
UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA



**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
EM MEIO URBANO E MEIO RURAL**

NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA

JOSÉ MANUEL GONÇALVES DE ALMEIDA

Orientador: Sr. PROFESSOR DOUTOR FILIPE FERNANDO CRUZ INÁCIO

ESTA DISSERTAÇÃO NÃO INCLUI AS CRÍTICAS E SUJESTÕES FEITAS PELO JÚRI

ÉVORA

2005

UNIVERSIDADE DE ÉVORA



**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO
EM MEIO URBANO E MEIO RURAL**

NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA

JOSÉ MANUEL GONÇALVES DE ALMEIDA

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em:
Ecologia Humana**

**Realizada sob a orientação do:
Sr. Professor Doutor Filipe Fernando Cruz Inácio**



ÉVORA

2005

156 910

Aos meus filhos, Sara e Nuno

A minha esperança por um mundo melhor

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Sr. Professor Doutor Filipe Fernando Cruz Inácio, os mais profundos agradecimentos pela sua orientação, pelo seu precioso tempo, pelo seu trabalho, pela sua gentileza e pela sua amizade. Sem ele este trabalho não seria realizado. Um sincero muito obrigado.

À minha esposa e aos meus filhos, pelo apoio incondicional e encorajamento que me proporcionaram e pelas muitas privações de descanso e alegria que usufruíam se não fosse a “obsessão” de terminar este trabalho.

Aos idosos que participaram neste estudo e seus familiares, pela ajuda que me prestaram no “trabalho de campo”, pelas experiências partilhadas e por tudo que me ensinaram.

Ao Sr. Dr. Emanuel Esteves, na altura como Coordenador da Sub-Região de Saúde de Setúbal, pela autorização concedida na consulta de base de dados.

À Sra. Dr.^a Celestina Ventura, na altura como Directora do Centro de Saúde de Grândola, pelo apoio na consulta de base de dados.

Aos Profissionais de Saúde do Centro de Saúde do Bonfim e do Centro de Saúde de São Sebastião, uma palavra especial de amizade.

Aos Srs. Presidentes de Junta de Freguesia: Sr. António M. Ruas, de Azinheira de Barros; Sr. Dr. António A. Pinela, do Carvalhal; Sr. António F. Candeias de Melides; Sr. Filipe dos Santos, de Santa Margarida da Serra; Sra. D. Maria do Carmo, de São Julião; Sr. Dr. Carlos Almeida, de São Sebastião, pela disponibilidade concedida.

À Sra. Dr.^a Fernanda Freira e Ao Sr. Dr. José M. Martins, na ajuda do tratamento estatístico, pela competência e acessibilidade nos esclarecimentos solicitados

À minha família, mais alargada, sobretudo aos meus pais, sogra, cunhados e sobrinhos, pelo apoio, compreensão e incentivo recebido para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho e amigos, com quem partilhei desânimos, desalento e entusiasmo ao longo deste trabalho.

Não podendo referir todos os agradecimentos em particular, deixo o Meu Muito Obrigado, a todas as pessoas e instituições, que contribuíram para a realização do presente trabalho.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD - Actividades da Vida Diária

D. - Dom

OMS - Organização Mundial de Saúde

QDV - Qualidade de Vida

QVI - Qualidade de Vida do Idoso

S. - São

Séc. - Século

Sr - Senhor

Sra - Senhora

SUMÁRIO

	FOLHA
<u>INTRODUÇÃO</u>	16
Pertinência do Estudo; Motivações Pessoais; Definição do Problema	16
A Problemática da Investigação	17
A Estruturação do Trabalho	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
<i>Capítulo 1 – Envelhecimento Humano</i>	22
1 – <u>ASPECTOS GERONTOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO</u>	23
2 – <u>ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO</u>	25
2.1 – MORTALIDADE E MORBILIDADE	26
2.2 – FACTORES DE RISCO	27
3 – <u>SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL NO ENVELHECIMENTO HUMANO</u>	29
3.1 – CAPACIDADE FUNCIONAL NO ENVELHECIMENTO HUMANO	29
4 – <u>A SOCIEDADE E A FAMÍLIA FACE AO IDOSO</u>	32
5 – <u>A ACTIVIDADE FÍSICA NOS IDOSOS</u>	36
6 – <u>ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA</u>	38
<i>Capítulo 2 – Desenvolvimento e Enfoque da Ecologia Humana</i>	43
7 – <u>FUNDAMENTOS DE ECOLOGIA GERAL</u>	44
8 – <u>O AMBIENTE E A VIDA</u>	48
9 – <u>A ECOLOGIA HUMANA</u>	51
9.1 – AS ALTERAÇÕES E OS PROBLEMAS AMBIENTAIS	53
9.2 – A ECOLOGIA DA SAÚDE	57
<i>Capítulo 3 – Contextos Humanos Urbanos e Rurais</i>	60

10 – <u>MEIO URBANO E MEIO RURAL</u>	61
10.1 – CONCEITO DE COMUNIDADE RURAL	65
10.2 – ESPAÇO URBANO	66
10.3 – AS PESSOAS E OS LUGARES	67
Capítulo 4 – Contexto Histórico Biocultural e Geográfico de Setúbal e Grândola	70
11 – <u>SETÚBAL – CONTEXTO BIOCULTURAL E GEOGRÁFICO</u>	71
11.1 – FREGUESIA DE SÃO JULIÃO	72
11.2 – FREGUESIA DE SÃO SEBASTIÃO	73
12 – <u>GRÂNDOLA – CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO-ADMINISTRATIVO</u>	75
12.1 – DINÂMICA POPULACIONAL DE UM CONCELHO	76
12.2 – A MUDANÇA DA ESTRUTURA PRODUTIVA	77
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
Capítulo 5 – Trabalho Empírico e Metodológico	81
13 – <u>HIPÓTESES</u>	82
13.1 – EM MEIO URBANO	82
13.2 – EM MEIO RURAL	83
14 – <u>VARIÁVEIS EM ESTUDO</u>	84
14.1 – VARIÁVEL DEPENDENTE	84
14.2 – VARIÁVEL INDEPENDENTE	85
15 – <u>ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS</u>	86
15.1 – OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	86
15.2 – PLANO DE INVESTIGAÇÃO	86
15.3 – AMOSTRA POPULACIONAL	87
15.4 – PLANEAMENTO DA RECOLHA DE DADOS	88
15.5 – INSTRUMENTO DE PESQUISA	88
15.6 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO	91

15.7 – PRÉ-TESTE	91
15.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO	92
Capítulo 6 – Apresentação e Análise dos Dados	93
16 – <u>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO</u>	94
16.1 – RESULTADOS OBTIDOS PELO ESTUDO DAS VARIÁVEIS	94
16.1.1 – <u>Distribuição de Frequências</u>	94
16.1.1.1 – Sexo	94
16.1.1.2 – Idade	95
16.1.1.3 – Estado Civil	96
16.1.1.4 – Escolaridade	96
16.1.1.5 – Tipo de Reforma	97
16.1.1.6 – Habitação	97
16.1.1.7 – Na Sua Casa Existe...	98
16.1.1.8 – Perto da Casa Onde Vive, Existe...	99
16.1.1.9 – Auxílio em Situação de Urgência	99
16.1.1.10 – Auxílio em Situação de Doença	100
16.1.1.11 – Situação Económica	101
16.1.1.12 – Isolamento / Comunicação Afectiva e Social	101
16.1.1.13 – Mobilidade	102
16.1.1.14 – Actividades da Vida Diária	102
16.1.1.15 – Actividade Ocupacional	103
16.1.1.16 – Actividade Lúdica	103
16.1.1.17 – Relação Familiar	104
16.1.1.18 – Recursos Económicos	104
16.1.1.19 – Qualidade de Vida do Idoso	105
17 – <u>TESTE DE HIPÓTESES</u>	106
17.1 – HIPÓTESES FORMULADAS NO ÍNICIO DO ESTUDO EM MEIO URBANO	107

17.2 – HIPÓTESES FORMULADAS NO ÍNICIO DO ESTUDO EM MEIO RURAL	110
17.3 – APLICAÇÃO DO TESTE NÃO-PARAMÉTRICO (MANN-WHITNEY U TEST)	113
18 – <u>MATRIZ DE CORRELAÇÃO</u>	114
18.1 – CORRELAÇÕES RELEVANTES DE VARIÁVEIS	114
18.1.1 – <u>Amostra em meio urbano</u>	114
18.1.2 – <u>Amostra em Meio Rural</u>	116
19 – <u>ANÁLISE DAS TABELAS DE CONTINGÊNCIA</u>	118
19.1 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ISOLAMENTO EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	118
19.2 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E MOBILIDADE EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	119
19.3 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	120
19.4 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ACTIVIDADE OCUPACIONAL EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	121
19.5 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ACTIVIDADE LÚDICA EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	122
19.6 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E RELAÇÃO FAMILIAR EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	123
19.7 – RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E RECURSOS ECONÓMICOS EM MEIO URBANO E MEIO RURAL	124
20 – <u>CONCLUSÃO</u>	125
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	129
<u>ANEXOS</u>	136
<i>Anexo 1 – Recomendações Para os Censos de População e Habitação de 2000 na Região da CEE</i>	137
<i>Anexo 2 – Pedido de Autorização e Resposta à Consulta da Base de Dados – Centros de Saúde e Juntas de Freguesia</i>	140
<i>Anexo 3 – Formulário Utilizado</i>	145
<i>Anexo 4 – Tratamento Estatístico</i>	150

ÍNDICE DE QUADROS

	FOLHA
Quadro 1: Estatística descritiva da amostra em meio urbano e meio rural	94
Quadro 2: Distribuição de alguns bens de equipamento na habitação segundo a população estudada	98
Quadro 3: Distribuição de apoio e estruturas sociais segundo a população estudada	99

ÍNDICE DE TABELAS

	FOLHA
Tabela 1: População Estudada / Sexo	95
Tabela 2: População Estudada / Grupo Etário	95
Tabela 3: População Estudada / Estado Civil	96
Tabela 4: População Estudada / Escolaridade	96
Tabela 5: População Estudada / Tipo de Reforma	97
Tabela 6: População Estudada / Habitação	97
Tabela 7: População Estudada / Auxílio em Situação de Urgência	100
Tabela 8: População Estudada / Auxílio em Situação de Doença	100
Tabela 9: População Estudada / Situação Económica	101
Tabela 10: População Estudada / Isolamento; Comunicação Afectiva e Social	101
Tabela 11: População Estudada / Mobilidade	102
Tabela 12: População Estudada / Actividades da Vida Diária	102
Tabela 13: População Estudada / Actividade Ocupacional	103
Tabela 14: População Estudada / Actividade Lúdica	103

Tabela 15: População Estudada / Relação Familiar	104
Tabela 16: População Estudada / Recursos Económicos	104
Tabela 17: População Estudada / Qualidade de Vida do Idoso	105
Tabela 18: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Isolamento	118
Tabela 19: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Mobilidade	119
Tabela 20: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Actividades da Vida Diária	120
Tabela 21: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Actividade Ocupacional	121
Tabela 22: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Actividade Lúdica	122
Tabela 23: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Relação Familiar	123
Tabela 24: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / / Recursos Económicos	124

RESUMO

QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO EM MEIO URBANO E MEIO RURAL, NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA

O aumento generalizado das pessoas idosas, levanta questões actuais relativamente, às suas necessidades específicas, às condições de vida, num contexto de vida onde se insere.

A terminologia Qualidade de Vida, teve diferentes significados em diferentes períodos durante o século passado. Ganhou maior importância, quando se pretendeu medir o bem-estar das pessoas.

Este estudo teve como questão central: comparar e analisar a Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e meio rural, na perspectiva da ecologia humana e identificar os factores pessoais, factores situacionais e a sua importância no estudo.

Nesse sentido, teve por base um trabalho de pesquisa exploratório, transversal, descritivo e comparativo entre idosos do meio urbano e do meio rural. Os participantes constituem uma amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos e a viverem nas freguesias de São Julião e de São Sebastião, do Concelho de Setúbal, consideradas como meio urbano; e nas freguesias de Azinheira de Barros, Carvalhal, Melides e Santa Margarida da Serra, do Concelho de Grândola, consideradas como meio rural.

Os métodos seleccionados para a recolha de dados foram a entrevista estruturada e a entrevista semi-estruturada, com a aplicação de um formulário.

No tratamento dos dados foi utilizada a estatística descritiva e a análise de conteúdo.

Os resultados deste estudo apontam no sentido de não existirem diferenças na Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e em meio rural. Reforça-se a importância dos recursos económicos terem bastante influência na Qualidade de Vida.

Também do estudo emergem as seguintes conclusões: mais de 70,0% dos idosos, quer em meio urbano, quer em meio rural, não têm actividade ocupacional, nem têm actividade lúdica.

Palavras-chave: Idoso, Qualidade de Vida, Meio Urbano, Meio Rural.

ABSTRACT

THE ELDERLY MAN QUALITY OF LIFE IN AN URBAN AND RURAL ENVIRONMENT, FROM THE HUMAN ECOLOGY PERSPECTIVE

The general growth of the elderly people population, raises questions to today's specific needs to daily life conditions, on the whole life context.

The terminology Life Quality has had different meanings in different periods during last century. It gained more importance when it was necessary to measure people's well-being.

This study had, as central issue: the comparison and analysis of the elderly person Life Quality, in a rural and urban environment on the perspective of human ecology and the identification of the personal factors, situation factors and its importance in the study.

In that way, the basis was an exploratory research work, transversal, descriptive and comparative among rural and urban elderly people. The population considered assample for this work is a group of individuals aged 65 years old and above living in the residential urban areas of São Julião and São Sebastião in Setúbal District and in the residential rural areas of Azinheira de Barros, Carvalhal, Melides and Santa Margarida da Serra in Grândola District.

The methods used for gathering information were structured interview and semi-structured interview using a question form.

For the treatment of that information descriptive statistic and content analysis were used.

The results of this study point towards the non existence of differences in the Elderly People Life Quality among rural and urban population. The importance of economical resources reinforces it's influence on their life quality.

Other conclusions emmerge from study: more than 70,0 % of elderly people, in both rural and urban environments, have no ocupational nor entertaining activities.

Key Words: Elderly, Life Quality, Urban Environment, Rural Environment.

INTRODUÇÃO

Pertinência do Estudo; Motivações Pessoais; Definição do Problema

Nas últimas décadas, os temas com o envelhecimento humano têm vindo a ser alvo de crescente interesse. É um fenómeno natural e um processo individualizado, que dura toda a vida e é acompanhado de alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais.

O crescimento populacional das idades mais avançadas é decorrente das conquistas tecnológicas e da medicina moderna. O número de pessoas idosas vai continuar a aumentar, enquanto a população em idade activa diminuirá e ela própria envelhecerá.

O envelhecimento demográfico é hoje uma característica dos países desenvolvidos, sobretudo da Europa. As tendências demográficas, quer nas sociedades desenvolvidas, quer nas em desenvolvimento, apontam para um acelerar do processo.

À medida que a população envelhece, os problemas de saúde tornam-se mais complexos, constituindo-se um grupo vulnerável: sujeitos a um maior isolamento social; sujeitos a maiores problemas económicos; sujeitos a maiores riscos de internamento em instituições.

A abordagem dos problemas de saúde da pessoa idosa é determinada e condicionada, em grande parte, pelas condições de vida ambientais. Não se deve reduzir o ambiente, apenas, aos serviços e estruturas físicas, geográficas ou arquitectónicas, mas também, às dimensões sociais, culturais, económicas e religiosas, uma vez que todas se encontram interligadas.

O interesse especial e particular pelos idosos, constitui uma das principais motivações, a qual tem vindo a acompanhar a actividade profissional, ao longo de vários anos, como técnico de saúde, a exercer funções em hospital, quer como cidadão e interessado na problemática das condições de vida e ambientais da pessoa idosa.

Os ambientes físicos e social devem propiciar à pessoa idosa a possibilidade de manter uma vida afectiva e social que lhe permite ter acesso, não só, à sua envolvente habitacional, mas ao mundo exterior alargado, não lhe restringindo a mobilidade e a comunicação.

Segundo Bernardi (1974)¹, “ *a velhice pode ser considerada como a última idade da vida*”, que pode ser caracterizada, por um conjunto complexo de factores, fisiológicos, psicológicos e sociais em cada indivíduo. A mesma não é uma doença, mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir. O conhecimento dos problemas específicos do idoso e os conhecimentos dos serviços de apoio da comunidade podem ajudar a que as pessoas se mantenham independentes e activas tanto tempo quanto possível.

Qualquer ser humano, permanece em equilíbrio com o meio, se tiver capacidade de resistência à agressão. A pessoa idosa é mais sensível, devido às suas diminuídas capacidades. Na opinião de Bronfenbrenner (1979) e citado por Fonseca (2005)², “*o desenvolvimento ocorre na sequência de mudanças duradouras e estáveis na relação entre a pessoa e o seu meio ambiente... o comportamento é uma função das características de cada indivíduo e do seu meio ambiente, através de um processo de mútua dependência entre a pessoa e as condições ambientais*”.

Os idosos que vivem no meio urbano e no meio rural, têm características e necessidades próprias e particulares, que deverão ser tidas em conta na vida quotidiana.

A problemática da Investigação

À medida que os anos vão passando, é cada vez maior o número de idosos. O envelhecimento é assim, um desafio e em simultâneo uma reflexão sobre questões, como meios de subsistência, a Qualidade de Vida dos Idosos, o estatuto dos idosos na sociedade e a sustentabilidade intergeracional.

A reflexão sobre esta realidade, permite formular a questão central para a orientação deste estudo e julga-se pertinente compreender *se existem diferenças de Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e meio rural, na perspectiva da ecologia humana*.

O interesse científico deste estudo, visa essencialmente avaliar a realidade da problemática do envelhecimento, reflectir acerca dos resultados e procurar alterar certos

¹ BERNARDI, B. (1974) – *Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos*. Perspectivas do Homem. Edições 70. Lisboa.

² FONSECA, António Manuel (2005) – *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Climepsi Editores. Lisboa.

aspectos relacionados com a Qualidade de Vida do Idoso, quer em meio urbano, como em meio rural.

Face às vivências como pessoa e como profissional ligado à saúde e à educação, surgem três grandes linhas orientadoras, que se podem traduzir nas seguintes perguntas:

- Os factores pessoais têm influência na Qualidade de Vida do Idoso, quer em meio urbano como em meio rural?
- Os factores situacionais têm influência na Qualidade de Vida do Idoso, quer em meio urbano como em meio rural?
- Que factores têm maior impacto na Qualidade de Vida do Idoso, quer em meio urbano como em meio rural?

Tendo como fio condutor a questão de partida, pretende-se, assim, corresponder aos seguintes objectivos específicos de investigação:

- Comparar e analisar os factores pessoais dos idosos que vivem em meio urbano e em meio rural.
- Comparar e analisar os factores situacionais dos idosos que vivem em meio urbano e em meio rural.
- Identificar os factores que têm maior importância na Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e em meio rural.
- Conhecer e analisar a relação dos factores na Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e em meio rural.

O estudo desenvolveu-se em dois Concelhos do Distrito de Setúbal, sendo eles o Concelho de Setúbal e o Concelho de Grândola.

Das oito freguesias que constituem o Concelho de Setúbal e referenciado como meio urbano, optou-se pela freguesia de São Julião, por estar situada no centro da cidade, ser uma das mais antigas, albergando grande parte do centro histórico da cidade e possuir uma das mais importantes áreas comerciais. Também se optou pela freguesia de São Sebastião, por ser a maior em área urbana e a maior em termos de população.

A escolha do Concelho de Grândola, como área rural, deveu-se por pertencer ao grupo que constitui o Alentejo Litoral, possuir cinco freguesias, tendo quatro delas, menos de dois mil habitantes, uma área total de 817,7 Km², apresentar uma população

idosa (65 e mais anos) de 3,626 (9,0%), um Índice de Envelhecimento de 200,2% (o maior da Sub-Região de Saúde de Setúbal), assim como o maior de toda a Região de Lisboa e Vale do Tejo (109,9%) e ser uma área de influência do Hospital de São Bernardo de Setúbal.

Tendo em conta, as “ *Recomendações para os Censos de População e Habitação de 2000 na Região da CEE* ” da Comissão de Estatística das Nações Unidas; Nova Iorque e Genebra, ano de 1998 (*Anexo 1*), optou-se como estudo de área rural as freguesias de Azinheira de Barros, Carvalhal, Melides e Santa Margarida da Serra, do Concelho de Grândola.

O estudo de investigação é comparativo, exploratório, transversal, com componente analítica e descritiva. A amostra considerada para este estudo de investigação, será de todos os indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, residentes nas freguesias seleccionadas, até perfazerem um total de oitenta indivíduos por freguesia. Será utilizado um formulário como instrumento de pesquisa, aplicado por entrevista estruturada e semi-estruturada, na expectativa de proporcionar um melhor conhecimento dos problemas. No tratamento dos dados será utilizada a estatística descritiva e a análise de conteúdo.

A Estruturação do Trabalho

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes, contendo cada uma diversos capítulos e termina com uma conclusão.

A primeira parte, denominada Enquadramento Teórico, desenvolve-se ao longo de quatro capítulos.

O primeiro capítulo dedica-se aos aspectos do envelhecimento humano, no qual são abordados aspectos generalizados do envelhecimento humano, aspectos epidemiológicos do envelhecimento, saúde e capacidade funcional no envelhecimento humano, a sociedade e a família face ao idoso, actividade física nos idosos e o envelhecimento e qualidade de vida.

O segundo capítulo dedica-se ao desenvolvimento e enfoque da ecologia humana. A questão do ambiente e a vida, a ecologia humana, as alterações e os problemas ambientais são enunciados e desenvolvidos.

O terceiro capítulo dedica-se a contextos humanos urbanos e rurais. Procura-se transmitir algumas ideias sobre o meio urbano e meio rural.

