).

Há várias teorias para explicar a biologia do envelhecimento celular.

Podem-se agrupar em duas categorias gerais, uma baseada na produção de erros moleculares, a outra na regulação de genes específicos (Cotran, Kumar e Robbins, 1991; Abrass, 1991; Rubin, 1988).

A primeira diz respeito à exposição contínua do indivíduo, durante a vida, a factores adversos tanto endógenos como exógenos levando a uma progressiva diminuição da capacidade funcional da célula (Teorias do erro-catástrofe, dos radicais livres, das ligações cruzadas e da acumulação de produtos de excreção).

A segunda categoria diz respeito ao controlo genético da longevidade, o qual é sustentado por modelos de envelhecimento *in vitro* (Teorias do potencial de duplicação finito das células, das mutações somáticas ao acaso, do envelhecimento programado e da mutagénesse intrínseca)

Torna-se evidente que a base exacta do envelhecimento celular ainda é obscura. Admite-se uma origem multifactorial deste processo.

O envelhecimento de órgãos e sistemas apresenta também alterações bem descritas (Cotran, Kumar e Robbins, 1991; Abrass, 1991; Busse, 1989).

Designam-se dois sistemas como estando na origem do processo biológico do envelhecimento: o neuroendócrino e o imune (Cotran, Kumar e Robbins, 1991; Abrass, 1991; Rubin, 1988)

O declínio das funções fisiológicas inicia-se na quarta década da vida. É de nomear a diminuição da força muscular, da reserva cardíaca, do tempo de condução do nervo, da capacidade pulmonar vital, da filtração glomerular, da elasticidade vascular.

Muitas mais alterações fisiológicas aparecem no envelhecimento. Não cabe aqui fazer uma descrição exaustiva. Mas é preciso mencionar alguns pontos.

As alterações perceptivas abrangem a acuidade visual e a auditiva e as sensibilidades gustativa, olfativa, dolorosa e vibratória.

Todos os sistemas orgânicos, sem excepção, são afectados havendo sempre sinais exteriores do processo.

Por último é necessário sublinhar o envelhecimento neurológico que apresenta alterações a nível anatómico e fisiológico (mecanismos de neurotransmissão, alterações metabólicas, alterações do fluxo sanguíneo e alterações da actividade eléctrica cerebral). Tais alterações têm expressão em duas áreas fundamentais: do comportamento e da motricidade.

No entanto há que considerar tanto o facto de certos indivíduos idosos só apresentarem diminuições de função sob stress, como a existência de grande variabilidade intragrupal (Abrass, 1991).

Tais diferenças apontam para a possibilidade de existência de uma gradação no envelhecimento desde o "*bem sucedido*" ao "*normal*" onde o primeiro representaria uma perda fisiológica mínima e o segundo alterações significativas (Rowe, 1989)

É preciso não confundir o envelhecimento com a doença.

O declínio fisiológico ocorre independentemente da doença.

Mas esta distinção apresenta, do ponto de vista etiológico, diversos problemas conceptuais.

Apesar de terem sido observadas talvez centenas de alterações anatómicas e fisiológicas relacionadas com a idade, tais medidas não serviram até hoje para caracterizar um estado geral do envelhecimento (biomarcadores da idade).

Várias razões estão implicadas: inexistência de acordo na representação de eventuais medidas universais sobre o envelhecimento; estudos retirados de processos doutras espécies onde a representação da doença, tal como é concebida para o homem, não existe; atribuição de certas características ao envelhecimento obtidas a partir de indivíduos que se sentiam bem e não apresentavam queixas ou condições médicas diagnosticadas; inferências derivadas maioritariamente de estudos transversais (Wallace, 1992).

Eventualmente os factores que causam ou aceleram o processo de envelhecimento serão os mesmos que produzem doenças. Nalguns casos os mecanismos biológicos serão semelhantes (Wallace, 1992).

Mas tal não quer dizer que não seja útil considerar uma dicotomia entre envelhecimento e doença.

O indivíduo mais velho apresenta maior vulnerabilidade à doença.

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

"A característica patognomónica do envelhecimento não é tanto uma diminuição na função basal mas uma capacidade reduzida de adaptação ao stress ambiental" (Rubin, 1988:30).

Por seu lado é esta redução da capacidade homeostática total que poderá impôr ao indivíduo uma diminuição da sua capacidade funcional limitando subsequentemente a vida do dia-a-dia.

A avaliação do indivíduo idoso "deve focar o que pode fazer, relativamente ao que deveria ser capaz ou deseja fazer, e a identificação de deficits funcionais recentes que podem ser reversíveis" (Rowe, 1989:44).

Tal processo complementa o diagnóstico do idoso, e completando a avaliação do estado de saúde, configura as *situações que necessitarão de suporte, o tipo de suporte, a qualidade de vida e o local de habitação* (Kramer e Schrier, 1990).

São várias as alterações psicológicas que acompanham o passar dos anos.

Abordaremos alguns ângulos da psicologia cognitiva, da personalidade e da psicologia social do envelhecimento.

O nível cognitivo pode ser afectado por características individuais, ambientais e do tipo de tarefas, além da idade (Siegler e Poon, 1989). Tais características impõem diferenças quer a nível de processamento de texto, da compreensão do discurso, da cognição espacial e da solução de problemas apesar de todos estes níveis estarem alterados *negativamente* no idoso.

Por sua vez a memória, no envelhecimento, mostra-se fundamentalmente diminuída a nível da memória secundária.

Apesar do atraso sensorio-motor ser inevitável aquele não afecta sensivelmente a memória primária (Siegler e Poon, 1989; Colsher, 1992).

O funcionamento intelectual também apresenta modificações no idoso, havendo um declínio no raciocínio dedutivo e no indutivo. No entanto o funcionamento intelectual decadente parece estar relacionado com a saúde física insatisfatória, mas não com a saúde mental alterada (Siegler e Poon, 1989).

Com a personalidade, organização única de um indivíduo englobando várias vertentes (comportamento, expressão, pensamento, carácter), declarações sucintas globais sobre suas relações com a idade são simplistas. No entanto parece que certos padrões de personalidade apresentam resultados mais positivos no final da vida (Siegler e Poon, 1989). Os vários tipos de personalidade respondem diferentemente a acontecimentos de vida.

A auto-estima, confiança e auto-imagem positiva sofrem traumas alterando-se nesta fase da vida (Carvalho e Alves Gomes, 1986). No entanto formas de integração emocional e intelectual do idoso podem mantê-las.

As relações sociais são influenciadoras/mediadoras da saúde e bem-estar. Aquelas apresentam três dimensões major: estrutura, conteúdo e percepção do suporte (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

A integração social medida pela extensão da rede social tem sido descrita como protectora da saúde do indivíduo e relacionada com índices de mortalidade inferiores aos que se encontram aquando da sua ausência (Fitzpatrick, 1986).

Admite-se como possível que a **"rede social funcione como factor mediador entre o indivíduo e o agente patogénico"** (Fitzpatrick, 1986:39).

A rede social permanece relativamente constante até aos 70 anos altura em que tende a ser menor (Siegler e Poon, 1989). A dimensão da rede está relacionada com o suporte social do idoso. Outras medidas da rede (proximidade geográfica, e tipos de contactos — face-a-face e não visuais) têm importância no tipo de suporte: as duas primeiras estão relacionadas com o apoio instrumental, estando o suporte emocional significativamente relacionado tanto com as ligações mais próximas geograficamente como as não próximas, apesar da associação ser mais significativa com ligações mais próximas (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

Por seu lado o suporte social também está relacionado com alterações da saúde revelando-se a percepção do suporte, num estudo com indivíduos de mais de 65 anos, o factor mais significativo para prever o risco de mortalidade (Fitzpatrick, 1986).

Há uma acumulação de conhecimentos que sugere uma *associação entre falta de suporte social ou ligações emocionais e sociais estreitas e o aumento da vulnerabilidade à doença.*

A oferta de tipos particulares de suporte é realizada por indivíduos diferentes. Para o apoio instrumental parecem contribuir a família, amigos e filhos, mas estes últimos não são fontes major de suporte emocional, prendendo-se este último aspecto com relações de amigos e outros familiares (Berkman, Oxman e Seeman, 1992)

Há também outras medidas da rede social que apresentam alterações etárias. Assim quanto à *reciprocidade* o suporte fornecido pelos idosos até aos 75 anos aos filhos é maior do que o destes para aqueles, invertendo-se substancialmente esta relação a partir dos 85 anos. Entre os 75 e os 85 anos

parece haver uma ajuda equivalente de uns para ou outros (Berkman, Oxman e Seeman, 1992)

Os casais de idosos dependem muito um do outro. Aquando da morte de um deles o viúvo fica a maior parte das vezes "sozinho, isolado e sentindo-se só" (Blane, 1986:165).

Parece que os idosos isolados não têm filhos vivendo nas proximidades e estão cronicamente doentes (Blane, 1986).

Por sua vez os recursos económicos do idoso actual são baixos¹ (Blane, 1986).

Tal tratará dificuldades de vária ordem nomeadamente alimentação e saúde.

Também o stress de origem psico-social tem estado relacionado com a ocorrência de doença qualquer que seja o tipo de stressor (acontecimentos de vida ou stressor crónico) (Fitzpatrick, 1986; Pearlin, 1989).

À medida que a idade avança as circunstâncias sociais adversas têm a possibilidade de aumentar, *tendo um impacto negativo na saúde física e mental do indivíduo* (Fried e Wallace, 1992).

Algum tipo de stress de ordem social (problemas financeiros) leva a *isolamento* devido a diminuição de relações sociais estreitas, o qual poderá levar à criação de sintomas depressivos (Krause, 1991).

A acção do stress de origem social na rede social é tanto directa como devida ao processo intermédio de criação de desconfiança nos outros, a qual irá provocar o isolamento social (Krause, 1991).

1. Instituto Nacional de Estatística. Anuários Estatísticos de 1992

Por seu lado índices mais baixos de educação medidos pelo número de anos de permanência escolar exercem influência negativa na rede social diminuindo-a. Mas também este efeito parece operar indirectamente através da desconfiança que os indivíduos mais velhos apresentam nas outras pessoas (Krause, 1991).

Walker (1991) refere que o isolamento social está relacionado com inadequada alimentação no idoso, mencionando que o aumento na interacção social melhora a adequação dietética.

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

O aumento dos contactos face-a-face está inversamente relacionado com o grau de incapacidade. Parece que esta associação reflecte o impacto que a capacidade funcional tem na possibilidade de visita a amigos e familiares (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

O número de indivíduos que constituem o suporte social está positivamente associado com a incapacidade.

Por fim a necessidade de mais apoio social é fundamentalmente referida por indivíduos idosos apresentando grande incapacidade funcional (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

Rede e suporte social são **"construtos multidimensionais medindo vários aspectos das relações sociais"** (Berkman, Oxman e Seeman, 1992:208).

Para além do aspecto intrínseco das relações sociais haverá certamente determinantes ambientais (meios rurais ou urbanos, statu socioeconómico, padrões de mobilidade) **"que favorecerão ou inibirão o desenvolvimento de**

redes estáveis capazes de funcionar efectivamente" (Berkman, Oxman e Seeman, 1992:209).

A avaliação da capacidade funcional do idoso torna-se uma necessidade, dissemos.

Mas o estudo daquela requer uma definição do estado de *envelhecimento saudável*.

Dois estudos - o de Framingham e o Alameda County - definiram o bom funcionamento: **"Como não necessidade de ajuda e inexistência de dificuldades numa grande variedade de tarefas indo desde as actividades básicas da vida diária até ajoelhar-se, ficar em pé em período prolongado de tempo"** e mesmo, **"realização de exercícios vigorosos e actividades recreativas, admitindo-se o score máximo como envelhecimento saudável"** (Guralnik e Lacroix, 1992:162).

É à partir de tal noção que se pode fazer a categorização desde o funcionamento de mais alto nível até à grande incapacidade.

A magnitude da incapacidade apresenta-se quando se verifica o aumento da perda da independência na população idosa a par da idade (Kramer e Schrier, 1990; Guralnik e Lacroix, 1992).

À medida que a idade avança há uma acentuação na proporção de população residindo em instituições ou vivendo em casa *mas precisando de ajuda de terceira pessoa*.

Com o aumento da esperança média de vida é fácil prever que a perda da capacidade funcional acarretará um impacto cada vez maior.

A distribuição da incapacidade em relação com o sexo não é uniforme.

Em todos os grupos etários as mulheres mostram maior incapacidade em qualquer dos domínios observados. (Kramer e Schrier, 1990).

Os indivíduos que apresentam incapacidade funcional estão com risco aumentado de *mortalidade*, de *aumento da incapacidade*, de *apresentar quedas* e de *institucionalização* quando comparados com aqueles livres de incapacidade (Guralnik e Lacroix, 1992).

Os domínios de funcionamento a avaliar no status de saúde do idoso não só compreendem a função física como a função cognitiva, psicológica e social e a função sensorial.

Mas todos eles estão inter-relacionados, sendo talvez impossível fazer uma medição num domínio independentemente dos outros.

"Qualquer medição da função física tem um componente cognitivo e o funcionamento social está fortemente relacionado com os outros domínios funcionais" (Guralnik e Lacroix, 1992:163).

Ocorre mudança da função física no idoso tanto no sentido da melhoria como no da deterioração.

Explica-se a mudança por várias causas:

- **"progressão da doença;**
- **desenvolvimento de nova doença;**
- **resposta a tratamento ou intervenção;**
- **mudanças ambientais;**
- **condições não standard de medição;**
- **efeitos de aprendizagem influenciando a resposta à medição;**
- **diferentes observadores;**
- **problemas estatísticos"** (Guralnik e Lacroix, 1992:166).

Há uma grande variedade de instrumentos para medir a capacidade física.

São cinco as categorias pelas quais se repartem os instrumentos de avaliação da capacidade funcional:

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

O primeiro grupo contém itens de identificação de indivíduos mais gravemente incapacitados. A segunda categoria contém actividades que são necessárias para viver independentemente na comunidade. Este último tipo de actividades implica não só um correcto funcionamento cognitivo, como também oportunidade para as levar a cabo: *as pessoas que residem num lar raramente têm oportunidade de praticar algumas actividades, podendo perder essa capacidade.*

O terceiro grupo compreende avaliação de funções particulares do corpo humano.

O penúltimo grupo indica altos níveis de funcionamento em quem leva a cabo as actividades sujeitas a avaliação.

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

A escolha do instrumento de avaliação irá depender de vários factores nomeadamente do tipo de estudo a levar a cabo (descritivo ou das consequências funcionais de doenças específicas ou de intervenção), da avaliação da função (num determinado momento ou da sua evolução temporal), do objecto de estudo ser a pessoa ou o grupo (alto nível profissional no primeiro caso e alto nível de equivalência no segundo caso).

O domínio cognitivo também é importante pesquisar no idoso. A sua disfunção pode resultar em alterações funcionais físicas.

Os indicadores comuns do funcionamento cognitivo são:

- Orientação no espaço e no tempo;
- Compreensão da comunicação oral;
- Memória do passado recente;
- Capacidade em manter a atenção;
- Percepção dos acontecimentos residindo fora da esfera pessoal (Kramer e Schrier, 1990).

Existe uma grande variedade de testes de função cognitiva: testes de inteligência psicométrica, exames do estado mental, baterias neuropsicológicas, rastreio de demência, testes de memória e ainda testes laboratoriais.

A sua utilização apresenta grandes dificuldades já que não há uma medida unitária simples e existem muitas variáveis intervenientes: grau de instrução, mortalidade subsequente, doença física, prejuízo sensorial, depressão, ansiedade, ingestão de álcool (Colsher, 1992).

Tais estudos são mais úteis na compreensão da função cognitiva ao longo da vida.

A alteração da função cognitiva é muito mais comum nos indivíduos com mais de 85 anos.

Kramer e Schrier (1990) referem que dos idosos vivendo na comunidade e com prejuízo funcional, 34% apresentavam alteração mínima do status mental, 6% alteração significativa e só 1% tinha uma alteração mental muito grave.

Os idosos vivendo em lares apresentam tanto alterações cognitivas e funcionais em maior percentagem que aqueles vivendo na comunidade, como

padrões de co-morbilidade alterados (Kramer e Schrier, 1990; Fried e Wallace, 1992).

Por fim há vários instrumentos multidimensionais para avaliar tanto a rede social como o suporte, e a percepção do suporte entre os idosos (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

Há possibilidade de medir por meio de escalas, os componentes estruturais, as fontes e eficácia do suporte, a adequação da percepção do suporte e o efeito das relações sociais em resposta à doença.

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

Mas é preciso lembrar que a capacidade funcional, a cognitiva e a estrutura social *estão intimamente ligadas, influenciando-se mutuamente*.

O estudo destes aspectos em separado só pode advir de uma questão metodológica: *a inexistência de um índice complexo de avaliação global do indivíduo*.

Falar do *envelhecimento* é falar de um processo que se configura no *idoso*. É entender uma dinâmica temporal que termina na morte. Como qualquer processo conjectural sofre interações dos diferentes ambientes em que o indivíduo se encontra: biológico, psicológico e ambiental (social e físico).

Falar do *idoso* é determinar quem sofre esse processo.

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

A capacidade funcional física, numa expressão longitudinal, é apercebida como tendo uma gradação, apresentando instrumentos de avaliação fidedignos.

A capacidade cognitiva a memória e o funcionamento intelectual encontram-se alterados negativamente no idoso. No entanto a sua determinação e evolução é de difícil medição devido tanto à inexistência de uma medida unitária simples como da intervenção de muitos parâmetros influentes.

Para a estrutura da rede social a sua alteração ao longo da evolução longitudinal da vida, e eventual acção no envelhecimento, foi menos estudada, tendo-se mais propriamente confinado ao seu conhecimento e ao do suporte social e da interinfluência destes outros parâmetros (doença, alimentação).

Também pouco estudado, e não focado por nós, devido a problemas logísticos e conceptuais é o envelhecimento no contexto ecológico.

O envelhecimento como processo mostra-se com grandes lacunas dificilmente ultrapassáveis no estado actual dos conhecimentos.

A inclusão de múltiplas variáveis num processo ainda não totalmente conhecido só nos poderia levar a conclusões erróneas.

A abrangência multidimensional do envelhecimento apresenta, por ora, alguma possibilidade na análise da população considerada como tendo sofrido tal processo.

1.2. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

A Europa, incluída no bloco dos países desenvolvidos, comunga características demográficas comuns pertencentes à fase de pós-transição demográfica. Esta fase faz parte de um conjunto de três, definidas na Teoria da Transição Demográfica a qual, devido a observação e análise da evolução da população mundial ao longo de dois séculos, se apresenta como em modelo explicativo do crescimento da população mundial.

A fase de pós-transição é revelada por valores pouco elevados e idênticos de mortalidade e de natalidade. Os níveis de crescimento populacional são, por tal, baixos e tendentes para zero.

Apesar desta tendência não se pode negar a diversidade encontrada no todo europeu.

Geograficamente a Europa encontra-se dividida em quatro zonas: a Europa do Norte, a Europa Ocidental, a Europa Oriental e a do Sul.

A inclusão de Portugal nesta última faz-se não só por razões de ordem geográfica como também de ordem sociodemográfica.

Observando a mortalidade, e usando como indicadores a esperança de vida à nascença e a taxa de mortalidade infantil, já que libertos dos efeitos de estrutura, encontra-se em todos os países *um aumento da esperança de vida e*

uma *diminuição da taxa de mortalidade infantil*. Mas existem diferenças entre as várias regiões².

É na Europa do Norte e na Ocidental que se encontram os países com mais baixos níveis de mortalidade infantil e esperança de vida à nascença mais elevada.

A Europa Oriental apresenta a taxa de mortalidade infantil mais elevada e a mais baixa esperança de vida.

Por fim a Europa do Sul detém uma situação intermédia às duas regiões anteriores, na qual existem dois países (Itália e Espanha) com situação idêntica aos da primeira região mencionada, e em que Portugal e a Grécia apresentam uma mortalidade infantil ligeiramente elevada, apesar de níveis já distantes dos da Europa Oriental.

Sendo a Taxa Bruta de Natalidade um indicador grosseiro utiliza-se para a comparação das regiões um indicador isento dos efeitos de estrutura como o Índice Sintético de Fecundidade. Este, na Europa, *situa-se abaixo do nível de renovação das gerações*.

É na Europa Oriental que se encontra o valor mais elevado.

Na Europa do Sul existem dois países com renovação das gerações: a Albânia e a Jugoslávia. No entanto a tendência é o declínio. Portugal apresentava, em 1989, uma Descendência Média de 1,5 filhos por mulher (Nazareth, 1991).

² Os dados desta parte do trabalho e da seguinte foram essencialmente retirados do livro de J.

Este modelo de baixa mortalidade e de não renovação das gerações impõe, dissemos, uma tendência para o declínio das suas populações. Mas a principal causa desta evolução é a diminuição da fecundidade.

Por outro lado esta diminuição da fecundidade irá produzir um envelhecimento demográfico.

A Europa Oriental é a que apresenta maior ritmo de crescimento embora a tendência seja a do crescimento zero partilhado pelas restantes três regiões. Vários países apresentam já crescimento negativo (Dinamarca, República Federal da Alemanha).

Na Europa do Sul a Itália tem uma taxa de crescimento zero (em 1986) evoluindo Portugal para níveis de crescimento idênticos aos deste último país.

A observação dos ritmos de crescimento migratório mostra divergências em relação ao natural. As migrações estão sujeitas a alterações socioeconómicas importantes ao longo da História.

É a zona da Europa Ocidental a de maior atracção dos fluxos migratórios.

Portugal apresenta uma baixa capacidade atractiva tendo havido durante algum tempo um retorno com um nível superior em relação à emigração. Tal crescimento migratório fez com que a sua taxa de crescimento real fosse elevada.

O espaço e os volumes populacionais europeus também apresentam uma distribuição irregular.

A Europa do Sul é a região que tem distribuição mais equilibrada da relação espaço-população: 28% do espaço europeu e 28% do total da população europeia.

Portugal e a Grécia são países intermédios quer em relação ao espaço quer em relação à sua população. Mas Portugal é um dos países com reduzida expressão numérica no contexto total europeu (3% do total).

A análise das estruturas demográficas através dos grupos funcionais e índices-resumo acrescenta-nos dados de interesse ao estudo em questão.

Atendendo ao peso relativo dos jovens e dos idosos pode-se qualificar uma população como envelhecida na base ou no topo (em relação à pirâmide de idades). Desta forma encontram-se variações entre as diferentes regiões.

Em 1989 as regiões do Norte e Ocidente tinham países com duplo envelhecimento. A República Federal da Alemanha apresenta-se como o país mais envelhecido na base com 14,7% de jovens. A Dinamarca com 15,6% de idosos é o país mais envelhecido no topo seguido da Alemanha com 15,2% (Nazareth, 1991).

A Europa Oriental é apenas envelhecida na base.

Em vários países desta região, devido provavelmente a medidas de apoio à natalidade, há um tendência para o rejuvenescimento na base. Por sua vez há também países relativamente jovens no topo, podendo-se mesmo falar num processo de duplo rejuvenescimento.

Por fim a Europa do Sul também se apresenta como uma região duplamente envelhecida com valores aproximando-se dos das primeiras regiões. Mas há uma excepção: a Albânia.

Portugal no ano em referência apresentava uma taxa de 20,9% de jovens e 13,1% de idosos.

Apesar de tudo Portugal no contexto da Europa Comunitária, ainda é em 1990 dos países com menor envelhecimento (tanto na base como no topo). No entanto estes valores alteram-se, já em 1991, passando a França e a Espanha a ter valores mais elevados de proporção de jovens que Portugal, e a Espanha e o Luxemburgo valores inferiores aos observados no nosso país.³

³

Statistiques Démographiques 1992, Eurostat. Luxemburgo.

Quadro 1 Envelhecimento demográfico da população portuguesa, no contexto da europa comunitária, em 1990.

Países	% de População Jovem	% de População Idosa
	-15 anos	65+ anos
Alemanha	14,8	15,2
Itália	15,0	15,3
Dinamarca	17,1	15,6
Luxemburgo	17,1	13,4
Holanda	17,6	13,3
Bélgica	18,1	14,9
Reino Unido	19,0	15,7
Espanha	19,7	13,4
Grécia	19,8	13,7
França	20,0	14,1
Portugal	20,9	13,1
Irlanda	27,3	11,4

Fonte: OECD in Figures. The OECD Observer, n. 176, p. 6-7, Jun-Jul. 1992

Como região europeia Portugal não foge às características gerais dos países europeus: *baixa taxa de mortalidade infantil, esperança de vida à nascença elevada, diminuição da fecundidade, crescimento tendendo para zero e duplo envelhecimento* (em valores relativos e absolutos).

É além disso um país com reduzida expressão numérica, no contexto total europeu.

Mas Portugal apresenta uma notória diversidade demográfica nas suas regiões.

Uma avaliação da evolução da população portuguesa desde 1900 até 1986 mostra uma duplicação, não tendo havido em nenhum período de 10 anos taxa de crescimento tão elevada.

Até 1930 só quatro distritos tinham um crescimento superior a 1%. De 1930 a 1940 todo o espaço português apresentou um crescimento lento. A partir desta data começa-se a notar uma acentuação do crescimento no litoral com a formação de uma assimetria litoral/interior a qual, a partir da década de sessenta, se faz em torno de dois pólos (Lisboa e Porto) aparecendo regiões (todo o interior e algum litoral) com taxas de crescimento negativos. Entre estas está o Distrito de Portalegre.

Apesar de no último decénio ter havido, durante alguns anos, uma recuperação do ritmo de crescimento, este manteve-se negativo em quase todo o interior (e nos Açores) não tendo dado lugar a uma alteração do processo de assimetria mencionado.

Mas o crescimento anual médio depende tanto do movimento natural como do migratório.

De 1970 a 1986 apesar do ritmo de crescimento natural se manter entre +1,01 e +0,57 o crescimento total variou de +4,40 (1974-1975) e +0,57 (1979-1980). A primeira variação deveu-se ao movimento migratório de retorno.

De 1970 a 1973 há uma predominância do crescimento natural. Após 1975 há uma grande semelhança entre o crescimento natural e o total.

A partir de 1980 há um crescimento natural de valor inferior ao crescimento total.

A observação por meio de grupos funcionais e índices-resumo permite conclusões mais aprofundadas. A partir de 1930 começa-se a observar um envelhecimento generalizado na base, notando-se uma *assimetria Norte-Sul desde então: maior envelhecimento na base a Sul*.

Mas a consideração das taxas de crescimento total anuais, no período considerado, apontam algo mais definido.

Apesar da tendência para o crescimento zero, este decréscimo apresenta-se com evidência desde 1983, existindo a partir de 1989 um crescimento negativo.

Vejamos agora o que se passa em relação ao crescimento natural.

Atendendo a que há um crescimento total anual de 1981 a 1983 relativamente constante, uma diminuição do crescimento total desde 1983 e um crescimento total negativo a partir de 1989 iremos calcular o crescimento natural na última década em relação a três períodos 1981-1983, 1983-1989 e 1989-1991.

Surpreendentemente não é já o crescimento natural que se mantém inferior ao total, como no início da década de oitenta.

Aproximando-se a meados da década, invertem-se os valores no período de 1989-1991, com o crescimento total negativo e o natural positivo. Portugal mostra assim uma repulsão populacional.

Vários factores estarão implicados e muito provavelmente o deflagrar de uma crise económica e social com elevados níveis de desemprego, o que fará procurar emprego, mesmo precário, fora do país.

Vejamos por fim a evolução do envelhecimento.

O processo de envelhecimento demográfico sofre na última década uma aceleração.

Apesar do duplo envelhecimento Portugal tem uma proporção de jovens ligeiramente superior à média comunitária apresentando também um envelhecimento no topo inferior a essa média (Quadro 1).

Quadro 2 Crescimento total anual médio da população portuguesa, de 1981 a 1991.

Anos	Efectivos	Crescimento total anual médio
1981	9 819 000	+0,73
1982	9 891 000	+0,78
1983	9 968 600	+0,81
1984	10 049 700	+0,78
1985	10 128 900	+0,55
1986	10 185 100	+0,44
1987	10 230 000	+0,39
1988	10 270 000	+0,33
1989	10 304700	-4,13
1990	9 878 200	-0,19
1991	9 858 600	

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas demográficas 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989 e 1990.

Instituto Nacional de Estatística. XII Recenseamento Geral da População

Instituto Nacional de Estatística. XIII Recenseamento Geral da População. Resultados pré-definitivos.

Notas: São utilizados os efectivos ajustados para o início do ano.

Os cálculos foram efectuados pela autora.

A assimetria Norte/Sul para o envelhecimento na base e litoral/interior no envelhecimento no topo atenua-se, como dissemos, a partir da década de oitenta, sendo este atenuar mais do que evidente em 1991. No entanto tal facto é preponderante em relação ao envelhecimento na base.

Quadro 3 Crescimento total anual médio e crescimento natural nos períodos 1981-1983, 1983-1989 e 1989-1991, em Portugal.

Períodos	Crescimento total anual médio	Crescimento natural
1981-1983	+0,75	+0,58
1983-1989	+0,55	+0,34
1989-1991	-2,18	+0,17

Fonte: idem Quadro 2

Notas: idem Quadro 2

Quadro 4 Envelhecimento demográfico nos anos de 1981 e 1991 em Portugal

Anos	% de População Jovem	% de População Idosa
1981	25,5	11,4
1991	19,9	13,6

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. XII Recenseamento Geral da População

Instituto Nacional de Estatística. XIII Recenseamento Geral da População. Resultados pré-definitivos.

Notas: Utilizam-se os grupos funcionais 0-14 anos e 65+ anos.

Os cálculos foram efectuados pela autora.

Se em 1981 o envelhecimento na base apresenta 28,9% na Nute II do Norte e 20,7% na Nute II do Alentejo já em 1991 os valores são, respectivamente, de 22,3% e 17,7% de jovens.

Para o envelhecimento no topo são visíveis índices mais elevados no interior (p. ex. 10,6% e 13,1% na Nute II de Lisboa e Vale do Tejo em 1981 e 1991 e 17,9% e 21,2% na Nute II do Alentejo nos mesmos anos).

Mantém-se assim ainda diferenças regionais importantes.

Apesar do todo europeu, à escala global, apresentar uma certa homogeneidade a Europa apresenta uma diversidade.

Portugal, na demografia europeia, apresenta uma individualidade havendo também, dentro desta homogeneidade, uma especificidade regional.

O Alentejo é uma região do Sul com uma pequena orla no litoral. Atendendo à nova nomenclatura das unidades de recolha estatística só a partir do final da década de oitenta alargou a sua frente litoral sendo-lhe incorporados concelhos (Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines) pertencentes ao então Distrito de Setúbal.

O Alentejo distribui-se por uma área de 26 932 Km² (29,27% da área de cobertura total do país).

Existe, em 1991, uma população de 543 422 habitantes (5,5% do total nacional). Perdeu 34 986 habitantes entre 1981 e 1991. Registou-se um crescimento total anual médio negativo (-0,62).

Todas as Nute III da Região Alentejo apresentam crescimento total negativo tendo-se registado no Baixo Alentejo a maior taxa de crescimento negativo (-1,05) seguida, por ordem de grandeza decrescente, da região do Alto Alentejo (-0,54), do Alentejo Litoral (-0,45) e do Alentejo Central (-0,40).

O crescimento natural de 1981 a 1991 também foi negativo (-0,11) mas já superior ao crescimento total, o que demonstra a manutenção da repulsão populacional no interior.

Apresenta-se assim esta região com crescimento natural e migratório negativos, sendo este superior ao natural.

Não analisamos a nível da Nute II do Alentejo o crescimento *ano a ano*.

Este facto deriva da alteração espacial que a introdução da nova nomenclatura trouxe.

As estimativas anuais até finais da década de oitenta eram realizadas por distritos.

Na região Alentejo existiam três distritos até essa data. Apesar de permutas de concelhos entre as sub-regiões, o que não iria alterar o total, o facto relevante prende-se com a entrada na Nute II do Alentejo, a partir de 1988, dos quatro concelhos atrás mencionados.

O total destes últimos perfez, em 1981 e 1991, 73 678 e 72 101 habitantes respectivamente. A evolução anual da população destes quatro concelhos apresentará, portanto, valores demasiadamente elevados, impossíveis de esquecer na determinação das taxas de crescimento.

A impossibilidade em obter estes dados impede-nos assim de tratar *ano a ano* a taxa de crescimento na eventualidade de conclusão algo fictícia.

É preciso acrescentar também a exclusão da região de um concelho (Gavião) que a ser a única alteração não impediria o tratamento dos dados, já que apresenta um valor pequeno (6 850 e 5 783 habitantes em 1981 e 1991 respectivamente). Mas tal facto não nos iria travar a possibilidade de estabelecer tendências a partir da nomenclatura por distritos.

No entanto tal parece-nos inútil já que a tendência geral se tem demarcado há décadas sendo bem patente o agravamento do crescimento total negativo no última decénio.

Tem interesse assinalar que as projecções feitas desta região para o ano 2000 (Nazareth, 1988b:187) indicam um valor de -0,41% e portanto não tão baixo como o real encontrado.

Analiseemos agora o que se passa com o envelhecimento

Nesta região *o peso dos jovens é já inferior ao peso dos idosos* (tanto em valor relativo como em valor absoluto).

Quadro 5 Envelhecimento demográfico nos anos de 1981 e 1991, na Nute II do Alentejo

Anos	Envelhecimento na base	Envelhecimento no topo
1981	20,7	16,0
1991	17,4	19,3

Fonte: idem Quadro 4

Notas: idem Quadro 4

É visível um acentuar negativo nesta região dos valores encontrados para Portugal tanto em relação às taxas de crescimento como em relação ao envelhecimento demográfico.

Tais resultados coadunam-se com as características demográficas espaciais do Alentejo: *zona do Sul e maiormente do interior*.

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

1.3. O CASO PARTICULAR DE CASTELO DE VIDE

O concelho de Castelo de Vide pertence ao Alto Alentejo uma das quatro regiões da Nute II do Alentejo.

Tem como sede a vila do mesmo nome localizada a 600 m de altitude. Apresenta uma área de 265 Km², uma densidade populacional de 16 hab/Km² e quatro freguesias, estando três localizadas na sede do concelho e uma a 13 Km (aldeia de Póvoa e Meadas).⁴

Os limites são: a Norte o rio Sever estabelecendo fronteira com Espanha; a Este o concelho de Marvão; a Sul os concelhos de Portalegre e do Crato e a Oeste o concelho de Nisa.

Vimos que a região a que pertence tem um crescimento total anual médio negativo (-0,54).

4. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico da Região do Alentejo. 1992

Vejamos o crescimento natural desta região.

O Alto Alentejo é a região com maior crescimento natural negativo da Nute II do Alentejo.

Quadro 6 Crescimento total anual médio e crescimento natural, entre os dois censos, nas sub-regiões da Nute II do Alentejo

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

Fonte: idem Quadro 4

Sendo Castelo de Vide um concelho desta sub-região tem interesse situá-lo em relação aos outros, numa tentativa de encontrar particularidades.

Em onze concelhos (Quadro 7) o crescimento natural foi superior ao crescimento total apesar de valores negativos para ambos entre os dois censos. Tal significa que houve, associadamente uma repulsão populacional (como se pode constatar pelo crescimento migratório).

Os três outros concelhos (Castelo de Vide, Avis e Nisa) apresentam um crescimento natural de valor inferior ao total e um crescimento migratório fraco, mas positivo. O crescimento migratório positivo de Avis corresponde a 8 indivíduos; consideramo-lo irrelevante.

Quadro 8 Envelhecimento demográfico, nos anos de 1981 e 1991 na Nute III do Alto Alentejo.

Anos	Envelhecimento na base	Envelhecimento no topo
1981	19,7	17,9
1991	16,7	21,3

Fonte: idem Quadro 4

Notas: idem Quadro 4

Castelo de Vide, no contexto regional, apresenta-se em relação a este aspecto algo particular.

Em 1991 ainda há três concelhos com proporção de idosos inferior à dos jovens (Elvas, Portalegre e Campo Maior).

Correspondem aos três concelhos com crescimento natural positivo (quadro 7).

São também os únicos concelhos com proporção de *idosos* inferior à proporção destes na Nute II correspondente, mas já com um *valor muito superior à média de Portugal*; em relação à Nute III apresentam a mesma relação que com a Nute II, mas em associação com outro concelho (o de Ponte de Sôr).

Por sua vez a proporção de *jovens* apresenta, em 1991, seis e quatro concelhos com valores superiores aos da Nute III e Nute II correspondentes, mas *todos têm uma proporção de jovens francamente inferior à média nacional*.

Por fim resta observar que o envelhecimento demográfico apresentando valores elevadíssimos em todos os concelhos acentuou-se, como para o resto do país, no último decênio.

Tal dado que tem a ver fundamentalmente com a diminuição da fecundidade também não é alheio aos movimentos migratórios.

O crescimento migratório, negativo, observado em onze concelhos irá favorecer um duplo envelhecimento (Mazareth, 1992:189; Nazareth, 1988a:121).

Nisa, Avis e Castelo de Vide apresentam um crescimento migratório positivo (muito fraco para Avis).

Quadro 9 Envelhecimento na base nos concelhos da Nute III do Alto Alentejo, nos anos de 1981 e 1991.

Concelhos	Envelhecimento na base	
	1981	1991
Campo Maior	23,03	19,53
Elvas	22,60	19,15
Portalegre	21,15	17,63
Fronteira	19,83	16,76
Ponte de Sôr	19,55	17,55
Avis	19,54	16,02
Mora	19,24	17,36
Monforte	19,03	15,61
Crato	17,10	13,25
Arronches	17,08	13,92
Marvão	17,05	13,26
Alter do Chão	15,95	14,09
Castelo de Vide	15,85	14,06
Nisa	14,85	11,80

Fonte: idem Quadro 4

Notas: idem Quadro 4

Quadro 10 Envelhecimento no topo nos concelhos da Nute III do Alto Alentejo, nos anos de 1981 e 1991

Concelhos	Envelhecimento no topo	
	1981	1991
Elvas	14,15	16,47
Portalegre	14,17	17,28
Campo Maior	15,51	17,62
Ponte de Sôr	16,35	19,54
Mora	18,84	23,17
Fronteira	19,24	22,31
Monforte	19,36	24,10
Avis	20,08	24,04
Marvão	20,63	27,44
Arronches	21,10	26,73
Alter do Chão	23,23	27,89
Crato	23,32	28,35
Nisa	26,42	32,16
Castelo de Vide	26,96	29,60

Fonte: idem Quadro 4

Notas: idem Quadro 4

Todos os concelhos apresentam um crescimento total negativo.

Dos catorze concelhos, só três apresentam um crescimento natural inferior ao crescimento total (Nisa, Avis e Castelo de Vide).

No entanto Castelo de Vide partilhando com os outros concelhos o crescimento total negativo e o aumento do duplo envelhecimento (em valores relativos e absolutos), sendo mesmo o concelho mais envelhecido no topo em

1981 e segundo concelho mais envelhecido na base em 1981 e no topo em 1991, é o concelho que apresenta maior atracção populacional.

No entanto tal processo de imigração não trouxe, contrariamente ao esperado, uma diminuição do envelhecimento no topo. Este acentuou-se fazendo-nos pensar que o crescimento migratório terá sido devido ou ao retorno de indivíduos já na reforma ou mesmo a procura e estabelecimento de modos de vida diferentes na fase final do ciclo da vida.

1.4. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E ESTRUTURA SOCIAL

A adaptação⁵ permite resposta normal do organismo a estímulos químicos, biológicos e psico-sociais. Se essa capacidade adaptativa estiver diminuída pode predispor à doença. A mediação do estímulo à resposta é feita por activação biológica e comportamental através de uma avaliação cognitiva e posterior activação emocional.

No idoso, havendo alterações morfofuncionais em todos os sistemas orgânicos é fácil deduzir que a sua capacidade adaptativa esteja diminuída frente aos estímulos provocando, possivelmente, patologia. Há assim uma vulnerabilidade geral orgânica que alterando o status de saúde poderá diminuir a capacidade funcional limitando a vida do dia-a-dia. *A avaliação desta capacidade torna-se assim parâmetro fundamental.*

Se o envelhecimento é principalmente uma questão biológica, não se confina somente a essa vertente. Uma interacção de mudanças físicas e psico-

5. Pancheri (citado por Vagueiro, 1991) define adaptação como "um processo que se desenvolve no curso da vida e que leva o organismo a adquirir resistência a um dado factor ambiental".

sociais desenha um tipo categorial melhor identificado em determinadas características.

Por outro lado também se estabeleceu a noção de um continuum no desenvolvimento, no qual características individuais, abrangendo as dimensões bio-psico-social condicionam as alterações presentes na idade avançada: *se, por um lado, há uma semelhança perfazendo uma categoria também, por outro, há uma individualidade estabelecida.*

Mas o idoso, como todo e qualquer indivíduo, está integrado em colectividades. A instituição familiar é uma dessas colectividades.

Mas o futuro deste sistema está em perigo.

O envelhecimento demográfico sendo definido por uma estrutura de idades determinada e primeiramente dependente da natalidade, mortalidade e migrações está fortemente ligada a todos os factores intervenientes nestes níveis, cursando com variações derivadas da alteração em qualquer desses parâmetros.

Existe uma interdependência entre as transformações sociais da sociedade global e as alterações que ocorrem na família não podendo esta alhear-se do fenómeno do envelhecimento demográfico.

As mudanças na família advêm quer do reduzido número de nascimentos, quer da entrada das mulheres no mercado de trabalho, quer ainda da saída das gerações mais novas, originada por procura de casa e emprego.

A associação com demais condições objectivas oferecidas pela família na prestação de um apoio efectivo ao idoso — dependentes estas das condições de vida que a sociedade põe à disposição das famílias — põe em risco o papel da família na prestação dos cuidados multifacetados aos seus membros mais velhos.

Quando a família se torna incapaz de suprir as dificuldades postas pela incapacidade do idoso, quer pela sobrecarga de trabalho quer por qualquer outra causa, procura ajuda na comunidade (Blane, 1986).

Por outro lado o aumento dos idosos mais velhos (mais de 85 anos) que apresentam maior grau de dependência significa que a geração seguinte está nos 60 anos, talvez já incapacitada e não se encontrando na melhor posição para oferecer ajuda.

Estes serão alguns factores que darão lugar ao aparecimento de novas formas sociais para satisfazer as necessidades sociais básicas dos indivíduos idosos, já não completamente satisfeitas pela família.

Peters e Mathew (1990) referem que a maior parte dos cuidados ao idoso é fornecido pelo sistema de suporte informal, estimando ser de 3/1 a razão de idosos incapacitados a ser tratados na comunidade e em lares.

Estes mesmos autores e Foley (1992) mencionam que, em 1986, 5% dos idosos nos E.U.A. viviam em lares. Este número representa um aumento de 18% e de 37% em relação aos anos de 1977 e 1973, respectivamente.

Fried e Wallace (1992) referem que 99% dos indivíduos com menos de 65 anos nos E.U.A. vivem na comunidade, aumentando a percentagem de indivíduos a viver em instituições à medida que idade avança (1,4%, 6,8% e 21,6% respectivamente para os grupos etários 65-74, 75-84 e 85+ anos).

Estes valores são coincidentes com os de outros autores (Katz, Gerety e Lichtenstein, 1994).

A população dos lares envelheceu de maneira semelhante à população não institucionalizada. Em 1977, nos E.U.A. 40% dos residentes estavam acima dos 85 anos e em 1985 esta proporção subira para 45%.

A assistência aos idosos dependentes toma mais formas, condicionadas pelas necessidades individuais e pelos recursos comunitários.

Existem, para além dos lares, cuidados domiciliários, os cuidados de dia e os albergues (estes últimos dedicados aos cuidados terminais).

Tanto os cuidados domiciliários como os centros de dia se apresentam como alternativas à prevenção da institucionalização. Os cuidados domiciliários, nos E.U.A., oferecem programas de suporte a idosos que não revestem só a forma dos cuidados básicos ministrados em Portugal (alimentação e tratamento da roupa).

Também os cuidados de dia nos E.U.A. englobam hospitais de dia de Geriatria, inexistentes no nosso país. Estes "cuidados de dia" foram criados como alternativas aos lares que aumentaram vinte vezes em 20 anos nos E.U.A.. No nosso país existem os Centros de Dia.

Não vamos fazer o ponto da situação sobre o tipo de instituições ao serviço do idoso, quais as vantagens/desvantagens de cada tipo ou comparar os vários sistemas de cuidados institucionalizados.

Importa-nos, isso sim, *assinalar o crescimento em número e tipo de serviços formais vocacionados para o cuidado continuado de idosos, maiormente dependentes.*

1.5. EQUIPAMENTOS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE EM CASTELO DE VIDE

Em Castelo de Vide também as instituições para a 3ª Idade têm vindo a aumentar, sendo este facto notório nos últimos anos.

A região do *Alto Alentejo* apresentava em 1980 dezanove lares (treze Misericórdias)⁶. Não nos foi possível obter a capacidade dos equipamentos nessa altura, por inexistência do seu registo no NAIPSS. *O valor para esta região só foi possível obter a partir de 1990 pela soma dos resultados parcelares lar a lar.*

Na década de oitenta apareceram mais cinco lares e na de noventa (até ao início de 1994) seis. Houve assim um crescimento de 26,3% e 31,6% respectivamente.

Em relação à capacidade dos equipamentos esta aumentou de 1990 a 1993 (Quadro 11).

⁶ Estes dados foram-nos fornecidos pelo Centro Regional do Alentejo. Serviço sub-regional de

O NAIPSS forneceu-nos os dados globalmente sobre a capacidade dos equipamentos desde 1988, mas tais valores contemplam os concelhos de Sousel e do Gavião e não incluem os de Mora. Como não se podem apurar estes três últimos resultados entre 1988 e 1990 só incluímos os dados a partir desta altura.

No entanto, e a título de exemplo, o antigo *Distrito de Portalegre* evidencia um crescimento de 1988 a 1992 na capacidade dos equipamentos na valência lar de 33,4% (1 055 em 1988 e 1 408 em 1992)

Um outro tipo de instituição voltada para a 3ª idade é o Centro de Dia.

Dos 38 Centros de Dia aparecem catorze na década de oitenta e onze nos três primeiros anos da década de noventa. Dos restantes não temos informação sobre a data de início.

De 1990 a 1993 a região do Alto Alentejo contava anualmente com 1068, 1 130, 1 135 e 1 155 lugares para idosos em Centros de Dia (aumento de 8,14% de 1990 a 1993).

Os dados do NAIPSS referentes ao período de 1988 a 1992 em relação à capacidade dos equipamentos na valência Centro de Dia é, e mais uma vez a título de exemplo, de 1 051, 1 103, 1 163, 1 203 e 1 203 (aumento de 14,46% de 1988 a 1992).

Uma terceira categoria de instituição é o Apoio Domiciliário. Sobre esta valência os dados fornecidos também apresentam alguma dificuldade na sua laboração já que são incompletos.

As vinte e nove instituições vocacionadas para o Apoio Domiciliário *aparecem só a partir de 1985.*

De 1990 a 1993 a região do Alto Alentejo sofreu um aumento de 294 lugares (54,14%) para idosos com apoio domiciliário.

No entanto os valores disponíveis, em relação aos diferentes tipos de instituições para a capacidade, não correspondem à ocupação real.

Se nos reportarmos à ocupação em Dezembro nos anos de 1990 a 1993 esta é ligeiramente inferior à capacidade real.

Quadro 11 Capacidade dos equipamentos e ocupação real da população idosa, por valência, nas instituições da 3ª idade nos anos de 1990, 1991, 1992 e 1993, na Nute III do Alto Alentejo.

Anos	Capacidade dos equipamentos			Ocupação real		
	Lar	Apoio Domiciliário	Centro de Dia	Lar	Apoio Domiciliário	Centro de Dia
1990	1238	543	1068	1213	543	858
1991	1340	740	1130	1318	715	938
1992	1337	803	1135	1324	749	886
1993	1392	837	1155	1361	775	800

Fonte: NAIPSS

Verifica-se que a taxa de ocupação em Dezembro nos anos referidos é elevada tanto nos lares como no apoio domiciliário *indo o aumento da ocupação acompanhado da disponibilidade em equipamentos.*

Para os Centros de Dia há uma diminuição da ocupação a par de um aumento da sua capacidade, e a taxa de ocupação é substancialmente menor para esta valência que para as outras duas diminuindo tanto devido à diminuição da ocupação real, como devido ao aumento paralelo da disponibilidade em equipamentos.

A taxa de ocupação do apoio domiciliário parece demonstrar diminuição ao longo dos quatro anos, mas tal é devido ao crescimento substancial na disponibilidade da capacidade de equipamentos.

Quadro 12 Taxa de ocupação da população idosa por valência, nas instituições da 3ª idade em Dezembro nos anos de 1990, 1991, 1992 e 1993, na Nute III do Alto Alentejo

Anos	Taxa de ocupação		
	Lar	Apoio Domiciliário	Centro de Dia
1990	97,98%	100%	80,33%
1991	98,35%	96,62%	83,00%
1992	99,02%	93,27%	72,06%
1993	97,77%	92,59%	69,29%

Fonte: idem Quadro 11

No entanto temos de fazer algumas ressalvas que, no todo não vão certamente mudar o curso da tendência.

Primeiramente em relação a Mora não foi possível obter a ocupação, em Dezembro, nas suas instituições por inexistência de tais dados, tendo sido contabilizado o total disponível e não a ocupação real.

Por outro lado se os valores correspondem à ocupação em Dezembro isto não significa que aquela seja a mesma nos outros meses. Tendo-nos sido somente fornecido as frequências processadas mensalmente no ano de 1993 foi-nos possível tirar algumas conclusões.

Assim, nesse ano, para a valência lar houve diferença em relação a Dezembro, em seis instituições. Em dois lares a taxa de ocupação foi de 100%

Quadro 14 Movimento mensal de utentes nos anos de 1981,1986 e 1991 num lar da 3º idade, no concelho de Castelo de Vide

Meses	Movimento de utentes								
	1981			1986			1991		
	Total	Entr.	Saíd.	Total	Entr.	Saíd.	Total	Entr.	Saíd.
31 Dez ant	23	-	-	34	-	-	43	-	-
Janeiro	21	0	2	36	2	0	44	1	0
Fevereiro	22	1	0	36	1	0	44	1	1
Março	21	0	1	35	0	1	43	0	1
Abril	20	1	2	34	0	2	43	0	0
Maió	20	0	0	35	3	2	44	4	3
Junho	20	0	0	38	3	0	44	1	1
Julho	20	0	0	39	1	0	39	1	6
Agosto	20	0	0	39	2	2	44	5	0
Setembro	19	0	1	39	1	1	43	0	1
Outubro	20	1	0	38	0	1	42	0	1
Novembro	21	1	0	37	0	1	43	1	0
Dezembro	21	0	0	38	1	0	44	3	1
Total		4	6		14	10		17	16

Fonte: Registo da Fundação N. Sra. da Esperança de Castelo de Vide

Os motivos de saída, só possível de obter em 1986 e 1991, prendem-se com o falecimento (19 - 73,07%) regresso à família (6 - 23,07%) e um caso de expulsão (3,84%).

Atendendo a que esta situação se verificará em todos os outros lares a conclusão é a de que a institucionalização apresentará valores substancialmente superiores aos encontrados.

Os dados anteriormente referidos terão assim de ser tomados como aproximação da realidade indicando somente uma tendência.

Em Castelo de Vide existem as três valências consideradas: lar (3), centro de dia (2) e apoio domiciliário (2).

Dos lares dois são bastante anteriores a 1980: um albergue com existência desde 1948 e capacidade para 22 mulheres; e um asilo com a mesma capacidade, mas para homens, e com internamento desde 1893⁷. Ambos estão sediados na vila de Castelo de Vide.

A capacidade foi aumentada em 1982 e 1981, respectivamente, para 36 e 44, tendo sido dada a possibilidade de entrada no asilo a casais de idosos nesta mesma altura. Mantém actualmente a mesma capacidade.

O terceiro lar só apareceu em 1986 e está situado a 13 Km da vila, na aldeia de Póvoa e Meadas.

Apresentava em 1990 uma capacidade de assistência para 24 idosos, e para 33 em 1993⁸.

O Centro de Dia de Castelo de Vide apareceu em 1980 assistindo então 24 idosos. Actualmente dá apoio a 45 idosos.

O Centro de Dia de Póvoa e Meadas apareceu em 1982.

Não foi possível obter a capacidade inicial. Actualmente assiste 55 idosos.

⁷ Dados retirados dos arquivos da Fundação N. Sra. da Esperança, o asilo mencionado, e do livro de João António Gordo, *Castelo de Vide, Bosquejo histórico d'esta villa notável* Portalegre, [s.ed.], 1903, p. 35.

⁸ Estes dados foram-nos fornecidos pelo Centro Regional do Alentejo. Serviço sub-regional de Portalegre. Núcleo de Apoio às Instituições Particulares de Solidariedade Social

O apoio domiciliário de Castelo de Vide apareceu após 1987 (28 idosos assistidos em 1990 e 35 actualmente).

O apoio domiciliário de Póvoa e Meadas iniciou-se a 1/7/1993 com capacidade para 7 idosos, a qual mantém actualmente.

Na Nute III do Alto Alentejo região fortemente marcada pelo crescimento negativo e aumento do peso (relativo e absoluto) dos idosos, duas conclusões se podem tirar em relação ao aspecto considerado:

- Aumento do número de equipamentos sociais para a 3ª idade e respectiva capacidade;
- Existência de uma proporção elevada de população idosa institucionalizada.

Se tal constatação é importante pela implicação futura na alteração dos vários aspectos da estrutura e organização social, suscita por si dúvidas em relação aos factores causais.

Se entre estes está o envelhecimento demográfico (que significa não só um aumento numérico de um grupo etário definido como também um grupo populacional com características individuais particulares) não será certamente o *único*.

1.6. O IDOSO INSTITUCIONALIZADO: RESULTADOS DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

O aumento do número de idosos e a diminuição da fecundidade são transformações demográficas da sociedade global que, a par das demais mudanças sociais de vária ordem, entram em interdependência com a família oferecendo-lhe condições delimitativas nas suas funções.

Quando o membro mais velho da família inicia um processo conducente a uma dificuldade de manutenção de vida sem ajuda de terceiros a família vê-se impotente na resolução daquele problema.

O percurso de vida do idoso, elemento constituinte da família, está assim fortemente associado às condições de vida daquela.

A confluência de factores macrosistêmicos é ponto assente para a compreensão da mudança das organizações sociais à disposição do idoso. Mas este também transportará factores quer de índole familiar, quer de cariz individual que levem à mudança das organizações sociais.

Para melhor aperceber tais parâmetros e os poder relacionar com as mudanças macrosistêmicas intentámos este esclarecimento por intermédio de entrevistas exploratórias com a finalidade de encontrar hipóteses de trabalho.

Entre as três categorias de indivíduos que nos poderiam servir de interlocutores para as entrevistas escolhemos indivíduos que pertencem à população a que o estudo diz respeito, isto é, o idoso institucionalizado.

Não tínhamos interesse no contacto com testemunhas privilegiadas porque, além de oferecer como a população do estudo os mesmos riscos de desvio, não tínhamos um leque largo de opções.

A não escolha de indivíduos ligados à investigação sobre o assunto deve-se, principalmente, à impossibilidade do seu contacto directo.

Empregámos entrevistas livres. Realizámo-las nos lares, numa sala destinada a consultas médicas. Escolhemos o período pós-consulta; o primeiro contacto já tinha existido o que ajudava ao início da entrevista. Iniciámo-la por uma breve exposição da nossa pretensão.

Colocámos três perguntas iniciais. Ao longo da entrevista questionámos aspectos que, referidos pelo idoso de maneira vaga, deveriam ser precisados.