O quarto capítulo dedica-se ao contexto histórico, biocultural e geográfico do Concelho de Setúbal e Grândola.

A segunda parte, denominada Estudo Empírico, engloba os dois últimos capítulos, mais dedicados à descrição dos resultados do trabalho empírico, em que se procura caracterizar, para diferentes circunstâncias, a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e em meio rural

O quinto capítulo dedica-se ao trabalho empírico e metodológico, onde são apresentadas as hipóteses, as variáveis e as estratégias metodológicas.

O sexto capítulo dedica-se à apresentação e análise dos dados, onde são desenvolvidos os resultados obtidos pelo estudo das variáveis, aplicado o teste de hipóteses, a matriz de correlação e a análise das tabelas de contingência.

Na conclusão, apresentam-se as conclusões que são consideradas mais relevantes e pertinentes para a problemática do estudo.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

Envelhecimento Humano

1 – ASPECTOS GERONTOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

O processo de envelhecimento é gradual, tornando-se um processo evolutivo. São atingidos todos os sistemas do organismo e o efeito destas mudanças, modifica os comportamentos individuais. (Berger, 1995)¹.

A perda da capacidade de adaptação aos diferentes desafios do ambiente é a base de uma definição do envelhecimento. No entanto é difícil fornecer uma definição que seja válida para a totalidade do organismo. (Robert, 1994)².

Esse processo é diferente de indivíduo para indivíduo e a vulnerabilidade para o aparecimento de doenças está relacionada com o avanço da idade. O tempo exerce influência sobre toda a matéria viva, mas existem ritmos e diferenças significativas no processo de envelhecimento.

Para Lidz (1983)³, o envelhecimento foi caracterizado em três fases sucessivas:

- A primeira fase denomina-se – Idoso – O indivíduo tem capacidade de satisfazer as suas necessidades. As alterações sucedem-se no modo de vida provocado pela reforma. O estilo de vida é alterado, assim como as actividades.
- A segunda fase denomina-se – Senescência – O indivíduo passa a sofrer alterações na sua condição física, que o levam a confiar nos outros. Caracteriza-se pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. Os problemas aparecem principalmente em momentos de stress fisiológico, porque o organismo já não tem as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais.
- A terceira fase denomina-se – Senilidade – O cérebro perde as suas funções como órgão de adaptação e o indivíduo torna-se quase dependente e necessita de cuidados totais.

¹ BERGER, L.(1995) – Aspectos Biológicos do Envelhecimento, In Louise Berger. *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.

² ROBERT, L. (1994) – *O Envelhecimento*. Lisboa: Copyright: CNRS Editores – Instituto Piaget.

³ LIDZ, T. (1983) – *A pessoa. Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Embora o envelhecimento seja um processo natural e comum a todas as pessoas, ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que a pessoa se insere. As alterações provocadas pelo envelhecimento no organismo, não devem ser encaradas como doenças, mas sim como alterações naturais de estruturas do organismo. (Botelho, Rendas e Correia, 1994)⁴.

O tempo exerce influência sobre toda a matéria viva, mas existem diferenças significativas no processo de envelhecimento. As alterações da Senescência podem ocorrer desde o momento da concepção, conseqüentes de anomalias genéticas, mas também de agressões ambientais ao embrião em desenvolvimento. (Ermida, 1999)⁵.

Os sinais de envelhecimento, quer orgânico ou funcional, podem evidenciar-se na infância ou adolescência, se bem que as alterações significativas, de carácter orgânico e funcional, tornam-se perceptíveis pelos 40 anos de idade. Como processo natural, revela-se de forma positiva, ligado a medidas preventivas de saúde, aos progressos da ciência, a maiores e melhores intervenções no meio ambiente e à tomada de consciência que somos os principais agentes da nossa própria saúde.

A explicação do envelhecimento por um só mecanismo, uma única causa, é ilusório. O envelhecimento está simultaneamente sob a influência do genoma e do ambiente, sem que se possa atribuir um valor específico a cada um destes dois factores. (Reis, Jr., 1995)⁶.

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

Caracterizar o processo de envelhecimento de “universal” é resultante da constatação, que se realiza a partir do ciclo de vida biológico inerente ao ser humano: nascimento, crescimento e morte.

Para Lessa (1982)⁷, o envelhecimento é, depois da reprodução... o mais universal dos fenómenos biológicos. O curso da vida é entendido como uma sequência de mudanças regulares, desde a infância até à velhice.

⁴ BOTELHO, M.; RENDAS, A.; CORREIA, M. (1994) – Saúde dos Idosos. Problemas e Prevenção. In *Cidade Solidária*, n.º3 Ano II, 2º semestre. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pp. 66-67.

⁵ ERMIDA, J. (1999) – *Processo de Envelhecimento- O Idoso, Problemas e Realidades*. Formasau. Coimbra.

⁶ REIS, Jr. (1995) – *O envelhecimento. Temas Geriátricos*. Prismédica. Lisboa.

⁷ LESSA, A. (1982) – *O IV mundo: 500 milhões de idosos, entre os quais um milhão de portugueses*. In. Boletim de Educação Sanitária, Lisboa, 5 (1), Jun.

2 - ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

A composição das populações tem sofrido uma mudança significativa, com o aumento do número e da proporção de indivíduos idosos. Estes factos têm implicações no ponto de vista de cuidados de saúde, económico, político e social.

Tendo em conta o aumento da proporção da população com 75 e mais anos que se elevará a 7,7% em 2020, contra 5,6% em 1995, prevê-se que o índice de longevidade continue a aumentar. (INE, 1999)⁸.

Estes factos têm implicações no aspecto da mortalidade, morbidade, funcionalidade e apoio comunitário e familiar face à dependência.

Nos censos de 2001 a percentagem da população idosa era já de 16,4%, suplantando pela primeira vez, a dos jovens que se situava nos 16%.

Introduz-se, assim, o conceito de “peso da doença” (disease burden) para referir a relação directa do impacto colectivo que uma ou mais doenças crónicas têm na capacidade de os indivíduos manterem uma vida autónoma. Lichtenberg, MacNeill e Mast (2000)⁹ afirmam existir uma correlação directa entre a morbidade e a capacidade funcional. Mas, para avaliar esse impacto, há que ter em conta que a forma como a pessoa reage à doença varia de acordo com factores individuais, características das situações e factores ambientais (Parkes, 1986)¹⁰, nos quais está incluída a rede social.

A rede social refere-se às relações sociais e às características morfológicas e transaccionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em circunstâncias particulares, caracteriza a integração social da pessoa idosa. Fazer a análise da rede social de uma pessoa idosa é uma boa forma de conhecer a sua integração social. Uma primeira etapa permite reconstruir o mapa das relações sociais. A segunda permite fazer o inventário dos comportamentos e

⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, (1999) – *Estimativas de população residente*. Lisboa

⁹ LICHTENBERG, P., MACNEILL, S. E. & MAST, B., (2000) – *Environmental press and adaptation to disability in hospitalised live-alone older adults*. *The Gerontologist*, 40 (5), p. 549-556.

¹⁰ PARKES, K. (1986) – *Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors and situational characteristics*. *Journal of personality and social psychology*, 51 (6), p. 1277-1292.



dos contactos. Uma terceira etapa analisa as reacções das pessoas face a uma série de problemas, bem como os recursos mobilizados para os poder enfrentar ou resolver.

2.1 – MORTALIDADE E MORBILIDADE

Tem havido um aumento da esperança de vida, mas nem sempre isso tem correspondido a um aumento da qualidade de vida. Os custos sociais têm também aumentado, como consequência do número de pessoas idosas e da melhoria das condições de assistência. O que significa que é cada vez maior a possibilidade de se atingir idades mais avançadas, mais próximas da longevidade máxima da espécie humana.

Segundo Nicolas Zay (1987)¹¹, “ *o envelhecimento demográfico é um fenómeno de múltiplas facetas, das quais as mais significativas são: o seu impacto sobre o ambiente, sobre o PIB e a distribuição dos serviços de saúde e dos serviços sociais*”.

O aumento progressivo da longevidade, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, acompanhado de uma acentuada queda na fecundidade e na mortalidade geral, conduziu a uma mudança nítida na composição etária da população, aumentando substancialmente o número de pessoas idosas.

A esperança de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII, nos países que vão conhecer a revolução industrial. Em 1956 a esperança de vida era de 66 anos nos países desenvolvidos e de 41 anos nos países em vias de desenvolvimento. Actualmente, ela é de 74 anos nos países desenvolvidos e de cerca de 50 anos, nos países em vias de desenvolvimento. (Fontaine, 2000)¹².

Em particular o sexo feminino parece estar envolvido na tendência geral, para uma maior esperança de vida. Têm sido descritas diferenças importantes entre os sexos, quanto à longevidade, à prevalência de situações médicas e taxas de incapacidade. (Spar e La Rue, 1998)¹³. Há contudo, certos problemas específicos do envelhecimento, nomeadamente a importância crescente das doenças crónicas, que sem serem fatais,

¹¹ ZAY, NICOLAS (1987) – *Aspects Socio-Démographiques, Le Vieillissement*, Québec, Les Cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin, n.º1, 3ª ed., p. 23-24.

¹² FONTAINE, R., (2000) – *Psicologia do Envelhecimento*, Climepsi Editores, Lisboa.

¹³ SPAR, J. e LA RUE, A., (1998) – *Guia de Psiquiatria Geriátrica*, Climepsi Editores, Lisboa.

originam sofrimentos e incapacidades e obrigam a uma revisão de conceitos de restrições temporárias ou permanentes às actividades.

Se houver progresso na prevenção e recuperação das situações de incapacidade e melhor conhecimento dos mecanismos que as originam, é possível que se caminhe no sentido de se dar maior longevidade sem manifestações de doença, melhorando a morbidade sem efeito na mortalidade.

2.2 - FACTORES DE RISCO

O envelhecimento é influenciado por factores intrínsecos (ao próprio indivíduo) e por factores extrínsecos (ao meio ambiente).

O principal indicador de mortalidade e morbidade, em ambos os sexos é a idade. Por uma acumulação de diferentes problemas, a todos os níveis, a maior parte dos idosos com 75 e mais anos, necessita de uma ou mais medidas de suporte para se conseguir adaptar à vida quotidiana. (Fernandes, 2002)¹⁴.

O sexo é o segundo indicador mais importante da mortalidade. As doenças do foro circulatório e cérebro vasculares, ocupam hoje o primeiro lugar na mortalidade, sendo o sexo masculino mais afectado até à idade de 65 anos e o sexo feminino mais atingido no grupo dos 65 anos e mais anos. (Ermida, 1995)¹⁵.

Considera-se idoso quando atinge a idade de 65 anos, idade proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Há medida que a idade avança, o indivíduo corre mais riscos, sendo esta fase da vida mais rica em transformações, nos planos físico, psíquico e social.

Para Fernandes (2002)¹⁶, o factor idade, pode ser entendido em diferentes perspectivas:

- Idade Cronológica: determinada pelo calendário, pelo passar do tempo e reflecte o processo de envelhecimento nas diferentes fases da vida.
- Idade Biológica: definida como a posição actual do indivíduo no seu ciclo de vida e que pode não coincidir com a idade cronológica – a sua apreciação implica a avaliação das capacidades funcionais e vitais do organismo.

¹⁴ FERNANDES, P., (2002) – *A depressão no Idoso*, Ed. Quarteto, Coimbra.

¹⁵ ERMIDA, J., (1995) – *Envelhecimento Demográfico, Doença e Cuidados de Saúde*, In *Temas Geriátricos – I*, Ed. Prismédica, Lisboa.

¹⁶ FERNANDES, P., (2002) – *A Depressão no Idoso*, Ed. Quarteto, Coimbra.

- Idade Social: definida pelos papéis e hábitos de vida do indivíduo, em relação ao seu grupo social. Pode ser avaliada pelo desempenho de funções sociais, por padrões de comportamento, como o vestir, andar...;
- Idade Psicológica: refere-se às capacidades de o indivíduo se adaptar ao meio ambiente. Envolve o uso de capacidades adaptativas como a memória, a aprendizagem, a inteligência, a motivação, os sentimentos...;

Ainda para Fernandes (2002)¹⁷, refere que uma parte significativa das transformações, que surgem com a idade, são devidas ao estilo de vida de cada um. Os factores de risco relacionados com hábitos de vida, são da maior importância, sabendo-se que continuam a constituir risco de mortalidade e morbidade em idades avançadas.

Segundo Baltes (1987)¹⁸, distingue três grandes categorias de influências ou de factores: as influências ligadas ao grupo etário, as que estão ligadas ao período histórico e as que estão ligadas à história pessoal. As duas primeiras são colectivas e a terceira individual.

As influências ligadas ao grupo etário são o conjunto das determinantes biológicas e ambientais fortemente correlacionadas com a idade cronológica, susceptíveis de predição e comuns a todos os indivíduos. Pode-se citar a maturação biológica e o desencadear de algumas doenças sob controlo genético, a escolarização obrigatória, a idade da reforma que é fixada pela lei. Sobre este tipo de acontecimentos, todos eles associados à idade cronológica, o indivíduo não tem controlo.

As influências ligadas ao período histórico, demonstram que as gerações vivem factos históricos diferentes. Pode-se citar o caso de França – passou de uma estrutura agrícola com uma cultura campestre e rural para uma estrutura industrial e de serviços com uma cultura mediática e urbana. O nível e o conteúdo educativo que mudaram muito durante o século e a Segunda Guerra que marcou profundamente as gerações que a conheceram. Os indivíduos não têm controlo sobre estas influências que são inerentes aos processos históricos. As influências não normativas estão ligadas a acontecimentos autobiográficos. Alguns encontram-se sob o controlo do indivíduo. Pode-se citar o casamento, o divórcio, a escolha da profissão e do local de residência. (Baltes, 1987)¹⁹.

¹⁷ FERNANDES, P.(2002) – *A Depressão no Idoso*, Ed. Quarteto. Coimbra.

¹⁸ BALTES, P.B. (1987) – *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth decline. Developmental Psychology*, 23, p. 611-626.

¹⁹ Idem.

3 – SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL NO ENVELHECIMENTO HUMANO

A palavra saúde deriva da raiz latina *sanus*, que significa *são*. Não é fácil definir a saúde, porque há o envolvimento de antecedentes, socioculturais ou dos percursos de cada indivíduo. Segundo Berger (1995)²⁰, “ *Hoje a saúde não é unicamente tarefa de profissionais, mas de toda a comunidade. Assistimos ao aparecimento de novas atitudes e de novos meios de acção que deixam uma maior liberdade às pessoas*”.

Para a OMS, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.

Ainda para Berger (1995)²¹, “ *O conceito de saúde modificou-se muito nos últimos trinta anos e hoje em dia, estar com saúde não significa apenas não estar doente*”.

3.1 – CAPACIDADE FUNCIONAL NO ENVELHECIMENTO HUMANO

A funcionalidade pode avaliar-se em termos de poder fazer parcialmente, ou de não poder fazer determinada coisa.

O conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia, na execução de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas.

Cordeiro (1999)²² considerou que para o idoso, as alterações que não causam incapacidade, são pouco importantes, já que a manutenção ou o restabelecimento da autonomia e da independência, constituem o principal desafio. O que conta, ainda mais do que a saúde, é a capacidade de adaptação ou o potencial funcional do idoso, tornando-se este, uma aproximação aceitável de saúde. As incapacidades funcionais, mais frequentes nos idosos, ligam-se sobretudo a actividades como: saídas à rua,

²⁰ BERGER, L.(1995) – *Pessoas Idosas – Uma Abordagem Global*. Lusodidacta, Lisboa.

²¹ Idem

²² CORDEIRO, M.P., (1999) – *O Idoso – Problemas e realidades*. Ed. Formasau, Coimbra.

utilização de transportes públicos, manutenção da casa, preparação de refeições e a administração de medicamentos.

O conceito de dependência funcional surge como uma deficiência e/ou de uma incapacidade / restrição da actividade e constitui uma desvantagem social / restrição de participação, que leva à necessidade do auxílio de terceiros para a execução de determinadas actividades.

Para Paula (1995)²³, considera ser importante saber, quando é que os défices neuropsicológicos estão associados com défices nas actividades funcionais independentes, já que as capacidades funcionais, nas suas várias dimensões, são um dos aspectos mais importantes, quer para avaliar necessidades, quer para avaliar os resultados da prestação de cuidados de saúde, especialmente nas pessoas idosas.

A perda de autonomia será exactamente o contrário de autonomia, ou seja a incapacidade e/ou a interdição de uma pessoa escolher ela própria as suas regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que pode correr. A autonomia é um componente fundamental para o bem-estar do idoso.

O idoso possui capacidades para a concretização de inúmeras tarefas sem o contributo de outros. Este fenómeno não está presente em todas as pessoas idosas, dado que algumas necessitam de ajuda de outras para a realização da sua vida quotidiana. De acordo com Amaral e Vicente (2000)²⁴, referem que, o conceito de dependência, definido pelo grupo multidisciplinar do Conselho da Europa, consiste em “*a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização de Actividades de Vida Diária (AVD)*”.

Existem vários métodos de avaliação da capacidade funcional, mas no contexto de uma avaliação multifuncional é geralmente aplicado um questionário, com perguntas que podem incidir sobre variadas actividades, desde tarefas básicas, como as relacionadas com a capacidade motora ou com cuidados pessoais. Ao conjunto das AVD, como lavar-se, vestir-se, alimentar-se, utilizar os sanitários e controlar os esfíncteres – foi a escala desenvolvida por Katz, sendo uma das mais antigas e mais utilizadas escalas de autonomia física. Uma pessoa idosa, que realize todas estas

²³ PAULA, B. et al., (1995) – *Avaliação dos estados funcionais no Idoso*. Revista Científica da Ordem dos Médicos, nº.5, II-Série, vol. 8: 279-285.

²⁴ AMARAL, M.F. ; VICENTE, M.O., (2000) – *Grau de Dependência dos Idosos Inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol. 18, nº.2 (Jul-Dez), p. 23-31.

funções sozinha, não precisa de assistência de terceiros. Mas por outro lado, a falta de capacidade em realizar qualquer uma dessas actividades, não significa que a pessoa necessite de assistência externa, mas sim de ajuda de algum membro da família. (Williams, 1997)²⁵.

Relativamente às Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), reflectem a capacidade dos idosos se adaptarem ao seu meio ambiente. A avaliação é efectuada ao nível de várias actividades que vão desde: a capacidade para usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, gerir dinheiro, utilizar meio de transporte, tomar a medicação e é utilizada a escala desenvolvida por Lawton. (Imaginário, 2002)²⁶.

A avaliação funcional pode ser definida como a análise e medida de comportamentos específicos que ocorrem em ambiente real e que são relevantes para a vida ou para a concretização de objectivos. A avaliação funcional compreende sempre uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais (pessoas, regras, barreiras físicas ou tempo).

A funcionalidade da pessoa idosa é uma relação dinâmica e verifica-se na capacidade de se manter autónomo e activo, num determinado meio.

As competências individuais incluem saúde física e mental, capacidades cognitivas, afectividade e qualidade de vida, auto-eficácia e controle de si e do meio. É a relação entre as capacidades individuais e as exigências do meio que determina o estado funcional de cada indivíduo. (Lichtenberg, MacNeill & Mast, 2000)²⁷.

A avaliação do estado funcional das pessoas idosas é importante para se poder compreender a capacidade de auto-cuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às actividades de vida diária, como em relação a outras actividades mais complexas, como sejam as actividades instrumentais de vida quotidiana.

As actividades de vida diária e as actividades instrumentais de vida quotidiana, são as competências básicas em geriatria e são indicadores da adaptação dos indivíduos à longevidade, abrangendo áreas relacionadas com a qualidade de vida. (Cabete, 2004)²⁸.

²⁵ WILLIAMS, T. Franklin, (1997) – *Avaliação Geriátrica Global*, In CALKINS, E.; FORD, A.; KATZ, P.; Geriatria Prática. Ed. Revinter. Rio de Janeiro.

²⁶ IMAGINÁRIO, C., (2002) – *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Ed., Coimbra.

²⁷ LICHTENBERG, P., MACNEILL, S. E., & MAST, B., (2000) – Environmental press and adaptation to disability in hospitalised live-alone older adults. *The Gerontologist*, 40 (5), p. 549-556.

²⁸ CABETE, D.G., (2004) – *O Idoso, A Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Ed. Lusociência, Lisboa.

4 - A SOCIEDADE E A FAMÍLIA FACE AO IDOSO

Com o processo de envelhecimento, as capacidades de adaptação tendem a diminuir, tornando a pessoa cada vez mais sensível ao seu ambiente. A permanência do seu círculo afectivo entre os membros da família, faz com que ele se sinta valorizado e consiga viver com dignidade e tranquilidade.

A família actual tende a valorizar cada vez mais a afectividade e a privatização das relações, tornando os papéis menos hierarquizados e o poder distribuído de forma mais igualitária. Na opinião de Barros (1990)²⁹, a família tende a ser integrada, comunicativa, participativa e responsável pelo crescimento de todos os seus membros. A família como grupo social, representa a base da sociedade e nesse sentido, aos membros compete o dever de conhecer todo o processo de vida do idoso, auxiliar e colaborar para que ele se sinta bem junto ao grupo familiar e à sociedade.

Segundo Giddens (2000)³⁰, a família permanecerá numa referência de valores de grande importância, o que não significa que esses valores e atitudes se mantenham estáticos e homogêneos. Verifica-se ainda, uma tendência para a valorização de uma maior igualdade entre os sexos, nomeadamente nos planos de actividade profissional, das tarefas domésticas e do relacionamento sexual.

Na sociedade actual assistimos ao crescimento de um número significativo de famílias pequenas e complexas, como de famílias monoparentais com evidentes impactos nas pessoas idosas. Essas transformações sociais e culturais processadas nos últimos anos, produzem novas formas de organização familiar.

Ainda na opinião de Giddens, refere que, entre as mudanças que estão a acontecer por todo o mundo, nenhuma são mais importantes do que as que afectam a nossa vida pessoal: sexualidade, relações, casamento e família.

Outros factores e devido à expansão do trabalho assalariado, a actividade económica é exterior à família, constatando-se uma separação entre o local de produção e a família. O agregado familiar constituía até aqui uma unidade económica de

²⁹ BARROS, Francisco (1990) – “*Família e Modernização*”; Desenvolvimento, n.º 5/6, p.119-175.

³⁰ GIDDENS, A. (2000) – *O Mundo da Era da Globalização*. Ed. Presença. Lisboa. 91 pag.

produção, como refere Pinto (1994)³¹, “...até meados do século XX e ainda hoje nalgumas regiões do Sul da Europa ou nas zonas rurais, a família é um local de produção em que cada membro exerce uma função económica”.

Deixou de haver essa tendência, inclusive em Portugal, com excepção da região Norte, principalmente no litoral, onde se verifica a mais elevada dimensão média da família e os maiores valores para as famílias numerosas, sendo estas as que se encontram ainda preservadas. (Santos, 1969)³².

A estrutura múltipla familiar foi adoptada no passado, mas ainda hoje situações destas existem nas zonas agrícolas tradicionais da Europa. Verifica-se quando várias famílias de procriação, ligadas à mesma família de orientação, vivem em vizinhança, protegendo relações de certa intimidade e colaborando na realização de tarefas de interesse comum, como refere Barata, (1990)³³, “cada um no seu próprio grupo doméstico, mantendo contactos íntimos entre si, colaborando em actividades económicas ou sociais (...) auxílio nos diversos momentos da vida (...) continuando todos os membros da família a manter entre si contactos frequentes e apoiando-se mutuamente”.

O mesmo não se revela na sociedade industrial e urbana, embora assumam um papel importante. A nível normativo, funciona como um quadro de referência. A nível expressivo, garantem um suporte moral em situações críticas. A nível instrumental, garantem a realização de serviços.

Com o objectivo de clarificar as trocas mais frequentes, referencia-se a tipologia proposta por Finch (1989) e citada por Pimentel (2001)³⁴:

-Apoio Económico – através de transferências de dinheiro, de apoios em espécies, de herança e ajudando a encontrar trabalho.

-Habitação – a partilha de habitação entre diferentes gerações faz-se mais por necessidade do que por preferência, uma vez que a norma aponta para que cada família nuclear tenha a sua habitação.

³¹ PINTO, Segismundo (1994) – *Abordagem ao Papel e Funções da Família Face à Pessoa com Deficiência e a Celebração do AIF*. “Hospitalidade “. Mem Martins, Ano 58, n.º 227-228 (Abr-Set.), p.47-55.

³² SANTOS, Maria de Lourdes Lima dos (1969) – *Contribuição para uma Análise Sociográfica da Família em Portugal*.” *Análise Social*”. Lisboa. n.º 29,p. 41-95.

³³ BARATA, Óscar Soares (1990) – *Introdução às Ciências Sociais*. Ed. Bertrand, 3ªed., Vol.2, Venda Nova.

³⁴ PIMENTEL, L. (2001) – *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajectórias*. Ed.Quarteto. Coimbra. Pag.87.

-Cuidados Pessoais – implica cuidar de alguém que não pode bastar-se a si próprio e/ou desempenhar as suas tarefas domésticas.

-Pequenas Ajudas – é um tipo de apoio muito frequente entre as mulheres uma rede de solidariedade.

-Apoio Emocional e Moral – que se baseia em conversar com as pessoas, ouvir, dar conselhos e ajudar as mesmas.

Na sociedade rural, os serviços requisitados por uma família podem ser fornecidos por outros familiares, dentro do mesmo local e dentro do grupo parentesco.

Na sociedade urbana, os serviços são requisitados e atribuídos a instituições especializadas. A rede de relações da família urbana é mais dispersa, depende de um conjunto de instituições para a aquisição de serviços ou funções específicas. (Bott, 1976)³⁵.

Nas sociedades desenvolvidas, o sistema de suporte informal e de práticas sociais de apoio ao idoso, orientadas para a produção de bens e serviços de bem-estar, de modo a satisfazer as necessidades básicas e garantir a protecção social, inclui a família, amigos, vizinhos e membros da comunidade. A família predomina como alternativa no sistema de suporte informal.

Conforme o estudo de Hespanha (1993)³⁶, o problema principal dos idosos é que as famílias modernas não têm condições para cuidar deles e que, para além da família, não existem instituições capazes de assegurar-lhes as funções que eles já não conseguem satisfazer por si sós.

Ainda segundo o mesmo autor, os cuidados prestados aos idosos nessas instituições, são em grande parte, prestados no quadro das relações de solidariedade tradicionais, baseadas no parentesco, na vizinhança e no clientelismo. O estudo mostra que a família continua a desempenhar um papel decisivo. Dadas as mudanças ocorridas na organização e estrutura familiar, as práticas sociais de cuidar de idosos, tem vindo a sofrer profundas alterações.

³⁵ BOTT, E., (1976) – *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro.

³⁶ HESPANHA, M.J.F. (1993) – *Para Além do Estado: A Saúde e a Velhice na Sociedade-Providência*. In SANTOS, B.S., org. – Portugal: um Retrato Singular. Ed. Afrontamento. Porto

De acordo com Korenz (2001)³⁷, no contexto tradicional, o cuidado familiar ao idoso faz parte da cultura. O caso do não cumprimento dessa função, a família pode sofrer sanções sociais, ao ponto de ser considerada irresponsável.

No aspecto religioso é sustentada a noção de responsabilidade da família sobre o idoso. Na religião Judaico-Cristã, instruem os seus seguidores a honrar os pais e as mães.

As relações entre gerações serão potencialmente mais frequentes nos nossos dias, uma vez que o aumento da esperança de vida leva a que as famílias de quatro gerações se multipliquem. Também a disponibilidade para o convívio e para a afectividade é de extrema importância para o idoso, mas nem sempre consegue manter a sua autonomia. Começa a necessitar de um apoio permanente, que exige uma disponibilidade de tempo e de meios, que nem sempre se consegue encontrar. (Pimentel, 2001)³⁸.

A mulher assume um papel predominante no processo e o seu protagonismo ao nível da transformação da instituição familiar cria descontinuidade na prestação de cuidados. A mulher continua a ser a principal prestadora de cuidados, mesmo quando isso constitui uma sobrecarga que põe em causa a sua estabilidade pessoal e profissional.

Um outro factor que contribui para o agravamento dos problemas que os idosos enfrentam nos nossos dias é o que diz respeito à alteração das relações sociais. As relações de comunidade e de vizinhança tendem a perder importância nos nossos dias.

Conforme Pimentel (2001)³⁹, “...nos grandes aglomerados urbanos, onde nem sempre há raízes comuns, onde as pessoas se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil manter e reproduzir modos de vida associados a formas de solidariedade baseadas no parentesco e na ancoragem. O individualismo e a forma impessoal como os indivíduos se relacionam tendem a enfraquecer as formas de sociabilidade ligadas a essa solidariedade”.

Nas sociedades tradicionais, as redes de interacção eram, em grande parte dos casos, suficientemente fortes para garantir um apoio efectivo àqueles que dela necessitavam, particularmente aos idosos.

³⁷ KORENZ, A.K. (2001) – *Analisando o Impacto nos Cuidados Prestados ao Paciente Idoso*.

³⁸ PIMENTEL, L.M.G. (2001) – *O Lugar do Idoso na Família*. Ed. Quarteto. Coimbra.

³⁹ Idem.

5 - A ACTIVIDADE FÍSICA NOS IDOSOS

O interesse pela prevenção na terceira idade é justificável, pela dimensão da capacidade funcional com o prolongamento da vida.

Na realidade uma das formas de manter o bem-estar das pessoas em idades avançadas é a introdução de medidas que facilitem a actividade física, sabendo que está associada a benefícios físicos, psíquicos e sociais. (Kalache, 1996)⁴⁰.

A actividade física deve ser fomentada nas pessoas de idade avançada, quer através de realização de tarefas quotidianas, quer em programas elaborados de exercício físico regular, tendo em conta que deverá ser sempre adaptado às condições físicas, sociais e intelectuais de cada um.

O exercício físico inadequado pode trazer complicações graves, cujas consequências poderão ser perigosas. Mesmo idosos que apresentem grandes limitações funcionais, podem obter alguns benefícios com o pouco que podem fazer.

No exercício físico de baixa intensidade, também é possível obter bons resultados. Segundo Veríssimo (1999)⁴¹, refere que em estudos realizados em idosos, demonstrou que três períodos de dez minutos, distribuídos ao longo do dia, têm o mesmo efeito na capacidade física, que um único período de trinta minutos do mesmo exercício.

Não é necessário fazer programas práticos de exercício físico intenso, para se obterem benefícios. O tipo de actividade física a propor à pessoa idosa tem importância na sua adesão. Os protocolos rígidos não devem ser parte principal das actividades dos idosos. A pessoa provavelmente aderirá melhor a um programa que se identifique com aquilo, que foi o seu estilo de vida e hábitos que adquiriu no quotidiano.

Ainda segundo Veríssimo (1999)⁴², os idosos que sempre foram sedentários devem ser estimulados a praticar exercício físico, cujos benefícios estão comprovados em que vários factores de risco são reduzidos, para o nível daqueles que já têm o comportamento há vários anos.

⁴⁰ KALACHE, A. (1996) – *Aging and Health*. *Aging Plus Act*; 4: 103-104.

⁴¹ VERÍSSIMO T. Manuel, (1999) – *O Idoso - Problemas e realidades*. Edições Formasau. Coimbra

⁴² Idem.

Actualmente é aceite o conceito, que actividade física regular e adequada à capacidade da pessoa idosa, contraria o efeito do envelhecimento, quer a nível físico, quer a nível psíquico, sendo o aparelho cardiovascular, respiratório, locomotor e neurológico, os mais beneficiados.

Estudos efectuados, a comunidades de antigos atletas, a pessoas que ultrapassavam com frequência os cem anos de vida, verificou-se que, um dos pontos comuns era um elevado nível de actividade física, durante toda a vida. (Leaf, 1985)⁴³.

A actividade física regular, trás benefícios diversos à saúde e assim contribuir para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que é a perda de autonomia e independência e representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida da pessoa idosa.

Para Martelo e Branco (2001)⁴⁴, *“os conceitos actuais sobre as capacidades motoras do ser humano resultaram dos enormes progressos verificados em diversas áreas científicas durante as últimas décadas. Os trabalhos efectuados têm incluído naturalmente a investigação de populações específicas, entre as quais a idosa. Os conhecimentos assim adquiridos têm-se revelado de grande importância numa sociedade em envelhecimento como a nossa e são fundamentais para a avaliação funcional do idoso, bem como para o aconselhamento e prescrição do exercício físico nesta faixa etária”*. A manutenção de níveis adequados de actividade física ao longo dos anos permite atenuar o declínio das capacidades motoras, dado que este não se deve apenas ao envelhecimento mas também ao sedentarismo que lhe está associado.

O programa de treino implica uma definição adequada dos objectivos, que deverão sempre incluir o treino da força muscular e o aperfeiçoamento da qualidade gestual nas actividades de vida diária, sem descurar os aspectos psicológicos e sociais que constituem por vezes a principal motivação para a prática da actividade física no idoso.

A manutenção ou melhoria das capacidades físicas do idoso deverá também passar pelo reconhecimento dos factores de risco extrínsecos e pelo uso sempre que necessária, de aparelhagem específica como auxiliares de marcha ou outras ajudas técnicas.

⁴³ LEAF, A. (1985) – *Long – Lived Populations* (Extreme Old Age). In Andres, R. Bierman El HAZAARD, - W. Eds. *Principles of Geriatric Medicine*. New York : Mc graw-Hill.Pgs 82-86

⁴⁴ MARTELO, D., BRANCO, P. S., (2001) – *Capacidades Motoras e Envelhecimento Humano*, In *Temas em Geriatria*, Lisboa, p. 39-42.

6 - ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

A ideia de envelhecer com qualidade de vida desde há muito tempo, que tem vindo a preocupar o Homem, que desde há muitos séculos procura encontrar o “*Exilir da Longa Vida*”, que lhe permita viver, senão para sempre, pelo menos mais tempo, sem estar sujeito às alterações que o avançar da idade normalmente traz.

Este preconceito de que a velhice é uma idade de incapacidade, está presente em muitos de nós. Mas são normalmente os que estão doentes e por vezes em situações de grande sofrimento, que procuram as instituições de saúde.

Segundo George (1991)⁴⁵, que cita vários autores, existem fortes evidências de que a grande maioria das pessoas idosas estão satisfeitas com a vida. A expressão “envelhecer bem” é tradicionalmente associada a saúde física e mental, independência, capacidade funcional e longevidade, sendo, melhor entendida quando associada a um sentimento subjectivo de que a vida vale a pena e é recompensadora. (Guse, 1999)⁴⁶.

Para Twycross (2003)⁴⁷ “*qualidade de vida é aquilo que a pessoa considera como tal*”. Está relacionado com o grau de satisfação subjectiva, que a pessoa sente pela vida e é influenciada por todas as dimensões da personalidade. Ainda para o mesmo autor, a avaliação da qualidade de vida tende a ser afectada de modo negativo, se as tabelas não incluírem a satisfação global da pessoa. Existe boa qualidade de vida, quando as aspirações de um indivíduo são atingidas e preenchidas pela situação actual e má qualidade de vida, quando há grande divergência entre as aspirações e a situação actual.

⁴⁵ GEORGE, L. ; CLIPP, E. (1991) – *Subjective components of aging well*. Generations, 15 (1):57-61.

⁴⁶ GUSE, L.; MASESAR, M. (1999) - *Quality of life and successful aging in long term care: perceptions of residents*. Mental Health Nursing, 20:527-539.

⁴⁷ TWYXCROSS, Robert (2003) – *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores. Lisboa.

Segundo Pimentel (1998)⁴⁸, a qualidade de vida é um parâmetro de avaliação, que tem vindo a adquirir maior protagonismo, sobretudo quando é necessário avaliar resultados. Do trabalho realizado “qualidade de vida do doente oncológico”, pelo autor, demonstrou que é possível medir a qualidade de vida dos doentes oncológicos, tornando quantificável um dado tradicionalmente subjectivo. Ainda segundo Pimentel, o objectivo final é a concepção de um questionário com muitos itens e sem que se verifique uma perda de informação, permitindo obter medidas objectivas de qualidade de vida, dispondo-se desta forma, de uma nova ferramenta.

Algumas das pessoas que se encaixariam naquilo que pensamos que é envelhecer bem, podem não possuir este sentimento subjectivo e ao contrário, outras que nos parecem não se enquadrar neste conceito, afirmam que estão a envelhecer bem. Estas discrepâncias permitem-nos logo à partida constatar que o conceito “envelhecer bem”, possui um elevado conteúdo subjectivo e é passivo de ser interpretado de forma diversa em função das influências sociais, culturais e psicológicas que condicionam a sua análise.

É importante analisar com mais detalhe alguns dos componentes que se associam à construção deste conceito e que se relacionam com as condições de vida objectivas, como a saúde, a situação sócio-económica e o relacionamento com familiares e amigos. A avaliação global da satisfação com a vida depende não só de condições de vida objectivas, mas também da avaliação subjectiva que cada um faz dessas condições. As pessoas de idade julgam a sua vida satisfatória, se possuem uma situação financeira aceitável, um relacionamento de qualidade com familiares e amigos, a funcionalidade intacta e um estado de saúde relativamente livre de doenças crónicas.

Outro factor que dificulta a análise dos critérios que são importantes para uma vida satisfatória é a heterogeneidade da população idosa e a conseqüente variação de critérios de bem-estar entre grupos e indivíduos. Tem sido possível identificar algumas áreas importantes para a qualidade de vida das pessoas idosas, relacionadas com um nível de bem-estar físico, psicológico, saúde e relacionamento social. (Grundy, 1999)⁴⁹.

⁴⁸ PIMENTEL, F. L. (1998) – *Qualidade de Vida do Doente Oncológico*. GW-divulgação hospitalar. Ano 1, n.º 2, pg.10-28.

⁴⁹ GRUNDY, E.; BOWLING, A. (1999) – *Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life*. *Aging and mental health*. 3(3):199-212.

De acordo com George (1991)⁵⁰, enquadra estas áreas em três grandes grupos:

- Um nível de saúde e funcionamento que permita uma vida independente.
- Um nível de rendimento adequado à satisfação das necessidades em alimento, abrigo, cuidados de saúde e algum dinheiro.
- Um nível de relação, com familiares e amigos, que satisfaça as necessidades de apoio em aflição, intimidade, conforto e diversão.

A diferença entre uma vida satisfatória e uma vida com sentido pode constituir a essência de um envelhecimento com qualidade de vida.

Num artigo publicado na revista *Generations*, os autores, Thompson, B. e outros (2001)⁵¹, tecem algumas considerações sobre o envelhecimento saudável. Para estes autores a disponibilidade de cuidados de saúde é um ponto fulcral. No entanto, reconhecem a complexidade do fenómeno ao afirmarem que, “ *embora o envelhecimento físico saudável possa ser melhorado através de alguns processos, o envelhecimento saudável inclui a pessoa na sua totalidade e não apenas o corpo físico*”.

Relativamente ao nível do funcionamento, é o comportamento observável que é analisado para qualificar o nível. Nas pessoas idosas, este comportamento observável, é frequentemente objectivado pela capacidade da pessoa realizar Actividades da Vida Diária (AVD), constituídas como indicadores da capacidade funcional da pessoa. No entanto, os factores subjacentes à apreciação que cada um faz das suas capacidades e das suas adequações às necessidades individuais, em conjunto com outros factores, revelam-se de importância crucial para a auto-avaliação da qualidade de vida.

Mas não são apenas os factores individuais que pesam na auto-percepção dos idosos sobre o envelhecimento com qualidade de vida. Também o contexto cultural em que esse envelhecimento se processa, influencia essa percepção. Cada sistema cultural cria lentes percpcionais, através das quais uma versão da realidade é construída e é à luz dessa realidade, que cada um vai reagir e adequar-se aos papéis sociais e recursos disponíveis.

⁵⁰ GEORGE, L.; CLIPP, E. (1991) – *Subjective components of aging well*. *Generations*, 15 (1):57-61.

⁵¹ THOMPSON, B.; SIERPINA, V. ; SIERPINA, M. (2001) – *What is healthy aging? Family Physicians look at conventional and alternative approaches*. *Generations*, 02:40-53.

A própria percepção da qualidade do envelhecimento é construída com base nas influências culturais do contexto em que se realiza. (Sokolovsky e Vespery, 1991)⁵².

Na análise que fazemos dos factores culturais, que influenciam a qualidade do envelhecimento, os autores identificam algumas características dos sistemas culturais que consideram ser importantes.

- Cada sistema cultural pode proporcionar soluções de elevada qualidade para alguns problemas do envelhecimento, mas péssimas para outros.
- Um único sistema cultural pode oferecer um enorme leque de oportunidades para um envelhecimento com qualidade de vida, em função do género, classe social e localização rural ou urbana.
- A segurança e a qualidade de vida da pessoa idosa são maximizadas, quando a cultura facilita os papéis sociais e familiares do idoso e sobretudo quando estas áreas (social e familiar) se integram facilmente uma na outra, em vez de coexistirem como entidades separadas.

As relações sociais influenciam a forma como as pessoas encontram um sentido para a vida e dessa forma influenciam directamente a auto-imagem e a auto-estima dos indivíduos.

Herzog e House (1991)⁵³, lembram as controvérsias sobre a teoria da desinserção e o facto de alguns autores defenderem que a perda, na idade avançada, do trabalho, de papéis sociais e outras oportunidades de exercer uma actividade social produtiva e com significado, conduz à perda de identidade, da auto-estima e consequentemente da saúde mental.

Numa sociedade ideal as pessoas de idade encontrariam facilmente oportunidades para se envolverem em actividades produtivas adequadas às suas preferências e capacidades, num equilíbrio óptimo, entre os tempos de trabalho e lazer.

É consensual, que as relações sociais e familiares têm um papel importante no envelhecimento com qualidade de vida. Existem diferenças na qualidade e na quantidade das relações sociais que os idosos mantêm e que essas diferenças parecem estar relacionadas com a qualidade do envelhecimento.

⁵² SOKOLOVSKY, J.; VESPERY, M. (1991) – *The Cultural Context of well-being in old age*. *Generations*, 15(1):21-25.

⁵³ HERZOG, A.; HOUSE, J. (1991) – *Productive activities and aging well*. *Generations*, 15(1):49-55.

Também nas relações sociais que o idoso desenvolve, a evidência empírica indica que o bem-estar resulta em maior grau da percepção que o indivíduo tem da qualidade dessas relações, do que de critérios de avaliação mais objectivos. (Antonucci e Akiyama, 1991)⁵⁴.

A subjectividade da apreciação individual das necessidades e da adequação dos recursos a essas mesmas necessidades, parece ser o factor comum em todos os aspectos analisados. É esta subjectividade que dificulta, por inerência, a análise objectiva da importância relativa dos factores intervenientes no envelhecimento com qualidade de vida.

Para Couvreur (1999)⁵⁵, “ *Qualidade de Vida está também ligada ao humor, à psicologia e a qualquer problema físico, quer se trate de uma doença ou de uma deficiência*”.

A noção de Qualidade de Vida (QDV), tem estado ligada desde o início à de promoção da saúde. O interesse por esta área recebeu validação institucional em 1960 com a publicação com a publicação do relatório da “*Comission on National Goals*”, da responsabilidade do ex-Presidente Eisenhower (Ribeiro)⁵⁶.

Ainda segundo Ribeiro (1998)⁵⁷, a “ *Qualidade de Vida era definida em 1986, como a percepção dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades estão a ser satisfeitas e de que não lhes estão a ser negadas oportunidades para alcançar a felicidade e satisfação completas*”.