Para o registo das entrevistas fomos tomando notas; não usámos procedimentos mecânicos. Tal facto impossibilitou-nos, talvez, de fazer uma análise de conteúdo aprofundada. No entanto os dados anotados foram reveladores para o estudo.

As perguntas que orientaram o estudo foram:

- Com quem e onde vivia antes de vir para o lar?
- Onde vive a sua família?
- Porque veio para o lar?

A reunião destas respostas cobriria os aspectos "família" e "indivíduo" do idoso.

Qualquer dos grupos de respostas apresenta muito pouca variação.

Para a primeira pergunta a maior parte respondeu que vivia em casa própria; dois viviam com os filhos; um terceiro frisou que vivia em casa do patrão o que poderá ter como implicação o não ter casa própria a habitar.

Os que viviam em casa própria ou estavam sózinhos ou sózinhos e doentes ou o cônjuge estava doente. Quando se tratava de homens, alguns também referenciaram que as mulheres já não podiam fazer o serviço doméstico.

Os que viviam com os filhos para lá tinham ido por estarem doentes. O idoso que vivia na casa do patrão referia que estava sózinho.

A segunda pergunta mostrou-nos que os idosos com filhos tinham *alguns* no concelho de residência; só para dois idosos (de catorze) os filhos viviam noutra concelho. Os solteiros, ou os que não tinham filhos, não tinham família directa no concelho de residência.

Destes dois grupos de respostas se pode já admitir que os idosos estavam ou doentes, ou com o cônjuge doente, ou sózinhos ou, por fim, sózinhos e doentes.

Assim alguns — os abrangidos pela doença — precisariam de ajuda. Apesar de grande parte dos idosos ter familiares vivendo no concelho de residência, todos acorreram ao lar.

Isto transporta-nos aos resultados da terceira pergunta que podemos agrupar como se segue:

- O cuidar do cônjuge doente;
- A inoperância da mulher para fazer o serviço doméstico;
- O estar doente;
- O não ter quem faça o serviço da casa (mencionado por homens e como segundo motivo por mulheres doentes);
- O sentir-se sózinho;
- Os filhos terem assim opinado;
- O marido ralhar e bater.

Aos quatro primeiros motivos podemos chamar de apoio instrumental; ao quinto apoio emocional e os outros são soluções a problemas que ultrapassam a esfera pessoal.

Se o aumento do número de velhos, com seus enquadramentos sociais envolventes, será factor condicionante à formação dos lares, parece-nos que outras vertentes existem cuja resposta se entrevê do trabalho exploratório.

Descobrem-se vectores associados às esferas individual e familiar.

Apesar de haver familiares que eventualmente pudessem apoiar o idoso incapacitado, são eles próprios a aconselhar a ida para o lar. Provavelmente existirão condicionantes inerentes à vida familiar que orientarão tais decisões. Falámos já em algumas.

Por outro lado para além das *alterações da capacidade funcional* do idoso ligadas, fundamentalmente, ao processo de envelhecimento, existe uma componente ainda não referida, mas mencionada como factor de institucionalização: *o sentir-se sózinho*. Esta componente é mencionada por homens e por mulheres. Mas, os homens, também agregam como motivo *o não terem quem os ajude a tratar da casa*. Este motivo e a *inoperância da mulher (como cônjuge) para fazer o serviço doméstico* serão ditados culturalmente.

Por fim para 50% dos idosos não existia família no concelho de residência. Tal facto, se pode ser eventualmente explicado por factores sociais, transportará em si algum peso na *diminuição do contacto* do idoso com os eus familiares e na produção do *sentir-se sózinho*.

Estes condicionantes à formação do lar directamente ligados ao indivíduo, inscrevem o lar numa estratégia de vida servindo para solucionar os problemas do idoso nas suas esferas pessoal e familiar.

1.7. CONCLUSÃO

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

A alteração no sentido do envelhecimento demográfico implica, certamente, mudanças substanciais em todos os campos socio-culturais. Por outro lado, como processo intrinsecamente social o envelhecimento demográfico afectará todas as estruturas sociais, nomeadamente a família.

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

Para além da idade (admitindo-se, por uma questão metodológica, todo o indivíduo com mais de 60 ou 65 anos) há várias dimensões com que o podemos categorizar.

A vertente biológica é fulcral já que a incapacidade física aumentando com a idade imporá ajuda de terceiros na vida do dia-a-dia. Esta será fornecida pela família.

Mas à transformação da família que ocorre na sociedade ocidental em íntima interdependência com as transformações sociais, a comunidade

responde com formas de organização social que substituam o papel daquela na ajuda aos seus membros mais velhos.

O aumento, em número, de equipamentos sociais vocacionados para a terceira idade é dado decorrente, em grande parte, da alteração da estrutura demográfica no sentido do envelhecimento. Mas outras condicionantes existirão. O estudo exploratório tal parece indicar.

Castelo de Vide apresenta-se como um dos concelhos com o duplo envelhecimento mais acentuado da Nute III do Alto Alentejo, região já de si profundamente envelhecida em relação ao país.

Por outro lado é o concelho que oferece o número mais elevado de idosos institucionalizados em relação à população idosa concelhia, comparativamente com o dos outros concelhos da região. Em Castelo de Vide a procura do lar é um fenómeno visível.

É assim local privilegiado na procura de condicionantes que levem o idoso à institucionalização.

**2. A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO
NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA: ASPECTOS
TEÓRICOS**



2.1. INTRODUÇÃO

A Ecologia pode ser considerada "o estudo das relações dos organismos ou grupo de organismos com o seu ambiente, ou a ciência das inter-relações que ligam os organismos vivos ao seu ambiente" (Odum, 1988:4).

Se se considerar um espectro de seis níveis nomeadamente genes, células, órgãos, organismos, populações, comunidades nos quais, em cada um, há combinação das unidades biológicas com o ambiente físico na produção de seis sistemas em série, à ecologia interessarão os três últimos níveis considerados.

A Biosfera é a parte da Terra na qual podem funcionar os ecossistemas.

Esta delimitação apresenta como corolário o princípio dos níveis integrantes ou princípio do controlo hierárquico de Feibleman: numa série hierárquica a entidades maiores e mais funcionais correspondem propriedades emergentes (Odum, 1976 e 1988).

Assim sendo o conhecimento das características do nível imediatamente inferior ao que se observa não é suficiente para compreender este último na totalidade.

Para Odum população é definido como um conjunto de organismos da

mesma *espécie* ocupando um dado espaço.

A comunidade inclui todas as populações de um dado território, e ecossistema compreende a comunidade e o seu ambiente abiótico funcionando conjuntamente.

A hipótese distintiva da ecologia é a *comunidade ser o mecanismo adaptativo essencial* (Hawley, 1975).

A adaptação de uma população ao seu mundo físico tem lugar através da coordenação e organização das acções individuais para formar uma unidade funcional, e não através das acções independentes de muitos indivíduos.

O ecossistema é a unidade funcional básica em Ecologia.

Deste ponto de vista e sendo um sistema aberto, um ecossistema pode ser analisado segundo vários processos: circuitos de energia, cadeias alimentares, diversidade de padrões no espaço e no tempo, ciclos nutritivos (biogeoquímicos), desenvolvimento, evolução e controlo.

Como sistema ecológico que é o ecossistema detém a homeostasia como propriedade: **"equilíbrio rigorosamente controlado por mecanismos de regulação interdependentes"** (Rosnay, 1977:109).

Este estado de equilíbrio é conseguido à custa de forças e contraforças que advêm dos constituintes abióticos e bióticos: ciclos biogeoquímicos e populações.

Mas o equilíbrio *pode ser francamente afectado devido a modificações do meio, devendo o sistema adaptar-se-lhes para que não se desorganize ou destrua. Sofre então um processo de desenvolvimento.*

Este, resultando portanto da modificação do ambiente físico pela comunidade, é um processo ordenado de sucessão desta culminando num ecossistema estabilizado sendo o ambiente o factor determinante do padrão e do

do ritmo de alteração impondo limites ao desenvolvimento.

A estratégia global está dirigida no sentido do alcance de uma estrutura orgânica o maior e o mais diversa possível dependendo dos limites impostos pela entrada de energia e pelas condições físicas existentes.

Com a fase madura da sucessão ecológica os atributos do ecossistema (energética e estrutura da comunidade, ciclo de nutrientes e biologia, pressão de selecção e homeostasia geral) apresentam alterações relativamente às fases iniciais do processo de desenvolvimento. A comunidade final ou estável numa série de desenvolvimento é a comunidade climax onde a *produção anual e a importação estão equilibradas com o consumo anual da comunidade e a exportação* (Odum, 1988).

Há assim uma estratégia de máxima protecção a caracterizar o desenvolvimento ecológico.

A Ecologia Humana no seu início assimilou estes conceitos determinando que a relação do homem com o ambiente requeria um conhecimento do sistema organizativo social humano.

Só se poderá adiantar uma abordagem da inter-influência ambiente/homem após esse conhecimento.

A Ecologia Humana começa assim como um problema sociológico.

No entanto precisamos explicitar, em relação ao Homem, alguns destes conceitos, nomeadamente espécie e adaptação, já que especificidades encontradas nessas definições orientarão a charneira formadora da Ecologia Humana.

2.2. ESPECIFICIDADE DA ESPÉCIE HUMANA

A Terra teve origem há cerca de 4 600 milhões de anos (M.A.). A vida deve ter aparecido entre 3 400 e 3 200 M.A.

Independentemente do processo de evolução que conduziu à vida na Terra se ter originado do espaço intersidereal ou na terra a partir das reacções químicas que ocorreram na atmosfera e nos oceanos primitivos a vida sofreu uma via de complexificação (Ramos, 1985).

A partir de uma atmosfera primitiva redutora realizou um percurso desde a síntese abiótica de matéria orgânica passando pela evolução química ou molecular até à formação das biomoléculas e a formação de estruturas pré-biológicas. Apesar de residir na forma hipotética a passagem destas últimas formas (microsféricas de proteínoides) para progenotes (cariotes antigos), o certo é que o processo evolutivo progrediu permitindo o aparecimento de inúmeras espécies (Dose, 1985; Rosnay, 1966).

Todos os fenómenos envolvendo a mudança evolucionista, incluindo a filogenia, são considerados como uma produção de programas de informação sempre novos (Mayr, 1970).

A moderna teoria sintética da evolução contém dois fenómenos básicos concomitantes: a produção da variação e a saída de variantes extremos (Mayr, 1970).

Fontes do primeiro correspondem a mutações, fluxo genético e recombinação.

A saída de variantes extremos *é a escolha de genótipos que produzirão a geração seguinte ou a perpetuação diferencial de genótipos.*

Este fenómeno contempla a selecção natural e o acaso tendo este um papel menos importante; são dois fenómenos estatísticos.

Os factores implicados na reprodução diferencial são o alvo da selecção natural.

Estes factores incluem *as causas de mortalidade pré-reprodutiva e outros aspectos de reprodução diferencial que são independentes da mortalidade.*

A protecção da variação genética é feita por factores citofisiológicos e do desenvolvimento, assim como factores ecológicos (ineficácia da selecção natural, mudança da pressão de selecção ao longo do tempo, variação geográfica do ambiente e fluxo genético, vantagem selectiva de genes raros e heterogamia).

Integrado neste processo filogenético está o aparecimento das espécies, podendo-se esta conceptualizar como uma comunidade reprodutora apresentando uma unidade genética e ecológica: *neste último sentido significa que interage como uma unidade com outras espécies com as quais partilha o ambiente.*

A espécie apresenta-se assim como um sistema biológico único podendo-se definir como **"grupos de populações intercruzadas que são reprodutoramente isolados de outros grupos"** (Mayr, 1970:12).

O Homem é o mais jovem primata da classe dos vertebrados.

Pertence à superfamília: a Hominoideia, subdividida em duas famílias pertencendo o homem à Hominidae (Pongidae a outra família), ao género Homo, à espécie Sapiens e à subespécie Sapiens-Sapiens (Coppens, 1985).

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

Nenhum fosso separa o homem dos outros primatas, podendo-se notar uma complexificação maior de certos aparelhos e de certos sistemas.

Tal poderá revelar uma diferença de níveis evolutivos (Ruffié, 1974).

A hominização é semelhante a qualquer processo de especialização implicando a intervenção das duas séries de factores da Moderna Teoria Sintética da Evolução (Ruffié, 1978; Mayr, 1970).

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

Admite-se que o primeiro acidente que conduziu pela via da hominização tenha sido a translocação fundamental.

Esta pode ter provocado dois efeitos: o aparecimento de uma nova característica hominizante (a posição bípede permanente) e o isolamento genético, o qual é uma das condições fundamentais da especiação (Ruffié, 1978).

Para Morin há que entrar em linha de conta neste processo *com um novo tipo de vida que ao desenvolver aptidões cerebrais produziu um desenvolvimento do meio técnico e uma complexificação social ao mesmo*

tempo promotora e consequência do novo tipo de vida (Morin, 1975).

A partir de então as múltiplas inter-relações entre estes factores irão permitir o processo multidimensional da hominização. A cerebralização liga entre si todos os desenvolvimentos organizadores sendo o cérebro considerado como o epicentro desse processo.

A vantagem selectiva mais eficaz é constituída pela inteligência individual (Ruffié, 1974).

Por outro lado a palavra vai permitir transformar o *conhecimento individual em colectivo, o qual se acumula geração após geração*.

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

"Admite-se, no entanto, que o crescimento da experiência, da aprendizagem e da instrução arraste o aumento e o enriquecimento das conexões interneuronais. Pode-se afirmar que a inteligência chama a inteligência" (Ruffié, 1974:130).

Buckley (1974) refere que o aparecimento de traços decisivos se formaram e reforçaram mutuamente num processo sistêmico contínuo (abordagem transaccional).

Para Morin (1975:85) com os novos desenvolvimentos do cérebro há emergência de estruturas de organização cognitivas, bioquímicas e práticas inatas que só se podem **"operacionalizar a partir da educação sociocultural e num meio social complexificado pela cultura... Aquilo que se elabora no decurso da hominização é a aptidão inata para adquirir e também o dispositivo cultural de integração do que é adquirido. Mais ainda; é a aptidão natural para a cultura e a aptidão cultural para desenvolver a natureza humana"**.

Homo Sapiens aparece como uma espécie alopátrica (dispersa por vários

meios e capaz de se acomodar a condições ecológicas muito variadas) e alocrónica (que evolui no decurso de longos períodos em regiões que apresentaram variações climáticas por vezes importantes) (Ruffié, 1978).

A distribuição de Homo Sapiens por todas as latitudes exigiu-lhe soluções a problemas colocados pelo ambiente.

Muitas vezes é a selecção natural o processo que cria tais soluções.

Diz-se que uma espécie está adaptada ao ambiente quando ela pode viver e reproduzir-se nele.

"A adaptação de uma população é o seu ajustamento transitório a um dado ambiente através das gerações, a sua permanência no espaço e no tempo nesse ambiente, com eficaz aproveitamento dos recursos climáticos, alimentares da área habitada. É, assim, a expressão de um equilíbrio espacio-temporal conseguido por selecção natural" (Sacarrão, 1985:19; o itálico é nosso).

Mas a espécie humana adapta-se e controla os seus ambientes por intermédio da cultura.

Esta, por sua vez, contém em si diferenças nos factores implicados na *reprodução diferencial*, alvo da selecção natural, sendo assim ultrapassado o efeito genético intrínseco da reprodução diferencial (aumento de frequência de genes responsáveis por características biológicas vantajosas).

No entanto a adaptação cultural bate em rapidez e em precisão todas as adaptações biológicas.

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

A ruptura do equilíbrio espacio-temporal, conseguido por selecção natural, se não produzir destruição do sistema implicará evolução.

Para Dobzansky (1977:9) **"evolução orgânica é uma série parcial ou completa de transformações irreversíveis da composição genética das populações baseadas principalmente em interações alteradas com o ambiente... Ocasionalmente as mudanças adaptativas dão lugar a maior complexidade de padrão de desenvolvimento, de reacções fisiológicas e de interações entre a população e o seu ambiente"** (o itálico é nosso).

Dobzansky considera mais dois tipos de evolução: a química e a socio-cultural.

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

A evolução cultural *apresenta-se com objectivo ajustando as soluções* e é capaz de resultados superiores aos da evolução biológica (Ruffié, 1978).

No entanto, fundada no psico-social, assegura-se mais frágil que a biológica que, registada no genoma, apresenta uma continuidade geracional.

A evolução biológica e a evolução cultural são dois aspectos inter-relacionados do desenvolvimento.

Ambos estiveram implicados na hominização, havendo um contínuo da evolução biológica à morfogénese sociocultural a qual irá estimular uma evolução biológica.

Mas não há evidência de evolução biológica desde há 30 000 anos.

"Os homínídeos inscreveram a variedade e os constrangimentos do seu ambiente social nas suas estruturas neuro-fisiológicas emotivas e cognitivas por transformações ontogénéticas e socioculturais mediatizadas pela actividade simbólica" (Buckley, 1974:157).

O novo meio *"o meio humano"* com sua cultura fazendo escapar o

homem ao esquema da selecção natural também ultrapassa o seu papel de resposta adaptativa. Cria mitos, crenças e religiões e impõe regras socio-culturais que sendo observadas em todas as sociedades são indispensáveis ao equilíbrio destas produzindo um papel integrador e unificador (Moscovici, 1972; Ruffié, 1978).

O Homem ao ocupar com sucesso todos os nichos não poderia sofrer um processo de especiação. Por outro lado os mecanismos de isolamento nos homínídeos desenvolveram-se muito lentamente, tendo sido contrariados pelas notáveis capacidades de mobilidade e independência relativamente ao ambiente.

Como consequência a possibilidade de formação de sub-espécies tornou-se e tem-se tornado cada vez menor, contribuindo para tal o aumento das comunicações e transportes. (Mayr, 1970).

A espécie humana apresenta assim uma enorme variabilidade e também um polimorfismo genético genuíno (Mayr, 1970).

A espécie humana subdivide-se em etnias e não em sub-espécies ou raças.

Mas um novo nicho ou zona adaptativa é quase sempre iniciado por uma mudança no comportamento, referindo Mayr (1970) que este é o determinante evolucionista mais importante, particularmente na iniciação de tendências evolucionistas.

Se o novo comportamento, associado ao novo habitat, ajudar à sobrevivência será então favorecido pela selecção e assim, também, serão favorecidos todos os genes que contribuem para a sua eficiência (Mayr, 1970; Katz, 1974).

Chance (1974) refere que o comportamento é o mecanismo pelo qual os

organismos se adaptam e integram no ambiente.

É reconhecido ser adaptativa uma grande parte da variação geográfica dos animais.

Não há razões para que tal não se aplique à espécie humana. São sobejamente conhecidas as diferenças estruturais do homem correlativamente aos habitats ocupadas (dimensões, proporções, pigmentação da epiderme, etc) (Mayr, 1970; Olivier, 1981).

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

A espécie humana apresenta assim características que a tornam única: *a emergência de uma cultura*, engastada num substrato biológico, capaz de tornar adaptáveis os ambientes mais agrestes, *e uma adaptação socio-cultural*.

Será a cultura que irá modificar o tipo de factores implicados na *selecção natural*, não dando lugar ao desaparecimento desta mas sim à *alteração das pressões de selecção*.

Há assim demasiadas vertentes inter-relacionáveis e produtoras de influências mútuas na espécie humana: biológica, cultural, ambiental e demográfica.

Qualquer destas arrasta e modifica todas as outras. E a vertente cultural não existe nas outras espécies.

Há que substituir assim a concepção "estratigráfica" das relações entre os diferentes aspectos da existência, por uma concepção holística (Katz, 1974).

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

cultural.

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

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

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

2.3. CONCEITOS E ENUNCIADOS DA ECOLOGIA HUMANA

A organização do sistema social humano foi um conhecimento tido por necessário na concepção inicial da Ecologia Humana, dissemos.

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

É a Durkheim que se atribui a paternidade da sociologia ambiental. Na sua teoria da divisão do trabalho aponta o papel da intensificação da luta por recursos pouco abundantes e aumento da densidade demográfica.

Acentua também que a divisão do trabalho melhora a adaptação ao meio, já que reduz a concorrência directa para a apropriação dos recursos e produz mecanismos que alargam a base dos recursos. Fala portanto de uma especialização de funções sociais .

Durkheim acentua a contribuição principal dos avanços tecnológicos para o desenvolvimento da divisão do trabalho mais elaborado (In: Nicolás, 1984).

Para Marx (In: Buttel, 1986; Rocher, 1989) o homem surge como um ser

com necessidades para o que, tendo de as satisfazer, terá de lutar com as forças da natureza; esta luta obriga-o a desenvolver técnicas de trabalho e elaborar modos de organização do trabalho colectivo. Assim, a produção dos bens essenciais para satisfazer as suas necessidades é a base de toda a vida social.

Já implícitos nestas concepções estão os elementos *população, meio ambiente, organização social e tecnologia*. No entanto esta tradição clássica está marcada por um antropocentrismo e por um cepticismo em relação ao biologismo.

Esta concepção antropocentrista, detendo na sua essência que o ambiente é capaz de responder indefinidamente ao aumento das necessidades e a afastar toda a possibilidade de penúria, também está subjacente em autores contemporâneos e é qualificada por Catton e Dunlap (In: Buttel, 1986) de "paradigma da excepcionalidade humana".

A Ecologia Humana nasceu com Park e Burgess. Park em 1920 dedicou-a ao espaço urbano das sociedades inspirando-se em analogias do reino animal e vegetal e não nos teóricos anteriormente mencionados.

Para Park o conceito central é o de *comunidade*.

Dava-se pouca importância aos valores sociais e à cultura o que provocou uma crise na Ecologia Humana. (Hawley in: Nicolás, 1984).

No entanto a contribuição mais importante foi a perspectiva de vida colectiva como um processo adaptativo consistindo numa interacção de ambiente, população e organização. A adaptação é assim um processo de comportamento colectivo.

Fora deste processo emerge o ecossistema que serve como denominador comum entre a bioecologia e a Ecologia Humana (Hawley, 1986).

O processo adaptativo é perfeitamente inteligível se considerarmos o ser

humano indefeso quando vem ao mundo necessitando, ao longo da vida, da sociedade como única fonte capaz de lhe fornecer, por meio de uma aprendizagem contínua, conhecimentos precisos para poder sobreviver individualmente.

A interdependência torna-se assim um aspecto ubíquo da vida.

Mas a sobrevivência irá depender dos elementos de sustento existentes no meio ambiente. Há portanto uma dependência ambiental absoluta. Assim *cada indivíduo terá de ter acesso ao meio, o qual pode ser feito de modo directo ou transitivo* (Hawley in: Nicolás, 1984; Hawley, 1986).

O indivíduo na Ecologia Humana é considerado, teoricamente, como postulado, compreendendo cinco axiomas. Os dois primeiros já foram mencionados.

O terceiro e o quarto determinam que *o indivíduo conserva e expande a sua vida ao máximo, e apresenta uma grande capacidade adaptativa com limites internos indeterminados. As limitações exteriores tornam-se operativas antes das internas.*

O último refere que *o indivíduo se encontra submetido ao aspecto temporal, o qual o força a afectar o tempo a diferentes actividades, sendo a economia do tempo uma preocupação major da vida humana.*

Todas as características mencionadas nos postulados implicam a obrigatoriedade da existência da *relação interindividual*.

A relação é um processo de troca, de comunicação o qual advém de uma necessidade: a quantidade de energia e informação necessárias para manter uma estrutura (Raffestin, 1984). Tal termo engloba todo o tipo de interacção e não só a interindividual.

A relação interindividual é assim um processo de comunicação sendo esta vista, para além dum processo complexo, hierarquicamente ordenado, interdependente e adaptativo, como um processo padronizado de comportamento governado por normas e regras socio-culturais (Littlejohn, 1982).

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

Essa estrutura de relações define a organização humana. Esta é o objecto de estudo da Ecologia Humana.

Mas as suposições explicativas do comportamento individual não são transferíveis para acontecimentos de nível superior.

Aprendizagem cultural contínua apresenta-se como especificidade de uma espécie na adaptação ao meio, modelando-a.

É necessário clarificar as noções básicas de ambiente, população e organização.

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

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

Quanto à segunda há a considerar condições constantes (características

permanentes de uma área e presença de outros agregados humanos) e condições variáveis (acontecimentos imprevisíveis e visitas de outros seres humanos assim como guerras e difusão cultural).

Mas o ambiente está sujeito a mudança constante.

À medida que se produz acção de grupo residente sobre o meio biofísico também a alteração deste irá produzir modificações no grupo.

Para Hawley tende-se a estabelecer uma relação ambiental estável com a interacção população-ambiente.

A mudança na população é sempre iniciada por uma variação ambiental. Mas a mudança não é cumulativa quando a alteração ambiental comporta a vertente biofísica; só quando a variação implica o ambiente ecuménico há mudança cumulativa.

Uma população é uma das várias dimensões de um ecossistema. É constituída por indivíduos a cada um dos quais se reconhecem os cinco postulados anteriormente descritos.

Por outro lado apresenta propriedades que não são partilhadas pelos indivíduos que a compõem, a saber:

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

Estes quatro itens definem um sistema demográfico.

No entanto é insuficiente a existência das propriedades mencionadas para a definição de uma população.

Há necessidade de organização. Só assim a população pode ser considerada uma unidade.

População e organização são conceitos inter-mutáveis.

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

A organização é o conjunto de relações que a população realiza para a sua adaptação.

É pela interação entre população e meio ambiente que surge a organização.

"O sistema é o carácter fenoménico e global que adquirem as inter-relações cuja disposição constitui a organização do sistema" (Morin, 1977:101).

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

As vertentes demográfica e organizacional são dois parâmetros envolvidos no equilíbrio populacional. Este é visto como estabilidade em número ao longo do tempo.

A compreensão dos conceitos de ambiente, população e organização leva-nos à abordagem do denominador comum da Ecologia Humana e da Bioecologia: o ecossistema.

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

O ajustamento da população ao meio ao produzir uma interação faz surgir a cultura na sua dupla manifestação: material e não material (tecnologia e organização). Estas são vertentes diferentes do mesmo fenómeno para os

dois autores.

A mediatização da relação população-recursos nas comunidades humanas é feita pela organização social e pela tecnologia.

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

A adaptação dessas comunidades é cultural. Comunidade, para Hawley, **"é aquela população que leva a cabo a vida diária mediante um sistema de relações e é considerada como o microcosmos mais pequeno em que se podem encontrar todos os parâmetros da sociedade"** (In: Nicolás, 1984:194).

A consideração das quatro variáveis como elementos do ecossistema deriva do facto de que o homem é um produtor e acumulador de cultura.

Consoante o tipo de ambiente haverá um tipo de cultura.

A tecnologia e a cultura são termos classificatórios para os padrões de comportamento de um ecossistema.

Como modelos sociais que são revestem-se de um aspecto normativo ou de pressão social (Hawley, 1986; Rocher, 1989).

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

Mencionámos que o ecossistema apresenta um carácter unitário. Este implica a existência de um limite exterior definido. O limite detem como premissa-chave a continuidade da estrutura do sistema. Tal limite só é fracamente perceptível da definição de sistema social: **"o sistema social compreende as condições implicadas na interacção de indivíduos humanos reais que constituem colectividades concretas compostas de membros determinados"** (Rocher, 1989:2 186).

Hawley (1986) acrescenta o factor tempo como condição imprescindível referindo que há um gradiente de frequência de interacção. Tal gradiente é o indicador da continuidade de estrutura do sistema.

O ecossistema sendo um arranjo de múltiplas dependências numa população é um arranjo entre unidades funcionais.

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

As relações podem ser de dois tipos: simbióticas e comensalísticas. O primeiro está presente sempre que haja suporte mútuo entre as unidades básicas: complementaridade de acções.

O segundo tipo refere-se a uma actuação da mesma forma pelos indivíduos: semelhança de acções.

"Função ou papel é qualquer actividade recorrente que é permutada por outra ou outras actividades" (Hawley, 1986:32). Portanto o foco reside não propriamente no indivíduo compreendendo determinadas características individuais, mas na actividade que representa.