Mais tarde o grupo constituído no seio da OMS, para estudar a QDV explica que esta é “ *a percepção individual da posição na vida no contexto da sua cultura e sistema de valores em que vive, e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*”, ou seja, os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para a Qualidade de Vida.

⁵⁴ ANTONUCCI, T.; AKIYAMA, H. (1991) – *Social relationships and aging well*. Generations, 15(1): 39-45.

⁵⁵ COUVREUR, Chantal (1999) – *A Qualidade de Vida, Arte para Viver no século XXI*. Lusociência. Loures.

⁵⁶ RIBEIRO, José Luís Pais (1998) – *Psicologia e Saúde*. ISPA. Lisboa.

⁵⁷ Idem.

Capítulo 2

Desenvolvimento e Enfoque da Ecologia Humana

7 - FUNDAMENTOS DE ECOLOGIA GERAL

Historiadores datam as origens da ciência e situam os primórdios da ecologia na Grécia. O interesse prático pelos animais, plantas, características geográficas e manifestações climáticas sempre estiveram incutidos nos princípios de sobrevivência da sociedade primitiva.

No entanto as relações entre os homens e a natureza foram muito complexas.

Em 1735, Carl von Lineu, naturalista de origem sueca, publicou na Holanda, o seu “*Sistema da Natureza*”, obra constituída por catorze páginas (duas folhas para minerais, três para plantas e duas para animais). Obra marcante para a época, pois enquanto anteriormente existiam apenas histórias, a partir de agora, a especificidade começa a ocupar lugar no grande interesse pela natureza.

No século XIX, com Darwin e Wallace, surge a noção inovadora de evolução. Não renovam totalmente a problemática da história das populações e as relações entre o homem e as outras espécies e a sua origem. Interpretaram o equilíbrio como resultado de um movimento e atribuem esse movimento à solução natural do decurso da luta pela vida. Consideraram ainda, que qualquer modificação no equilíbrio entre as espécies, constituía um factor de evolução.

A cadeia complexa de interacções entre organismos, ressaltavam a importância dos contextos ecológicos, que ocupavam um lugar central na ecologia das populações. (Deléage, 1993)¹.

O Biólogo alemão Ernest Haeckel, em 1869, propôs a utilização da palavra “*Ecologia*”, a palavra deriva do grego “*Oikos*”, que significa casa e “*Logos*”, que significa estudo. Utilizada com fins descritivos, considerando os organismos no seu contexto, seus ambientes, lugares nos ciclos da utilização da energia e seus ciclos de vida. Estava lançada o início da ciência das relações entre organismos e o seu meio.

¹ DELÉAGE, Jean-Paul (1993) – *História da Ecologia, uma ciência do homem e da natureza*. Publicações Dom Quixote. Lisboa.

O termo ecologia, muito utilizado nos fins do século XIX, nos estudos da botânica, na área da fisiologia das relações, entre os organismos e o seu meio ambiente. Assim como na aplicação de métodos experimentais e matemáticos.

O termo ecossistema, definido em 1935 pelo botânico inglês Arthur Tansley, passou a ser um ano mais tarde, o concerto central da ecologia, como base funcional. (Odum, E. 2001)².

“ *Ecossistema*”, refere-se a um sistema de organismos vivos que interagem, não só com o meio físico que os rodeia, mas também com a química ambiental, com o meio social e biológico em que estão inseridos.

Segundo Serge Frontier (2001)³, “ *um ecossistema é um sistema de interações entre as populações de diferentes espécies que vivem num mesmo sítio e entre as populações e o meio físico*”. O ecossistema é a base funcional da ecologia e não tem tamanho definido. São a última realidade em biologia e estão organizados para perdurar, evoluir e adaptarem-se.

Ao conjunto de seres vivos que habitam um determinado espaço físico, designa-se por comunidade biótica. A comunidade é composta por diferentes espécies, designando-se por população (animais ou plantas). Uma comunidade biótica, juntamente com as abióticas (água; atmosfera; solo) e toda a relação dinâmica, constitui um sistema ecológico ou um ecossistema.

A interacção entre a componente biótica e abiótica é essencial para a manutenção da vida. À relação mais elementar entre os seres vivos de um ecossistema será a relação trófica: os seres vivos alimentam-se uns dos outros. A alimentação é uma forma de cada animal ou planta absorver os nutrientes e energia de que necessita para continuar a viver e a reproduzir-se.

Os pequenos ecossistemas ligam-se naturalmente aos ecossistemas que constituem as suas fronteiras naturais, dando origem a unidades maiores que à escala mundial se designam por biomas. (Vieira da Silva, 1979)⁴.

² ODUM, Eugene P.(2001) – *Fundamentos de Ecologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. 6ª edição. Lisboa.

³ FRONTIER, Serge (2001) – *Os Ecossistemas, perspectivas ecológicas*. Instituto Piaget. Lisboa.

⁴ VIEIRA da SILVA, J. (1979) – *Introduction à la Théorie Écologique*. Masson. Paris

Para Guerreiro (1999)⁵, a ecologia é uma ciência que contribui para estabelecer as bases científicas para programas de conservação, assim como ajudar a superar a perda da biodiversidade. Tem estado a ser destruída a um grande ritmo, colocando em perigo o bem-estar da humanidade.

A preservação da biodiversidade é essencial para as actividades de cada país e de cada sector da sociedade. O conhecimento da diversidade biológica, envolve processos complexos e torna-se necessário recorrer à análise de características do meio.

A ecologia tornou-se uma ciência pluridisciplinar, por utilizar métodos de estudos de outras disciplinas e pode ser abordada em duas perspectivas: a teórica e a aplicada.

A ecologia teórica incide no conhecimento das complexidades das interações, entre os indivíduos e o seu meio, deslocando-se do mais simples para o mais complexo. A ecologia aplicada, estuda os ecossistemas, utilizando os dados de outros estudos. (Pité e Avelar, 1996)⁶.

Mas sendo a ecologia pluridisciplinar, também o é transdisciplinar, devido ao facto de os saberes se interpretarem. Este método exige conhecimentos e rigor, pela necessidade de conhecimentos transdisciplinares. (Lamy, 1992)⁷.

De acordo com Lamy (1992)⁸, "a ecologia é uma disciplina científica autónoma, que elabora os seus próprios conceitos". A dinâmica das populações é o ramo da ecologia, que estuda o modo de vida de uma dada espécie e as interações de toda e qualquer natureza que existem com outras espécies e o seu meio.

A dinâmica de comunidades é o ramo que estuda o ecossistema, no seu conjunto. Analisa a composição de toda a comunidade, diversidade e padrão de organização de uma espécie.

O planeta no seu conjunto, pode ser considerado um ecossistema global e o equilíbrio ecológico global é uma realidade. (Melo; Pimenta, 1993)⁹.

5 GUERREIRO, M. Gomes (1999) – *O Homem na Perspectiva Ecológica*. Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve. Faro.

6 PITÉ, Maria T.; AVELAR, T. (1996) – *Ecologia das Populações e das Comunidades*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

7 LAMY, Michel, (1992) – *As Camadas Ecológicas do Homem. Perspectivas Ecológicas*. Instituto Piaget. Lisboa.

8 Idem.

9 MELO, J.J; PIMENTA, C. (1993) – *O que É a Ecologia e Ambiente?*. Difusão Cultural. Lisboa.

Para Melo e Pimenta (1993)¹⁰, as relações que determinam o funcionamento do ecossistema global, são tão significativas, que foi avançada a “hipótese gayá”- segundo o qual o planeta deveria ser visto como um ser vivo, cujos elementos seriam a biosfera terrestre, a atmosfera, os oceanos e a terra. Todo este conjunto se comportaria como qualquer outro ser vivo, reagindo de modo a manter e recriar as condições da sua sobrevivência.

¹⁰ MELO, J.J; PIMENTA, C. (1993) – *O Que É a Ecologia e Ambiente?*. Difusão Cultural. Lisboa.

8 - O AMBIENTE E A VIDA

Todas as espécies vivas encontram-se em inter relação, ou em cadeia. Destruir uma delas é acima de tudo, atentar contra a espécie humana. O ser humano é parte integrante de uma esfera da vida – Biosfera.

Para Carapeto (1994)¹¹, “ *é o conjunto de todos os seres vivos que habitam o planeta, juntamente com a atmosfera, hidrosfera e litosfera, onde a vida é possível. Ao contrário dos outros subsistemas, a biosfera não ocupa um espaço físico determinado*”. No campo da evolução química e a origem dos primeiros organismos, a tendência é para considerar a vida como um estado da evolução da matéria. A complexidade sobressai quando se encara ligada a origem e a evolução da vida.

Segundo Sacarrão (1991)¹², “ *o termo vida é uma enorme cómoda abstracção: exprime tudo aquilo que se passa entre os organismos e o ambiente; é a resposta da sua interioridade, a si e ao mundo*”. São indispensáveis conceitos biológicos, como o da selecção natural e o seu processo consequente, a adaptação.

Mas a vida exige algumas condições gerais de ambiente, como:

- Substâncias químicas que permitam a reprodução invariante, a variação, a evolução e a adaptação dos seres vivos. De salientar a importância da água no aparecimento da vida, que atendendo às suas propriedades é inseparável.
- Determinados limites de temperatura. A vida está limitada a ambientes de temperaturas baixas e a matéria viva resiste mais facilmente a temperaturas baixas do que a altas.
- Limites de densidade e pressão de modo que seja possível a organização molecular.
- Fontes de energia, sendo a principal o sol.

¹¹ CARAPETO, C. (1994) – *Ecologia. Princípios e Conceitos*. Universidade Aberta. Lisboa.

¹² SACARRÃO, Germano F. (1991) – *Ecologia e Biologia do Ambiente*. Vol. 1. Publicações Europa-América. Mem Martins.

- A absorção na atmosfera da parte letal das radiações ultravioletas, produzidas pelo sol.
- A água é a mais apropriada substância para a vida. A vida baseia-se fundamentalmente na água. Esta faz parte do ambiente e é dele que os organismos a recebem. (Sacarrão, 1991)¹³.

Para Henderson, citado por Sacarrão (1991)¹⁴, “a água é a substância cujo movimento no todo inorgânico e orgânico, constitui a primeira e a mais importante actividade no mundo em que vivemos”.

De acordo com Lamy (1993)¹⁵, considera que dos elementos do meio que regem a vida e a morte dos homens, há uns que lhe estão próximos e outros que lhe estão distantes. Num modelo que parte do centro para a periferia (em que o centro é o homem), o autor refere o que designa por “*invólucros ecológicos do homem*”, como “*redomas ambientais*”, que por ordem da ontogénese e do individual para o cósmico compreendem:

- Os “*invólucros ecológicos individuais*” – o ventre materno, a pele, o vestuário e o espaço pessoal;
- Os “*invólucros ecológicos sociais*” – a casa e os povoamentos humanos (da aldeia à megalópode e formas intermédias);
- Os “*invólucros da biosfera e do homem*” – a atmosfera (invólucro gasoso que rodeia o planeta), a hidrosfera (o conjunto de água sólida e líquida que cobre dois terços do globo), a litosfera (a fina película de alguns quilómetros de espessura, pela qual a porção sólida da terra está em contacto com a atmosfera).

Devido à imensa diversidade de ambientes que se têm sucedido no decurso da história do planeta, a vida tem-se adaptado e conquistado todos os espaços, onde há um mínimo de condições para a existência.

Admite-se na teoria da evolução que o principal factor da evolução biológica e das adaptações é a selecção natural. Em face de um ambiente em mudança, as variantes

¹³ SACARRÃO, Germano F. (1991) – *Ecologia e Biologia do Ambiente*. Vol. 1. Publicações Europa-América. Mem Martins.

¹⁴ Idem.

¹⁵ LAMY, Michel (1993) – *As Camadas Ecológicas do Homem*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.

constituintes de uma população apresentam diferentes valores de viabilidade e de sobrevivência. E a reprodução tende a resolver o desequilíbrio gerado.

A selecção natural não é o único agente da evolução e da adaptação, mas é um dos mais importantes. Um organismo só persiste e prospera num novo meio, ou sob novas condições do seu ambiente, se para isso estiver minimamente preparado. (Sacarrão, 1991)¹⁶

¹⁶ SACARRÃO, Germano F. (1991) – *Ecologia e Biologia do Ambiente*. Vol. 1. Publicações Europa-América. Mem Martins.

9 – A ECOLOGIA HUMANA

A humanidade evoluiu e a adaptação ao meio ambiente também, verificando-se um equilíbrio natural com os animais e com as plantas.

O termo “ ecologia “, foi introduzido há mais de um século por Ernest Hackel. É o estado da relação entre uma espécie e o seu meio ambiente global. Para sobreviver na sociedade primitiva, o Homem teve necessidade de conhecer o seu meio físico. (CAMPBELL, 1983)¹⁷.

Para Carapeto (1994)¹⁸, existem tendências para a dividir em ramos mais especializados. E como ciência, consideraram-se duas divisões: a auto-ecologia e a sinecologia.

A primeira diz respeito ao estudo das relações fisiológicas entre uma espécie e o seu meio ambiente.

A segunda diz respeito ao estudo das relações existentes entre uma comunidade e o ambiente em que se insere.

Adams (1935)¹⁹, considerou muitas das ideias e generalizações da ecologia geral passíveis de serem aplicadas ao homem, devido à sua origem biológica, bem como por via da sua dependência do mundo físico, animal e vegetal, tal como qualquer outro ser vivo, muito embora com modelações próprias.

Segundo Remmert (1982)²⁰ refere “*como uma ciência pura, a Ecologia está preocupada com a compreensão do equilíbrio e da modificação da matéria e da energia da natureza. (...) a Ecologia enfrenta o problema de descobrir como as condições essenciais para a vida actual podem ser mantidas*”. A expressão “Ecologia Humana” é o estudo de todas as relações entre pessoas e respectivos meios ambientes e as permutas de energia com outras espécies vivas. Em termos mais amplos a ecologia humana ocupa-se de toda a espécie humana, das suas relações complexas com outros componentes do mundo, tanto orgânicos como inorgânicos.

¹⁷ CAMPBELL, Bernard (1983) – *Ecologia Humana*. Universo da Ciência. Edições 70. Lisboa.

¹⁸ CARAPETO, Cristina (1994) – *Ecologia, princípios e conceitos*. Universidade Aberta. Lisboa.

¹⁹ ADAMS, C. (1983) – *The Relation of General Ecology to Human Ecology*. In Young, G. – *Origins of Human Ecology*. Benchmark Papers in Ecology. Hutchinson Ross Publishing Company. Washington.

²⁰ REMMERT, Hermann (1982) – *Ecologia*. Editora Pedagógica e Universitária. São Paulo. Brasil.

Por razões práticas, dividiu-se a ecologia humana em duas sub disciplinas: ecologia cultural e ecologia social.

A ecologia cultural é o estudo da maneira como a cultura de um grupo humano se adapta aos recursos naturais do meio ambiente e à existência de outros grupos humanos. A ecologia social é o estudo dos motivos que conduzem a estrutura social de um grupo humano a ser o resultado do meio ambiente global do grupo. (Campbell, 1983)²¹.

De acordo com Cuisin (1983)²², considera que “ *à diferença da ecologia animal ou vegetal, a ecologia humana não pode ser uma ciência pura; a ética e a moral ocupam, aqui, um lugar preponderante. (...) a auto-ecologia humana deverá ocupar-se da influência dos factores bióticos e abióticos sobre o homem e a sinecologia estudar o papel do homem no mundo*”.

Odum (2001)²³, afirma que “ *a ecologia humana pode ser considerada a ecologia da população de uma espécie muito especial – a do homem*”. Ainda segundo o autor, as pessoas também possuem características genéticas directamente relacionadas com a ecologia, como a adaptabilidade, capacidade reprodutiva e persistência.

A ecologia humana é mais ampla do que a demografia, que constitui o domínio da análise da população humana, uma vez que trata das relações da população com factos externos e com a dinâmica interna.

Segundo Renner (1983)²⁴, o fundamental da ecologia humana é que a sociedade pode ser adequadamente compreendida nos seus aspectos pelo estudo das comunidades à luz das áreas específicas em que existem. Os factores primários em ecologia humana são a organização dos seres humanos e as condições naturais.

Para este autor, a ecologia humana tem início no estudo de áreas específicas e na distribuição dos seres humanos à medida que se adaptam. A competição, a selecção e o ajustamento pelo espaço são processos que se desenvolvem no seio de uma comunidade humana que determinam a sua dimensão, forma, densidade, padrão e relações ecológicas.

²¹ CAMPBELL, Bernard (1983) – *Ecologia Humana*. Universo da Ciência. Edições 70. Lisboa.

²² CUISIN, Michel (1983) – *O que é a Ecologia?*. Horizonte Universitário. São Paulo. Brasil.

²³ ODUM, Eugene P. (2001) – *Fundamentos de Ecologia*. 6ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

²⁴ RENNER, G. (1983) – *Human Ecology – A New Social Science*. In Young, G. – *Origins of Human Ecology*. Benchmark Papers in Ecology/12. Hutchinson Ross Publishing Company. Washington.

Para Campbell (1983)²⁵ e na mesma linha de pensamento reconhece o facto de o comportamento do grupo humano depender tanto de um conjunto de crenças como da sua história, das suas capacidades e dos seus recursos. O autor defende ainda que os recursos naturais do meio, as capacidades dos indivíduos, constituem as condições principais da adaptação humana. Cada grupo humano será tratado como componente de um ecossistema distinto.

Na sua obra, Deléage (1993)²⁶ evoca Tansley, “*não podemos limitar-nos às entidades pretensamente naturais e deixar de lado os processos e fenómenos vegetais, hoje tão abundantemente fornecidos pelas actividades do homem. Cientificamente, esta investigação não seria válida, pois a análise científica deve ir além das aparências formais das entidades naturais e na prática não seria útil, a ecologia deve adaptar-se às condições criadas pelas actividades humanas*”.

9.1 - AS ALTERÇÕES E OS PROBLEMAS AMBIENTAIS

Perante o programa tecnológico, as perspectivas ecológicas que se colocam são de grande risco. A evolução das populações humanas não deixa de ser preocupante se comparada com a velocidade a que são explorados os recursos naturais e as transformações do meio, introduzidas pelo Homem.

Cuisin (1983)²⁷ afirma, que “*a evolução das populações humanas, por um lado e a pilhagem dos recursos naturais, por outro, são os problemas essenciais da biosfera, devido ao lugar que o Homem aí tem e pelo facto de ele ter adquirido a capacidade de destruir*”.

Para Lamy (1992)²⁸, a espécie humana é uma espécie entre outras existentes na biosfera e que inventou a tecnologia. Poderá ter efeitos benéficos ou destruidores para os seres que nos rodeiam. A população mundial, segundo Lamy (1992)²⁹, é de quase 5 mil milhões de indivíduos e segundo a taxa média actual de fertilidade (3,8 crianças por

²⁵ CAMPBELL, Bernard (1983) – *Ecologia Humana*. Universo da Ciência. Edições 70. Lisboa.

²⁶ DELÉAGE, Jean-Paul (1993) – *História da Ecologia. Uma ciência do homem e da natureza*. Nova Enciclopédia. Publicações Dom Quixote. Lisboa.

²⁷ CUISIN, Michel (1983) – *O que é a Ecologia?*. Horizonte Universitário. São Paulo. Brasil.

²⁸ LAMY, Michel (1992) – *As Camadas Ecológicas do Homem*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.

²⁹ Idem.

Cada mulher), a população mundial em 2100, será de 50 mil milhões.

Ainda Lamy (1992)³⁰, que evoca Ramade, que considera a explosão demográfica como “ *a maior catástrofe ecológica que afecta a humanidade e da qual derivam a maior parte dos males dos quais esta já sofre*”.

A qualidade de vida e o bem-estar das populações, são condições que estarão ameaçadas se continuar a verificar um aumento rápido de crescimento. A maior parte do crescimento previsto ocorrerá nos países em vias de desenvolvimento, enquanto os países industrializados estão preocupados com o declínio da taxa de natalidade. As cidades estão a crescer por todo o mundo e a percentagem da população aumenta constantemente. (Dahl, 1996)³¹.

As tecnologias das comunicações e dos transportes desenvolvem-se a um alto ritmo, fazendo com que a concentração da poluição, desperdícios, longas permutas e filas de trânsito reduzam a qualidade de vida. Para Dahl (1996)³², a energia é o recurso essencial para a civilização, quer como energia alimentar, quer para transporte e comunicações, modificando o ambiente e o estilo de vida.

Como refere Guerreiro (1977)³³, “ *a eficácia da actividade agrícola não poderá ser calculada apenas em função da quantidade de mercadorias produzidas nos ecossistemas transformados ou do valor comercial, mas também e principalmente, a partir do conhecimento e do trabalho humano nela incluído*”.

Desde que a espécie Humana apareceu à superfície da terra o Homem tem conduzido uma luta contínua por uma vida melhor.

Para Amaral – Mendes (1977)³⁴, “ *no decorrer dos séculos a actividade do homem melhorou sempre o seu imediato ambiente natural. (...) Vimos a ser testemunhas nos nossos dias, duma situação inédita e duma gravidade sem precedentes, pois a actividade do homem colide frontalmente com as limitações do seu ambiente físico*”. Ainda para o mesmo autor as causas deste fenómeno são os quatro aspectos:

³⁰ LAMY, Michel (1992) – *As Camadas Ecológicas do Homem*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.

³¹ DAHL, Arthur Lyon (1996) – *O Princípio Ecológico. Ecologia e Economia em Simbiose*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.

³² Idem.

³³ GUERREIRO, M. Gomes (1977) – *Condicionalismos Económicos de uma Política Agrária em Portugal*. In Amaral – Mendes – *Problemas Ecológicos do Mundo Agrário*. Livraria Almedina. Coimbra.