Hawley aplica o conceito de nicho como **"uma ocupação praticada por uma categoria de unidades"** (Hawley, 1986:134).

Um sistema exige sempre uma diferenciação funcional. É entre as actividades diferenciadas que se formam relações simbióticas. Este sector edifica-se segundo uma relação ambiental de sustento tendo como função-chave aquela que ocupa uma posição estratégica relativamente a todas as outras funções (contingentes).

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

Um sistema assume como modelo uma ordem hierárquica de funções no apex do qual reside a função-chave. O todo é uma organização do poder.

Apesar de ser, assim, uma propriedade do sistema não está uniformemente distribuído, estando preferencialmente concentrado na função-chave.

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

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

A estrutura inter-relacional do ecossistema consiste, dissemos, numa organização das funções comensalísticas e simbióticas podendo-se desenvolver duas formas distintas de agrupamentos: os grupos categóricos e os corporados respectivamente (unidades complexas).

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

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

O funcionamento das unidades do sistema - sua interdependência (1º axioma de Hawley) - opera dentro de limitações temporais (5º axioma de Hawley), as quais dimensionam o espaço sobre o qual se podem distribuir as actividades de cada unidade. O ecossistema torna-se assim um meio de economizar o uso do tempo afectando-o de várias maneiras às diferentes actividades.

"O espaço é função do tempo e este, por sua vez é definido pela maneira como um sistema é constituído" (Hawley, 1986:40).

Apesar da multiplicidade de funções existentes num sistema este rege--se por uma *ordem normativa* partilhada por todos os membros da população envolvida.

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

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

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

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

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

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

Há a considerar duas fases na mudança: a externa e a interna. É à externa que se deve a essencialidade do processo, já que este tem necessidade de nova informação. Esta só pode ocorrer do ambiente ecuménico.

O ambiente biofísico não é produtor de informação e como tal, apesar de poder haver esforços do sistema para se adaptar a eventuais novas condições ambientais biofísicas não há mudança.

O ponto ou pontos de entrada de influências ambientais num sistema depende do grau de integração entre os elementos estruturais constituintes.

Num sistema relativamente fechado a mudança chega ao sistema através da unidade que apresente maior acessibilidade às influências externas. Esta unidade corresponde à função-chave. Num sistema livremente integrado, ou aberto, a mudança pode entrar por vários pontos.

No entanto não basta haver informação para haver mudança: ela necessita ser armazenada apontando Hawley (1986) a necessidade de se pensar, em termos probabilísticos, sobre as influências informativas produtoras de mudança.

Tal informação acumulada aumentará a comunicação entre as diversas funções do sistema.

As modalidades de mudança compreendem o *crescimento* e a *evolução*.

A explicação destas radica na teoria geral dos sistemas. Hawley, aplicando-a, implica no crescimento uma maior complexidade, e na evolução o

aparecimento de propriedades emergentes, sublinhando esta qualidade como uma denotação da evolução social.

O primeiro é um **desenvolvimento de potencial latente** e a segunda é a **criação de uma ordem mais elevada de potencial** (Hawley, 1986:52).

O termo sucessão é utilizado em bioecologia para denominar o processo de crescimento sendo possível identificar uma série de estádios bem demarcados, que terminam num estádio final ou comunidade climax.

Mas o ecossistema humano não parece culminar, ontogeneticamente, num climax.

A evolução de ecossistema, por seu lado, também enferma de diversas dificuldades na sua explicação (impossibilidade de nomeação concreta dos estádios evolutivos, falência em revelar o mecanismo básico do processo evolutivo, o qual transporta o conceito de evolução biológica e que não é aplicável ao ecossistema humano).

Se conceptualmente crescimento e evolução são distinguíveis, na prática não existem fronteiras nem medidas a usar.

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

Considerando o terceiro postulado de Hawley admite-se a capacidade de expansão da população.

Esta tende a preencher espacialmente todos os recursos disponíveis.

Assim sendo pode-se admitir como causa eficiente da expansão a própria população.

Tal poder expansivo fica limitado tanto pelas diferenças entre os indivíduos, as quais criam diferenças na propensão à expansão, como pelos requisitos do sistema necessários para tal.

A expansão terá que ter relação com a organização e a tecnologia do

sistema em questão, considerando-se assim a população como causa necessária mas não suficiente.

Assim população e organização operam em interdependência.

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

Quando se desencadeiam problemas de âmbito global (exaustão de recursos, poluição ambiental) a sua origem terá sido devida a inaptações ou disfuncionamentos da organização.

Uma das primeiras consequências da expansão é a alteração da função que se realiza no lugar da expansão: especialização intensiva e extensiva. A expansão está assim relacionada com um maior grau de dominância no lugar da expansão.

Outras consequências serão o crescimento do lugar da expansão (população) e também do meio ambiente interactuante.

A maior troca que se processa entre as unidades do sistema aquando da expansão resulta da adopção por estas de um isomorfismo estrutural (hipótese de convergência) o qual sustenta que *as estruturas do sistema convergem numa forma comum quando as suas interacções são frequentes*. No entanto há várias críticas a esta hipótese afirmando-se a existência de muitas características únicas (crenças, tradições, padrões linguísticos, política). Por tal esta hipótese deve ser vista como um processo e não como um resultado.

Para Duncan (In: Nicolás, 1984:200) o aspecto mais importante da evolução do homem é a expansão do seu nicho ecológico determinada pelo seu crescimento em número, pela sua produtividade através da tecnologia e

por intermédio da organização social baseada na divisão do trabalho.

Do que foi dito ressalta o significado da Ecologia Humana estabelecido como em paradigma composto por três asserções:

- A adaptativa: a adaptação ao meio deriva de uma sistema de *interdependências* entre os membros de uma população;
- A de crescimento: o desenvolvimento do ecossistema continua até ao máximo tamanho e complexidade permitido pela comunicação entre as unidades;
- A evolutiva: propõe que a evolução se inicie com a introdução de nova informação até à ocorrência de novos elementos estruturais e portanto maximização da sua utilização.

No entanto há que atender ao facto de que apesar de um sistema ser o único mecanismo adaptativo para qualquer organismo vivo *não é invariavelmente adaptativo, podendo mesmo ser inadequado.*

Hawley (1986:8) refere que não há necessidade de um sistema sobreviver.

Catton, Dunlap e Schainberg (In: Buttel, 1986:372) apontam o desequilíbrio para o qual tendem as relações entre o homem e o meio, pondo em marcha um processo de degradação ecológica auto-acelerada.

Para os dois primeiros autores existe uma dependência ecológica das sociedades humanas em relação com o seu ecossistema e que está consignada num paradigma ("new environmental paradigm") que, para além de integrar a noção de *interdependência* entre os membros de uma população como condição básica da adaptação do homem ao ambiente, aponta para as consequências não esperadas de uma qualquer acção social deliberada, devido à complexidade do tecido relacional, e para os limites físicos e biológicos potenciais ao crescimento, qualquer que este seja.

Hawley integrando o desenvolvimento e a evolução no processo de mudança cumulativa também aponta limites à expansão.

Refere-os não só em relação ao meio ambiente mas também, e sublinha a sua importância, aos *processos organizacionais*, implicando nestes a proporção mais importante de factores opondo-se ao processo de mudança.

No entanto diz não ser possível antever as implicações de uma acumulação exponencial de informação.

Hawley apresenta-nos uma teoria perfeitamente compatível com as especificidades da espécie humana. Por outro lado oferece-nos um contributo passível de fornecer linhas de orientação no estudo dessa população.

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

A interdependência é assim um aspecto universal do homem.

Mas a sobrevivência da população depende do meio ambiente ao qual se tem de adaptar. Assim cada unidade da população tem de ter acesso ao meio (directo ou transitivo) *No entanto a adaptação do homem a este último é cultural (tecnologia e organização social).*

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

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

As unidades básicas do sistema social podem ser simples ou complexas.

As últimas aparecem sempre que a realização de uma função exceda as capacidades de um indivíduo.

Há assim lugar à formação de níveis organizativos, desde os grupos (categóricos ou corporados) à comunidade.

A organização surge da interacção entre ambiente e população. *Considerando a grande variedade de conteúdo ambiental é fácil conceber que cada ambiente determinará uma forma de organização.*

O grupo é o nível organizativo mínimo.

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

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

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

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

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

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

Assim a mudança é um dimensão inerente a todo o sistema. A população tende a preencher espacialmente todos os recursos disponíveis, mediante a tecnologia e a organização social que existem em cada momento. No entanto o

tamanho é condicionado por aqueles.

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

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

Assim qualquer que seja o nível organizativo da comunidade devem-se considerar os aspectos *espaciais, temporais, funcionais e demográficos*.

A Ecologia Humana "**estuda os princípios que regem as interacções entre as unidades da organização**" (Hawley, 1986:131). Não negando que "**o indivíduo se compromete em actividade motivada e valorativa, tais aspectos do comportamento não são usados**" (Hawley, 1986:127; o itálico é nosso).

A Ecologia Humana é uma tentativa para lidar holisticamente com o fenómeno organizativo, interessando-lhe as condições em que determinadas situações ocorrem.

2.4. ORIENTAÇÃO DA ECOLOGIA HUMANA PARA O ESTUDO DO ENVELHECIMENTO

O Envelhecimento demográfico apresenta-se, muito sumariamente, como uma alteração demográfica evidenciada pelo aumento da população idosa.

As explicações da demografia social implicam nesta alteração mudanças em vários sistemas que induzindo modificações nas variáveis microdemográficas irão alterar a estrutura etária.

Por sua vez esta alteração sendo um processo social influenciará toda a organização social (Nazareth, 1988 a :49).

À Ecologia Humana interessa esta vertente de macroabordagem. Interessa-lhe perceber as relações entre as unidades da organização social, numa ordem espacial e temporal.

Torna-se assim imprescindível *o estudo da população*.

Mas a originalidade da Ecologia Humana prende-se com a noção de ecossistema como arranjo de múltiplas dependências entre unidades funcionais promovendo organização.

Assim o indivíduo é o postulado da Ecologia Humana. Mas o que conta é a relação que mantém com os outros indivíduos, numa malha inter relacional operando como uma unidade na consecução de uma relação ambiental viável.

População e organização são portanto conceitos intermutáveis.

Assim também os princípios que regem as relações entre as unidades simples são outra vertente imprescindível da análise da Ecologia Humana. A considerarmos estas unidades e sua inter-relação estamos a considerar análise a nível microsistêmico.

Também a este nível é obrigatório conhecer os aspectos temporo-espaciais e isto advindo das limitações temporais confrontando o homem constantemente.

Este axioma impõe tanto a afectação do tempo a determinadas actividades como a demarcação destas no espaço, já que este é função do tempo.

A Ecologia Humana apresenta assim uma interligação entre *ambiente, população e organização* (e tecnologia).

Para qualquer nível organizativo têm portanto de se analisar tais aspectos.

Ao equacionarmos o envelhecimento estamos a fazer em primeiro lugar um estudo sobre *o estado da população* num determinado ambiente.

Em segundo lugar estaremos a perspectivar os *princípios que regulam as relações* entre as unidades (simples ou complexas) da *organização*.

Em terceiro lugar estamos a considerar uma possível alteração das funções em número, tipo ou um rearranjo isto é, estamos a admitir uma *mudança* ao longo do tempo.

Em quarto lugar estamos a considerar o indivíduo, postulado da Ecologia Humana, detentor de cinco características (os axiomas de Hawley):

- Imprescindibilidade da interdependência com outros seres humanos;
- Necessidade de ter acesso ao meio (directo ou transitivo);
- Tendência inerente para preservar e expandir a vida ao máximo;
- Capacidade interna adaptativa indeterminada;
- Submissão ao aspecto temporal e conseqüentemente ao espaço,

implicando afectação do tempo às diferentes actividades.

Por fim resta acrescentar que consideramos, neste caso, unidades simples aquelas que, para além de pertencerem a um determinado grupo etário, sofreram um processo de envelhecimento e apresentam determinadas características passíveis de serem identificáveis e categorizáveis.

A problemática do envelhecimento, à luz da Ecologia Humana será entendida na base da consideração destes cinco itens.

Reportemo-nos a Castelo de Vide.

Explanámos sobre o estado da população. Concluímos pelo envelhecimento demográfico e por alterações da estrutura social ligadas a essa alteração. No entanto tentámos descortinar outros factores que estivessem implicados nessa reorganização social, numa tentativa em determinar as condições dessa mudança.

O aumento do número de lares, por outro lado, implica novos tipos de relações dos idosos na sociedade. Por fim pressupõe condições específicas inerentes ao indivíduo e ao seu modo relacional propiciadoras e delimitantes de uma mudança organizacional.

Se algumas dessas condições são conhecidas, e já nos debruçámos sobre elas, e outras se podem entrever, o seu conhecimento como um todo é ainda incipiente.

Seguindo a linha orientadora da Ecologia Humana, e na tentativa de colmatar uma lacuna, ir-nos-emos debruçar sobre a caracterização de aspectos relacionados com o modo de vida do idoso, tanto sobre a vertente biológica como a psicológica e a social, com a finalidade de determinar mais alguns **"princípios que regem as interações entre as unidades da organização"** (Hawley, 1986:131).

**3. A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO
NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA: O CASO
PARTICULAR DE CASTELO DE VIDE**



3.1. INTRODUÇÃO

As condicionantes que levam o idoso à procura do lar terão a ver com a sua vida relacional na sociedade.

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

Mas, apesar de estarmos perante um grupo etário delimitado, não estamos frente a um simples grupo categórico: socialmente o idoso vive ou em unidades familiares ou em instituições apresentando-se portanto integrado em unidades complexas diferentes.

À formação do lar e da família presidem já princípios unificadores diferentes.

Por outro lado se considerarmos a família uma unidade complexa corporada, *o papel do idoso* nesta e no lar *poderá parecer idêntico*, já que assiste à actuação das duas unidades o fornecimento de sustento e amparo ao idoso. No entanto este, apesar de manter com o ambiente nos dois grupos relações idênticas, está evidentemente imbuído numa malha relacional diferente da do lar. Sendo unidades complexas diferentes os seus membros terão papéis diferentes.

Se o idoso, por outro lado, tiver um papel diferente do anteriormente mencionado na família (considerada como grupo corporado) já *não* apresenta uma *semelhança de funções* com o idoso do lar.

Se considerarmos a família como grupo categórico então aqui o *papel do idoso será totalmente diferente* do papel do idoso institucionalizado.

Há assim demasiadas diferenças para que possamos englobar a totalidade da população idosa num estudo. *Não é, de modo algum, uma população homogénea.*

A melhor forma de tentarmos atingir o nosso objectivo será debruçarmos sobre a população idosa dos lares, o que nos dará também a possibilidade de perceber a evolução da malha relacional, numa óptica temporo-espacial.

3.2. OS LARES

Exceptuando duas zonas residenciais recentes com doze anos e a zona que agrupa a Escola Básica Integrada um hotel e o complexo desportivo a vila de Castelo de Vide mantém-se limitada pelas muralhas, cuja última reconstrução data do reinado de D. José.

Dá-se entrada em Castelo de Vide pelas estradas vindo a sul, de Portalegre, a sudeste de Marvão e a Nordeste da Beirã (anexo I).

O albergue localiza-se quase no início de uma rua que parte da praça principal, se abre num largo e se continua por uma viela.¹

É um edifício do século XVIII ocupando 1/4 do quarteirão com a saída principal para o largo e uma outra para outra rua, estreita, que contorna o quarteirão. Nas traseiras do lar encontra-se um terraço sendo o único espaço ao ar livre que lhe pertence (anexo I).

O asilo (a Fundação de N. Sra. da Esperança) está já na ponta sudeste da vila debruado a sul e a sudeste pela muralha e contornado por um dos outros

¹ Os dados relativos à estrutura arquitectónica dos lares de Castelo de Vide foram retirados de António Vicente Raposo Repenicado. *Breve Roteiro da Notável Vila de Castelo de Vide*. Separata do *Jornal Terra Alta* do n. 483, [sl], [s. ed.], 1966.

lados por uma rua apresentando uma morada de casas e pelo outro lado pela estrada que sai da vila e se dirige a Marvão (anexo I).

O edifício é um antigo convento de Franciscanos Recoletos datado do ano de 1589.

À semelhança do que acontece noutras construções antigas sofreu mudanças das suas funções e conseqüentemente alterações da sua estrutura arquitectónica.

Continua-se para as traseiras até à muralha por uma quinta com horta e jardim.

A saída principal está voltada para a estrada que ladeia a Fundação, servindo os idosos institucionalizados e funcionários. Das duas outras uma encontra-se inviabilizada e a terceira é utilizada estritamente pela cozinha.

O lar de N. Sra. da Graça de Póvoa e Meadas localiza-se nesta freguesia situada a 13 Km da sede do concelho (anexo II).

É uma aldeia de limites precisos e na qual não se tem realizado nenhuma expansão territorial. Associadamente conta com um decréscimo populacional importante (813 e 771 habitantes em 1981 e 1991 respectivamente).

Caracteristicamente encontra-se um largo principal a partir do qual dimanam as artérias principais.

É no cruzamento de duas destas vias que se localiza o lar (anexo III). É um edifício do século passado que fez parte, até há duas décadas, de uma grande casa agrícola que, devoluta, foi adquirida pela câmara Municipal com o propósito a que lhe assiste.

A saída principal dá para a única rua que o contorna. A cozinha alcança-se pelo quintal vasto onde, para além de arrecadações, sala de convívio e capela se encontra o centro de saúde.

Uma vedação separa o quintal da horta e da lavandaria.

Tanto o lar de Póvoa e Meadas como a Fundação têm um quintal. Mas na Fundação os idosos nunca procuram esse espaço. Concentram-se no claustro, ou saem do lar para o jardim público, localizado do outro lado da estrada, ou para a vila.

No entanto é preciso frisar que o acesso ao jardim do asilo se faz pela cozinha, localizada na cave, e só acessível por escada. A incapacidade funcional dos idosos funcionaria como travão à ida para o jardim. Por outro lado a horta é cultivada por um idoso institucionalizado que não gosta de ver o seu território invadido.

O quintal do lar de Póvoa e Meadas contorna a zona da cozinha das salas de jantar, de estar e de convívio e dá acesso directo ao 1º andar por uma escadaria exterior.

É usado diariamente tanto pelos idosos institucionalizados como pelos idosos do centro de dia.

No albergue o terraço tem uma reduzida utilização.

Não nos referiremos, seguidamente, ao albergue dado que no nosso estudo não foram entrevistados os seus idosos institucionalizados.

A distribuição espacial das acomodações, como se poderá facilmente depreender é diferente nas duas instituições, visto terem estruturas arquitectónicas diferentes.

Na Fundação tudo se distribui à volta dos claustro: cozinha, salas, secretaria e dormitórios estes no 1º e 2º andares. No lar de Póvoa e Meadas há uma distribuição espacial abarcando uma maior extensão em comprimento, contrariamente ao aspecto compacto da Fundação, e oferecendo uma dispersão dos idosos.

No entanto a distribuição temporal das actividades do lar ligada às necessidades básicas dos idosos impõe uma *ocupação espacial de ritmo circadiano definida de modo idêntico nos dois lares*. A concentração nas

áreas das salas de estar/convívio e jantar, determinada pela necessidade de sustento, é diurna e com periodicidade estabelecida, sendo a ocupação dos quartos confinada à restante parte do dia.

Este ritmo implica também que os indivíduos adstritos à função de prover às necessidades básicas dos idosos sejam organizados *temporalmente* segundo estas.

Tal organização dependerá de unidades funcionais para tal existentes.

É o lar que afecta o tempo às diferentes actividades da vida diária do idoso, substituindo-o nesta actividade.

Ao idoso ficam confinadas as actividades corporais, locomotoras, no exterior e funções sensoriais quando tal seja possível pela sua capacidade funcional, e a ocupação dos tempos livres.²

O Lar de Póvoa e Meadas e a Fundação são duas instituições particulares de solidariedade social.

A Fundação tem como fins exercer e/ou promover actividades assistenciais nos campos da tiflogia e da terceira idade. A assistência à 3ª idade abrange indivíduos do sexo masculino e casais sendo dada prioridade, em igualdade de circunstâncias, aos naturais do Concelho de Castelo de Vide ou a pessoas que residam nele há, pelo menos, dez anos.

A Fundação apresenta dois corpos gerentes, o Conselho de Administração e o Conselho Fiscal.

2. Consideramos aqui as actividades da vida diária compreendendo as actividades corporais, as domésticas, as locomotoras, as actividades no exterior, as mentais, as recreativas e as funções sensoriais. Retirado de F. A. Gonçalves Ferreira, *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1988.

Os funcionários de apoio aos 44 idosos constam de uma encarregada de Serviços Gerais, cinco ajudantes de lar e cinco auxiliares de serviços gerais, uma cozinheira e uma ajudante de cozinha e uma escriturária.

Ao Conselho de Administração (composto por cinco membros) compete, para além da administração da Fundação e actos com tal relacionados, a *estruturação e organização dos serviços e actividades, o estabelecimento dos respectivos quadros e a gestão do pessoal.*

É ao presidente que diz respeito o superintender e coordenar todos os serviços e actividades da Fundação.³

Ao Conselho Fiscal, também composto por cinco membros, compete fiscalizar as acções do Conselho de Administração no sentido do cumprimento dos estatutos.

À escriturária, directamente dependente do Conselho de Administração, estão entregues os serviços administrativos.

Também directamente dependente do Conselho de Administração está a encarregada geral que tem a seu cargo a distribuição dos horários dos funcionários e determinação de todo o aprovisionamento correspondente às necessidades básicas dos idosos.

Às cinco ajudantes de lar e às cinco auxiliares estão relegadas as tarefas de limpeza, arrumação geral e provimento de ajuda directa ao idoso nas suas necessidades básicas.

3. Os dados relativos à natureza, fins e órgãos gerentes da Fundação foram retirados dos Estatutos da Fundação, publicados no D. R., III série, n. 50 de 28 de Fevereiro de 1978, sob o título de Declaração.

O lar de Póvoa e Meadas tem como fins o desenvolver actividades para a 3ª idade e para crianças. A assistência à 3ª idade estende-se à população da freguesia de Póvoa e Meadas.

Sendo constituído por um número ilimitado de associados apresenta como corpos gerentes a Assembleia Geral, a Direcção e o Conselho Fiscal⁴.

Entre a Assembleia Geral e a Direcção (com cinco membros) ficam partilhadas funções em relação à administração geral do lar como mesmo em relação a serviços: à Assembleia Geral compete apresentar sugestões tendentes a uma melhor eficiência dos serviços e à Direcção compete organizar o quadro do pessoal e velar pela organização e funcionamento dos serviços. Ao presidente da direcção compete coordenar e fiscalizar os respectivos serviços.

O conselho fiscal (três membros) apresenta em relação à Direcção um papel de zelador no cumprimento dos estatutos e regulamentos.

Os serviços de apoio aos idosos institucionalizados fazem paralelo com os existentes na Fundação diferindo somente, no número: 1 encarregada geral, 11 ajudantes de lar, 1 cozinheira, 1 empregada de lavandaria e uma auxiliar de lavandaria e dois escriturários.

A diferença principal reside no papel da Assembleia Geral. Enquanto no lar de Póvoa e Meadas a Direcção é eleita pela Assembleia Geral que reúne todos os associados, o Conselho de Administração é eleito pela Assembleia Geral da Sta. Casa da Misericórdia de Castelo de Vide a qual só é usada, em relação à Fundação, para este fim não tendo mais interferência no seu funcionamento.

Qualquer um dos lares se submete a normas gerais existentes e mais propriamente a orientações da entidade tutelar (Ministério do Emprego e

4. Dados retirados dos Estatutos do lar da 3ª idade de N. Sra. da Graça de Póvoa e Meadas.

Segurança Social) tendo sido os estatutos de ambos submetidos a aprovação da Direcção Geral da Segurança Social.

O idoso institucionalizado apresenta assim um modo transitivo de acesso ao meio e relações simbióticas com as unidades básicas do lar que o ajudam nas necessidades básicas.

Finalmente a função-chave é representada, nos dois lares, pela Direcção já que assiste a esta função o determinar o **"input ambiental mais crítico em importância para o sistema"** (Hawley, 1986:35).

Entre o grupo de funções adstrito à ajuda do idoso e a função-chave existe uma outra função contingente com o papel de organizar as unidades básicas directamente ligadas ao idoso.

Há assim lugar à formação de um grupo corporado: **"conjunto de unidades simples que são funcionalmente diferenciadas e integradas simbioticamente"** (Hawley, 1986:68).

Ao todo os dois lares apresentam mais semelhanças do que à primeira vista poderia parecer.

Estão submetidos às mesmas orientações gerais provindo dum órgão tutelar.

A sua função é a mesma: instituição privada de solidariedade social vocacionada para o apoio à 3ª idade. A constituição social apresenta diferenças irrelevantes.

No funcionamento dos dois lares há organização das diferentes funções e distribuição temporo-espacial das actividades idênticas.

Por fim o idoso encontra-se imbuído numa malha semelhante de relações simbióticas e comensalísticas.

Hawley (1986:70) propõe que **"todas as unidades corporadas de uma dada dimensão tendem, em relação directa com a frequência das trocas entre elas, a adquirir funções correlativas e arranjos internos semelhantes"**.

Mesmo não sendo as trocas realizadas directamente entre as unidades, mas só indirectamente e por intermédio de uma estrutura que as interligue, existe uma necessidade de inteligibilidade mútua, promovendo um *isomorfismo estrutural*.

3.3. METODOLOGIA DA PESQUISA

Algum conhecimento da rede de estrutura e suporte social do idoso pode ser extraído da literatura científica.

Há um debruçar sobre certas dimensões da rede (tamanho; proximidade geográfica; percentagem da malha familiar na rede; reciprocidade) e alguns dados sobre o suporte social, tipos particulares de suporte, quem o fornece e a sua relação com a extensão da rede.

Há algum tipo de stress social (problemas financeiros) com influência nas dimensões da rede, assim como se admite que o nível de escolaridade tem influência nas dimensões da rede.

No entanto a sua relação com as características bio-psicológicas do indivíduo, numa perspectiva de funcionamento social, é muito fluída.

Mas há dados que apontam para uma associação entre falta de suporte social e aumento da vulnerabilidade à doença, assim como o stress de origem psico-social ter um impacto negativo na saúde física e mental. Não se sabe bem qual o papel da rede neste último processo mas alguns trabalhos, não voltados para o idoso, fazem interferir a falta de suporte social como factor relevante no desencadear de uma depressão aquando de um acontecimento stressante (Brown, 1992).

Mas nenhuma destas inter-influências é mencionada como tendo qualquer implicação na institucionalização.

Neste campo a literatura apresenta-se, quase na totalidade, fornecendo dados sobre número de idosos em lares e sua variação temporal, tipo de cuidados oferecidos e custos financeiros de cada tipo.

Refere também que os lares aparecem para satisfazer as necessidades sociais básicas dos indivíduos idosos já não satisfeitas pela família.

No entanto dos resultados do estudo exploratório tudo parece indicar que não é a incapacidade para realizar as necessidades básicas a interveniente major na institucionalização; qualquer factor que implique necessidade de suporte social ou qualquer situação que possa causar um "sentir-se só" terão influência.

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

Vejamus como se articulam estas vertentes com o quadro da Ecologia Humana.

Vamos considerar os aspectos do acesso ao meio, das interdependências e da partilha do tempo. Abordaremos num segundo tempo a capacidade expansiva e a grande adaptabilidade da espécie humana.

A interdependência implica uma malha de relações simbióticas e comensalísticas, realizada no quadro das unidades funcionais básicas do sistema social, e portanto o conhecimento das relações sociais. É necessária para o acesso ao meio, sabemos. Este impõe a possibilidade do indivíduo em aceder ao meio. E, em primeira linha tem portanto relação com um estado de saúde compatível com "a aquisição de elementos de sustento que são

distribuídos irregularmente no espaço e no tempo" (Hawley in Nicolás, 1984:200).

Isto é levado a cabo por actividades da vida diária.