³⁴ AMARAL – MENDES (1977) – *O Homem Face ao Ambiente*. In *Problemas Ecológicos do Mundo Agrário*. Livraria Almedina. Coimbra.

controle demográfico; controle da tecnologia; uso da terra; a ignorância e a falta de conhecimento científico.

Na perspectiva de Frontier (1993)³⁵, houve uma intervenção necessária sobre o meio, com o objectivo final de aumentar o seu potencial alimentar. O Homem predominou sobre o ecossistema terrestre, modificando-o. A biomassa explorada regenera-se após cada levantamento, tendo a prática agrícola substituído as espécies da regeneração natural por espécies escolhidas.

Quanto aos ecossistemas aquáticos, muitos produtos fazem-se numa exploração intensificada. Segundo Frontier (1993)³⁶, *“a sobreexploração dos recursos naturais permanece, pois, o principal problema dos ecossistemas aquáticos”*.

Devido ao desenvolvimento da tecnologia e ao domínio da espécie humana, a par dos efeitos desejados, desenvolveram-se intoxicações dos diversos meios e da biomassa por produtos industriais, assim como eutrofizações locais que o ecossistema não consegue “digerir”. O desaparecimento de inúmeras espécies, ligadas aos seus habitats naturais, o desaparecimento de numerosos biótipos, com as consequências na biodiversidade, com efeitos directos na variação climática, a desertificação e a erosão; a modificação da atmosfera, com aumento do dióxido de carbono e outros poluentes industriais, com consequências sobre o efeito de estufa; a modificação dos ciclos biogeoquímicos; a actividade humana sobre o ciclo da água e sobre o ciclo do carbono, com o aumento da introdução de elementos químicos na biosfera. (Frontier 1993)³⁷.

Contudo e segundo Campbell (1983)³⁸, *“o preço que os seres humanos, na sua globalidade, pagam por esta adaptação excederá, porventura, aquilo que o planeta conseguirá aguentar durante muito tempo. Estamos a viver do «capital» da terra – dos seus recursos não renováveis – e os custos no capítulo do meio ambiente vão-se tornando rapidamente irreparáveis”*.

Para se pesquisar em ecologia humana, é desejável o percurso dos cientistas e nesse sentido, a articulação entre o Homem e a Natureza dissolve-se de modo dialecticamente temível. É igualmente de admitir que estudos conduzidos a partir de contributos “assimétricos” de áreas científicas distintas mas em relação, possam ter lugar nesta complexa área do conhecimento da relação das populações humanas com os

³⁵ FRONTIER, Serge (1993) – *Os Ecossistemas*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

³⁸ CAMPBELL, Bernard (1983) – *Ecologia Humana*. Universo da Ciência. Edições 70. Lisboa.

seus diversos ambientes.

Para Soromenho – Marques (1998)³⁹, ao ritmo actual de ruptura dos ecossistemas fundamentais para a vida, nomeadamente para a manutenção da biodiversidade, a acção humana está a atingir uma grandeza destrutível enorme, ao longo da história natural da biosfera. Ainda para o mesmo autor, a extinção acelerada de espécies da fauna e da flora, coloca o problema, em que a Humanidade já não estará em condições de sobreviver ao seu próprio movimento de destruição.

As decisões tomadas no presente terão certamente implicações directas no futuro. A conservação da natureza e o respeito pelo ambiente terão que ser reforçados em programas de educação ambiental. A preservação dos recursos naturais e a conservação do planeta é um dever do Homem.

A poluição do meio ambiente ameaça directamente os seres humanos, a escassez de água discrimina os países desenvolvidos dos menos desenvolvidos, o aquecimento global implica alterações radicais para as gerações futuras, a desflorestação e a destruição de habitats, questionam o valor moral da biodiversidade, a introdução de alterações genéticas continuam a ser desafios para a sociedade, a poluição do meio ambiente ameaça directamente os seres humanos.

Neste contexto, Lima e Malcata (2001)⁴⁰ afirmam, “ *o estado de destruição de cinco tipos principais de ecossistemas (floresta, habitats de água doce, habitats costeiros/marinhos, pradarias e terrenos agrícolas) é considerável, dado que vida humana, depende de forma crítica da viabilidade e da variabilidade nos ecossistemas e a preservação da sua integridade deve ser a prioridade para o século XXI*”.

Em projecção futura, há muito para se fazer em termos de ambiente, a alternativa mais interessante passa pela institucionalização voluntária, acelerar os conhecimentos e a consciência do cidadão, no sentido de se alcançar uma sensibilização concertada em torno dos princípios essenciais que afectam o ambiente.

³⁹ SOROMENHO-MARQUES, Viriato (1998) – *O Futuro Frágil. Os Desafios da Crise Global do Ambiente*. Publicações Europa-América. Mem Martins.

⁴⁰ LIMA, Paula M. e MALCATA, F. Xavier (2001) – *Ecoética ou Responsabilidade Humana para com o Ambiente*. In ARCHER, L., BISCAIA, J., OSSWALD, W., RENAUD, M. – *Novos Desafios à Bioética*. Porto Editora. Porto.

Lecomte, J. (1993)⁴¹, afirma “*o homem não pode ficar indiferente à extinção acelerada dos territórios e das espécies, pois não está excluído, que os desequilíbrios assim provocados possam pôr em causa a sua própria sobrevivência*”.

9.2 - A ECOLOGIA DA SAÚDE

Desde os gregos até ao século XIX, cientistas, estudiosos e doentes não hesitaram estabelecer correlação entre as mudanças ambientais e a ocorrência da doença.

A atenção dada ao ambiente como causa das doenças, ao longo deste período, fez parte do processo de encontrar explicações naturais para a doença. Um conceito importante nas relações entre ambiente e doença é o conceito de grande antiguidade e que no tempo dos gregos estava ligado à ideia de poluição.

No século XVII é colocado nova ênfase nas teorias hipocráticas e é dada atenção especial à influência das condições atmosféricas e das estações do ano na eclosão da doença. Surge a definição de cidade saudável, onde estavam incluídas as características físicas e geográficas, modo de vida, tamanho e condições sanitárias.

Na metade do século XIX e início do século XX, consolida-se a teoria dos germes, passando o ambiente a ser olhado com desconfiança.

A relação entre cidade e doença torna-se axiomática e correlaciona-se a incidência de doença com a densidade populacional. Consolidava-se assim a dicotomia entre cidade, fonte de doença e de vícios e a vida campestre, saudável, quer em sentido físico, quer em moral.

Passados anos e devido às grandes infecções mortais, a cidade passou a ser reconhecida como o local onde estavam acessíveis os melhores cuidados de saúde. As áreas rurais, devido ao isolamento, a pobreza, maus serviços e atitudes antiquadas, conjugavam para manter uma mortalidade materna e infantil em níveis indesejáveis.

⁴¹ LECOMTE, Jacques (1993) – *Os Ecossistemas Sob Ameaça. Espaços e Espécies em Perigo*. In MICHEL, BEAUD, C. e BOUGUERRA, Mohamed L. – *O Estado do Ambiente no Mundo. Perspectivas Ecológicas*. Instituto Piaget. Lisboa.

A saúde deixou de ser um fenómeno rural e um privilégio do terceiro mundo. O mundo industrializado, urbanizado e civilizado dá aos cidadãos maior longevidade.

A capacidade do Homem, nas suas actividades, no seu trabalho, produzir agentes capazes de se difundirem no ambiente que o rodeia, induzindo poluição ambiental, sendo vítima das agressões dela decorrentes, foi interiorizado e consciencializado. É nas últimas décadas que as preocupações com a repercussão da poluição ambiental gerada pelas actividades do homem na saúde e no bem-estar das populações, tornando-se proeminentes.

Estavam assim definidos e compreendidos dois tipos de poluição individual – a profissional e ambiental ou poluição atmosférica.

Para Ribeiro (1998)⁴², *“as preocupações ecológicas em saúde têm a ver não só com a sobrevivência das espécies e com a biodiversidade. Elas têm, sobretudo, que ver com os componentes e as relações dos diversos elementos que compõem o sistema do dia a dia de todas as pessoas e que se representam nessa dimensão etérea que se convencionou chamar saúde”*. A necessidade de uma abordagem da promoção da saúde, que reconheça o importante papel do ambiente e das políticas públicas de saúde é fundamental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) evocou uma abordagem socioecológica da promoção da saúde, começando pela necessidade de conservar os recursos naturais e por outro a de responder às exigências feitas à população (padrões de trabalho; tecnologia; urbanização; lazer).

Houve três aspectos do meio que foram considerados relevantes para a promoção da saúde:

- Dimensão social – reconhecimento da importância de compreender e ter em conta as relações, normas e costumes sociais.
- Tomada de decisões – necessidade de aumentar a participação democrática.
- Factor económico – atribuições de recursos à saúde.

Estratégias que conduziram a uma série de iniciativas dirigidas à modificação do ambiente físico, tornando-o mais favorável à saúde.

⁴² RIBEIRO, J. (1998) – *Psicologia e saúde*. Colecção Estudos. ISPA. Lisboa.

Uma forma de manipulação ambiental consiste em reduzir as barreiras aos comportamentos promotores da saúde e aumentar as sugestões de participação em comportamentos de melhoria da saúde. Como exemplo na cidade, através da protecção de espaços verdes.

Reduzir os níveis populacionais de má condição de saúde exige tanto uma mudança ambiental de largas proporções como mudanças comportamentais a nível individual. O entendimento dos processos comportamentais e culturais sobre a saúde tem sido influenciado por teorias separadas, distintas e diferentes abordagens de investigação. As explicações comportamentais têm-se concentrado no indivíduo e as estruturalistas nas condições sociais em que ele vive. (Bennett e Murphy, 1999)⁴³.

A Organização Mundial de Saúde (1958), define que a saúde é “*um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade*”. A dimensão incorporada ao conceito de saúde contribui para reforçar a mudança, porque até então admitia-se que a saúde ou doença dependia fundamentalmente da interacção entre o indivíduo, com a sua carga genética e o meio ambiente (físico e/ou biológico).

Esta afirmação sugere que, para a promoção da saúde é fundamental melhorar a qualidade de vida e o bem-estar e não simplesmente prevenir a doença.

⁴³ BENNETT, Paul ; MURPHY, Simon (1999) – *Psicologia e Promoção da saúde*. Climepsi Editores. Lisboa.

Capítulo 3

Contextos Humanos Urbanos e Rurais

10 – MEIO URBANO E MEIO RURAL

O aumento das populações urbanas, tornou-se nos últimos decénios, um fenómeno universal, com maior dimensão nos países não industrializados que nos industrializados. A extensão das cidades surge no século XIX e os processos de aumento maciço das populações urbanas resultaram da revolução industrial.

Ashton (1987)¹, refere “*que se encontra relacionada com o crescimento da população, com a aplicação da ciência à indústria e com o uso do capital numa forma mais intensa e mais extensa*”.

Rioux (1982)², também é da mesma opinião e afirma que “*o crescimento urbano está ligado à industrialização. A mobilidade da mão-de-obra é uma necessidade vital para a indústria nova que decide especializar o trabalho*”.

A sociedade mudou e essa grande mutação trouxe um outro mundo social para os países industriais.

Ainda para Rioux (1982)³, “*Por meio dos capitais, tece-se uma rede de influencia urbana que estimula a industrialização geral da cidade e da região por ela dominada*”.

A industrialização favoreceu naturalmente as grandes cidades e originou uma encruzilhada moderna, quer marítima quer ferroviária.

Lopes (2001)⁴, afirma que “*a ideia das cidades novas começou por ser uma tentativa de resposta à industrialização e urbanização rápida do século XIX, com o seu cortejo de sobrepovoamento, pobreza, insalubridade, doença, revolta, crime*”. A ideia de que a solução se encontraria em boa parte em novas urbanizações, depressa se apagou, porque o desenvolvimento de novos povoamentos não acautelou a diversificação em matéria de base económica.

¹ ASHTON, T. S. (1987) – *A Revolução Industrial*. Publicações Europa-América. Mem Martins.

² RIOUX, Jean-Pierre (1982) – *A Revolução Industrial*. Publicações Dom Quixote. Lisboa.

³ Idem.

⁴ LOPES, A. Simões (2001) – *Desenvolvimento Regional*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Mas nos países subdesenvolvidos, a urbanização é mais um fenómeno demográfico. O campo não produz alimento suficiente para alimentar, dentro das actuais condições técnicas e sociais e então resulta o fluxo de população.

Meios urbanos não atingidos pela industrialização estão reduzidos a um pequeno número de grandes centros de comercialização. Neste caso e em compensação a população fixa a sua residência em área rural.

Segundo George (1975)⁵, afirma que *“a pressão demográfica amplia os centros de residência da classe dos proprietários rurais e dos seus auxiliares na gestão de terras e na venda dos seus produtos. Parte da mão-de-obra rural, em especial a que não é constantemente empregada pelas propriedades, fixa aí a sua residência: fabrica e repara o material agrícola”*. A vila é aqui, o centro de algumas centenas de habitantes. A separação entre qualificação de cidade e de vila é difícil de estabelecer. Também a história tem grande peso nas actuais formas de agrupamento e em certos casos, as infra-estruturas e equipamentos.

INFRA-ESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS

Rodrigues (2000)⁶, define o termo de infra-estruturas como *“designação do conjunto de condições de base da produção e ocupação do espaço urbano”*. As infra-estruturas compreendem as redes de transporte, energia eléctrica, comunicações, abastecimento de água, drenagem e depuração de águas residuais, recolha e tratamento de lixos. Respondem às necessidades dos cidadãos e indispensáveis às actividades económicas. A evolução da implantação de infra-estruturas está directamente ligada ao desenvolvimento regional, embora esteja articulado com os planos de ordenamento, por necessitarem de grandes investimentos económicos.

Ainda Rodrigues (2000)⁷ considera, que as estruturas, são *“quase sempre organizadas em rede, destinadas a garantir a satisfação de necessidades básicas das populações e das actividades económicas, que sem elas teriam dificuldade em subsistir”*.

Os equipamentos abrangem, essencialmente quatro áreas: cultura; educação; recreio e desporto ou actividades de tempos livres.

⁵ GEORGE, Pierre (1975) – *População e Povoamento*. Livraria Bertrand. Amadora.

⁶ RODRIGUES, Jorge de Sousa (2000) – *Infra-Estruturas e Urbanização da Margem Sul: Almada, Séculos XIX e XX*. In *Análise Social* – 156 – Vol. XXXV – Outono 2000. Lisboa.

⁷ Idem.

Na perspectiva de Salgueiro (1999)⁸, que cita J. Gaspar, “*considera como população urbana a que vive nas localidades com 2000 e mais habitantes, adaptando portanto m critério misto que combina a posição administrativa com a demográfica*”. No cálculo da população urbana, o critério geral é o demográfico que conta como urbanos os residentes em lugares, a partir de um determinado limiar populacional, independente de serem consideradas cidades. Existem diferenças nas dimensões populacionais, nas características de povoamento e até ao nível de desenvolvimento económico. Salgueiro (1999)⁹.

As estruturas administrativas elementares contribuem igualmente para dispersar ou concentrar as instalações e provocar desequilíbrios ou distorções na dimensão populacional.

Salgueiro (1999)¹⁰, afirma que “*no censo de 1940 continua a figurar em anexo aos volumes distritais um quadro com a população das sedes de concelho embora o critério para identificar a população urbana tenha passado a ser demográfico, adaptando-se o limiar de 2000 habitantes*”. O facto de haver um aglomerado populacional importante provoca o aparecimento de serviços variados e pressupõe a existência de empregos, não o primário.

Ainda segundo Salgueiro (1999)¹¹, “*há tendência para diminuir o limiar populacional da urbanização devido à subida do nível de vida, com o conseqüente progresso no consumo que conduz ao aumento da diversidade de serviços prestados pelos centros populacionais de menor dimensão, bem como à melhoria dos equipamentos e infra-estruturas públicas e à sua maior dispersão*”. Na definição de cidade, incluía-se o valor histórico como uma fundação voluntária de vocação específica e ocupava um espaço jurídico e ritualmente delimitado por uma muralha.

Com o tempo, a noção de muralha vai perdendo o significado militar, mas também o administrativo. Aparece a distorção entre o facto urbano e a zona administrativa.

⁸ SALGUEIRO, Teresa Barata (1999) – *A Cidade em Portugal: Uma Geografia Urbana*. Edições Afrontamento. Porto.

⁹ Idem.

¹⁰ Idem.

¹¹ Idem.

A realidade urbana geográfica, constituída pelos limites históricos, administrativos e arredores, sendo estes bairros periféricos, núcleos urbanos inseridos num habitat rural periférico. (George, 1975)¹².

Para Ribeiro Telles (1995)¹³, “ *a cidade nasceu da agricultura e da necessidade de defesa de bens e populações. A urbe histórica, circunscrita a lugares estratégicos, situada no alto da colina, encostada ao rio e ao mar, cercada de muralhas, dominava um território de que dependia. Campo e cidade eram objectos diferentes mas complementares de um mesmo sistema. «Urbe» e «ager» constituíam um todo*”.

Salgueiro (1999)¹⁴, considera “*as áreas suburbanas de entidades urbanas individualizadas, tocam-se e interpenetram-se, constituindo-se então o que se chama conurbação*”. Apesar das transformações, a consideração de equipamento funcional como critério para individualização dos núcleos urbanos, exige também um limiar. Como exemplo, uma escola primária, hoje não é sinal urbano, mas uma universidade é, apanágio das cidades.

O período de maior urbanização ocorreu entre as décadas de cinquenta e de setenta, com particular relevo para a década de sessenta que, em paralelo, viu progredir significativamente a industrialização nos grandes centros urbanos e respectivas áreas envolventes.

Maia (2003)¹⁵, fala da questão laboral, “ *trazida na busca de oportunidades de vida fora dos espaços periféricos e ruralizados, foi o móvel para este imparável crescimento urbano que, em simultâneo, teve o efeito perverso de alimentar estes dois mundos ou realidades geoeconómicas de características distintas, sobretudo assimétricas*”. Nas décadas de cinquenta e setenta, a grande maioria dos trabalhadores assalariados, pagos com baixos salários, saíram com destino às cidades e zonas industrializadas à procura de melhores condições de vida.

Estas diferenças, de cidade e de campo, como de oposição da indústria à agricultura, enfatizou regiões assimétricas e divididas.

¹² GEORGE, Pierre (1975) – *População e Povoamento*. Livraria Bertrand. Amadora.

¹³ RIBEIRO TELLES, G. (1995) – *Doutoramento “Honoris Causa”*. Universidade de Évora. Évora.

¹⁴ SALGUEIRO, Teresa Barata (1999) – *A Cidade em Portugal: Uma Geografia Urbana*. Edições Afrontamento. Porto.

¹⁵ MAIA, Rui Costa (2003) – *O Sentido das Diferenças*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

De acordo com Ribeiro Telles (1995)¹⁶, “ ... em termos ecológicos, devemos partir do princípio de que a cidade e o campo são fases diferentes de um mesmo sistema: uma não pode viver sem a outra”. Houve uma evolução e por sua vez uma mudança e segundo Ribeiro Telles (1995)¹⁷, “ A cidade pontual deu origem à cidade região. A cidade é hoje uma região com variadíssimos aspectos, desde centros históricos às expansões urbanas de diferentes épocas... aos espaços verdes”:

Para Maia (2003)¹⁸, “no balanço entre espaços rurais estagnados e espaços urbanos dinâmicos, estes últimos criaram condições para receber mão-de-obra proveniente dos primeiros”.

10.1 - CONCEITO DE COMUNIDADE RURAL

Havendo uma base de trabalho social, uma auto-suficiência, instituições que são necessárias à vida do grupo, estão reunidas condições para se avançar com o conceito de comunidade rural.

Ferrinho (1978)¹⁹, define-a como “ uma pluralidade de pessoas com uma cultura comum que lhes dá o forte sentimento de pertencerem a um grupo bem definido, perfeitamente individualizado onde os interesses colectivos se identificam com os interesses individuais, dos seus membros de uma maneira geral”. A relação e contínua interacção homem - natureza está implementada no ambiente essencialmente caracterizada por uma paisagem humanizada pela actividade agrícola e pecuária.

Ainda para Ferrinho (1978)²⁰ “ desta interacção homem – natureza resulta uma humanidade caracterizada por uma filosofia de vida, uma personalidade típica e acentuadamente diferentes das dos meios urbanos”.

De um modo geral a população rural está geograficamente repartida por pequenos grupos de fogos ou isolados e por grupos mais ou menos estruturados.

¹⁶ RIBEIRO TELLES, G. (1995) – *Um novo conceito de cidade: a paisagem global*. Contemporânea Editora. Câmara Municipal de Matosinhos.

¹⁷ Idem.

¹⁸ MAIA, Rui Costa (2003) – *O Sentido das Diferenças*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

¹⁹ FERRINHO, Homero (1978) – *Cooperativas e Desenvolvimento Rural*. Clássica Editora. Lisboa.

²⁰ Idem

No primeiro caso George (1975)²¹, refere que *“foi durante muito tempo considerado como a forma óptima de relação entre a domiciliação da família camponesa e as suas terras de exploração”*. O trabalho torna-se minucioso em volta da casa e por vezes existe a reunião de terras cultivadas muito próximas e um regime de herança que evita a fragmentação.

No segundo caso, constituído por grupos de fogos mais ou menos estruturados, tem o interesse de oferecer um modo de vida em aldeias ou vilas.

George (1975)²², define que *“é a forma elementar de organização das sociedades rurais, responde às necessidades fundamentais e identificáveis com a acção do grupo, que inclui, em função das actividades agrícolas de base, arroteamento, pastoreio, defesa e colheita dos produtos de cultura e protecção contra as agressões vindas do exterior”*. Os perigos de uma dinâmica de industrialização e urbanização começam a adquirir os seus contornos em meio rural.

Mas a filosofia de vida em grupos estruturados, continua a ser referida por George (1975)²³ *“as atitudes das populações relativamente a estas necessidades, as estruturas dos grupos e as relações económicas e sociais são muito diferentes, mas conduzem mais ou menos ao mesmo resultado”*.

A fronteira da sociabilidade do espaço rural está mais fragilizada pela tendência do aumento do investimento da agricultura e igualmente no plano de ligação ao espaço local das populações dos campos.

Pinto (2000)²⁴, considera que, *“sobre um fundo de transformações nos sistemas de hábitos das classes camponesas e através de toda a espécie de contactos e de mediadores privilegiados entre os espaços rural e urbano, sempre se assistiu a uma penetração das culturas locais por elementos da grande tradição essencialmente urbana”*. Causas de natureza diversa e em particular a evolução do processo histórico de desenvolvimento levam que os centros mais importantes fiquem localizados no litoral.

²¹ GEORGE, Pierre (1975) – *População e Povoamento*. Livraria Bertrand. Amadora.

²² GEORGE, Pierre (1975) – *População e Povoamento*. Livraria Bertrand. Amadora.

²³ Idem.

²⁴ PINTO, José Madureira (2000) – *Estruturas Locais e Práticas Simbólicas – Ideologias nos Campos*. Edições Afrontamento. Porto.

10.2 - ESPAÇO URBANO

Todo o espaço explorado, habitado, traduz a marca das actividades humanas que nele se desenvolvem. Na cidade, onde se concentra um grande número de pessoas e de actividades interdependentes, esse espaço é caracterizado por um conjunto de relações sociais que associam os homens entre si e permite-lhes, transformar colectivamente o meio natural.

Costa (1997)²⁵ afirma que, “*os limites do lugar, que são dados pelas relações que o homem estabelece com o meio e os domínios territoriais – que constituem as relações de limitação que estabelece com o ambiente que o rodeia – são definidos pelos percursos*”. É com eles que se adquire a noção de limitação e se definem os domínios territoriais.

A localização dos grupos sociais, dos equipamentos ou das instâncias de decisão não se fazem ao acaso e a configuração espacial de uma cidade, fornece elementos úteis para o estudo da organização social.

O espaço urbano constitui um meio específico, feito de pessoas e de coisas reunidas e distribuídas segundo uma certa ordem. Modifica-se sob o efeito das acções humanas. Este meio deve ser activo e estar presente no desenvolvimento dos fenómenos sociais.

10.3 - AS PESSOAS E OS LUGARES

Do ponto de vista da composição social, existem na cidade «bairros» mais tipificados que outros. A construção dessa tipologia de bairro urbano, combina em proporções variáveis com os estatutos socioprofissionais, situações familiares ou até por uma questão de escala, conforme se considerar a zona urbana.

²⁵ COSTA, Ana C. (1997) – *Espaço, Significado e Vivências*. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana. Universidade de Évora. (Policop.). Évora.

Para Grafmeyer (1994)²⁶, afirma que é “ *uma questão de relações entre os meios locais. Se ainda podemos falar de bairros «operários» ou «burgueses», não é somente em razão da preponderância propriamente numérica de um grupo social particular. É também em razão da marca que este grupo imprime à imagem do lugar e do controlo que os seus membros exercem sobre as sociabilidades locais, sobre os modos de vida e às vezes sobre os próprios processos de povoamento*”. O tipo de alojamento induz efeitos, tanto sobre a organização do espaço doméstico como sobre as relações de vizinhança. O meio residencial colectivo impõe formas específicas de utilização de espaços e partes comuns.

Costa (1997)²⁷ refere que, “ *as relações emocionais que o homem estabelece com o seu meio ambiente dependem, assim, das três variáveis, sendo qualquer delas determinantes na relação que o homem estabelece com o seu ambiente construído, da informação sensorial obtida do mundo exterior, informação que é transformada consoante a cultura em que cada um se insere*”. O tipo de alojamento, tal como o tipo de ambiente local, pode traduzir sistemas de posições identificados com cada categoria social.

Rapoport (1977)²⁸ afirma, “ *temos visto que os processos de agrupamento social produzem-se na cidade como resposta à tensão social, à aglomeração, ao stress, às diferenças nos estilos de vida, etc. (...) os bairros são um tipo particular de agrupamento social. Tendem a ser pequenos e a constituírem-se como enclaves intermédios*”. Por vezes no interior de bairros residenciais ainda se podem manifestar, diferenças nos imóveis antigos e os construídos recentemente. A estrutura arquitectónica dos imóveis recentes é mais repetitiva.

Outro aspecto importante e a considerar, foi o progresso das grandes urbanizações.

²⁶ GRAFMEYER, Yves (1994) – *Sociologia Urbana*. Publicações Europa - América. Mem Martins.

²⁷ COSTA, Ana C. (1997) – *Espaço, Significado e Vivências*. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana. Universidade de Évora. (Policop.). Évora.

²⁸ RAPOPORT, Amos (1977) – *Aspectos Humanos de la Forma Urbana*. Editorial Gustavo Gil. Barcelona.

Salgueiro (1999)²⁹ considera que, “em consequência do crescimento não regulado, as principais zonas urbanas cresceram desde os anos 60 de forma anárquica, assistindo-se ao abaixamento da qualidade de vida dos indivíduos e à degradação do ambiente. A instalação de grandes volumes de residentes sem a correspondente contrapartida nos equipamentos e serviços levou ao aumento das situações de carência e à saturação das infra-estruturas cujo dimensionamento não previa os coeficientes de utilização a que foram sujeitos”.

Os problemas ligados com o ordenamento do território rapidamente aumentaram, levando à revisão de processos de planeamento, mais adequados às novas realidades.

Para Guichard (1995)³⁰, “o viver na cidade e mais ainda na grande cidade, acelera a deslocação dos antigos núcleos de unidade, familiares e sociais. Gerações, casais, sexos, pessoas passam a ser cada vez mais autónomos uns dos outros. Os valores e as hierarquias herdadas parecem demasiado inoperantes, porque desajustados ao meio ambiente urbano, aos seus ritmos sincopados e a esta individualização crescente do destino de cada um”.

Ainda para Guichard (1995)³¹, afirma que em Portugal “cerca de dois terços de população urbana ou pelo menos de população cuja vida diária será organizada de maneira quase exclusiva pelas cidades”.

Com o desenvolvimento das sociedades urbanas, aumenta o risco de alterar a relação entre os sistemas urbanos e os ecossistemas. Para Mela (1999)³² “a cidade é vulnerável perante a crise do seu ambiente natural, dado que esta comporta o esgotamento dos recursos e a alteração das condições para a reprodução das próprias sociedades urbanas”.

²⁹ SALGUEIRO, Teresa Barata (1999) – *A Cidade em Portugal: Uma Geografia Urbana*. Edições Afrontamento. Porto.

³⁰ GUICHARD, François (1995) – *A Grande Viragem do Presente e Suas Consequências: de Portugal Rural para Portugal Urbano*. In *População e Sociedade*; nº1; CEPFAM. Universidade do Porto. Porto.

³¹ Idem.

³² MELA, Alfredo (1999) – *A Sociologia das cidades*. Editorial Estampa. 1ª Edição. Lisboa.

Capítulo 4

Contexto Histórico Biocultural e Geográfico de Setúbal e Grândola

11 – SETÚBAL - CONTEXTO BIOCULTURAL E GEOGRÁFICO

O núcleo urbano de Setúbal é objecto de ocupação desde a Idade do Ferro e conheceu particular incremento durante a época Romana.

Foram descobertos numerosos vestígios do centro industrial romano existentes nas duas margens do estuário do Sado, designadamente uma ânfora intacta cheia de moedas.

Após a queda do Império Romano do ocidente, deu-se a decadência desse centro urbano e industrial e até o abandono do lugar, que terá sido inundado progressivamente pelas areias do Sado.

Só com a reconquista definitiva de Palmela e Alcácer do Sal aos Muros, no início do Séc. XIII e o estabelecimento na região, da Ordem de Santiago, o território que é hoje Setúbal voltará a ser ocupado por uma população que se dedicou principalmente às actividades piscatórias e de exploração e comércio de sal.

A primeira carta Foral, concedida aos moradores de Setúbal, está datada de 1249.(Pereira, 1993)¹.

Um século depois, foi construída a primeira cintura de muralhas que rodeou a então Vila. Limitavam a muralha, a Nascente e a Norte a ribeira do Livramento, a Poente a ribeira de Palhais e a Sul a praia.

No Séc. XVIII, a freguesia mais populosa da então Vila de Setúbal, era a de São Sebastião. Ao longo do Séc. XIX, o desenvolvimento económico e social transformou a Vila num dos mais importantes centros comerciais do país, pelo que foi elevada a cidade em 1860.

Para Vieira da Silva (1990)², os argumentos invocados na carta régia de D. Pedro V de 23 de Julho de 1860, são os de que “ *Setúbal goza naturalmente da primazia de ser uma povoação de extrema importância, não só pela sua grande população e excelente posição topográfica, mas também pelo movimento comercial e uma considerável exportação de géneros e produtos agrícolas*”.

¹ PEREIRA, Fernando A. Baptista (1993) – *Monografia da Cidade de Setúbal*. Biblioteca Municipal de Setúbal.

² VIEIRA da SILVA, José C. (1990) – *Setúbal, Cidades e Vilas de Portugal*. Editorial Presença, Lisboa.

A povoação foi construída de acordo com as necessidades de então, sem esquecer a divisão social que então se perfilhava. Setúbal ainda no princípio do Séc. XIX, não passava de um aglomerado de pequenos núcleos primitivamente separados. No centro a urbe principal, cercada pela primitiva cerca, onde residia a burguesia mais abastada; a Oeste residência de pecadores; a Este os agrupamentos de diversa origem histórica e etnográfica, onde habitavam os pescadores artesanais vindos do Norte do país, trabalhadores das salinas e dos campos, entre outras profissões menos qualificadas. (Pereira, 1993)³

É capital de distrito desde 1926 e tem 91 319 habitantes. O concelho mede 171 Km² e tem oito freguesias, totalizando 113 937 habitantes. (2004)⁴ .

11.1 - FREGUESIA DE SÃO JULIÃO

Situada no centro da cidade e nasceu no ano de 1553, por divisão administrativa de outra freguesia. Esta freguesia alberga grande parte do centro histórico da cidade e uma das mais importantes áreas comerciais.

O centro do comércio era o Sapal e a rua dos Ourives, perto da ribeira, que conduzia os transeuntes ao Largo da Misericórdia, local onde os trabalhadores se encontravam diariamente, esperando que os patrões os viessem contratar para as suas terras ou oficinas. Este largo era o núcleo do mundo do trabalho e da beneficência, encontrando-se entre o centro do grande comércio e a Igreja Matriz, onde todos assistiam às cerimónias religiosas. Aqui esteve instalado o hospital da Santa Casa da Misericórdia. Até ao ano de 1893. (Quintas, 1993)⁵.

Numa tentativa de perceber o porquê da escolha de São Julião como orago de uma das mais antigas freguesias de Setúbal, procuraram-se localidades a quem o nome de São Julião estivesse ligado e, em todas elas existe uma relação mais ou menos profunda com o mar e com a pesca.

³ PEREIRA, Fernando A. Baptista (1993) – *Monografia da Cidade de Setúbal* – Biblioteca Municipal de Setúbal.

⁴ A ENCICLOPÉDIA (2004) – Editorial Verbo.

⁵ QUINTAS, Maria Conceição (1993) – *Monografia da Freguesia de São Julião - Evolução histórica* – Junta de Freguesia de S. Julião, Setúbal.

Segundo Quintas (1993), aquela que muitos documentos levam a considerar “*como a mais antiga freguesia de Setúbal, formou-se em torno da Igreja de S. Julião, núcleo de um grupo devocional, dinamizador de celebrações populares de carácter originalmente religioso*”. Ainda para o mesmo autor, “*não admira que em S. Julião como no resto do País, as noções de paróquia e de freguesia, embora com significados diferentes, quase se diluem na hodierna abordagem de uma e de outra expressão*”.

Zona de serviços por excelência, S. Julião comporta no seu seio a maioria dos monumentos da cidade de Setúbal e o espaço destinado à residência da maior parte dos elementos humanos pertencentes ao estrato social mais elevado do concelho. De 3 409 habitantes no ano de 1864, a 15 006 em 1981 e 17 070 em 2001, com uma área territorial de 4 Km², fez uma evolução populacional própria das freguesias urbanas do centro, expandindo-se apenas em direcção ao rio e às quintas.

11.2 – FREGUESIA DE SÃO SEBASTIÃO

Esta freguesia foi criada em 14 de Março de 1553, por “*Carta de Desmembração e separação e nova criação de Igrejas Matrizes*”, dada pelo Arcebispo de Lisboa D. Fernando de Vasconcelos, ficando constituída por trezentos e sessenta fogos espalhados pelos lugares de Palhais, Fumeiros, Hortas e ainda por diversas ruas, que se situavam dentro do perímetro amuralhado medieval, entre o Postigo do Ouvidor e a Porta da Vila. A nova freguesia era a que menos número de fogos integrava. Poucos séculos depois tornou-se a mais populosa, centrando hoje cerca de metade dos habitantes do concelho. (Pereira, 1993)⁶.

Se em 1582, na mais antiga planta conhecida de Setúbal, a expressão urbana do arrabalde de Palhais se reduzia, praticamente, à linha de casas que ainda hoje define o sector mais antigo da barreira ribeirinha das Fontainhas e as duas mais antigas ruas do Bairro de São Sebastião.

O Séc. XX é marcado pela maior explosão humana, jamais conhecida na cidade que afecta, sobretudo, a área da freguesia de São Sebastião: acompanhando a expansão dos complexos industriais conserveiros, surgem nos anos vinte os Bairros da

⁶ PEREIRA, Fernando A. Baptista (1993) – *Monografia da Cidade de Setúbal* – Biblioteca Municipal de Setúbal.

Monarquina e o de Santos Nicolau, bem como outros núcleos na zona ribeirinha, prolongando o tradicional crescimento; os anos quarenta vêem nascer o Bairro da Conceição, principalmente dedicado ao funcionalismo e o Bairro Carmona.

A decadência económica das décadas de 40/50 foi responsável por um período relativamente estacionário no crescimento urbano. Mas o movimento de diversificação e expansão industrial, iniciado nos inícios dos anos 60 e continuado até ao começo da década de 70, suscitará novo movimento de expansão urbana, cobrindo diferentes estratos sócios económicos.(1990)⁷.

Para Vieira da Silva (1990)⁸, a partir da década de 60, *“as condições de Setúbal, entre as quais a proximidade de Lisboa e a facilidade das comunicações, atraem a grande indústria. Instalam-se um conjunto de unidades fabris que alteram o viver pacato da urbe. Atraída pela abundância de postos de trabalho, mão-de-obra numerosa para ela converge, proveniente do Alentejo. A cidade, elevada a grande centro industrial, explode literalmente, com esta afluência súbita”*. Crescem os bairros habitacionais, de modo indisciplinado, em todas as direcções. Os terrenos mais cobiçados são as quintas e os laranjais que haviam dado fama à cidade.

A freguesia apresenta uma área territorial de 21 Km² e 52 814 habitantes.

⁷ GRANDE ENCICLOPEDIA PORTUGUESA E BRASILEIRA (1990) – Editorial Enciclopédia, Lda Lisboa

⁸ VIEIRA da SILVA, José C. (1990) – *Setúbal, Cidades e Vilas de Portugal*. Editorial Presença, Lisboa.

12 – GRÂNDOLA - CONTEXTO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO-ADMINISTRATIVO

Grândola beneficiou de foral régio de D. João II, desde de 22 de Outubro de 1544, a pedido de D. Jorge de Lencastre. Devido à sua localização geográfica e à sua inserção numa zona pouco fértil e populosa, o território do actual concelho de Grândola nunca foi, nem na Idade Média nem posteriormente, local de passagem ou estadia das comitivas reais.

Como antecedente histórico, Silva (1991)⁹, refere que, *“quando nos reportamos aos primórdios do século XVI e constatamos o relativo isolamento dos seus habitantes, fácil nos é admitir que a visita de uma comitiva de grandes senhores, teria nesses habitantes um impacto perdurável”*.

Está hoje suficientemente provado que D. Jorge visitou oficialmente a comenda de Grândola em 1513. Mandou elaborar vários textos da visitação e assistiu a factos relevantes: a construção do palácio de D. Jorge; a construção de edifícios; a reconstrução da Igreja Matriz; o povoamento da Comenda; a concessão da carta da Vila.

A maioria da população sempre viveu um pouco dispersa por todo o concelho. A organização político-administrativa era idêntica a outros concelhos da época. A população sempre se dedicou à agricultura e pecuária, sendo de referir como actividades igualmente importantes, a moagem, a produção de vinho, a olaria, a tecelagem e a caça.

Segundo cadastro de 1492, Grândola era uma aldeia de cerca de 135 habitantes e outros 810 em lugares afastados. Em 1527, a sua população teria crescido para 1103 pessoas.

Em 1554, Grândola tornou-se vila e passaram a integrar a região, além da freguesia de Grândola, as freguesias de Azinheira de Barros e S. Mamede do Sadão e Santa Margarida da Serra.

⁹ SILVA, Germesindo (1991) – *O Mestre de Sant'Iago D. Jorge e as visitações ao lugar de Grandolla*, Câmara Municipal de Grândola.

Em 1890, Grândola tornou-se Comarca e foi-lhe atribuída a freguesia de Melides, que integrava também no seu território Carvalhal e Tróia, registando assim uma nova delimitação territorial e administrativa.

Em termos económicos, a agricultura conseguiu prevalecer, mas outras actividades marcavam presença tais como a indústria da cortiça e a exploração mineira em Canal Caveira (1863) e Lousal (1900). Estes factores foram causadores do grande crescimento económico e demográfico que se registou no concelho na transição do século XVIII para o século XIX, prolongando-se até ao século XX.

O concelho de Grândola, situa-se no Baixo Alentejo, a Sul no Distrito de Setúbal, limitado a Norte pelos concelhos de Setúbal e Alcácer do Sal, a Sul pelo concelho de Santiago do Cacém. Tem uma superfície de 805,4 km², 14901 habitantes (2001), sendo o número de idosos (65 anos e mais) de 3614, uma taxa bruta de natalidade de 9,32% (1999-2000); uma taxa bruta de mortalidade de 14,06% (1999-2000); um índice de envelhecimento demográfico de 200,2% (2001)¹⁰.

12.1 – DINÂMICA POPULACIONAL DE UM CONCELHO

Fenómenos internos de um concelho do litoral, com as suas características de um tipo de desenvolvimento, profundamente marcado pela actividade agrícola, tem vindo a sofrer a passagem para uma dinâmica mais equilibrada entre os seus sectores, em que a indústria e o turismo assumem papéis determinantes.

O abandono dos campos, continua a representar um obstáculo ao desenvolvimento integrado, provocando assim a desertificação. A população do concelho, concentra-se na Vila de Grândola.

Na década de 50, iniciou-se um processo de desenvolvimento que privilegiava o sector industrial. Para Chainho (1997)¹¹ " *o desenvolvimento industrial teve uma dupla acção na agricultura: inicialmente o processo combateu situações de desemprego nos*

¹⁰ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2003) – Série de Estudos. Lisboa.

¹¹ CHAÍNHO, António Gamito (1997) – *Ruralidades*. Câmara Municipal de Grândola

campos, mas numa segunda fase, devido à atractividade que os centros urbanos exerciam sobre os trabalhadores agrícolas, promoveu a completa desertificação do mundo rural”.

Os campos do Alentejo, nomeadamente os do Concelho de Grândola debateram-se com um problema de natureza demográfica: a emigração.

Ainda para Chaínho (1997)¹², *”a condição humana é assim fruto de limitações que o meio impôs, o engenho não superou e o camponês sofreu com o fatalismo que o levaria, através da história, a buscar na emigração uma alternativa de sustento”.*

12.2 – A MUDANÇA DA ESTRUTURA PRODUTIVA

O sector primário dominou em toda a história do concelho e nas duas últimas décadas tem vindo a sofrer um processo de profunda ruptura das suas estruturas de uma forma irreversível.

De acordo com Rodrigues (1993)¹³, *”o abandono a que são votadas as regiões interiores (predominantemente agrícolas), resultam da pobreza no espaço rural, em consequência do modelo de crescimento económico....É neste contexto de mudança, em economia aberta e mundializada (onde o local integra a região e esta a Comunidade), que o sector terciário se assume, como o mais determinante no concelho, operando grandes transformações na ocupação espacial e do tempo e por consequência, nos modos de vida das pessoas”.*

O papel da agricultura foi provavelmente um dos aspectos da expansão económica mais tardiamente compreendidos e menos acarinhados. E neste processo, o factor humano é, sem dúvida o fundamental.

Segundo Silva (1997)¹⁴, *“até meados do século XX, a agricultura constituiu com a pecuária, a mais importante das actividades económicas da Freguesia. Se o nível de rendimento conseguido através dessa actividade não era famoso, isso não obstou a que ela assumisse uma grande importância. Pois era através da agricultura que se*

¹² CHAÍNHO, António Gamito (1997) – *Ruralidades*. Câmara Municipal de Grândola.

¹³ RODRIGUES, Fernanda, STOER, Stephen, (1993) – *Acção Local e Mudança Social em Portugal*, Edições Fim de Século, Lisboa.

¹⁴ SILVA, Germesindo (1997) – *A Freguesia de Santa Margarida da Serra*, do Concelho de Grândola. Edição do autor. 1ª Edição. Lisboa.

conseguia obter o pão e muitos dos alimentos que eram consumidos. Era ela, com o seu calendário próprio, que regulava e condicionava a organização do tempo e a ocupação dos habitantes”.

A decadência da grande propriedade tradicional, deu lugar a um sistema fundiário heterogéneo, com a formação de uma classe rural pouco sucedida, dando origem ao aparecimento de outras actividades de economia familiar.