Por fim o tempo é afectado às interdependências e às diferentes actividades.

A distribuição temporal é regulada primordialmente pelas actividades relacionadas com as necessidades básicas de alimentação e repouso (Hawley, 1986:39). O espaço, como dimensão do tempo, é afectado às interdependências e às actividades.

Encontramos assim ligado ao indivíduo dois conceitos interrelacionáveis: relações sociais e estado de saúde.

Mas temos de introduzir neles o que se conhece em relação ao idoso.

Relações Sociais

É um conceito multidimensional que compreende três dimensões major: a estrutura, o conteúdo e a percepção do suporte (Berkman, Oxman e Seeman, 1992).

A estrutura é vista como o conjunto de ligações sociais envolvendo um indivíduo.

Há várias medidas da estrutura, das quais utilizaremos:

- o tamanho, isto é, o número de membros da rede;
- o número de membros da família pertencentes à malha;
- a proximidade geográfica;
- o estado civil;
- a participação na vida religiosa e comunitária;
- a participação em festividades familiares e regionais (Natal, Páscoa e festas da região).

A introdução destas medidas deve-se ao tipo particular de pesquisa: estudo da rede social no tempo passado adquirido por meio de entrevista, o que comporta os inconvenientes que as deformações das lembranças podem trazer (Festinger e Katz, 1974:390). Assim outras medidas da rede no passado (frequência do contacto; homogeneidade) não poderiam ser apuradas com fidedignidade. Limitámo-nos portanto a medidas que pudessem ser acessíveis com alguma facilidade.

Mas por outro lado tais medidas abarcam a quantidade de interacções sociais, que nos pareceu dado relevante no estudo exploratório já que detectámos um número reduzido de relações do idoso.

O "viver sozinho", o "mais tempo passado só", a viuvez, o "menos tempo com a família, os amigos, os vizinhos" são exemplos situacionais ligados à solidão (Neto, 1992:33).⁵

Dois dos aspectos gerais da solidão são o de ser uma experiência subjectiva, que não tem de estar relacionada com o isolamento objectivo, e o de resultar de alguma forma deficiente de relacionamento.

Mas "há um consenso sobre a dimensão temporal da solidão: sua existência em relação ao passado ao presente ou ao futuro", sentindo-se as pessoas "sós em relação a uma pessoa, um objecto, um acontecimento, um meio familiar de interacção ou uma recordação do passado" (Neto, 1992:22).

5. Os determinantes externos da solidão compreendem várias categorias: contacto social/actividades; estatuto relacional; perda relacional/rejeição; redes sociais inadequadas; novas situações; fracasso; factores temporais; barreiras indirectas. Extraído de Felix Neto, *Solidão, Embaraço e Amor*, p. 33.

O nos referirmos à solidão advém do facto de muitos idosos nos terem mencionado ter ido para o lar porque se sentiam sozinhos.

Pensamos que um eventual processo que leve à solidão, no idoso, seja passível de ser uma condicionante da institucionalização.

O fornecimento do suporte parece ser função de rede (Berkman, Oxman, Seeman, 1992; Pearlin, 1989).

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

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

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

O terceiro corresponde ao fornecimento de informações.

Há vários aspectos do suporte importantes para medir, nomeadamente disponibilidade usual e fonte do suporte.

Mais uma vez não foram utilizadas outras medidas do suporte como interacções entre receptor e doador do suporte, (Pearlin, 1989:251) pelas razões apontadas para a rede social.

"A disponibilidade do suporte parece estar altamente correlacionada [no idoso] com a necessidade actual de ajuda numa função particular" (Berkman, Oxman, Seeman, 1992: 199).

O suporte, ou a sua necessidade, será assim ele próprio, um indicador de uma insuficiência - seja física ou psíquica.

Alguns dos entrevistados revelaram necessidade de suporte devido a uma sobrecarga de trabalho imposta pela doença do cônjuge. Pearlin refere que uma *sobrecarga do papel social* (role overload) exigindo aumento de energia e força e excedendo as capacidades individuais funciona como *stressor crónico* (Pearlin, 1989:245)

A resposta do indivíduo ao stress é feita por meio de mediadores sendo um deles o suporte social; o outro é o "coping". Assim aquele tipo de stressor promoveria uma necessidade de suporte social do idoso que, não o obtendo, o levaria à institucionalização.

Uma outra faceta intimamente relacionada com o suporte social é a percepção do suporte feita pelo indivíduo. A percepção de suporte disponível parece aumentar o bem-estar influenciando positivamente a saúde.

A percepção do suporte é uma medida da dimensão subjectiva do suporte social. Baseia-se na concepção de Weiss que propõe seis benefícios das relações sociais. Um deles (attachment) refere-se **"àquele atributo das relações caracterizado por afecto e dá ao receptor uma sensação subjectiva de intimidade"** (Newell, 1987:184). Dois outros benefícios provindo das relações são a *integração social e ajuda disponível*. Os outros benefícios são o cuidar dos outros, a auto-confiança e a confiança na união.

Nesta ordem de ideias o isolamento pode ser medido como a percepção de falta de suporte (isolamento subjectivo) (Thompson e Heller, 1990:536).

O isolamento social no entanto não pode ser identificado com a solidão. Esta última é uma *emoção*. O isolamento social pode predispor à solidão (Neto, 1992:18).

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

Estado de Saúde

Não nos vamos debruçar sobre uma definição exaustiva de saúde. É suficiente adoptar a definição da Organização Mundial de Saúde que fala de

bem-estar físico, psicológico e social e não meramente da ausência de doença (constituição da O M S).

Evidentemente que estar num tal estado ideal de saúde é adstrito a períodos curtos de tempo e, provavelmente, só a alguns indivíduos. *O estado de saúde flutua e as mudanças são normais.*

A definição apresentada adopta os aspectos bio-psico-social do indivíduo cuja conjugação foi alvo do nosso debruçar sobre o envelhecimento.

Nesta definição está implícito o bom *funcionamento* a nível das três vertentes. Aquele torna-se uma dimensão a avaliar no indivíduo.

Assim a capacidade funcional é aspecto a considerar no idoso. Ela dimensiona a necessidade de ajuda e a qualidade de vida do idoso.

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

As mudanças relacionadas com o envelhecimento podem levar a alterações no risco de doença ou podem interagir com outros factores para modificar o risco de doença (Kaplan, Haan e Cohen, 1992:22).

Do estudo exploratório foi considerável a observação de que tanto a *doença* como a *capacidade funcional* diminuída seriam situações existentes no período anterior à institucionalização.

Um outro aspecto que queremos considerar é o da hospitalização que sendo considerada uma das manifestações de saúde do idoso, parece comportar algum peso à institucionalização.

Assim abordaremos a saúde do idoso avaliando a doença existente, a capacidade funcional no desempenho em actividades da vida diária e possível hospitalização no período anterior à institucionalização.

O bem estar físico, psicológico ou social no período anterior à institucionalização não poderá ser avaliado como facilmente se compreenderá.

No entanto a avaliação subjectiva do bem-estar social no idoso institucionalizado pode trazer algumas conclusões sobre o idoso no lar no sentido de se perceber uma relação entre a *integração social* e o *bem-estar social*.

A dimensão suporte social será a pedra de toque da institucionalização.

Há necessidade de um determinado *nível de saúde* para o acesso ao meio. Não existindo cria-se a necessidade de suporte social, devido à incapacidade para levar a cabo as actividades (instrumentais e não instrumentais) da vida diária.

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

A inexistência de suporte implicará a institucionalização.

A interdependência depende da rede de relações individuais.

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

Tudo parece indicar que grande parte dos determinantes externos da solidão se integram no estudo da rede social.

Determinantes externos da solidão, que não a implicando a possam promover, ou a *solidão* serão condicionantes ao suporte social. A sua inexistência levará à institucionalização.

Uma função da rede é o fornecimento de suporte.

A percepção da falta de suporte mede o *isolamento subjectivo*.

Este é mais um *determinante externo da solidão* (rede social inadequada).

O suporte social ou a sua necessidade indicam uma insuficiência da vida relacional. A sua inexistência obrigará o idoso à institucionalização.

Falámos atrás que em seu devido tempo nos debruçaríamos sobre os dois restantes axiomas de Hawley: a capacidade expansiva e a grande adaptabilidade.

Duas propriedades ligadas à capacidade expansiva são o aumento das interdependências e a facilitação do acesso ao meio.

Sendo a institucionalização um tipo de suporte social implica a *promoção dessas duas possibilidades*.

Uma terceira propriedade é o aumento da longevidade: o nosso tipo de estudo não se poderá debruçar sobre este ângulo.

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

Por outro lado o deslocar do idoso para o lar, devido à procura de suporte, demonstra uma resposta *adaptativa* do indivíduo ao meio, baseada em mudanças da organização social (Figura 1).

A população-alvo a analisar é constituída pelos 113 idosos institucionalizados. No entanto à partida foi posto de lado um dos lares de Castelo de Vide, já que não nos foi permitida a entrada (o albergue).

Assim ficámos limitados a 77 idosos (44 do asilo e 33 do lar de Póvoa e Meadas).

Interessam-nos as condições bio-psíquicas que levam à institucionalização assim como do estado actual bio-psíquico do idoso. Como tal os idosos que estiverem impossibilitados de comunicar por alteração cognitiva incapacitante seriam excluídos do estudo. Por outro lado, para os casais, só seria usado um dos cônjuges no estudo para evitar erros de análise

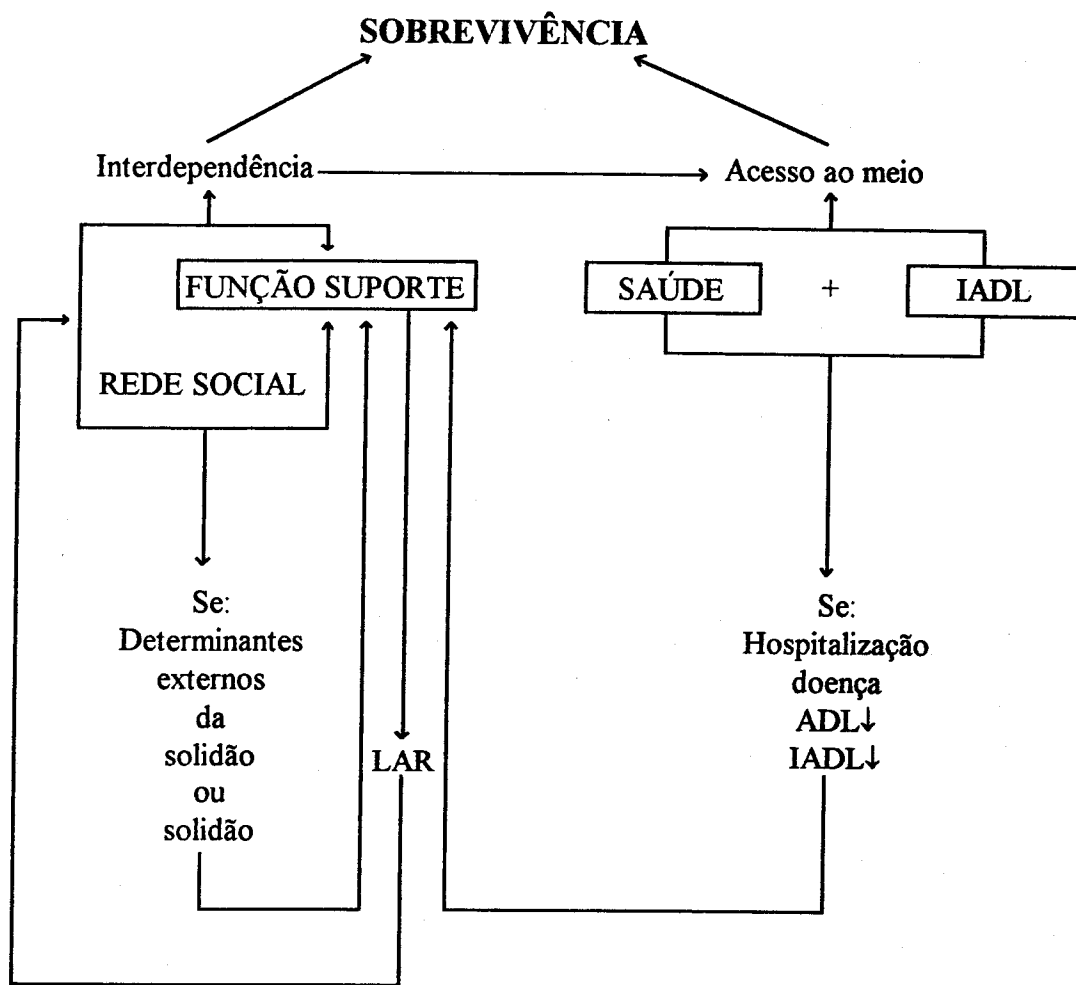


Figura 1 Modelo de análise da institucionalização do idoso.

devidos a repetição de factos (redes de sociabilidade); neste caso seria ouvido o cônjuge que apresentasse melhor capacidade cognitiva ou o que tivesse menor alteração da capacidade funcional.

Excluimos também os idosos cuja entrada na instituição tenha sido posterior a Novembro de 1993.

Só em 1993 deram entrada nas duas instituições 19 idosos (e 2 em Dezembro). A não consideração destes idosos dar-nos-ia um pequeno número de observações. Entrevistámos 50 idosos (22 do lar de Póvoa e Meadas e 28 do asilo). Mas há um problema relativo às unidades de observação: no albergue são institucionalizados idosos e no asilo idosos ou casais (para estes só há 7 quartos). Relativamente a estes aquando do falecimento do indivíduo do sexo masculino, a viúva só habitará o asilo enquanto não houver vaga no albergue, sendo para lá transferida logo que haja vaga.

Outra hipótese é a da família tomar a seu cargo a idosa.

Assim o facto de não podermos realizar o trabalho de campo com os idosos do albergue impõe-nos uma diferença para menos de indivíduos do sexo feminino observados. No asilo entrevistámos duas mulheres. Dos outros 5 casais, dois não estavam em condições de fornecer qualquer tipo de dados e dos três restantes era o marido a apresentar as condições estipuladas para ser integrado no estudo.

Este problema não se pôs no lar de Póvoa e Meadas aberto a indivíduos de ambos os sexos e casais.

Apesar do número de idosas observados ser bastante inferior ao do indivíduos do sexo masculino tal não indica que há um menor número de idosas institucionalizadas mas sim que não foi possível contactá-las. Só no albergue estão 36 mulheres idosas.

Utilizámos a entrevista como técnica de colecta de dados. O grande número de analfabetos entre os idosos punha, à partida, de lado o uso de

questionário. Outra razão teve a ver com a reconstituição de acontecimentos do passado que obrigariam o idoso a tentar uma localização temporal desses factos e a, possivelmente, uma adaptação individual da entrevista. Por outro lado já que nos propunhamos debruçar sobre questões meramente pessoais (determinantes externos de solidão, solidão, ajustamento emocional) entendemos da necessidade do questionar face-a-face devido à eventual necessidade de formular as perguntas de um modo diferente, sem lhes alterar o sentido, caso não fossem compreendidas pelo entrevistado.

Também o querermos considerar a capacidade funcional actual, de um modo fidedigno, a única possibilidade seria a da observação directa intensiva (Lakatos e Marconi, 1991).

Utilizámos um guião de entrevista já que pretendendo equacionar determinadas questões teríamos de aplicar uma matriz semelhante para todos os idosos, com a finalidade de comparação do mesmo conjunto de perguntas.

O Guião da Entrevista

O guião da entrevista deve responder aos objectivos da pesquisa. Cada questão deverá **"evocar no indivíduo a ideia ou grupo de ideias que implicam os objectivos da pesquisa e cada questão deve suscitar uma resposta susceptível de ser analisada de tal maneira que os resultados desta análise respondam ao que pretendia o pesquisador"** (Festinger e Katz, 1974:399).

Assim deverá conter perguntas sobre cada um dos indicadores previamente definidos. Temos então de reunir na observação todas as informações que os indicadores designam.

Atrás explicitámos estes indicadores. Vamos, a par de sua nova nomeação, indicar a forma da sua avaliação.

Iniciámos a entrevista (anexo IV) com os dados de identificação geral do idoso: nome, sexo e idade; naturalidade, residência, profissão anterior e nível de instrução; este último é medido em anos de frequência escolar, respectiva equivalência ao grau de ensino e possibilidade de ler. Encontrámos, no estudo exploratório, muitos idosos com alguns anos de frequência escolar mas sem qualquer grau de ensino e já sem saber ler e/ou escrever.

A questão 7 diz respeito à condição inicial que impusemos para que o indivíduo integrasse o estudo. Trata-se de um teste: a escala de dez pontos de Goldfarb (in: Lurie, 1982).

É de fácil aplicação fornecendo uma medida da limitação do idoso na sua vida de relação. Nesta escala 0-2 erros correspondem a uma limitação nula ou ligeira e 3-8 erros significam uma diminuição moderadamente marcada. 9-10 erros equivalem a uma disfunção cerebral grave. Considerámos de integrar no estudo os indivíduos que tivessem uma *orientação espacial correcta* e que tivessem *alguma orientação temporal*, isto é, que só fizessem confusão com dados que necessitassem de cálculo mental com alguma elaboração (precisão da idade e do dia do mês). Relegámos para segundo plano, como desnecessário, a resposta concreta às questões 9 e 10 do teste; não nos parecia evidente que os idosos tivessem conhecimento deste tipo de dados, tanto mais que era raro aquele que se mantinha em contacto diário com os mass media.

Referimos como indicadores do estado de saúde a doença, a capacidade funcional e a hospitalização.

Atendendo a que iremos estudar o estado de saúde prévio à institucionalização e no lar as questões terão de ser colocadas com essa ordem temporal.

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

Para a doença questionar-se-á da sua existência no período anterior à institucionalização, implicando sob essa designação uma doença grave incapacitante e não um episódio agudo intercorrente (perguntas 13 e 17). *É posta esta questão também* nos acontecimentos de vida, no ano anterior ao internamento, porque há um reforçar do factor doença, eventualmente não referido na resposta 13 (acontecimento 6).

A capacidade funcional como factor da institucionalização terá de ser avaliada na altura da institucionalização (perguntas 14 e 15). A evolução da capacidade funcional e, portanto, sua avaliação no lar (perguntas 18 e 19) tem interesse segundo a hipótese de que a facilitação do acesso ao meio também poderá ser devida a uma melhoria da capacidade funcional. Assim teríamos de ter um instrumento avaliativo que apresentasse possibilidade de ser utilizado por registo médico ou outro já que não poderíamos, como é óbvio, obter a avaliação directa na altura do internamento.

Sabemos que a capacidade funcional apresenta cinco categorias pelas quais se repartem os seus instrumentos de avaliação. Devido ao facto de estarmos a lidar com indivíduos que, de uma forma ou doutra, estarão com incapacidade iremos utilizar só as categorias ligadas às actividades da vida diária e às actividades instrumentais da vida diária.

No entanto temos de fazer um parêntese em relação às actividades.

As actividades da vida diária (ADL) aqui não têm o sentido lato que lhes demos atrás mas referem-se somente às funções biológicas primárias (Dowell e Newell, 1987:37), e as actividades instrumentais da vida diária (IADL) cobrem tarefas necessárias para viver em comunidade.

Entre os instrumentos de avaliação das ADL escolhemos a escala modificada de Barthel (In: Dowell e Newell, 1987:52). É a única escala que nos possibilita uma avaliação por registo médico e por observação directa.

Para além disso a pontuação está significativamente associada com a idade, os problemas psicológicos e nível de desempenho.

A graduação da independência/dependência funcional está bem definida. Há uma pontuação de 0,5, 10 ou 15 para cada item. A contagem de 60-100 indica independência, abaixo de 40 indica grave dependência e abaixo de 20 total dependência no auto-cuidado e mobilidade.

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

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

Por fim caso não fosse possível obter informação pelos registos médicos, aos quais tínhamos acesso, a facilidade de obtenção da avaliação questionando a ajudante de lar que estivesse dedicada aos doentes seria uma alternativa a considerar e que se veio a mostrar real e aplicável.

Fica-nos por medir as IADL. Não encontramos qualquer instrumento que tivesse a possibilidade de fazer essa avaliação com efeitos retrospectivos. Optámos então pela utilização de pergunta directa sobre essas actividades nomeadamente preparar refeições, limpar a casa, lavar a loiça, fazer compras e tomar a medicação. Mantivemos as mesmas perguntas já com o idoso na instituição pois, no estudo exploratório, vários idosos usavam o lar para comer e dormir indo diariamente a casa onde mantinham os hábitos anteriores.

Às IADL pretendia-se uma resposta negativa ou positiva. A avaliação seria feita pela quantificação do número de actividades realizadas .

Pareceu-nos pelo estudo exploratório que não havia uma relação directa entre incapacidade funcional e auto-avaliação do estado de saúde. Muitos idosos referiam bom estado de saúde apesar de apresentarem alterações grandes da capacidade funcional. Já que a capacidade funcional é um indicador do estado de saúde temos interesse que o idoso faça uma avaliação do seu estado de saúde.

A pergunta 26 corresponderá a um auto-registo sobre o estado de saúde.

A rede social terá de ser definida na sua dimensão e composição. Mas há certa dificuldade em avaliar a dimensão da rede social. É preciso entrar com parâmetros como duração da ligação, frequência do contacto e qualificação do contacto numa tentativa de nomeação dos indivíduos que integram a rede.

Assim uma variedade de problemas se põem tanto mais que estamos lidando com aspectos do passado num indivíduo idoso. Como ultrapassar este problema? Optámos, e o estudo exploratório a tal nos levou pela *quantificação dos membros da família directa que residem na proximidade geográfica do idoso* (pergunta 11) e *dos familiares com quem o idoso vive* (perguntas 8 e 12). Também questionámos sobre hábitos sociais e familiares nomeadamente *actividade laboral existente* (pergunta 9) *realização de compras e local, frequência em cerimónias religiosas e festivas* (familiares e regionais) e *convívio em café/taberna ou jardim* (perguntas 16 e 20). São medidas sumariadas da rede social (Berkman, Oxman e Seeman, 1992:198) que podem fornecer conclusões *sobre a falta ou não de ligações sociais*. Esta pesquisa é feita em relação a dois períodos: o prévio à institucionalização e na altura da entrevista com o idoso. Neste último caso só faremos as quatro últimas questões.

Utilizou-se também a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (In: Lurie, 1982). Esta escala não é específica para o idoso e comporta itens

Indica situações que, em determinadas associações, predispõem com grande probabilidade a algum tipo de doença física ou psíquica.

Apesar de haver uma certa possibilidade de agregação de itens classificadores para deduzir de eventuais indicadores de doença (método utilizado com esta escala) não é essa a nossa posição. Também há um mencionar de determinados acontecimentos de vida que, por si só, não explicariam alterações do estado de saúde faltando especificações de âmbito qualitativo (Pearlin, 1989: 244).

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

Apesar da atribuição de valor numérico aos diferentes acontecimentos nós não os iremos usar já que é o tipo de acontecimentos o que nos interessa e não a sua quantificação.

O usar esta escala para perguntar sobre os determinantes externos pesquisados em questões anteriores será o assentar ideias sobre a existência ou não de tais determinantes.

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

Já falámos do acontecimento 6. Consideraremos como perda relacional os acontecimentos 1 e 32 e como rede social inadequada as situações 5, 11, 17 e 24.

A 11 também pode implicar uma sobrecarga das capacidades individuais caso a doença atinja o cônjuge. As situações 35, 36 e 39 serão consideradas como diminuição do contacto social/actividade.

Mas já no lar o idoso contará com um ambiente social diferente havendo que avaliar as novas relações. Usaremos duas perguntas para tal (23 e 24). A pergunta 22 é uma forma facilitadora para as seguintes. Destas respostas pode-se deduzir de um aumento quantitativo da rede social.

A preferência do local de habitação (lar/casa - questão 28) funcionará como complemento às interrelações dos idosos no lar, ajudando-nos a compreender a posição que o lar tem para o idoso.

A localização da habitação (pergunta 6) fornece-nos uma medida indirecta de contacto social: quanto mais isolado viver o idoso menos possibilidade terá em manter relações com amigos e/ou vizinhos. Trata-se de um isolamento espacial. Seria uma forma indirecta de mediação de um determinante externo da solidão (contacto social/actividades).

Mas perguntar-se-á directamente (primeira parte das perguntas 16 e 19) ao idoso da existência de contactos com familiares. Devido a ser uma referência do passado será difícil quantificar; no entanto ficar-nos-á pelo menos a noção da existência ou não de contactos.

O suporte social será pesquisado questionando directamente o idoso: segunda parte da pergunta 15 para o período prévio à institucionalização. Mas usaremos a pergunta 13.

Entendemos esta como uma *facilitação* dada ao idoso para contar algo sobre si próprio e também fazer ressaltar aos nossos olhos verdades que, de outro modo, nos escapariam. É aqui que o indivíduo pode referenciar o facto de *se ter sentido só e de não ter quem o ajudasse*.

É assim nesta pergunta que se determinará da existência ou não de *solidão*. Esta emoção será também pesquisada no lar (pergunta 25).

No lar sabemos que há suporte instrumental.

Mas interessa-nos sobretudo a eventual percepção de falta de suporte que o idoso tenha, ou seja, a medida do *isolamento social*.

Usaremos a pergunta 21. Utilizámos duas questões cuja resposta negativa estará ligada à falta de ajuda disponível ou isolamento social. Por outro lado, caso esta resposta seja positiva interessa-nos saber se está relacionada com alguém que pertença ao corpo do lar ou não. O mencionar o suporte de alguém não pertencendo ao lar pode-nos indicar que o idoso não se encontra integrado no lar mas não tem isolamento social.

Interessa-nos relacionar o sentimento de solidão (pergunta 25) com o isolamento social (pergunta 21).

É de supor que a falta de suporte social ou isolamento social, como propusemos, esteja relacionada com a solidão. Funciona como determinante externo da solidão (Neto, 1992:18) predispondo à solidão.

O ponto 28 versa sobre o bem-estar. Referimos atrás que só seria possível avaliá-lo no momento actual. É o que faremos.

Entendendo a saúde numa perspectiva holística, a vertente social é parte integrante dela. Assim a medição do *ajustamento social* é um indicador da saúde social. O ajustamento é também chamado de *bem-estar* ou *desempenho*.

Uma razão para **"medir a saúde social é examinar a influência do suporte social e das ligações sociais no bem-estar físico e psíquico"** (Dowell e Newell, 1987:153).

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

Há assim uma abordagem subjectiva do ajustamento social e os **"limites entre avaliação da saúde social nesse sentido e avaliação da satisfação de**

vida, felicidade ou qualidade de vida são difusos" (Dowell e Newell, 1987:154).

Escolhemos uma escala do Centro Geriátrico de Filadélfia que avalia as dimensões do ajustamento emocional em pessoas de 70 a 90 anos (Escala de ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia).

Tem como base conceptual o conceito de ânimo que se refere à orientação mental de uma pessoa e que é visto como "um sentimento generalizado de bem-estar" (Lawton in Dowell e Newell, 1984:224).

Por outro lado esta escala apresenta uma linguagem facilmente compreensível (e de fácil tradução) pelo idoso do estudo.

Usaremos a escala abreviada de 15 itens. Dois itens parecem estar relacionados com as relações sociais constituindo portanto um domínio conceptual diferente do ânimo (Liang e Bollen, 1983:184).

Liang e Bollen sugerem uma contagem segundo três sub-escalas (agitação/ansiedade, descontentamento e solidão e atitude em relação ao próprio envelhecimento) e uma contagem total revelando satisfação global de vida.

Utiliza-se uma graduação de 0 na resposta positiva e 1 na resposta negativa; mais altas contagens representam pior bem-estar subjectivo.

Tentámos elaborar as perguntas de um modo bastante claro e directo para que não houvesse margem para dúvidas. Por outro lado construímos o guião com uma sequência temporal de molde a ajudar o idoso na própria reconstrução da sua linha de vida. Consideramos que ordenando a sequência temporal desta seria mais fácil revelar correctamente certos acontecimentos de vida do que mostrar uma divisão da entrevista por temas que, podendo alterar a ordem temporal, produzisse confusão mental e modificasse negativamente a validade interna do estudo.

Não tentaríamos coartar o possível explicar do idoso sobre os assuntos mas só utilizaríamos para análise de conteúdo o que se referia ao motivo de internamento ou qualquer apreciação que achássemos estar relacionada como a solidão já que o idoso poderia não a verbalizar, como resposta à pergunta 26.

Só a escala do bem-estar subjectivo nos deixou algumas dúvidas na sua aplicação pois teríamos de fazer uma tradução que fosse totalmente inteligível. Apesar desta nos parecer simples testámos a escala em quatro idosos. Encontrámos incompreensão das perguntas "Tenho tanto ânimo como tinha no último ano" e "À medida que envelhece sente-se menos útil". Nenhum dos entrevistados percebeu as palavras ânimo e útil. A sua substituição não poderia impôr alteração do sentido; reverteu-se *ânimo* para *talento e útil* para *menos serviço* (ou *serve para menos*); não percebiam, respectivamente, as palavras coragem, energia, capacidade ou serventia.

As entrevistas seriam realizadas no local de habitação do idoso. Tal reduziria ao mínimo os factores geradores de confusão no ambiente pois não implicaria um ajustamento a um novo ambiente.

Por outro lado ao sermos nós a fazer a entrevista tínhamos como facilidade o facto de a inserir numa inter-relação não nova (grande parte dos idosos eram nossos doentes) e portanto a necessidade de estabelecer uma nova relação não seria frequente. Tal simplificaria o primeiro contacto. Explicaríamos que desejávamos saber um pouco da vida anterior ao lar (qual a constituição da família, onde vivia, como vivia, com quem vivia) e fazer apreciação da evolução do estado de saúde desde a data do internamento até à hora actual.

Não explicaríamos que gostávamos de saber sobre o bem-estar do idoso. Pensámos que, ao fazê-lo, poderia haver uma recusa. Observamos sistematicamente, como médicos, os idosos nos lares e o querer saber sobre o

seu bem-estar poderia levá-los a pensar em associações de conluio de qualquer forma; como o bem-estar subjectivo é parte integrante do guião da entrevista só necessitaríamos, já que a sua estrutura é substancialmente diferente da parte restante, de pedir que a partir de então gostaríamos de ter opinião (positiva ou negativa) sobre as asserções/questões que iríamos fazer.

Procedeu-se à anotação por escrito à medida que decorriam as entrevistas. Estas, cada uma com uma duração minima de 90 minutos, realizaram-se ao longo de seis semanas (de Março a Abril).

3.4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os critérios utilizados na configuração do estudo fizeram-nos excluir vários idosos. Outros (2) também se opuseram à entrevista.

Assim, atendendo ao tempo de que dispunhamos para a realização do estudo de campo, totalizámos cinquenta entrevistas.

Utilizaram-se as seguintes variáveis de caracterização:

- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;
- Escolaridade (número de anos de estudo completos, iniciando pelo 1º ano de escolaridade básica);
- Profissão (utilizou-se o "Código dos grandes grupos de profissões" do Ministério do Trabalho usado pelo INE. Associou-se um grupo "Domésticas" dada a sua apresentação numa parte da população do estudo);
- Rendimento mensal;
- Naturalidade;
- Residência.

Para os critérios de elegibilidade utilizou-se o tempo de permanência em anos, no lar, superior a 6 meses e um nível na escala de Goldfarb

correspondente a uma limitação ligeira ou moderada do idoso na sua vida de relação.

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

Todas as variáveis foram analisadas individualmente em valores absolutos e percentagem. Também se utilizou a análise bivariada. Usámos o teste do X^2 para verificar a independência de variáveis categoriais com um coeficiente de confiança de 95%. Foi feito, num caso, a análise de variância.

Os dados foram tratados manualmente.

Caracterização da População do Estudo

Entrevistaram-se 35 homens e 15 mulheres com idades compreendidas entre 62 e 93 anos.

Considerando três grupos etários (<74, 75-84 e >85) a classe modal encontra-se no grupo 75-84 anos (44% do total). Aos outros dois grupos pertencem 20% e 36% dos idosos do estudo respectivamente.

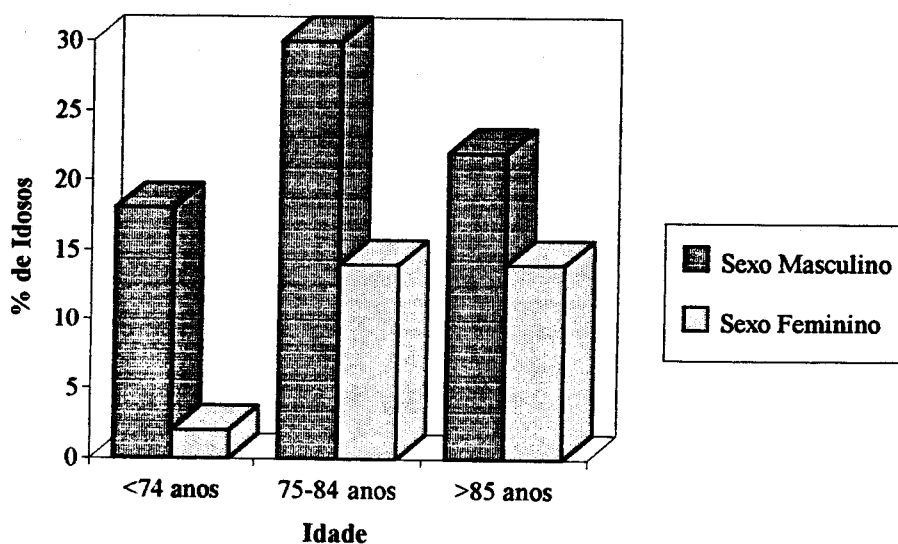


Figura 2 Distribuição dos idosos pelos grupos etários, segundo o sexo.

Nota: No grupo <74 anos incluímos dois idosos com 62 e 63 anos.

O estado civil será considerado na altura da institucionalização e na data da entrevista.

Em qualquer dos casos a classe modal encontra-se no grupo "viúvo", tendo havido uma alteração dos números revelando um ganho no grupo "viúvo" de valor absoluto idêntico à perda do grupo "casado". À classe modal correspondem 44% e 66% dos idosos relativamente aos dois períodos considerados.

Quadro 15 Estado civil dos idosos institucionalizados nas datas da institucionalização e da entrevista, segundo o sexo, em valores absolutos.

Sexo	Estado Civil						Total
	Casado		Viúvo		Solteiro		
	1º Peri.	2º Peri.	1º Peri.	2º Peri.	1º Peri.	2º Peri.	
Masculino	13	4	15	24	7	7	35
Feminino	6	4	7	9	2	2	15
Total	19	8	22	33	9	9	50

Quanto à escolaridade há seis indivíduos, e do sexo masculino (17% dos homens) com o 4º ano. Há ainda três indivíduos do sexo masculino (8% dos homens) com 3 anos de escolaridade, correspondente ao 3º ano e outros três (+8% dos homens) com um ano de escolaridade. Os restantes 67% não têm nenhum ano de escolaridade.

Nenhuma das mulheres apresenta qualquer grau de ensino; uma (6,6%) frequentou durante alguns meses o 1º ano do ensino básico).

Se considerarmos a actividade profissional anterior 20% das mulheres nunca tiveram uma actividade fora de casa; as restantes 80% tiveram na agricultura a sua actividade principal. Dos homens 68% exerceram

actividades ligadas à agricultura, 5,7% foram comerciantes e os 26% restantes compreendem as seguintes profissões: servente de pedreiro (8%), cantoneiro (3%), barbeiro (3%), carteiro (3%), mecânico de máquinas de costura (3%) e sapateiro (6%).

O rendimento económico mensal de 96% dos idosos entrevistados advém de pensões de velhice e de sobrevivência.

Uma idosa (2% do total) não tem qualquer tipo de pensão.

Um idoso (2% do total) tem uma reforma de uma empresa pública onde trabalhou durante 40 anos, sendo o rendimento mensal mais elevado e ligeiramente superior ao ordenado mínimo nacional.

A naturalidade dos idosos entrevistados pertence fundamentalmente ao Concelho de Castelo de Vide (82%).

16% dos idosos pertencem a outros concelhos da Nute III do Alto Alentejo e 2% é oriunda de Espanha; trata-se de uma idosa que nasceu e viveu em Espanha até aos 2 anos de idade (os pais, nascidos em Castelo de Vide, trabalhavam em Espanha).

Quanto à residência interessa-nos considerar a última habitação que o idoso tinha antes da ida para o lar e o local (concelho). 82% residia no concelho de Castelo de Vide, 12% noutros concelhos da Nute III do Alto Alentejo e 6% vivia em Lisboa. Todas as mulheres viviam no concelho de Castelo de Vide.

68% dos idosos (34) viviam em casa própria, 22% (11) vivia em casa de familiar (filho ou irmão) e 10% vieram directamente do hospital e de um outro lar. Dos 8 % que vieram do hospital 4% vivia em casa própria e os outros 4% vivia em casa de familiar.

A casa própria para 15% dos idosos correspondia a parte de casa agrícola onde mantinham actividade laboral.

Podemos também considerar a habitação em relação à sua localização. O que aqui nos interessa é sabermos se o idoso residia num local isolado ou não. Consideraremos isolado o viver afastado de um núcleo residencial. O facto de se viver num núcleo residencial, quaisquer que sejam as suas dimensões, abonará em desfavor do isolamento.

Seguindo estes critérios encontramos 14% dos idosos vivendo isoladamente (17,6% dos homens e 6,7% das mulheres).

Critérios de Elegibilidade

Todos os idosos entrevistados vivem há mais de seis meses na instituição.

A classe modal pertence ao grupo 1-3 anos (38%).

Com 6 meses a 1 ano existem 24% dos idosos. Os restantes dividem-se entre 4-6 anos de permanência no lar (20%) e 7 anos e mais (18%).

Se a incapacidade cognitiva que não permite níveis úteis de comunicação é de fácil diagnóstico, há limitações cognitivas que prejudicam esta mas que só são detectadas por exames mais precisos. Como o seu uso numa população de cinquenta indivíduos, e no início de uma entrevista limitaria esta pela imposição de muito tempo dedicado ao exame clínico, o qual só serviria para excluir ou não o idoso do estudo, o uso da escala de Goldfarb simplificaria essa tarefa possibilitando fazer a observação clínica integrada na entrevista sem quebras do ritmo desta.

Da observação da escala se percebe que as perguntas 5, 6, 7 e 8 são realizadas anteriormente aquando da recolha dos dados de identificação geral.

A classe modal localiza-se no nível 6-8. Há uma mulher com um nível 5 o que a introduz no segundo grupo de classificação pelo teste, como atrás dissemos. A percentagem de idosos com níveis mais elevados na escala é

maior nos homens do que nas mulheres. Esta diferença não é significativa estatisticamente.

Quadro 16 Resultados da aplicação da escala de 10 pontos de Goldfarb aos idosos, segundo o sexo.

Sexo	Escala de Goldfarb						Total
	3-4		6-8		9-10		
	VA	VR	VA	V+R	VA	VR	
Masculino	-	-	22	62,9%	13	37,1%	35
Feminino	1	6,7%	12	80%	2	13,3%	15
Total	1	2%	34	68%	15	30%	50

Nota: VA= Valor absoluto
VR= Valor relativo

Estado de Saúde

Vamos considerar as variáveis Doença (com e sem hospitalização) e Capacidade Funcional para as actividades da vida diária.

A percentagem de idosos com doença grave incapacitante que obrigava a ajuda de terceiros ou a hospitalização no período prévio à institucionalização diz respeito a 32% dos idosos (37,1% dos homens e 20% das mulheres).

Destes idosos 8% apresentou uma doença incapacitante com anos de evolução e 24% sofreu um agravamento subitido de doença anterior ou uma doença aguda grave no ano anterior à ida para o lar.

A escala modificada de Barthel far-nos-á uma avaliação de capacidade funcional do idoso nas actividades da vida diária (ADL).

Avaliaremos a capacidade funcional segundo uma graduação de 0-100, classificando os idosos em dependentes/independentes. Abaixo do valor 40 há grave dependência. De 40 a 59 há dependência ligeira e a partir de 60 há independência.

88% dos idosos não apresenta dependência à data da institucionalização e destes só 13,6% apresenta níveis mais baixos de independência.

A dependência funcional existe em 12% dos idosos institucionalizados no período prévio à ida para o lar.

Quadro 17 Grau de capacidade funcional dos idosos nas ADL medido pela escala modificada de Barthel, no período prévio à ida para o lar, segundo o sexo.

Sexo	Dependência		Independência		Total
	<40	40-50	60-70	80-100	
Masculino	4	-	5	26	35
Feminino	1	1	1	12	15
Total	5	1	6	38	50

Interessa-nos conhecer a relação da doença com a capacidade funcional nas ADL.

A maior percentagem (66%) encontra-se nos idosos que agregam simultaneamente as duas características *sem doença e sem incapacidade funcional*. Há também uma percentagem relevante de idosos com independência funcional e com doença (22%). No grupo dos idosos com dependência funcional há maior percentagem de doentes do que de não doentes, contrariamente ao grupo anterior. Esta diferença é significativa estatisticamente ($\chi^2=8,256$; $\alpha=0,01$).

Quadro 18 Idosos classificados segundo o grau de capacidade funcional nas ADL e a existência de doença, no período prévio à institucionalização

Existência de doença	Capacidade Funcional nas ADL		
	Dependência Funcional	Independência Funcional	Total
Doença	5	11	16
Inexistência de doença	1	33	34
Total	6	44	50

Actividades instrumentais da vida diária

Iremos abordar a capacidade dos idosos em levar a cabo as actividades instrumentais da vida diária (IADL).

Utilizámos uma graduação de 0-5. Considerámos três categorias consoante o número de tarefas realizadas: 0-1, 2-4 ou 5 tarefas realizadas.

Encontrou-se a maior proporção (44%) correspondendo à realização de 0 ou 1 tarefa. 26% dos idosos pertencem à categoria que têm a capacidade para realizar todas as tarefas consideradas.

Assim a percentagem de indivíduos que realiza 0 a 4 tarefas é de 74%.

Há maior percentagem de idosos do sexo masculino a apresentar níveis mais baixos nas IADL do que do sexo feminino (83% e 53% respectivamente).

Esta diferença é válida estatisticamente ($\chi^2=4,757$; $\alpha=0,05$).

Se relacionarmos a capacidade do idoso em levar a cabo as IADL e a existência de doença esta existe em maior proporção nas duas primeiras categorias associadas do que no grupo de idosos que realiza todas as actividades.

Esta diferença não é significativa estatisticamente.

Quadro 19 Idosos classificados segundo o grau de capacidade funcional nas IADL e a existência de doença, no período prévio à institucionalização

Existência de doença	Capacidade Funcional nas IADL		Total
	IADL<5	IADL=5	
Doença	14	2	16
Inexistência de doença	23	11	34
Total	37	13	50

A incapacidade para levar a cabo as IADL (74%) parece ser a característica que se encontra em maior proporção no idoso institucionalizado no período prévio à ida para o lar, seguido pela doença grave incapacitante (32%) e, por fim, pela dependência funcional às ADL (12%).

Onze idosos (22%) (sete mulheres e quatro homens) não apresentaram qualquer destas alterações.

Rede Social

Começamos pela constituição do agregado familiar do idoso.

Existem 19 (38%) idosos casados vivendo com o conjuge, três dos quais habitando em casa de familiar (filhos). Há mais 10 idosos (20%) que vivem com um outro familiar.

Por último 1 idoso (2%) habitava um outro lar.

Os restantes 40% vivem sozinhos.

Mencionámos que havia 11 indivíduos sem alterações do estado de saúde, medido pelos indicadores usados, nem das IADL. Seis destes idosos (4 homens e 2 mulheres) são casados e fornecem ajuda a conjuges dependentes e 1 outra idosa vivia com a irmã a quem ajudava por ser doente. Assim há uma

sobrecarga imposta às actividades instrumentais da vida diária pela exigência de ajuda a que o familiar obriga.

Podemos já concluir que os idosos do sexo masculino apresentam ou uma *alteração do estado de saúde*, revelada pelos indicadores usados ou uma *não realização das tarefas instrumentais* da vida diária, ou uma *sobrecarga* das actividades instrumentais da vida diária.

Das 4 outras mulheres idosas, 3 são viúvas e 1 é solteira. Vivem *sázinhas*, não tendo de oferecer ajuda a ninguém.

Assim se 100% dos homens apresentam uma alteração relacionada com a saúde ou as IADL o mesmo já não se passa com as mulheres, onde há uma proporção (26,7%) não apresentando qualquer alteração relacionada com estas vertentes no período anterior à ida para o lar.

Pode ser feita na quantificação dos membros da família que residem na proximidade geográfica da residência do idoso. Para os casados ou viúvos com filhos só contabilizaremos os filhos; para os que não tenham filhos, independentemente do seu estado civil, usaremos os irmãos, sobrinhos ou tios. Não serão considerados outros membros da família. Mas classificaremos por agregado familiar e não por indivíduos; assim "filho, nora e neta" equivale ao valor 1.

36% dos idosos não têm familiares a viver no concelho de residência, 38% têm um familiar e 26% têm 2 ou mais diminuindo a percentagem com o aumento do número de familiares. Em relação aos idosos que vieram do hospital para o lar considerámos a residência anterior à ida para o hospital.

Se considerarmos os familiares que vivem fora do concelho de residência verificaremos que há 50% dos idosos com 2 ou mais familiares a viver fora do concelho, 34% têm um familiar e 16% não têm familiares a viver fora do concelho.

Como conclusão 84% dos idosos tem familiares vivendo fora do concelho e 64% tem familiares vivendo no concelho. Esta diferença será devida, fundamentalmente, ao processo migratório que se faz notar nesta região. Por outro lado é maior a proporção de idosos com dois familiares vivendo fora do concelho do que de idosos com familiares vivendo na proximidade geográfica.

Se relacionarmos os dois últimos itens encontramos 10% dos idosos vivendo sózinhos e sem familiares vivendo na proximidade geográfica.

34% da população total vive acompanhada e tem familiares vivendo no concelho e 26% da mesma vive acompanhada mas sem familiares vivendo na área mais próxima.

Podemos acrescentar mais alguns dados em relação à rede social:

- 42% dos idosos não são visitados por qualquer familiar (não se considera visita o familiar com o qual vive);
- 34% visitavam os familiares.

Tem ainda outras medidas da rede social:

- Há ainda uma percentagem considerável de idosos (28%) que passava as festas familiares sózinha (só ou com o indivíduo com quem vive sem contacto com a restante família);
- 68% dos idosos não frequentavam as festas da região; é de referir que só 6% das mulheres as frequentavam e 43% dos homens frequentavam essas festas; esta diferença é significativa estatisticamente ($X^2=6,32$; $\alpha=0,02$);
- As cerimónias religiosas e, mais propriamente, a missa só era frequentada por 24% dos idosos; 8% e 60% dos homens e mulheres frequentavam-na respectivamente. Esta diferença é estatisticamente significativa ($X^2=15,225$; $p<0,001$);
- À taberna/café iam 34% dos idosos; eram todos homens.

- Ao jardim não iam 64% dos idosos. Os idosos do sexo feminino frequentavam menos o jardim (13% de mulheres para 45% de homens); esta diferença é válida estatisticamente ($X^2=4,778$; $p<0,05$).
- 70% dos idosos não tinham qualquer actividade laboral, para além das actividades instrumentais da vida diária;
- 44% dos idosos não faziam compras; 14% fazia compras sempre no mesmo local.

Acontecimentos de vida

Houve 52% dos idosos com acontecimentos de vida graves no ano anterior à ida para o lar (escala de Holmes e Rahe).

Por uma situação:

- Doença grave do próprio: 20% dos idosos;
- Morte do conjuge: 2% dos idosos;
- Doença grave do conjuge: 14% dos idosos;
- Morte de um familiar próximo (filho): 4% dos idosos;
- Mudança de residência: 2% dos idosos;

Por duas situações associadamente:

- Doença grave do conjuge e morte do conjuge: 6% dos idosos;
- Doença grave do conjuge e do próprio: 2% dos idosos;
- Doença grave do próprio e morte de um familiar próximo: 2% dos idosos.

Há 10% de situações de *perda relacional*, 28% de situações de *rede social inadequada* e 24% de *doença grave incapacitante do próprio* no ano anterior à ida para o lar. A diferença percentual entre 24% e 32% de idosos com doença grave necessitando de ajuda de terceiros corresponde a indivíduos que estavam doentes há mais de um ano não podendo tal ser considerado como acontecimento de vida grave no ano anterior.

Não foi possível qualificar os acontecimentos 35, 36 e 39 da escala. Os entrevistados apresentavam dificuldade em referir alterações precisas temporais da sua rede social.

Suporte Social

Interessa-nos conhecer quantos idosos recebem apoio instrumental, quem fornece o suporte ao idoso e que relação possível há entre o suporte instrumental e a capacidade para levar a cabo as tarefas necessários para viver na comunidade.

74% dos idosos recebem suporte instrumental.

Este apoio é fornecido pela família ou por outra entidade (Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Vizinhos) para 56,7% e 43,2%, respectivamente, dos idosos com apoio.

Relativamente às IADL, entre os idosos que não realizam as actividades instrumentais questionados há maior percentagem de idosos com ajuda do que entre os idosos que realizam todas as tarefas (94% e 15% respectivamente).

Esta diferença é significativa estatisticamente. ($X^2=37,371$; $p<0,001$).

No entanto apesar de haver uma percentagem elevada de apoio aos idosos tal não corresponde ao principal motivo de institucionalização, referido pelo próprio.

Agrupámos os motivos de internamento em quatro categorias: *recusa* (directa ou indirecta) da *família*, *falta de apoio instrumental*, *"o sentir-se só"* e *outros*. Esta categoria residual diz respeito a quatro idosos para quem os motivos são: transferência, a pedido pelo próprio, de outro lar, ambiente disfuncional (o marido, alcoólico, batia-lhe), a perda da casa e "o não gostar de andar pela casa dos filhos".

As quatro categorias estão representadas respectivamente por 16%, 62%, 14% e 8%. *A classe modal pertence assim à falta de apoio instrumental.*

Quadro 20 Distribuição, em valor absoluto, dos motivos da institucionalização, segundo o sexo.

Categorias	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Recusa da família	5	3	8
Falta de apoio instrumental	24	7	31
Sentir-se só	4	3	7
Outros	2	2	4
Total	35	15	50

Parece-nos haver uma discrepância entre estes dados e os anteriores. É dado apoio instrumental a 74% dos idosos; só 26% (ou menos) necessitaria de apoio. No entanto tal não parece ser assim. Vários motivos existirão certamente: ou o apoio dado é insuficiente ou é sentido como insuficiente. De qualquer forma há uma necessidade de apoio o que, dissemos, é um indicador de uma insuficiência (física ou psíquica).

NO LAR

Capacidade funcional

Da observação da capacidade funcional do idoso às ADL no lar determinámos que há 19 idosos que diminuíram a sua capacidade funcional, 27 mantiveram-na e 4 aumentaram-na. Mas só 14% dos idosos têm

dependência funcional às ADL em oposição a 12% à data da institucionalização.

A alteração da capacidade funcional foi medida por intermédio da pontuação obtida pela escala modificada de Barthel, possibilitando-nos comparar a pontuação na data da entrada no lar e a actual, independentemente da classificação de dependência ou independência que, sendo lata, não nos permitiria deduzir de variações mais estritas.

No entanto o número de idosos que aumentaram a capacidade funcional às ADL foi bastante inferior ao número dos que a diminuíram.

Conjugando esta variação com o número de anos de permanência no lar encontrámos as médias de anos de 1,25, 2,25 e 4,68 anos completos respectivamente para o aumento, a manutenção e a diminuição da capacidade funcional às ADL. Esta variação entre os grupos é estatisticamente significativa o que implica que a variação da capacidade funcional está dependente do número de anos de permanência ao lar.

Quadro 21 Variação da capacidade funcional nas ADL com o número de anos de permanência no lar.

	Graus de liberdade	Soma dos quadrados	Quadrados Médios	F
Explicada	2	80,6291	40,31455	7,90806
Não explicada	47	239,6056	5,0679	(4,98)
				<1%

Auto-avaliação do estado de saúde

62% dos idosos entendem que a sua saúde não é boa.

Não encontramos relação entre a auto-avaliação da saúde e o grau de capacidade funcional: 60% e 71% respectivamente dos idosos com independência e dependência funcional entendem ter uma saúde deficiente.

Por outro lado só 32% dos idosos apresentavam doença grave e 14% são dependentes actualmente.

Admitimos que o auto-registo das doenças crónicas mais comuns dos sintomas e dos problemas **"têm um alto grau de concordância com o registo médico em relação a determinadas doenças crónicas: angina, cataratas, diabetes, hipertensão, enfarte do miocárdio, cancro, fracturas e acidente vascular cerebral."** (Seeman in: Fried e Wallace, 1992:18).

Tomaremos os 62% como possuidores de problemas de saúde não questionados na entrevista e não medidos pela capacidade funcional às ADL.

Não considerámos no período prévio à ida para o lar toda e qualquer doença mas só as que impusessem ajuda de terceiros, devido à possibilidade de incorreção do mencionar das doenças por parte dos idosos. Não tivemos acesso a alguns dos processos clínicos e optámos então pela exclusão dessa pergunta. Possivelmente teríamos encontrado várias doenças, dependentes ou relacionadas à idade que, não causando incapacidade funcional, nos ofereceriam um quadro de saúde deficiente numa percentagem elevada dos idosos.

Se um auto-registo de saúde deficiente em 62% dos idosos poderá equivaler à existência de doença não poderemos fazer uma comparação entre os dois períodos considerados pela inexistência de dados anteriores.

Rede Social

Vamos considerar algumas medidas da rede social que já considerámos no período anterior à ida para o lar:

-28% dos idosos não são visitados pelos seus familiares;

-28% dos idosos visitam os seus familiares.

O aumento do número de idosos visitados deve-se, talvez, ao facto de não termos incluído, no período anterior à ida para o lar, os familiares com quem o idoso vive nas suas visitas dado este que, não acontecendo no lar, poderá estar ligado ao aumento do número de visitas.

-66% dos idosos passam o Natal no lar; os restantes passam-no com a família;

Considerámos os familiares com os mesmos critérios que utilizámos anteriormente.

Quando pusemos esta questão referimo-nos a visitas nos últimos seis meses e com uma frequência de uma vez por mês, pelo menos.

Este período de tempo foi escolhido porque, devido à data de realização da entrevista, englobava o Natal anterior que é um ponto de referência temporal; os seis meses seriam assim os quatro anteriores ao Natal e os primeiros do ano de 1994. A forma de elaborar a questão em relação a este período de tempo levaria em linha de conta a calendarização anual que os idosos entrevistados têm. Sendo toda a população abrangida pelo estudo oriunda do concelho de Castelo de Vide (ou outro limitrofe), ter estado a maior parte ligada à agricultura e, por fim, ter residido nesta região durante o percurso longitudinal da vida terá uma representação do ciclo de vida e do mundo referenciada às estações e às fases de evolução da vegetação. Com tal **"visão assente numa materialidade muito pragmática"** com um **"tempo ritualizado"** que **"é marcado por datas festivas simbólicas"** (Barbosa, 1984) fácil se torna questionar sobre o tempo relativamente a datas festivas regionais.

A associação destas com visitas a familiares ou destas ao idoso ofereceu uma localização temporal que, notámos, auxiliou a memória facilitando a recolha destes dados.

-20% dos idosos, só homens, ainda comparece às festas regionais;

- A missa é frequentada por 8% dos idosos (3 homens e uma mulher);
- À taberna/café vão 30% dos idosos: são todos homens;
- 54% dos idosos frequentam o jardim; são só homens.

Quadro 22 Distribuição percentual de idosos por vários tipos de contactos sociais, nos dois períodos considerados.