Para Chainho (1997)¹⁵ *”torna-se evidente que o concelho caminha para uma terciarização, fundamentalmente à custa de um grande sacrifício do sector primário. Tendo em conta que este sector apenas possuía população muito carente de formação escolar, é de crer, que o fenómeno não resultou de uma transferência de população, mas de natureza demográfica”.*

O sector agrícola perdeu muita população, não só dando ao abandono das terras, mas também ao envelhecimento que a população agrícola sempre possuiu. Ainda para Chainho (1997)¹⁶, *”o sector terciário emerge, com uma população mais bem formada, não só do ponto de vista educacional, mas também de qualificação profissional. É de crer que a terciarização do concelho, tenha por base uma população activa jovem...ainda é o sector primário que alimenta as indústrias e a construção civil, na medida em que se trata de actividades pouco exigentes em matéria de qualificação....O sector terciário assume os maiores valores na freguesia de Grândola... e o sector primário aparece extraordinariamente representado na quase totalidade das restantes freguesias, chegando a apresentar valores superiores a 50% (Santa Margarida da Serra)”.*

As transformações sociais e económicas verificadas, marcaram muito um concelho tradicionalmente rural, que foi caracterizado por dois modos de reprodução das famílias rurais: intensificação máxima das produções agrícolas e rendimentos salariais complementados fora da agricultura. Deste modo se justifica nas duas últimas décadas transferências ao nível da estrutura produtiva. A agricultura enquanto componente ainda relevante da vida económica do concelho, tem vindo a ser afectada, pelos seguintes factores:

- Envelhecimento da população activa agrícola.
- Crescente abandono dos campos com aptidão agrícola.

¹⁵ CHAINHO, António Gamito (1997) – *Em Procura de um Projecto de Desenvolvimento Local*, Câmara Municipal de Grândola, 1ª Edição.

¹⁶ Idem.

- Tendência para o abandono de algumas produções tradicionais importantes para a economia local.
- Abandono da pastorícia com subaproveitamento das extensas áreas vocacionadas para a pastagem.
- Degradação florestal, associada fundamentalmente ao envelhecimento do montado de sobreiro.
- Limitações na procura de algumas produções agrícolas (cereais e tabaco).
- Deficiente sistema de armazenamento, distribuição e comercialização dos produtos agrícolas, de maior impacto na economia doméstica (melancia, citrinos e hortícolas).
- Deficiência na estrutura de gestão da terra e conseqüente acréscimo do desemprego agrícola (nomeadamente o feminino).
-

A pluriactividade no concelho é um fenómeno implantado e que tem contribuído para a construção social de uma nova ruralidade. O trabalho efectuado pelo próprio produtor individual, ou por elementos do seu agregado familiar, variam de acordo com a dimensão da exploração, tendo uma maior frequência nas de menor dimensão. O urbano e o rural são cada vez menos dois espaços estanques e o que conta e assume significativa importância nos novos tempos, é a nova realidade rural e a sociedade dela emergente. (Chainho, 1997)¹⁷.

¹⁷ CHAINHO, António Gamito (1997) – *Em Procura de um Projecto de Desenvolvimento Local*, Câmara Municipal de Grândola, 1ª Edição.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 5

Trabalho Empírico e Metodologia

13 - HIPÓTESES

Tendo em conta o objectivo inicialmente proposto, formularam-se as seguintes hipóteses:

13.1 – EM MEIO URBANO

H1 – Os homens idosos têm melhor Qualidade de Vida, que as mulheres.

H2 – Os idosos mais novos têm melhor Qualidade de Vida.

H3 – Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos com diferente estado civil.

H4 – Os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos analfabetos.

H5 – Os idosos cuja reforma não é pensão, têm melhor Qualidade de Vida que os idosos pensionistas.

H6 – Os idosos que residem em habitação própria, têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que residem em casa de familiar ou lar.

H7 – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de urgência, têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.

H8 – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de doença, têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.

H9 – Os idosos que têm melhor situação económica, têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com maiores dificuldades económicas.

13.2 – EM MEIO RURAL

H1a – Os homens idosos têm melhor Qualidade de Vida, que as mulheres.

H2a – Os idosos mais novos têm melhor Qualidade de Vida.

H3a – Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos com diferente estado civil.

H4a – Os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos analfabetos.

H5a – Os idosos cuja reforma não é pensão, têm melhor Qualidade de Vida que os idosos pensionistas.

H6a – Os idosos que residem em habitação própria, têm melhor Qualidade de Vida que os Idosos que residem em casa de familiar ou lar.

H7a – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de urgência, têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.

H8a – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de doença, têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.

H9a – Os idosos que têm melhor situação económica, têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com maiores dificuldades económicas.

14 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

Para a realização deste estudo seleccionaram-se as seguintes variáveis.

14.1 – VARIÁVEL DEPENDENTE

Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e meio rural

Indicadores para medir a variável dependente

Isolamento / Comunicação Afectiva e Social

- Sem comunicação (0)
- Comunicação centrada no domicílio (2)
- Comunicação centrada na envolvente habitacional (5)
- Comunicação alargada ao mundo exterior (7)

Mobilidade

- Sem mobilidade (0)
- Mobilidade com ajuda de outros (2)
- Mobilidade através de ajudas técnicas (4)
- Mobilidade sem ajuda (7)

Actividades da Vida Diária

- Sem actividades (0)
- Actividades com ajuda de outros (2)
- Actividades através de ajudas técnicas (5)
- Actividades sem ajuda (7)

Actividade Ocupacional

- Sem actividade (1)
- Com actividade esporádica (4)
- Com actividade regular (6)
- Actividade ocupacional remunerada (1)

Actividade Lúdica

- Sem actividades (0)
- Com actividade regular (5)
- Com actividade que dê resposta aos seus anseios (7)

Relação Familiar

- Sem relação familiar (1)
- Com participação familiar (4)
- Com integração familiar funcional (8)

Recursos Económicos

- Insuficientes (1)
- Suficientes para as necessidades básicas (4)
- Para além das necessidades básicas (7)

14.2 – VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Explicativas Biológicas

- Idade
- Sexo

Explicativas Sociais

- Estado civil
- Escolaridade
- Tipo de reforma
- Auxílio em situação de urgência
- Auxílio em situação de doença

Explicativa geográfica

- local de habitação

Explicativa Económica

- Situação económica

15 - ESTRATÉGIAS METOLÓGICAS

15.1 – OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O interesse científico deste trabalho visa:

- Avaliar e comparar a qualidade de vida do idoso em meio urbano e meio rural
- Comparar resultados, na perspectiva da ecologia humana e em particular no meio urbano e meio rural.
- Reflectir sobre as relações entre as pessoas idosas, o meio ambiente e as ajudas no processo de envelhecimento humano.
- Conhecer e analisar a relação dos factores na Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e em meio rural.

15.2 – PLANO DE INVESTIGAÇÃO

Ao desenhar-se o plano de investigação, deparou-se com alguns problemas de natureza metodológica, os quais decorreram sobretudo, do facto de o objecto do estudo ser o *Ser Humano*, com a sua riqueza e dinamismo, mas também com as suas limitações, sobretudo nas actividades da vida diária, relação com as transformações socio-económicas, familiares e culturais do meio.

Na avaliação da Qualidade de Vida do Idoso, utilizaram-se instrumentos já aferidos em *estudo da qualidade de vida do idoso* (Ministério da Saúde, 1995)¹ e aplicado à população em geral.

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

Segundo Nazareth (1994)², “... a procura de uma melhor caracterização deste fenómeno, a determinação das causas e das consequências deste processo, a

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direcção Geral da Saúde, (1995) – Lisboa.

² NAZARETH, J. Manuel (1994) - *O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa*. Geriatria. Lisboa, 7:64 (Abril 1994) 5-17.

identificação de assimetrias espaciais importantes, o estabelecimento da cronologia do processo e da provável ligação com outro processo igualmente importante – a transição demográfica - , a determinação da existência de envelhecimentos diferenciados (por sexo, classe social, estado civil), a tentativa de encontrar soluções e de prever a evolução futura levaram a que numerosos investigadores, de todas as áreas científicas, se comesçassem a interessar pela problemática do envelhecimento”.

À Ecologia Humana interessa perceber as relações entre qualidade de vida do idoso em meio urbano e meio rural, numa ordem espacial e temporal, pelo que é imprescindível o estudo da população.

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, analítico e comparativo.

15.3 – AMOSTRA POPULACIONAL

Para a concretização desta investigação e para que a amostra a estudar contenha o maior numero de invariantes e à partida, possua um elevado grau de homogeneidade, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 65 anos.
- Residentes nas freguesias do meio urbano e do meio rural

As freguesias escolhidas para o estudo da população em meio urbano, foram as freguesias de S. Julião e de S. Sebastião, integradas no Concelho de Setúbal.

As freguesias escolhidas para o estudo da população em meio rural foram as freguesias de Azinheira de Barros, Carvalhal, Melides e Santa Margarida da Serra, integradas no Concelho de Grândola.

Ficou constituída uma amostra de 480 idosos, sendo 160 do meio urbano e 320 do meio rural. De acordo com os objectivos inicialmente propostos, optou-se por uma amostra de 80 idosos, por cada freguesia.

15.4 - PLANEAMENTO DA RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados para a efectivação do estudo, foi feita directamente através do formulário aplicado por entrevista estruturada e semi-estruturada, aos 80 idosos de cada freguesia.

Os momentos de recolha de dados foram programados no período de 2 de Janeiro de 2005 a 1 de Maio de 2005. A amostra é intencional ou de conveniência (ou não-probabilística) e de acordo com Moreira (1994)³, *“As amostras intencionais são, portanto, ideais quando se preparam guias de entrevista ou outros instrumentos de pesquisa. Os estudos exploratórios devem ser realizados com base numa grande variedade de informantes a fim de que os instrumentos metodológicos possam ser adequadamente testados”*.

No início de cada entrevista fornecia-se informação, sobre o tipo de estudo que se pretendia efectuar, assim como os objectivos do mesmo. A participação no estudo era voluntária, agradecendo a colaboração prestada, garantindo o anonimato e salvaguardando os princípios éticos inerentes a todo o processo de investigação (*Anexo 2*).

15.5 – INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para atingir os objectivos do estudo, optou-se pelo formulário como instrumento de pesquisa (que consta em *Anexo 3*) e era extensivo a todos os indivíduos da amostra, sem exigências de alfabetização.

Para Polit e Hungler (1995)⁴, existem ainda outras vantagens, *“... a taxa de respostas tende a ser elevada, abrange um número mais elevado de inquiridos... as entrevistas prestam-se menos a uma interpretação errónea por parte dos respondentes, devido à presença de entrevistador para determinar se as perguntas foram entendidas de maneira correcta ...”*.

³ MOREIRA, C. Diogo (1994) – *Planeamento de Estratégias da Investigação Social*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa. 229 p.

⁴ POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette (1995) – *Investigacion científica em ciências de la salud*. 2ª ed. Interamericana. México. 595 p.

As variáveis utilizadas para elaboração do formulário são fundamentadas no enquadramento teórico e na experiência profissional.

O formulário é constituído por 18 perguntas, distribuídas por 3 grupos distintos.

O 1º Grupo, constituído por Factores Pessoais:

- 1 - Sexo
- 2 - Idade
- 3 - Estado Civil
- 4 - Escolaridade
- 5 - Tipo de Reforma

O 2º Grupo, constituído por Factores Situacionais:

- 6 - Habitação
- 7 - Bens de Equipamento
- 8 - Apoio e Estruturas Sociais
- 9 - Auxílio em Caso de Urgência
- 10 - Auxílio em Caso de Doença
- 11 - Situação Económica

O 3º Grupo, constituído por Factores de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso:

12 - Isolamento / Comunicação Afectiva e Social

Isolamento – Ausência de comunicação.

Comunicação Afectiva – Relações afectivas que se estabelecem e desenvolvem entre o idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos.

Comunicação Social – Relações não afectivas com pessoas, lugares ou acontecimentos, quer por contacto directo quer através dos meios de comunicação social.

Domicílio – Local actual de residência.

Envolvente Habitacional – Ambiente arquitectónico e social que circunda o domicílio.

Mundo Exterior – Tudo o que fica para além da envolvente habitacional.

13 - Mobilidade

Mobilidade – Capacidade de mudança da posição corporal e de deslocação de um lado para outro.

Ajuda Técnica – Qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível, que previne, compensa, atenua ou neutraliza a incapacidade.

14 – Actividades da Vida Diária

Actividade da Vida Diária – Todas as acções quotidianas que são necessárias realizar para satisfazer as necessidades humanas básicas.

Necessidades Humanas Básicas – As necessidades vitais que são comuns a todos os seres humanos e que são essenciais à manutenção da vida e ao alcance do bem estar do individuo.

15 – Actividade Ocupacional

Actividade Ocupacional – Tarefas ou actividades de natureza profissional.

16 – Actividade Lúdica

Actividade Lúdica – Actividade cultural, recreativa ou de lazer que proporciona divertimento, distracção ou passatempo.

17 – Relação Familiar

Família – Conjunto de pessoas que coabitam, independentemente da existência de parentesco.

Relação Familiar – Relação afectiva e social entre o idoso e os elementos da família.

Participação Familiar – Ligação afectiva e social implicando relação de ajuda entre os elementos da família e o idoso.

Integração Familiar Funcional – Inserção do idoso num núcleo familiar da qual resultam laços familiares gratificantes.

18 – Recursos Económicos

Recursos Económicos Insuficientes – O quantitativo monetário mensal fixo não satisfaz facilmente as necessidades básicas.

Recursos Económicos Suficientes – O quantitativo monetário mensal fixo satisfaz facilmente as necessidades básicas.

15.6 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

A qualidade de vida do idoso é medida através do índice QVI, denominado também por TOTAL, obtido através da aplicação da grelha de avaliação. O índice QVI, oscila entre os 3 e 50, com média nos 29,8 e moda nos 30.

Considerou-se existir qualidade de vida, para valores iguais o superiores a 23. Tomou-se esse valor de referência, tendo em consideração

a) – o somatório das pontuações atribuídas às classes imediatamente a seguir à classe “base”, tomada como referência e onde já existe alguma atitude positiva, é de valor 23.

b) – a distribuição global do índice QVI faz com que o 1º quartil se situe abaixo dos 25, logo, muito próximo do valor atrás encontrado. Assim, considerou-se este 1º quartil de distribuição QVI, aquele que engloba os idosos com pior qualidade de vida.

Existe, consistência entre o valor 23, obtido pelo somatório da pontuação e da distribuição.

15.7 - PRÉ-TESTE

O instrumento de pesquisa foi testado numa população com características semelhantes à do estudo, num total de 30 idosos, sendo 10 do meio urbano e 20 do meio rural. Segundo Polit e Hungler (1995)⁵, o pré-teste de um questionário “*é um ensaio para precisar, na medida do possível, a sua clareza e adequação para a investigação. Permite ainda a exclusão de vícios, erros ou parcialidades e identifica as inadequações menos perceptíveis, bem como os problemas não previstos antes de se empreender o estudo*”.

⁵ POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette (1995) – *Investigacion científica em ciencias de la salud*. 2ª ed. Interamericana. México. 595 p.

Uma vez que não foram levantadas dúvidas e conseqüentemente não necessitou de alterações, o mesmo instrumento de pesquisa, foi considerado como teste apto a ser aplicado.

15.8 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados obtidos através da aplicação dos formulários, foram submetidos a análise quantitativa e qualitativa. Na análise quantitativa, estes foram sujeitos a tratamento informático, feito no programa de estatística “Statistica” (*Anexo 4*). Para a descrição e análise dos dados, foram usadas:

Distribuição de Frequência

- Frequência
- Frequência acumulada
- Percentagem
- Percentagem acumulada

Medidas de Tendência Central

- Média
- Mediana

Medidas de Dispersão

- Variância
- Desvio padrão

Teoria de Correlação

- Matriz de correlação (Pearson)

Estatística Não Paramétrica

- Teste de Hipóteses – Teste t de Student
- Mann-Whitney U Test

Tabelas de Contingência

Capítulo 6

Apresentação e Análise dos Dados

16 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS E DISCUSSÃO

A análise é feita na base dos resultados obtidos e serão apresentados em tabelas e quadros com populações e amostras diferentes.

Para uma melhor orientação serão abordadas as variáveis independentes e posteriormente, a variável dependente, que possibilitará testar as hipóteses formuladas.

16.1 - RESULTADOS OBTIDOS PELO ESTUDO DAS VARIÁVEIS

A amostra da população urbana é de 160 idosos, a média de idades é de 74,24 anos, a mediana de 73 e um desvio padrão de 6,86 anos.

A amostra da população rural é de 320 idosos, a média de idades é de 75,25 anos, a mediana de 74 e um desvio padrão de 7,59 anos.

Quadro 1: Estatística descritiva da amostra em meio urbano e meio rural

	Nº IDOSOS	MEDIA	MEDIANA	VARIÂNCIA	DESVIO PADRÃO
MEIO URBANO	160	74,24	73,00	47,03	6,86
MEIO RURAL	320	75,25	74,00	57,63	7,59

16.1.1 - Distribuição de Frequências

16.1.1.1 – Sexo

O sexo feminino representa 56,25% da população estudada em meio urbano, enquanto o sexo masculino representa 43,75%.

No meio rural, o sexo feminino representa 55,31% da população estudada e o sexo masculina representa 44,69%.

Tabela 1: População Estudada / Sexo

Nº de Idosos Sexo	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Masculino	70	43,75	143	44,69
Feminino	90	56,25	177	55,31
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.2 - Idade

Encontram-se como predominantes os grupos etários dos 65-69 anos e dos 70-74 anos, para ambos os meios.

No meio urbano o grupo etário dos 65-69 anos representa 29,38% e no meio rural 27,50 da amostra.

Os grupos etários menos significativos são dos 85-89 anos e dos 90-94 anos.

Tabela 2: População Estudada / Grupo Etário

Nº de Idosos Grupo Etário	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
65 – 69	47	29,38	88	27,50
70 – 74	46	28,75	81	25,32
75 – 79	32	20,00	64	20,00
80 – 84	17	10,62	43	13,43
85 – 89	15	9,38	2	8,43
90 - 94	3	1,87	17	5,32
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.3 – Estado Civil

Observa-se que o estado civil de casado/união de facto predomina em ambos os meios. No meio urbano representa 33,75% e no meio rural 43,75%.

O estado civil de viúvo, representa no meio urbano 32,50% e no meio rural 27,19% da amostra.

Tabela 3: População Estudada / Estado Civil

Nº de Idosos Estado Civil	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Viúvo	52	32,50	87	27,19
Divorciado / Separado	19	11,88	33	10,31
Solteiro	35	21,87	60	18,75
Casado / União de Facto	54	33,75	140	43,75
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.4 - Escolaridade

Existe na amostra do meio urbano, 26,25% dos idosos, que não sabem ler nem escrever, 28,75% têm instrução primária e apenas 1,88 % possui curso superior.

No meio rural, 33,44% dos idosos não sabem ler nem escrever, 30,63% têm instrução primária e 0,63% possui curso superior.

Tabela 4: População Estudada / Escolaridade

Nº de Idosos Escolaridade	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Não Sabe Ler, Nem Escre.	42	26,25	107	33,44
Sabe Ler e Escrever	53	33,12	102	31,87
Instrução Primária	46	28,75	98	30,63
C. Médio / Profissional	16	10,00	11	3,43
Curso Superior	3	1,88	2	0,63
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.5 - Tipo de Reforma

A tabela mostra que 63,23% dos idosos em meio urbano e 73,75% em meio rural possuem pensão social.

Tabela 5: População Estudada / Tipo de Reforma

Tipo de Reforma	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Pensão Social	101	63,23	236	73,75
Limite de Idade	59	36,87	84	26,25
Pensão do Cônjuge	0	0	0	0,00
Invalidez	0	0	0	0,00
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.6 - Habitação

Verifica-se que em meio urbano, 73,75% dos idosos residem na própria casa e 14,38% residem em lar.

Em meio rural, 75,00% dos idosos residem na própria casa e 17,50% residem em casa de familiar.

Tabela 6: População Estudada / Habitação

Habitação	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Em Lar	23	14,38	24	7,50
Em Casa de Familiar	19	11,87	56	17,50
Em Casa Própria	118	73,75	240	75,00
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.7 - Na Sua Casa Existe ...

Da análise do quadro, salienta-se que em meio urbano, 100% dos idosos possuem frigorífico, 96,30% possui máquina de lavar roupa, 98,80% tem televisão a cores, 99,40% possui aparelho de aquecimento eléctrico, 99,40% tem água canalizada, 99,40% tem esgotos ligados à rede pública e 83,10% tem degraus na habitação.

Em meio rural, destaca-se que 99,40% possui água canalizada, 33,10% tem telefone, 15,90% tem telemóvel, 71,30% tem esgotos ligados à rede pública e 24,40% tem degraus na habitação.

Quadro 2: Distribuição de alguns bens de equipamento na habitação segundo a população estudada

BENS DE EQUIPAMENTO	MEIO URBANO		MEIO RURAL	
	Fi	%	Fi	%
FRIGORIFICO	160	100,00	319	99,70
ARCA CONGELADORA	83	51,90	219	68,40
ASPIRADOR	125	78,10	149	46,60
MAQ. LAVAR ROUPA	154	96,30	259	80,90
MAQ. LAVAR LOUÇA	48	30,00	63	19,70
MAQ. SECAR ROUPA	66	41,30	73	22,80
TELEVISÃO CORES	158	98,80	299	93,40
TELEV. PRETO / BRANCO	3	1,90	27	8,40
VIDEOGRAVADOR	31	19,40	37	11,60
TELEFONE	116	72,50	106	33,10
TELEMÓVEL	24	15,00	51	15,90
APAR. AQUEC. ELECTRICO	159	99,40	263	82,20
APAR. AQUEC. / OUTRO	38	23,80	219	68,40
ÁGUA CANALIZADA	159	99,40	318	99,40
ESGOTOS LIG. REDE PÚBLICA	159	99,40	228	71,30
DEGRAUS NA HABITAÇÃO	133	83,10	78	24,40

16.1.1.8 – Perto da Casa Onde Vive, Existe ...