Tipo de contacto social	%	
	Antes do lar	No lar
Ser visitado pela família	58%	72%
Visitar a família	34%	28%
Natal com a família	72%	34%
Ir à Missa	24%	8%
Ir a Festas regionais	32%	20%
Ir ao Café/Taberna	34%	30%
Ir ao Jardim	36%	54%

Percepção do suporte social

Esta questão (21) será uma avaliação da ajuda disponível ou isolamento social.

Apurou-se que 4% dos idosos referem ter falta de suporte social e 60% referem a sua existência. Os 36% restantes admitem ter algum suporte social. Considerámos ter suporte social a resposta positiva às duas questões e algum suporte social a resposta a uma só questão.

Dos idosos que referem ter algum suporte 22% (4) não tinham ninguém a quem pedir ajuda para solucionar um problema; os outros 77% (14) não tinham ninguém a quem pedir conselho.

Ao todo há 68% de respostas positivas à primeira questão e 88% de respostas positivas à segunda questão.

Estas duas questões apresentam uma associação fracamente positiva ($U^2=5,55$; $X^2=3,841$, $\alpha=0,05$; $Q=+0,034$).

Quanto aos fornecedores do suporte temos:

Para a primeira questão com 34 respostas positivas, 14 (41%) idosos preferem um familiar e 20 idosos um não familiar; 3 destes escolhem um amigo vivendo fora do lar e os restantes 17 (50%) escolhem pessoas pertencendo ao lar (d direcção, encarregada geral, empregadas e outros idosos).

Para a segunda questão com 44 respostas, 17 (38%) escolhem um familiar e 27 escolhem um não familiar; destes dois escolhem um indivíduo fora do lar e os restantes 25 (56,8%) escolhem pessoas do lar (d direcção, encarregada geral, empregadas e outros idosos).

Este tipo de suporte diz respeito fundamentalmente ao suporte emocional. Este não foi pesquisado no período anterior à ida para o lar. Neste período os idosos referiam-se ao suporte instrumental.

Rede de Relações no lar

A análise das questões 23 e 24 traz-nos alguns resultados interessantes.

Em relação à primeira há 3 idosos que não mantêm níveis de conversação com ninguém; saem após as refeições, usando o lar só para comer e dormir.

68% dos idosos escolhem companhia do lar; optam por outros idosos ou por funcionárias do lar. Os restantes não escolhem companhia do lar.

A distribuição dos indivíduos escolhidos pelos idosos foi feita através de uma matriz sociométrica, para o grupo dos entrevistados, em cada lar (anexos V e VI).

Usámos um critério e uma escolha.

Na Fundação 19 idosos (55,9%) fizeram a escolha de outro idoso. Dos 28 foram onze os escolhidos. Há duas escolhas recíprocas. Um outro idoso (2,9%) escolheu uma empregada.

No Lar de Póvoa e Meadas dos 22 idosos entrevistados 4 (11,7%) fizeram escolha de outro idoso; mas esta escolha recaiu sobre 3 indivíduos.

As restantes escolhas distribuíram-se da seguinte forma:

- 2 idosos (5,9%) escolheram um outro que não foi entrevistado;
- 4 (11,7%) escolheram a encarregada geral;
- 2 outros (5,9%) escolheram um dos membros da direcção;
- 2 outras (5,9%) escolheram duas empregadas.

Neste lar houve 19 indivíduos não escolhidos.

Há assim um número elevado de idosos não escolhidos por ninguém (17 num lar e 19 noutra). Achamos que apesar de *alguns* indivíduos nunca serem preferidos por ninguém os valores encontrados para o número de indivíduos não preferidos são demasiadamente elevados.

Apesar de tudo destas duas últimas respostas e dos resultados da questão que aborda o suporte social fica-nos a ideia de que os idosos institucionalizados iniciam interrelações individuais algumas francamente satisfatórias que seriam impossíveis de realizar caso não habitassem o lar.

Por fim da resposta à questão sobre a preferência do local de habitação 40% preferem o lar (8% são mulheres e 32% são homens).

Solidão

A questão 25 contém dois itens. Fazem parte da primitiva escala de ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia, e são considerados por Liang e Bollen (1983:183) como relacionados com as relações sociais.

Considerámos em separado as respostas às duas perguntas.

70% dos idosos dizem não se sentir sós; estes também apresentam uma maior percentagem de respostas positivas à segunda pergunta do que os idosos que dizem sentir-se sós (62% e 26% respectivamente para os dois grupos). Há associação entre as duas perguntas ($X^2=5,509$; $\alpha=0,02$); a associação é positiva ($Q=+0,646$).

Quadro 23 Idosos segundo o "sentir-se só" e o ver muitas vezes os familiares e amigos

Ver familiares e amigos muitas vezes	Não se sentem sós	Sentem-se sós	Total
Sim	22	4	26
Não	13	11	24
Total	35	15	50

É de notar que a percentagem de idosos que refere solidão é mais do dobro da encontrada no período prévio à ida para o lar. No entanto ela não poderia ser perguntada directamente e só seria mencionada como motivo de internamento caso o entrevistado entendesse ser esse o motivo principal.

A solidão e alguma percepção de falta de suporte social apresentam alguma associação.

Considerámos 48 idosos; os dois idosos com isolamento social subjectivo não referem solidão.

A percepção do suporte social foi estudada relativamente à existência de uma ou de duas respostas positivas.

72% dos idosos que não referem solidão apresentou duas respostas positivas; dos idosos que referem solidão 40% tem 2 respostas positivas. Esta diferença é significativa estatisticamente ($X^2=4,712$; $\alpha=0,05$).

Quadro 24 Idosos segundo a percepção do suporte social e a solidão

Percepção do suporte	Sentem-se sós	Não se sentem sós	Total
2 respostas	6	24	30
1 resposta	9	9	18
Total	15	33	48

Bem-Estar Subjectivo

Da análise da pontuação global da escala utilizada 18% dos idosos apresentam uma pontuação de 1-5, 36% de 6-10 e para 46% a pontuação é de 11-15. A classe modal é a que tem pontuação assinalando um bem-estar mais pobre.

Nenhum dos valores que revelam falta de relações sociais (solidão, percepção do suporte) ou que indicam relações pobres (relações no lar) são tão baixos quanto os encontrados para o bem-estar.

Há maior proporção de indivíduos com pontuação mais elevada na escala no grupo que não refere solidão do que no grupo que refere solidão (48% e 40% respectivamente).

Há independência estatística entre o bem-estar e a solidão ($X^2=1,1024$; $\alpha=0,05$, $X^2=5,991$).

Quadro 25 Idosos segundo o bem-estar subjectivo e a solidão

Pontuação de Bem-estar	Sentem-se sós	Não se sentem sós	Total
1-5	2	7	9
6-10	7	11	18
11-15	6	17	23
Total	15	35	50

Há também maior proporção de indivíduos com pontuação mais elevada na escala tendo duas respostas positivas ao suporte social do que uma só resposta (64% e 35% respectivamente).

Existe independência estatística entre o bem-estar e resposta positiva às duas questões da percepção do suporte social ($X^2=0,2374$; $\alpha=0,05$, $X^2=3,841$).

Quadro 26 Idosos segundo o bem-estar subjectivo e a percepção do suporte social

Percepção do suporte	Pontuação de Bem-estar subjectivo		Total
	1-5	6-15	
2 respostas	5	25	30
1 resposta	4	14	18
Total	9	39	48

Thompson e Heller (1990: 543) também referem uma relação independente entre a percepção do suporte e o bem-estar entre idosos vivendo na comunidade.

Discussão O primeiro critério adoptado adveio do facto de acharmos que só a partir de um certo tempo de permanência no lar se poderiam desencadear ligações sociais passíveis de revelar alterações da rede social.

O segundo critério atendeu ao facto de que, no processo de envelhecimento, o nível cognitivo está alterado negativamente. Esta alteração é agravada fundamentalmente por características individuais e por processos patológicos. A exclusão de idosos com níveis baixos de capacidade cognitiva não nos parece ter colocado de lado indivíduos que apresentassem qualquer outra particularidade para além de estarem com doença do foro psíquico ou de terem determinadas características psíquicas.

Considerámos a variável "doença" e não nos debruçámos sobre a caracterização psicológica. Acharmos assim que estes critérios não nos impõem qualquer limitação aos resultados do estudo.

Trata-se de uma população de indivíduos com mais de 65 anos (com excepção de 2 que têm 62 e 63 anos), com baixo nível de escolaridade (12% tem o 4º ano) e anteriores profissões ligadas à agricultura, ao trabalho doméstico e ao não qualificado. São naturais de Castelo de Vide (82%), outros concelhos da Nute III do Alto Alentejo (16%) e Espanha (2%), residentes em Castelo de Vide (82%) outros concelhos da Nute III do Alto Alentejo (12%) e Lisboa (6%) e possuidores de baixos rendimentos mensais derivados de pensões de velhice e sobrevivência (um só indivíduo tem uma reforma).

Se a maior parte dos idosos vivia em núcleos habitacionais, 14% residia em casas isoladas.

Atendamos agora às propriedades gerais da rede social do idoso.

A maior parte dos idosos (72%) vivia em casa própria, 26% vivia em casa de família e 2% num lar.

Mas sózinhos viviam 40% dos idosos.

Também para 36% dos idosos não havia familiares a viver no concelho de residência. Parece que a maior parte dos familiares vive *fora* do concelho de residência.

Além disso das medidas sumariadas da rede social podem-se tirar algumas conclusões.

Há um número considerável de idosos que não apresenta contactos com a família. Só 72% passa o Natal com a família e as visitas de parte a parte também apresentam uma baixa frequência. Tal não se deve ao facto de não existirem familiares directos quer no concelho de residência quer fora do concelho de residência; tal facto diz respeito só a um idoso.

A participação na vida da comunidade (missa, festas regionais) e a possibilidade de realização de contacto social (ir ao café/taberna, ir ao jardim) existe numa baixa percentagem. É de acentuar que estas medidas estão fortemente associadas ao sexo (maior frequência no sexo masculino para as três últimas e no sexo feminino para a primeira). Cremos existir aqui um forte pendor cultural que se matem a imbuir a vida relacional do idoso.

No entanto temos de colocar algumas ressalvas.

Primeiro a quantificação da rede em relação ao passado deixa-nos sempre dúvidas sobre as respostas apresentadas: há idosos que estão no lar há vários anos. Por esta mesma razão não questionámos sobre contactos com amigos o que, apesar de ser uma lacuna, traria dificuldades ao idoso ao estabelecer quais os amigos no período anterior à ida para o lar.

O facto de não ser possível, também, averiguar da dimensão total da rede (vizinhos, outros familiares p. ex.) frequência dos contactos, densidade, homogeneidade, reciprocidade e percentagem da malha adstrita à família leva-nos a um conhecimento incompleto da rede.

Mas as medidas usadas são reveladoras de percentagem elevada de determinantes externos da solidão: rendimento baixo, menos tempo com a

família, mais tempo passado só, viver sózinho, menos participação em cerimónias religiosas e sociais.

Os acontecimentos de vida no ano anterior à ida para o lar agregam mais alguns determinantes externos da solidão (situações de perda relacional, rede social inadequada) para além dos encontrados.

Quanto à saúde/IADL trata-se de uma população com elevadas percentagens de alterações. 32% apresenta doença grave incapacitante e 12% dependência funcional. Não considerámos todas as doenças mas só as que implicassem ajuda de terceiros. Esta exclusão pode ter feito diminuir fortemente a percentagem de doentes.

Mas se associarmos a dificuldade em cumprir as actividades instrumentais da vida diária já se encontram 74% dos idosos com necessidade de ajuda nessas tarefas.

11 idosos não têm qualquer alteração neste campo. Mas admitindo que a sobrecarga das actividades instrumentais da vida diária implica ajuda então já 7 destes 11 idosos apresentam alteração nesta dimensão.

Há, portanto, *92% de indivíduos com necessidade de ajuda de terceiros. Os 8% restantes (são 4 mulheres) vivem sózinhos.*

Temos de fazer um parentese. Quando perguntámos sobre as IADL quisemos saber se havia capacidade para realizar tarefas (mesmo que não fossem realizadas por não haver necessidade - caso da medicação); mas alguns idosos do sexo masculino, apesar de não terem qualquer limitação física ou psíquica, referiram que não podiam fazer algumas das tarefas questionadas porque não sabiam.

Pensamos que esta é mais uma atitude que radica na cultura.

De uma forma ou doutra todos os idosos se apresentam com problemas ligados seja a uma seja a mais de uma das vertentes Saúde/IADL e rede

social; nesta última os problemas dizem respeito aos condicionantes externos da solidão.

Está assim contemplada a necessidade de suporte.

A referência ao suporte social está bem patente nos motivos de institucionalização mencionados pelos idosos.

A maior percentagem (62%) refere não ter havido apoio instrumental. Uma parte (14%) refere o sentir-se só. Estes dois motivos parecem-nos expressar as características biológicas e sociais observadas no idoso. Mas há uma parte da população (16%) para quem a negação da família em manter o idoso no seu seio foi o motivo. Uma categoria residual de idosos (8%) refere outros motivos. 6% são relacionados com características pessoais ("não gostar de andar pela casa dos filhos" e pedido de transferência de outro lar) e da família (ambiente disfuncional). Uma idosa (2% do total) referiu a perda da casa; tendo filhos, podemos considerar outra forma de recusa da família.

Mas 74% dos idosos têm apoio instrumental.

Tudo parece indicar que factores de outra ordem concorrerão para o motivo indicado pelo idoso.

O facto é que, mesmo existindo apoio, ele não é assim percebido pelo idoso que nega a sua existência.

Por outro lado uma percentagem de idosos (14%) refere sentir-se só o que implicará falta de suporte social.

Como conclusão 76% dos idosos referem falta de suporte instrumental ou emocional.

Se agregarmos a esta proporção, a de idosos que refere recusa por parte da família (16%), e admitindo que esta recusa é uma condição expressa pela família de negação de suporte, então encontramos 92% de idosos com falta de suporte social. Considerando ainda a idosa (2%), que perdeu a casa e não foi ajudada pela família, esta percentagem sobe para 94%.

Tanto pela análise das características bio-sociais que envolvem o idoso (determinantes externos da solidão, alteração da saúde/IADL) como pelo motivo de institucionalização por ele referido há proporções consideráveis respectivamente de *necessidade de suporte* e de *falta de suporte social*.

O lar parece ter sido a única alternativa possível ao suporte.

No lar alteram-se algumas das relações observadas no período prévio à institucionalização.

A capacidade funcional aumentou para 8% dos idosos e diminuiu em 38%, parecendo esta diminuição estar relacionada com o número de anos de permanência no lar. Só 14% são dependentes nas ADL.

Mas na auto-avaliação do estado de saúde 62% dos idosos entende que a sua saúde não é boa. Esta percentagem ultrapassa largamente o número de dependentes; nem todos estes referem saúde deficiente.

Há também elevadas proporções de idosos referindo saúde deficiente nas duas categorias consideradas na capacidade funcional. Terá, possivelmente, tanto a ver com certos problemas de saúde, que mencionámos anteriormente e não pesquisámos, como com outras vertentes implicadas na saúde e de classificação nosológica imprecisa.

De qualquer forma parece-nos haver uma falta de validade de conteúdo neste indicador, a considerar a capacidade funcional como um indicador do estado de saúde.

No entanto, e só a admitir este último, é-nos dado verificar um agravamento do estado de saúde do idoso institucionalizado ao longo dos anos no lar, o que nos parece lógico já que acompanha o aumento da idade.

Eventualmente poderemos propôr, como explicação para a melhoria da capacidade funcional dos idosos nos primeiros anos de estada no lar, a ajuda instrumental ora existente, e da qual o idoso tinha necessidade.

Se atendermos às medidas da rede social verificamos algumas diferenças comparativamente ao período prévio (Quadro 22).

— Em relação à família:

Se considerarmos que os idosos que viviam com os familiares e os que eram visitados correspondem a 84% de idosos com contactos frequentes com familiares concluímos por uma diminuição de todo o tipo de contacto pesquisado entre o idoso e os seus familiares.

— Em relação a outro tipo de contacto:

Há uma diminuição na percentagem de idosos com variedade de situações que podem produzir contacto social, excepto em relação à ida ao jardim. Admitimos aqui o jardim público, mas se considerarmos o jardim do lar a percentagem sobe para 68% (constituído, este aumento, por idosos).

Uma conclusão se evidencia. Apesar da diminuição de contactos do idoso com o meio exterior há um aumento de possibilidade de contacto no interior do lar (Natal e jardim).

A observação crítica da percepção do suporte social oferece-nos mais um contributo à vivência do idoso no lar.

34% e 50% dos idosos escolhem indivíduos pertencendo ao lar para um conselho e na ajuda a um problema, respectivamente. Os familiares são preferidos, pela mesma ordem das perguntas, por 28% e 34% dos idosos.

Para qualquer dos itens da percepção do suporte os indivíduos do lar obtiveram preferência em relação à família.

Só 4% dos idosos referem falta de suporte.

Mas quando perguntamos sobre a escolha de um indivíduo do lar, como companhia para sair, já 68% dos idosos fazem uma escolha positiva. A realização de diálogo atinge os 94%. Podemos admitir que, à medida que diminui o grau de intimidade, aumentam as interações entre os idosos.

Mesmo assim os indivíduos do lar são preferidos aos familiares caso haja necessidade de suporte (conselho ou ajuda).

Mas da observação das escolhas feitas, num lar recaíram fundamentalmente no grupo de idosos (só 5% das escolhas recaíu sobre funcionárias).

Contrariamente, no outro lar, 71% dos idosos fizeram-nas recair sobre as funcionárias, a encarregada geral e membros da direcção.

É interessante notar que no primeiro lar referido só uma escolha recebida não recaíu nos indivíduos que entrevistámos; lembremos que este lar tem 44 idosos. No outro lar (com 33 idosos) as escolhas só recaíram sobre 3 idosos entrevistados. Tais resultados apesar de não totalmente conclusivos apontam para um modo de funcionar do lar como um grupo com malha de relações imbricadas, e não somente como um conjunto de compartimentos categóricos relacionando-se de uma forma linear uns com os outros.

Apesar de se manterem alguns determinantes externos da solidão e outros, eventualmente, se poderem realizar (perda relacional por viuvez) o facto é que há *no lar* um re-organizar de relações inter individuais. Algumas correspondem a laços afectivos íntimos promotores dos benefícios advindo directamente das relações sociais em si (percepção do suporte, integração social). Há também um apagar de certos determinantes externos da solidão (menos relações íntimas).

Não nos podemos esquecer também que 40% dos idosos preferem viver no lar a viver em casa.

Apesar de tudo 30% dos idosos sentem-se sós.

Mas daqueles que referiam o sentir-se só como motivo de ida para o lar, 57% não refere o mesmo já no lar. Apesar dos valores serem muito pequenos (7 e 4 respectivamente) e, portanto, a variação apresentar alguma dificuldade

na sua interpretação, o lar parece oferecer alguma solução aos que o procuram por se sentir sós.

Por outro lado, o facto de haver muito idosos no lar (30%) que se sentem sós poderá já revelar características pessoais envolvidas no processo conducente à solidão (Neto, 1992: 32).

Apesar de tudo dos idosos que se sentem sós 40% respondem positivamente às duas questões sobre percepção do suporte e 60% respondem positivamente só a uma, havendo portanto sempre percepção de suporte social.

Em relação ao bem estar encontramos uma grande proporção de idosos (82%) com pontuações elevadas e bastante superiores tanto em relação à falta de suporte social (só 4% referem falta de suporte), à sensação de solidão (existente para 30% do idosos) à falta de preferência de idosos por indivíduos do lar (32%) e de idosos do lar preferidos (72% não são preferidos). Parece haver independência entre o bem estar e os suporte social e solidão.

A escala de bem estar, que mede o ajustamento emocional em pessoas de 70-90 anos institucionalizadas ou não, identifica três factores de primeira ordem (atitudes perante o próprio envelhecimento, ansiedade e descontentamento) ligados por um factor de segunda ordem (a satisfação global de vida).

É a medição de um sentimento que **"não está directamente relacionado com o comportamento"** e é visto como **"uma sensação generalizada de bem estar"**. Tem **"diversos indicadores que são a satisfação com o próprio, o sentimento de sintonia entre o próprio e o ambiente, a independência de sintomas de angústia e a capacidade para lidar adequadamente enquanto se aceita o inevitável"** (Dowell e Newell, 1987:224).

Esta escala abrange portanto a dimensão psicológica do indivíduo.

Parece haver assim uma alta percentagem de idosos com sensação de bem estar pobre apesar de alguns sinais positivos de redes sociais satisfatórias. Eventualmente a actividade valorativa no indivíduo (idoso) está desligada dos aspectos comportamentais.

CONCLUSÃO

O envelhecimento apresenta um cariz de unicidade já que patenteia a dimensão socio-cultural humana pela sua capacidade em aumentar a esperança média de vida. Torna bem visível a admirável adaptação do homem ao ambiente.

O envelhecimento não é, portanto, o fruto da evolução biológica. Acontecendo após o período reprodutivo não terá um impacto na evolução biológica do homem, que mantém viva a interacção entre evolução biológica e evolução cultural.

Mas se uma conquista da evolução social se identifica como um estadio também é passível de ser entendida como um processo. Os problemas ligados a esta última dimensão impuseram a exclusão de um estudo voltado para o processo enquanto tal.

A delimitação etária da população a partir da qual se considera ter sofrido tal processo dá-nos um ponto básico de partida para o estudo do envelhecimento, numa óptica diferente da anterior.

Ao considerarmos o idoso estamos a admitir um indivíduo nas suas vertentes bio-psico-social e a identificar algumas das suas particularidades. Em última análise o idoso apresenta alterações no sentido negativo das suas várias dimensões, relativamente ao indivíduo mais novo.

Mas uma alteração em qualquer destas vertentes está intimamente relacionada com as outras configurando uma perspectiva holística do Homem.

O aumento do número de idosos em valor absoluto e relativo, facto flagrante na Europa em geral e, em particular, em Portugal impõe à sociedade

o surgir de problemas de vária ordem transportados pelo peso das especificidades dos idosos. Esses problemas abarcam os aspectos económico, social, político.

Repensar o envelhecimento é, como tal, também fazer o estudo das dimensões, estrutura e distribuição espacial da população numa ordem temporal.

A Ecologia Humana faz interpenetrar os aspectos demográfico e organizacional da população para a adaptação ao meio. Mas envolve mais dois: o ambiente e a tecnologia consignando o ecossistema como a adjunção destas quatro dimensões. No entanto é pelo ajustamento da população ao meio que surge a cultura (tecnologia e organização). A Ecologia Humana é, portanto, uma abordagem macrosistêmica da organização humana.

No entanto o indivíduo é, teoricamente, um postulado. Metodologicamente é a unidade de medida.

Como elemento constituinte da família com ela o indivíduo mais velho tem estado sujeito às influências da sociedade global. Esta responde aos seus problemas apresentando alterações na organização. A família também impõe à sociedade mudanças existindo interdependência entre as duas.

"Acredito profundamente na importância do sistema familiar e, além disso, penso que ele nem sempre segue, mas muitas vezes precede, a mudança social" (Talcott Parsons in: Clayton, 1979:79). *Haverá uma interpenetração de factores no processo de expansão da organização social humana.*

São as transformações operadas tanto na sociedade como no seio da família que têm imposto uma direcção diferente à fase final do ciclo de vida, referenciando o idoso a instituições vocacionadas para a terceira idade.

O crescimento, em número, destas pode ser entendido, à luz da Ecologia Humana, como uma mudança da malha organizacional da sociedade, forçada pela adaptação da população ao meio ambiente (biofísico e ecuménico).

Para a Ecologia Humana o ecossistema é a unidade operante constituindo-se como *um arranjo de múltiplas dependências numa população com a qual mantém uma relação ambiental viável.*

As múltiplas dependências na população *fornam-se entre as unidades básicas* (simples ou complexas) *do sistema.*

As unidades simples mantêm entre si relações defeníveis, na base das *funções que realizam* (comensalísticas ou simbióticas).

Mas a *unidade funcional* básica é o grupo.

Ao considerar o indivíduo Hawley dota-o de cinco propriedades - os *axiomas de Hawley.*

Mas o idoso, devido a alterações que consignam a multidimensionalidade bio-psico-social. apresenta *dificuldade no acesso ao meio, na afectação do tempo às diferentes actividades e na relação de interdependências, realizada nos planos ecológico, biológico, psicológico e social* (Fernandes, 1970).

Manter um tal modo de vida ameaça a *sobrevivência.* A capacidade expansiva - 3º axioma de Hawley - revestindo as formas de aumento de interdependências, facilitação do acesso ao meio e aumento da longevidade concorrerá para esta situação.

Para que, no idoso, haja alteração neste sentido dessas propriedades *torna-se necessária a existência de ajuda social.*

O lar fornecerá tal ajuda, na inexistência de outra.

Assim alterações organizacionais nos microsistemas e/ou na sociedade global definirão as *condições* em que se dá a mudança do modo de vida do idoso.

Sem termos posto de lado o enquadramento demográfico e organizacional da sociedade global, a nossa pesquisa remeteu-se, na essência, para o aspecto das condições directamente ligadas ao idoso, enquanto elemento da unidade funcional básica do sistema social a família.

Algumas conclusões poderão ser inventariadas. Os resultados apontam para a existência de uma rede social em que há pouco contacto social/actividades ou perda relacional assim como dificuldade na realização das tarefas, instrumentais e não instrumentais, da vida diária dos idosos, no período prévio à ida para o lar.

O concelho onde se fez o estudo pertence à zona do interior do país, onde o processo migratório se tem feito sentir. Apesar de, na última década, se observar um crescimento migratório pequeno, mas positivo, tal facto não vai invalidar o que vamos dizer já que nos reportamos a um efeito geracional anterior: a emigração das gerações mais novas cujos pais se encontram hoje nos lares, provocando uma diminuição das dimensões da rede social do idoso, evidenciada tanto no viver só como na pequena percentagem de idosos com familiares vivendo na proximidade geográfica.

O facto do aspecto causal estar, eventualmente, ligado ao processo migratório não invalida o dado encontrado. Ajuda, isso sim, a tentar compreender a imbricação da relação micro/macrosistema.

Por outro lado a participação da vida na comunidade também apresenta baixos índices. Apesar de tudo os homens participam mais do que as mulheres na vida da comunidade; eventualmente a casualidade das relações sociais terá peso idêntico à sua inexistência. Fica por determinar esta possibilidade.

Também verificámos situações de perda relacional e diminuição das redes sociais no ano anterior à ida para o lar. Este facto tem relação com a idade, já que à medida que esta avança há possibilidade de existência de maior número de acontecimentos de vida graves.

Mas onde há, praticamente, unanimidade é no motivo de ida para o lar referido como falta de suporte instrumental ou emocional. Nos homens muitas vezes é o comportamento habitual que determina a necessidade de suporte: o não saber realizar tarefas socialmente consignadas às mulheres.

Se podemos individualizar condições fundamentalmente relacionadas à pessoa (saúde pobre, sentir-se só), o motivo de institucionalização dá alguma evidência do que a família dispõe para oferecer ao seu membro mais velho.

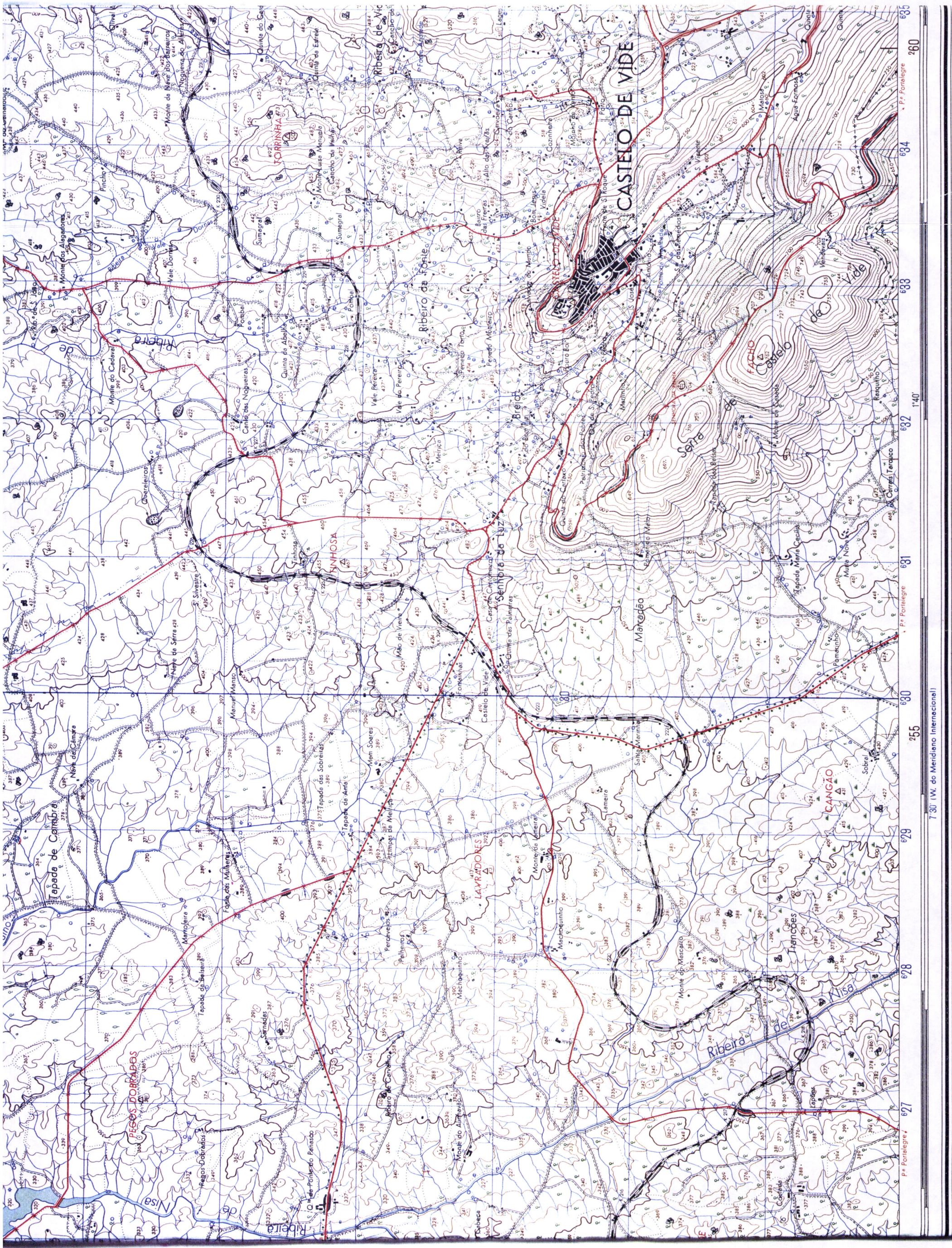
No lar parece formar-se um núcleo de relações entre os seus elementos. Mas, atendendo a que o grupo é a unidade funcional básica do sistema social, deveria ter sido pesquisado o clima organizacional do lar utilizando técnicas de observação. Não basta concluir da existência de funções (diferentes ou semelhantes).

No período prévio à ida para o lar há possibilidade de identificar, *em todos os idosos*, ou alterações da saúde ou na rede social. No lar verificam-se relações entre os seus indivíduos. Mas não podemos afirmar, sem sombra de dúvida, se houve ou não acréscimo na rede social. Houve *mudança*. Os pontos de referência antes da ida para o lar seriam, para o idoso, os membros da família; no lar parecem já ser os outros idosos ou os funcionários.

Condições específicas inerentes ao indivíduo (idoso) e à sua malha de relações na família parecem delimitar o processo de mudança que se tem feito notar na fase final da vida.

ANEXOS





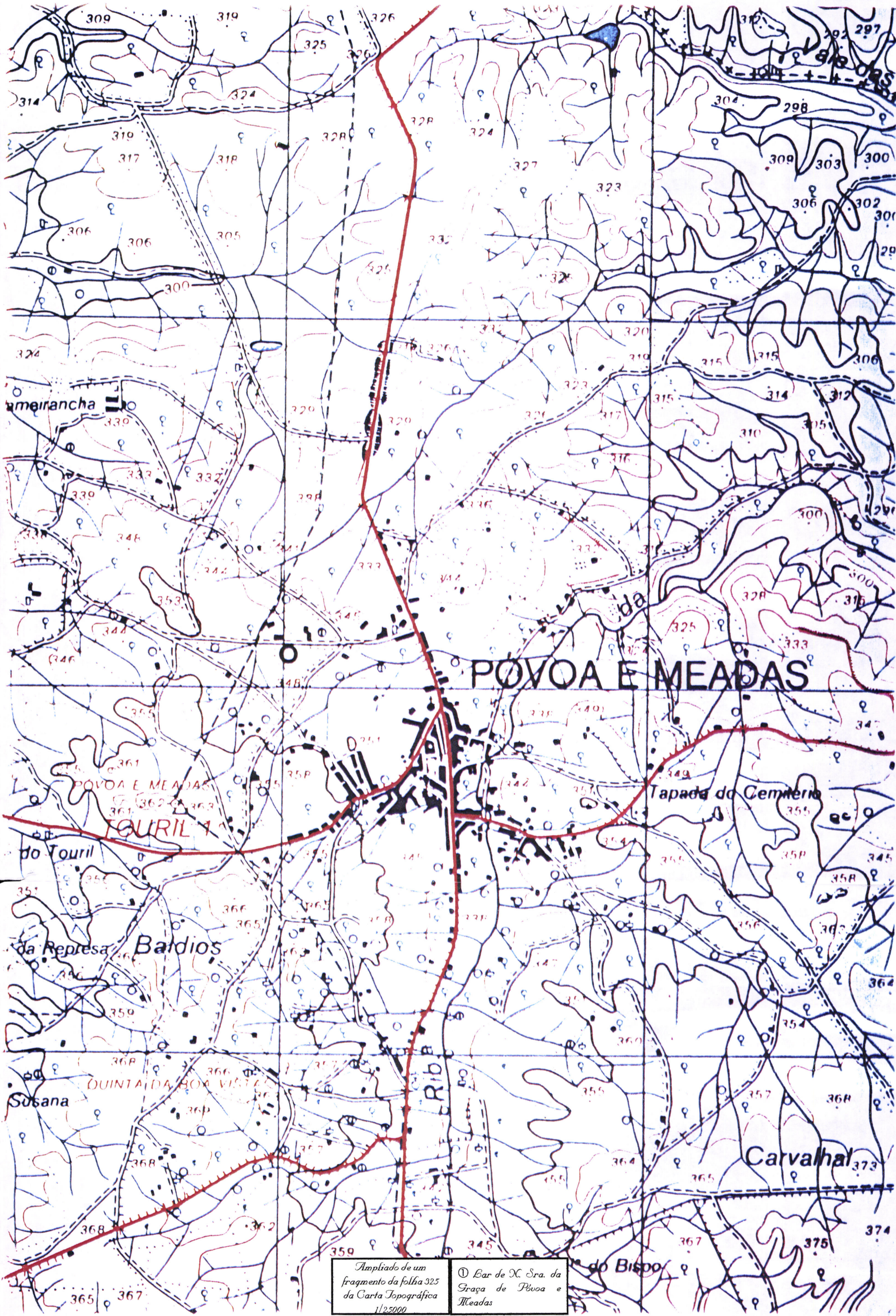
627 628 629 630 631 632 633 634 635

P.ª Portalegre 627 628 629 630 631 632 633 634 635

P.ª Portalegre 631 632 633 634 635

P.ª Portalegre 627 628 629 630 631 632 633 634 635

7 30 (W. do Meridiano Inter nacional)



PÓVOA E MEADAS

TOURIL 1

Tapada do Cemitério

Bardios

QUINTA DA BOA VISTA

Carvalho

do Bispo

Ampliado de um
fragmento da folha 325
da Carta Topográfica
1:25000

© Bar de N. Sra. da
Graça de Póvoa e
Meadas

ANEXO IV

GUIÃO DA ENTREVISTA

1. NOME _____
2. DATA DE NASCIMENTO _____ de _____ de _____
3. NATURALIDADE _____
4. ESCOLARIDADE _____
5. PROFISSÃO ANTERIOR _____
6. RESIDÊNCIA _____
7. ESCALA DE 10 PONTOS DE GOLDFARB
 1. Onde é que nós estamos agora? (orientação espacial)
 2. Onde é que está localizado este sítio? (orientação espacial)
 3. Em que mês é que estamos? (orientação temporal)
 4. Que dia do mês é hoje? (temporal)
 5. Em que ano estamos? (temporal)
 6. Quantos anos tem? (memória)
 7. Em que dia faz anos? (memória)
 8. Onde nasceu? (memória)
 9. Quem é o Presidente da República? (informação geral e memória)
 10. Quem foi o presidente antes deste? (informação e memória)

8. ESTADO CIVIL

- Aquando da institucionalização _____
- Actualmente _____

9. ACTIVIDADE LABORAL _____

- | | Sim | Não |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Aquando da institucionalização: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Actualmente: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. DATA DO INTERNAMENTO ____ de ____ de _____

11. FAMÍLIA:

- A residir no local
 - Aquando da institucionalização:

- Actualmente:

- Residindo fora do local
 - Aquando da institucionalização:

- Actualmente:

12. HABITAÇÃO:

- PRÓPRIA
- EM CASA DE OUTRÉM:

Familiar

Não familiar. Qual? _____

13. MOTIVO DO INTERNAMENTO: _____

14. THE BARTHEL INDEX MODIFIED (à entrada)

INDEPENDENTE		DEPENDENTE		
I	II	III	IV	
Intacto	Limitado	c/ ajuda	Nulo	
10	3	0	0	Bebe por copo/come do prato.
5	5	3	0	Veste a parte superior do corpo.
5	5	2	0	Veste a parte inferior do corpo.
0	0	-2	0	Veste as próteses.
5	5	0	0	Arranja-se.
4	4	0	0	Lava-se/ou toma banho.
10	10	5	0	Continência bexiga.
10	10	5	0	Continência intestino.
4	4	2	0	Cuida do períneo/limpa
15	15	7	0	Transferência/cadeira.
6	5	3	0	Transferência/toilette.
1	1	0	0	Transferência/banho
15	15	10	0	Caminha 50 m ou mais.
10	10	5	0	Sobe e desce degraus, um lance ou mais.
15	5	0	0	Usa cadeira de rodas (só se não pode andar).

15. a) CAPACIDADE PARA REALIZAR AS TAREFAS

(À entrada)

	Sim	Não		Sim	Não
Fazer a comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer as compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar a roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

b) Ajuda em quê e de quem _____

16. REDES DE SOCIABILIDADE (À ENTRADA)

FAMÍLIA Visitava _____

Era visitado _____

COMPRAS: Sim Não

Sempre no mesmo lugar? _____

MISSA: _____

TABERNA/CAFÉ: _____

JARDIM: _____

FESTAS:

Familiares (Natal e Páscoa) _____

Região _____

17. ACONTECIMENTOS DE VIDA (GRAVE) NO ANO ANTERIOR AO INTERNAMENTO.
CORRESPONDENTE AOS ITENS 1, 5, 6, 11, 17, 24, 32, 35, 36, 39, DA ESCALA DE
READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE.

Nº	ACONTECIMENTO	VALOR MÉDIO
1.	Morte do cônjuge	100
5.	Morte de um familiar próximo	63
6.	Acidente ou doença grave	53
11.	Doença grave de um familiar	44
17.	Morte de um amigo íntimo	37
24.	Dificuldades com familiares do cônjuge	29
32.	Mudança de residência	20
35.	Mudança de actividades religiosas	19
36.	Mudança de actividades sociais	18
39.	Mudança do número de reuniões familiares	15

18. THE BARTHEL INDEX MODIFIED (actualmente)

INDEPENDENTE		DEPENDENTE		
I	II	III	IV	
Intacto	Limitado	c/ ajuda	Nulo	
10	3	0	0	Bebe por copo/come do prato.
5	5	3	0	Veste a parte superior do corpo.
5	5	2	0	Veste a parte inferior do corpo.
0	0	-2	0	Veste as próteses.
5	5	0	0	Arranja-se.
4	4	0	0	Lava-se/ou toma banho.
10	10	5	0	Continência bexiga.
10	10	5	0	Continência intestino.
4	4	2	0	Cuida do períneo/limpa
15	15	7	0	Transferência/cadeira.
6	5	3	0	Transferência/toilette.
1	1	0	0	Transferência/banho
15	15	10	0	Caminha 50 m ou mais.
10	10	5	0	Sobe e desce degraus, um lance ou mais.
15	5	0	0	Usa cadeira de rodas (só se não pode andar).

19. a) CAPACIDADE PARA REALIZAR AS TAREFAS:

(actualmente)

	Sim	Não		Sim	Não
Fazer a comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer as compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavar a roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

20. REDES DE SOCIABILIDADE (ACTUALMENTE)

FAMÍLIA Visitava _____
Era visitado _____

COMPRAS:

Sim Não

Sempre no mesmo lugar? _____

MISSA: _____

TABERNA/CAFÉ: _____

JARDIM: _____

FESTAS:

Familiares (Natal e Páscoa) _____

Região _____

21. SE PRECISASSE DE UM CONSELHO QUEM ESCOLHIA? _____

COM QUEM CONTACTAVA PARA AJUDA SE TIVESSE UM PROBLEMA? _____

22. CONHECIMENTO DOS COLEGAS DA CAMARATA E DA CASA:

Sim _____

Não _____

23. CONVERSA:

Sim _____

Não _____

Com quem? _____

24. ESCOLHA DE COMPANHIA PARA SAIR (DO LAR):

Quem? _____

25. SENTE-SE MUITO OU POUCO SÓ? _____

VEJO MUITAS VEZES OS MEUS AMIGOS E FAMILIARES? _____

26. A SUA SAÚDE É BOA OU MÁ? _____

27. BEM ESTAR SUBJECTIVO (Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Filadélfia)

Item	Resposta Positiva
1. As coisas estão-se a tornar pior à medida que fico mais velho	Não
2. Tenho tanta energia como tinha no último ano	Sim
3. Cada vez me aborreço mais com pequenas coisas	Não
4. À medida que envelhece sente-se menos útil	Não
5. Algumas vezes ando tão preocupado que não consigo dormir	Não
6. À medida que envelheço as coisas são (melhores, piores, iguais) do que eu pensava que seriam	Melhor
7. Algumas vezes sinto que não vale a pena viver	Não
8. Sou tão feliz como quando era novo	Sim
9. Tenho muitos motivos para me entristecer	Não
10. Tenho medo de muitas coisas	Não
11. Cada vez me irrita mais facilmente	Não
12. A maior parte do tempo a vida pesa-me	Não
13. Está satisfeito com a sua vida de hoje (satisfeito/ não satisfeito)	Satisfeito
14. Eu levo as coisas a sério	Não
15. Facilmente me descontrolo	Não

28. SE PUDESSE VIVER ONDE QUISESSE, ONDE PREFERIA?

(CASA/LAR): _____

BIBLIOGRAFIA

ABRASS Itamar B. Biology of Aging. In: WILSON Jean D et al. (Eds). *Harrison's principles of Internal Medicine*. 12 ed. New York: Mc Graw-Hill, 1991. v.1, parte 1, cap. 12, p. 73-76.

BARBOSA António. A sensibilidade cultural do profissional de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1984; v2, n4: 5-12.

BERKMAN Lisa F, OXMAN Thomas E, SEEMAN Teresa E. Social Networks and Social Support Among the Elderly: Assessment Issues. In: WALLACE Robert B, WOOLSON Robert F (Eds.) *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 3, cap. 12, p.196-212.

BLANE David. Elderly People and Health. In: PATRICK Donald L, SCAMBLER Graham (Eds.) *Sociology as applied to Medicine*. 2 ed. London: Saunders, 1986. Parte 3, cap. 13, p. 163-171.

BROWN George W. Depressão: uma perspectiva social. In: BARBOSA António (org.). *I Curso de Sociologia da Saúde*. Lisboa: G E P O G, pp 30

BUCKLEY Walter. Théorie des systèmes et anthroposociologie. In: MORIN Edgar, PALMARINI Massimo P (Eds.) *L'unité de l' Homme*. Paris: Seuil, 1974 (Collection Points, 93). Cap. III, p. 153-167.

BUSSE Ewald W. O Mito, História e Ciência do Envelhecimento. In: BUSSE Ewald W, BLAZER Dan G (Eds.) *Psiquiatria Geriátrica*. Washington: American Psychiatric Press; Porto Alegre: Artes Médicas, 1989-1992. Parte 1, cap.1 p. 15-31.

BUTTEL Frederick H. Sociologie et environnement: la lente maturation de l'écologie humaine. *RISS*, 1986; n. 109, p. 359-379.

CARVALHO Álvaro, ALVES GOMES António. Elementos de Psicogeriatrics. In: ALVES GOMES António (Ed), CORTESÃO Eduardo Luís, SANTOS SILVA Ermelinda. *Psiquiatria, Neurologia e Saúde Mental na Práxis do Clínico Geral*. Lisboa, 1986. Cap. 15, p. 387-403.

CHANCE Michael. Une dimension absente en biologie: le comportement. In: MORIN Edgar, PALMARINI Massimo P (Eds.) *L'unité de l'Homme*. Paris: Seuil, 1974 (Collection Points, 91). Cap. V, p. 218-227.

CLAYTON Richard R. *The Family, Marriage, and Social Change*. 2 ed. Lexington: D. C. Heath, 1979.

COLSHER Patricia L. Epidemiologic Studies of Cognitive Function in the Elderly: Rationale, Methods and Findings. In: WALLACE Robert B, WOOLSON Robert F (Eds.) *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 3, cap. 9, p. 130-156.

COPPENS Yves. *O Macaco a África e o Homem*. Lisboa: Gradiva, 1985 (Coleção Ciência Aberta, 7).

COTRAN Ramzi S, KUMAR Vinay, ROBBINS Stanley L. O envelhecimento. In: COTRAN Ramzi, KUMAR Vinay, ROBBINS Stanley L. *Patologia Estrutural e funcional*. 4 ed. [sl]: W B Saunders Company, 1989; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. cap. 11, p. 447-454

DOBZANSKY Theodosius et al. *Evolution*. San Francisco: W H Freeman, 1977.

DOSE Klaus. Condensação auto-instruída de aminoácidos e a origem da informação biológica. In: MAIA Hernani L S, RAMOS J J Moura (Eds.) *A Evolução Cósmica e a Origem da Vida*. Coimbra: Almedina, 1985. Parte II, cap. 5, p. 241-253

FERNANDES Florestan. As grandes formas da vida social. In: FERNANDES Florestan. *Elementos de sociologia teórica*. S. Paulo: Universidade de S. Paulo, 1970. v. 38, cap. 2, p. 35-84.

FESTINGER Leon, KATZ Daniel. *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*. 3 ed. [sl]: Presses Universitaires de France, 1974. 2v (Coleção Psychologie d'aujourd'hui)

FITZPATRICK Ray M. Social Causes of Disease. In: PATRICK Donald L, SCAMBLER Graham (Eds.) *Sociology as Applied to Medicine*. 2 ed. London: Saunders, 1986. Parte 1, cap. 3, p. 30-40.

FOLEY Daniel J. Epidemiologic Research on Nursing Home Populations. In: WALLACE Robert B, WOOLSON Robert F (Eds.) *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 3, cap. 14, p. 234-341.

FRIED Linda P, WALLACE Robert B. The Complexity of Chronic Illness in the Elderly: From Clinic to Community. In: WALLACE Robert B, WOOLSON Robert F (Eds.) *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 1, cap. 2, p.10-19.

GURALNIK Jack M, LACROIX Andrea Z. Assessing Physical Function in Older Populations. In: WALLACE Robert B, WOOLSON Robert F (Eds.) *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 3, cap. 10, p.159-181.

HAWLEY Amos H. *Ecologia Humana*. Madrid: Tecnos, 1975.

HAWLEY Amos H. *Human Ecology. A Theoretical Essay*. Chicago: University of Chicago Press, 1986.

HUIZINGA John. Cultural and biological adaptation in man. In: SALZANO Francisco M (Ed.) *The Role of Natural Selection in Human Evolution*. Amsterdam: North-Holland, 1975. Parte 6, cap. 21, p. 395-403.

KAPLAN George A, HAAN Mary N, COHEN Richard D. Risk Factors and the Study of Prevention in the Elderly: Methodological Issues. In: WALLACE Robert B, WOOLSON Robert F (Eds.) *The epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 1, cap 3, p. 20-36

KATZ H Solomon Anthropologie sociale/culturelle et biologie. In: MORIN Edgar, PALMARINI Massimo P (Eds.) *L' unité de l' Homme*. Paris. Seuil, 1974 (Collection Points, 93) Cap. II p. 49-86.

KATZ Michael S, GERETY Meghan B, LICHTENSTEIN Michael J. Gerontology and Geriatric Medicine. In: STEIN Jay H, HUTTON John J et al (Eds.) *Internal Medicine*. 4 ed. St Louis: Mosby, 1994. Parte 10, cap. 370, p. 2825-2842.

KRAMER Andrew M, SCHRIER Robert W. Demographic, Social, and Economic Issues. In: SHRIER Robert W (Ed.) *Geriatric Medicine*. Philadelphia: W B Saunders, 1990. Secção I, cap. 1, p. 1-11.

KRAUSE Neal. Stress and Isolation from close ties in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1991; v. 46, n. 4: s 183 - s 194.

LAKATOS Eva Maria, MARCONI Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LESSA Almerindo. Breve Introdução à Filosofia Biológica da Idade Avançada. Antropologia Cultural. Da Adaptação à Usura e à Doença. Limites da Revitalização. In: PÁDUA Fernando de, CARRAGETA Manuel. *Geriatría Clínica*. Lisboa: [s ed], 1991. p. 11-31.

LIANG Jersey, BOLLEN Kenneth A. The structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A reinterpretation. *Journal of Gerontology*. 1983; v38, n2:181-189.

LITTLEJOHN Stephen W. *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LURIE Hugh James. O doente geriático. In: LURIE Hugh James. *Psiquiatria Compreensiva para Clínicos Gerais*. Lisboa: Roche Farmacêutica, 1982. Cap. XIII, p. 119-125.

LURIE Hugh James. O médico como conselheiro de planeamento de vida. In: LURIE Hugh James. *Psiquiatria Compreensiva para Clínicos Gerais*. Lisboa: Roche Farmacêutica, 1982. Cap. XX, p. 189-200.

MAYR Ernst. *Populations, Species and Evolution*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1970.

Mc DOWELL Ian, NEWELL Claire. *Measuring Health A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press, 1987.

MORIN Edgar. *O Paradigma Perdido*. Paris: Seuil, 1973; Lisboa: Europa-América, 1975 (Coleção Biblioteca Universitária, 7).

MORIN Edgar. *O Método*. Paris: Seuil, 1977; Lisboa: Europa-América, [1977?] (Coleção Biblioteca Universitária, 28).

MOSCOVICI Serge. *Sociedade Contranatura*. Paris: Union Générale, 1972; Lisboa: Bertrand, 1977.

NAZARETH J Manuel. *Explosão Demográfica e Planeamento Familiar*. Lisboa: Presença, 1982 (Coleção Análise Social, 11).

NAZARETH J Manuel. *Princípios e Métodos de Análise da Demografia Portuguesa*. Lisboa: Presença, 1988a.

NAZARETH J Manuel. *Unidade e Diversidade da Demografia Portuguesa no final do século XX*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1988 b. (Coleção Portugal-Os próximos vinte anos, III v).

NAZARETH J Manuel. A Problemática da Demografia Portuguesa nos Anos Noventa. In: PÁDUA Fernando de, CARRAGETA Manuel. *Geriatría Clínica*. Lisboa: [S ed], 1991. p. 33-44.

NETO Felix. *Solidão Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social, 1992.

NICOLÁS Juan Diez. Ecología Humana y Ecosistema social. In: URBANO Salustiano C. *Tratado de Sociología*. Madrid: Taurus, 1984. v.1, cap. VI, p. 184-208.

ODUM Eugene P. *Ecologie*. Montréal: H R W; Paris: Doin, 1976.

ODUM Eugene P. *Fundamentos de Ecologia*. 4 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1988.

OLIVIER Georges. *La Ecología Humana*. [s l] Presses Universitaires de France, 1981; Barcelona: oikos-tau, 1981.

PEARLIN Leonard I. The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*. San Francisco, mar 1989; v. 30: 241-256.

PETERS Nancy L., MATHEW L. Mary. Living Conditions. In: SCHRIER Robert W (Ed.) *Geriatric Medicine*. Philadelphia: W B Saunders, 1990. Secção II, cap. 6, p. 46-53.

RAFFESTIN Claude. Le concept d' ecologie humaine. In: *Seminaire d' Été á Peyresq du Certificat International d' Ecologie Humaine*, 1984. p. 60-68.

RAMOS J J Moura. A evolução química no espaço interestelar. In: MAIA Hernani L S, RAMOS J J Moura (Eds.) *A Evolução Cósmica e a Origem da Vida*. Coimbra: Almedina, 1985. Parte 1, cap. 5, p. 63-83.

ROBERTS Derek F. Fertility, mortality and culture: the changing pattern of natural selection. In: SALZANO Francisco M (Ed.) *The Role of Natural Selection in Human Evolution*. Amsterdam: North-Holland, 1975. Parte 6, cap. 20, p. 369-394.

ROCHER Guy. *Sociologia Geral*. 4 ed. Lisboa: Presença, 1989. 3v (Biblioteca de Textos Universitários, 100, 101, 105).

ROSNAY Joël. *As Origens da Vida*. Paris: Seuil, 1966; Coimbra: Almedina, 1977 a.

ROSNAY Joël. *O Macroscópio*. Paris: Seuil, 1966; Lisboa: Arcádia, 1977 b.

ROWE John W. O Impacto Clínico de Alterações Fisiológicas no Envelhecimento. In: BUSSE Ewald W, BLAZER Dan G (Eds.) *Psiquiatria Geriátrica*. Washington: American Psychiatric Press; Porto Alegre: Artes Médicas, 1989-1992. Parte 1, cap. 2, p. 32-47.

RUBIN Emanuel, FARBER John L. Cell Injury. In: RUBIN Emanuel, FARBER John L (Eds.) *Pathology*. Philadelphia: Lippincott, 1988. Cap. 1, p. 2-33.

RUFFIÉ Jacques. Le mutant humain. In: MORIN Edgar, PALMARINI Massimo P (Eds.) *L'unité de l'Homme*. Paris: Seuil, 1974 (Collection Points, 91). Cap. IV, p. 107-169.

RUFFIÉ Jacques. *De la Biologie a la Culture*. Paris: Flammarion, 1978.

SACARRÃO G Fonseca. *A Adaptação e a Invenção do Futuro*. [sl] Europa-América, 1985 (Coleção Biblioteca Universitária, 40).

SIEGLER Ilene C, POON Leonard W. A Psicologia do Envelhecimento. In: BUSSE Ewald W, Blazer Dan G (Eds.) *Psiquiatria Geriátrica*. Washington: American Psychiatric Press; Porto Alegre: Artes Médicas, 1989-1992. Parte 1, cap. 7, p.100-118.

THOMPSON Mark G, HELLER Kenneth. Facets of Support Related to Well-Being: Quantitative Social Isolation and Perceived Family Support in a Sample of Elderly Women. *Psychology and Aging*. 1990; v5, n4: 535-544.

VAGUEIRO Maria Celeste. Stress e doenças cardiovasculares. *Rev. Port. Clin. e Terap.* 1991; v 13, n 5: 153-186.

WALKER Delmar, BEAUCHENE Roy E. The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. *J Am Diet Ass.* 1991; v 91, n 3: 300-304.

WALLACE Robert B. Aging and Disease: From Laboratory to Community. In: WALLACE Robert B., WOOLSON Robert F (Eds.) *The Epidemiologic Study of the Elderly*. New York: Oxford University Press, 1992. Parte 1, cap. 1, p. 3-9.