Da observação do quadro, salienta-se que em meio urbano, 100% dos idosos possuem electricidade pública, 100% têm transportes públicos perto de casa, 98,10% tem centro de saúde e 95,60% tem uma farmácia perto de casa.

Salienta-se que em meio rural, 100% dos idosos tem electricidade pública, 42,50% tem centro de saúde, 42,50% tem uma farmácia e 82,80% tem transportes públicos.

Quadro 3: Distribuição de apoio e estruturas sociais segundo a população estudada

APOIO; ESTRUTURAS SOCIAIS	MEIO URBANO		MEIO RURAL	
	Fi	%	Fi	%
UMA FARMÁCIA	153	95,60	136	42,50
UM MÉDICO	61	38,10	85	26,60
CORREIOS	108	67,50	66	20,60
ELECTRICIDADE PÚBLICA	160	100,00	320	100,00
TRANSPORTES PÚBLICOS	160	100,00	265	82,80
CENTRO SAÚDE / HOSPITAL	157	98,10	136	42,50
CENTRO DE DIA	107	66,90	181	56,60

16.1.1.9 – Auxílio em Situação de Urgência

Ao analisar-se a tabela, verifica-se que 62,50% dos idosos em meio urbano têm apoio de alguém vivendo junto e em condições de prestar ajuda. Mas 7,50% de idosos, em situação de urgência, não têm ninguém a quem recorrer de imediato.

Em meio rural, 71,88% dos idosos têm apoio de alguém vivendo junto e em condições de prestar ajuda e 9,68% não têm ninguém a quem recorrer de imediato.

Tabela 7: População Estudada / Auxílio em Situação de Urgência

Nº de Idosos Situação de Urgência	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Não Existe Ninguém	12	7,50	31	9,68
Existe Apoio Contactável	48	30,00	59	18,44
Existe Alguém Viv. Junto	100	62,50	230	71,88
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.10 - Auxílio em Situação de Doença

Pela análise da tabela, em meio urbano 58,75% dos idosos têm apoio de alguém vivendo junto e em condições de prestar ajuda diariamente, enquanto que 18,12 % não têm ninguém que possa dar apoio diariamente, em caso de doença.

No meio rural, 72,81% dos idosos têm apoio de alguém vivendo junto e em prestar ajuda diariamente, enquanto que 13,44% não têm ninguém que possa dar apoio diariamente, em caso de doença.

Tabela 8: População Estudada / Auxílio em Situação de Doença

Nº de Idosos Situação de Doença	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Não Existe Ninguém	29	18,12	43	13,44
Existe Apoio Alguém	37	23,13	44	13,75
Existe Apoio Viver Junto	94	58,75	233	72,81
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.11 – Situação Económica

Verifica-se que em meio urbano 66,25% dos idosos vivem com menos de 200 € / mês e 5,62 % vive com mais de 500 € / mês.

No meio rural, 75% dos idosos vivem com menos de 200 € / mês e 1,25% vive com mais de 500 € / mês.

Tabela 9: População Estudada / Situação Económica

Nº de Idosos Situa. Económica	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
< 200 € / mês	106	66,25	40	75,00
200 € a 300 € / mês	14	8,75	46	14,38
300 € a 500 € / mês	31	19,38	30	9,37
> 500 € / mês	9	5,62	4	1,25
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.12 - Isolamento / Comunicação Afectiva e Social

Ao analisar-se a tabela, constata-se que 67,50% dos idosos em meio urbano, têm comunicação alargada ao mundo exterior e 5,00% têm comunicação centrada no domicílio. No meio rural, predomina a comunicação alargada ao mundo exterior com 69,69% e 8,75% dos idosos têm comunicação centrada no domicílio.

Tabela 10: População Estudada / Isolamento; Comunicação Afectiva e Social

Nº de Idosos Isolamento	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Comunicação	0	0,00	1	0,31
Comum. Cent. Domicilio	8	5,00	28	8,75
Comum. Env. Habitacion.	44	27,50	68	21,25
Comu. Alargada Exterior	108	67,50	223	69,69
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.13 - Mobilidade

Pode-se verificar que no meio urbano 65,00% dos idosos possuem mobilidade sem ajuda e 2,50% têm mobilidade com ajuda de outros.

Em meio rural predomina a mobilidade sem ajuda, com 56,88%, seguida da mobilidade com ajudas técnicas, com 38,44%.

Tabela 11: População Estudada / Mobilidade

Nº de Idosos Mobilidade	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Mobilidade	0	0,00	0	0,00
Mobil. C. Ajuda Outros	4	2,50	15	4,68
Mobil. C. Ajudas Técnico.	52	32,50	123	38,44
Mobilidade Sem Ajuda	104	65,00	182	56,88
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.14 – Actividades da Vida Diária

Pela análise da tabela, 90,63 % dos idosos em meio urbano realizam as actividades da vida diária sem ajuda e 1,25% necessitam de ajuda de outros.

Em meio rural, 84,38% dos idosos realizam as actividades da vida diária sem ajudas e 13,12% necessitam de ajudas técnicas.

Tabela 12: População Estudada / Actividades da Vida Diária

Nº de Idosos Act. Vida Diária	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Actividade	0	0,00	0	0,00
Act. C. Ajuda de Outros	2	1,25	8	2,50
Act. Atr. Ajudas Técnicas	13	8,12	42	13,12
Actividade Sem Ajudas	145	90,63	270	84,38
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.15 – Actividade Ocupacional

Verifica-se que 70,00% dos idosos em meio urbano, não têm actividade ocupacional e apenas 6,87 % têm actividade ocupacional regular e remunerada.

Em meio rural, 71,88% dos idosos não tem actividade e 6,25% têm actividade ocupacional regular e remunerada.

Tabela 13: População Estudada / Actividade Ocupacional

Nº de Idosos Act. Ocupacional	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Actividade	112	70	230	71,88
Com Act. Esporádica	37	23,13	70	21,87
Com Act. Regular	11	6,87	20	6,25
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.16 - Actividade Lúdica

Pela análise da tabela, verifica-se que em meio urbano 70,63% dos idosos não têm actividade lúdica e apenas 0,62% têm actividade que dê resposta aos seus anseios.

No meio rural, 75,63% não têm actividade lúdica, 23,12% apresentam actividade regular e 1,25% têm actividade que dê resposta aos seus anseios.

Tabela 14: População Estudada / Actividade Lúdica

Nº de Idosos Actividade Lúdica	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Actividade	113	70,63	242	75,63
Com Actividade. Regular	46	28,75	74	23,12
Com Activ Resp. Anseios	1	0,62	4	1,25
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.17 – Relação Familiar

A tabela seguinte mostra que, 62,50% dos idosos em meio urbano, têm participação familiar e 18,75% não têm relação familiar. Destaca-se que 18,75% têm integração familiar funcional.

Em meio urbano, observa-se que, 42,82% dos idosos têm participação familiar e 20,93% não têm relação familiar.

Tabela 15: População Estudada / Relação Familiar

Nº de Idosos Relação Familiar	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Relação Familiar	30	18,75	67	20,93
Com Participação Familiar	100	62,50	137	42,82
Com Integ. Familiar Func.	30	18,75	116	36,25
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.18 – Recursos Económicos

Na tabela verifica-se que em meio urbano, 37,50% dos idosos têm recursos económicos insuficientes e 25,00% têm recursos económicos para além das necessidades básicas.

Em meio rural, 35,94% dos idosos têm recursos económicos insuficientes e 22,81% têm recursos económicos para além das necessidades básicas.

Tabela 16: População Estudada / Recursos Económicos

Nº de Idosos Recursos Económicos	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Insuficientes	60	37,50	115	35,94
Suf. P/ Nec. Básicas	60	37,50	132	41,25
Para Além Nec. Básicas	40	25,00	73	22,81
TOTAL	160	100,00	320	100,00

16.1.1.19 - Qualidade de Vida do Idoso

Tendo em conta o valor 23 e de acordo com os questionários aplicados, observa-se que, 78,75% dos idosos em meio urbano e meio rural têm qualidade de vida e 21,25% não têm qualidade de vida.

Tabela 17: População Estudada / Qualidade de Vida do Idoso

Nº de Idosos Qualid. Vida Idosos	Meio Urbano		Meio Rural	
	Fi	%	Fi	%
Sem Qual. Vida (< 23)	34	21,25	68	21,25
Com Qual. Vida (≥23)	126	78,75	252	78,75
TOTAL	160	100,00	320	100,00

17 - TESTE DE HIPÓTESES

Para o teste de hipóteses, seguiu-se a metodologia proposta por Reis (1996)⁶ e os 4 passos principais para fundamentar o teste:

1º Passo – Formulação das hipóteses – conforme refere Reis (1996)⁷ “...*A realização de um bom ensaio de hipóteses parte de uma correcta formulação das hipóteses, a qual se obtém pela análise do problema proposto, a maior parte das vezes através de elementos não estatísticos. De facto, é na natureza da questão que se deve encontrar o modo de formular as hipóteses... a formulação das hipóteses deve ser anterior à recolha da amostra, para que o procedimento não seja enviesado*”.

2º Passo – Fixação do nível de significância – no teste de hipóteses utiliza-se um nível de significância (α) de 5%, ou seja, 0.05 é a probabilidade admitida para que a decisão de rejeitar H_0 tenha sido errada.

3º Passo – Escolha da estatística a usar e estabelecimento da regra de decisão – nas hipóteses testadas o parâmetro que interessa é a média μ da população e segundo Reis (1996)⁸ “...*Se U tiver distribuição diferente da normal e se se tomar uma grande amostra então a distribuição de U será próxima da distribuição normal (fala-se em distribuição aproximada) e tanto mais próxima quanto maior for a dimensão da amostra... Se a população é normal, a variância é desconhecida, mas a amostra é grande, então pode ser usada a distribuição amostral limite t-Student ...*”.

4º Passo – No teste de hipóteses utilizando o programa “Statística”, basta utilizar o valor da probabilidade ($p=p$); Se este for superior a 0.05, que é o nível de significância utilizado, então não se pode rejeitar H_0 .

⁶ REIS, Elisabeth e Outros (1996) – *Estatística Aplicada*. Edições Sílabo. Lisboa. Vol. I .Cap.3

⁷ REIS, Elisabeth e Outros (1996) - *Estatística Aplicada*. Edições Sílabo. Lisboa. Vol I. p 359

⁸ REIS, Elisabeth e Outros (1996) – *Estatística Aplicada*. Edições Sílabo. Lisboa. Vol. I p 289

No teste t-Student a metodologia utilizada foi a seguinte:

- Identificou-se uma variável de “controle” (p. ex. Estado Civil).
- Dicotomizou-se a variável, no sentido de haver uma “evolução” do 1º para o 2º grupo (p. ex. n/casados / casados).
- Testaram-se as médias.
- Executou-se o teste à variável dependente (Qualidade de Vida) usando a variável de “controle” para dividir a amostra.
- Se as médias fossem diferentes, é porque havia um aumento do 1º para o 2º grupo.
- A decisão do teste foi: $p < 0.05$ Rejeita H_0 .

17.1 – HIPÓTESES FORMULADAS NO INICIO DO ESTUDO EM MEIO URBANO

Hipótese 1

- ✓ H1 – Os homens idosos têm melhor Qualidade de Vida que as mulheres.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres.

$$P = 0,010365 < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres.

Hipótese 2

- ✓ H2 – Os idosos mais novos têm melhor Qualidade de Vida.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a idade.

$$P = 0,927E^{-19} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade.

Hipótese 3

- ✓ H3 – Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com diferente estado civil.
- ✓ H0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu estado civil.

$$P = 0,21E^{-20} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida consoante o seu estado civil.

Hipótese 4

- ✓ H4 – Os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida que os idosos analfabetos.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu grau de instrução.

$$P = 0,42E^{-9} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu grau de instrução.

Hipótese 5

- ✓ H5 – Os idosos cuja reforma não é pensão têm melhor Qualidade de Vida que os idosos pensionistas.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu tipo de reforma.

$$P = 0,87E^{-22} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu tipo de reforma.

Hipótese 6

- ✓ H6 – Os idosos que residem na própria casa têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que residem em casa de um familiar ou num lar.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a residência onde vivem.

$$P = 0,42E^{-16} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a residência onde vivem.

Hipótese 7

- ✓ H7 – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de urgência têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de auxílio em caso de doença.

$$P = 0,080904 > 0,05$$

Conclusão: Não se rejeita H0, logo, não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem ou não, quem lhes preste auxílio em caso de urgência.

Hipótese 8

- ✓ H8 – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de doença têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de auxílio em caso de doença.

$$P = 0,143488 > 0,05$$

Conclusão: Não se rejeita H0, logo, não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem ou não, quem lhes preste auxílio em caso de doença.

Hipótese 9

- ✓ H9 – Os idosos que têm melhor situação económica têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com maiores dificuldades económicas.
- ✓ H0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua situação económica.

$$P = 0,13E^{-17} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua situação económica.

17.2 - HIPÓTESES FORMULADAS NO INICIO DO ESTUDO EM MEIO RURAL

Hipótese 1a

- ✓ H1a – Os homens idosos têm melhor Qualidade de Vida que as mulheres.
- ✓ H0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres.

$$P = 0,005553 < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres.

Hipótese 2a

- ✓ H2a – Os idosos mais novos têm melhor Qualidade de Vida.
- ✓ H0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade.

$$P = 0,58E^{-18} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade.

Hipótese 3a

- ✓ H3a – Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com diferente estado civil.
- ✓ H0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu estado civil.

$$P = 0,00 < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu estado civil.

Hipótese 4a

- ✓ H4a – Os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida que os idosos analfabetos.
- ✓ H0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu grau de instrução.

$$P = 0,86E^{-24} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H0, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu grau de instrução.

Hipótese 5a

- ✓ H5a – Os idosos cuja reforma não é pensão têm melhor Qualidade de Vida que os idosos pensionistas.
- ✓ H0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu tipo de reforma.

$$P = 0,16E^{-27} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H₀, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu tipo de reforma.

Hipótese 6a

- ✓ H_{6a} – Os idosos que residem na própria casa têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que residem em casa de um familiar ou num lar.
- ✓ H₀ - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a residência onde vivem.

$$P = 0,19E^{-23} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H₀, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a residência onde vivem.

Hipótese 7a

- ✓ H_{7a} – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de urgência têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.
- ✓ H₀ - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de auxílio em caso de urgência.

$$P = 0,028810 < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H₀, logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem ou não quem lhes preste auxílio em caso de urgência.

Hipótese 8a

- ✓ H_{8a} – Os idosos que têm alguém que preste auxílio em caso de doença têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste auxílio.
- ✓ H₀ - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de auxílio em caso de doença.

$$P = 0,041982 < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem ou não alguém que lhes preste auxílio em caso de doença.

Hipótese 9a

- ✓ H_{9a} – Os idosos que têm melhor situação económica têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com maiores dificuldades económicas.
- ✓ H_0 - Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua situação económica.

$$P = 0,598E^{-14} < 0,05$$

Conclusão: Rejeita-se H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua situação económica.

17.3 - APLICAÇÃO DOTESTE NÃO-PARAMÉTRICO (Mann _ Whitney U Test)

Utiliza-se o teste de Mann-Whitney, para amostras diferentes. Assim, a amostra do meio urbano é de 160 idosos e do meio rural é de 320 idosos.

- ✓ H_1 – Não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio urbano ou meio rural.
- ✓ H_0 – Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio urbano ou meio rural.

$$P = 0,926031 > 0,05$$

Conclusão: Não se rejeita H_0 , logo, a Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio urbano é idêntica à Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio rural.

18 – MATRIZ DE CORRELAÇÃO

As matrizes de correlação permitem dar a conhecer, de um modo geral, como as variáveis em estudo estão relacionadas.

A teoria da correlação, defende que existe uma boa correlação entre duas variáveis, quando o coeficiente de correlação (r) se aproxima de $|1|$. O valor da correlação encontra-se representado em módulo e o seu valor tanto pode ser positivo ou negativo. Se o valor da correlação for positivo significa que, se a variável independente aumentar, aumenta também a variável dependente. Se o seu valor for negativo, quando aumenta a variável independente diminui a variável dependente.

No entanto, independentemente do sentido do sinal, um valor superior a 0,5 é considerada uma correlação significativa, isto é, valores acima de $|0,5|$ indicam dependência entre as variáveis.

Para o presente estudo da correlação da amostra, estudam-se as relações de dependência entre duas variáveis de cada vez.

18.1 – CORRELAÇÕES RELEVANTES DE VARIÁVEIS

18.1.1 - Amostra em Meio Urbano

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e os recursos económicos.

$$r = +76$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a situação económica.

$$r = +71$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a idade.

$$r = -71$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a actividade ocupacional.

$$r = +70$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a actividade lúdica.

$$r = +68$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a reforma.

$$r = +68$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e o isolamento.

$$r = +67$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a mobilidade.

$$r = +67$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a escolaridade.

$$r = +65$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e o estado civil.

$$r = +61$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a relação familiar.

$$r = +59$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e a habitação.

$$r = +56$$

18.1.2 - Amostra em Meio Rural

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e os recursos económicos.

$$r = +79$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a idade.

$$r = -75$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a mobilidade.

$$r = +70$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a actividade ocupacional.

$$r = +69$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e o isolamento.

$$r = +68$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a actividade lúdica.

$$r = +66$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e o estado civil.

$$r = +64$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a relação familiar.

$$r = +61$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a escolaridade.

$$r = +60$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a situação económica.

$$r = +58$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a reforma.

$$r = +56$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e as actividades da vida diária.

$$r = +55$$

- Existe correlação entre a Qualidade de Vida do Idoso em meio rural e a habitação.

$$r = +52$$

19 - ANÁLISE DAS TABELAS DE CONTINGÊNCIA

A análise feita a partir das tabelas de contingência tem bastante interesse pelo facto de proporcionar a observação correcta da distribuição dos indivíduos nas várias dimensões.

Tendo em conta o valor 23, definiu-se existir Qualidade de Vida para valores iguais ou superiores a 23 e sem Qualidade de Vida para valores inferiores a 23.

19.1 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ISOLAMENTO EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** verifica-se que, 16,25% dos idosos sem Qualidade de Vida, apresentam comunicação centrada na envolvente habitacional e 67,50% dos idosos com Qualidade de Vida, têm comunicação alargada ao mundo exterior.

- **Em meio rural:** observa-se que 10,94% dos idosos sem Qualidade de Vida, apresentam comunicação centrada na envolvente habitacional e 69,69% dos idosos com Qualidade de Vida, têm comunicação alargada ao mundo exterior.

Tabela 18: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Isolamento

QUALIDADE DE VIDA	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ISOLAMENTO												
Sem Comunicação	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,31	0	0,00	1	0,31
Comum. Centrada Domicilio	8	5,00	0	0,00	8	5,00	27	8,44	1	0,31	28	8,75
Comum. Centrada Env. Habitacional	26	16,25	18	11,25	44	27,50	35	10,94	33	10,31	68	21,25
Comum. Alargada Mundo Exterior	0	0,00	108	67,50	108	67,50	5	1,56	218	68,13	223	69,69
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

19.2 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E MOBILIDADE EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** verifica-se que, 18,75% dos idosos sem Qualidade de Vida, apresentam mobilidade através de ajudas técnicas e 65,00% dos idosos com Qualidade de vida têm mobilidade sem ajuda.

- **Em meio rural:** observa-se que, 15,63% dos idosos sem Qualidade de Vida têm mobilidade através de ajudas técnicas e 55,94% dos idosos com Qualidade de Vida têm mobilidade sem ajuda.

Tabela 19: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Mobilidade

QUALIDADE DE VIDA MOBILIDADE	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Mobilidade	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mobilidade Com Ajuda de Outros	4	2,50	0	0,00	4	2,50	15	4,69	0	0,00	15	4,69
Mobilidade Com Ajudas Técnicas	30	18,75	22	13,75	52	32,50	50	15,63	73	22,81	123	38,44
Mobilidade Sem Ajuda	0	0,00	104	65,00	104	65,00	3	0,93	179	55,94	182	56,87
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

19.3 -RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** observa-se que, 13,75% dos idosos sem Qualidade de Vida têm actividades da vida diária sem ajuda e 76,87% dos idosos com Qualidade de Vida têm actividades de vida diária sem ajuda.

- **Em meio rural:** verifica-se que, sem Qualidade de Vida, 9,69% dos idosos têm actividades da vida diária com ajudas técnicas e 75,31% dos idosos com Qualidade de Vida, têm actividades da vida diária sem ajuda.

Tabela 20: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Actividades da Vida Diária.

QUALIDADE DE VIDA ACTIVIDAD. VIDA DIÁRIA	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Actividades	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Actividades Com Ajuda de Outros	2	1,25	0	0,00	2	1,25	8	2,50	0	0,00	8	2,50
Actividades Com Ajudas Técnicas	10	6,25	3	1,88	13	8,13	31	9,69	11	3,44	42	13,13
Actividades Sem Ajuda	22	13,75	123	76,87	145	90,62	29	9,06	241	75,31	270	84,37
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

19.4 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ACTIVIDADE OCUPACIONAL EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** observa que, 21,25% dos idosos sem Qualidade de Vida, não têm actividade ocupacional e que com Qualidade de Vida, 48,75% dos idosos também não têm actividade. Apenas, 6,87% dos idosos com Qualidade de Vida têm actividade ocupacional.

- **Em meio rural:** verifica-se que, 20,62% dos idosos sem Qualidade de Vida não têm actividade ocupacional e que com Qualidade de Vida 51,25% dos idosos também não têm actividade ocupacional. Com actividade ocupacional existe 6,25%.

Tabela 21: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Actividade Ocupacional

QUALIDADE DE VIDA	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ACTIVIDADE OCUPACIONAL												
Sem Actividade	34	21,25	78	48,75	112	70,00	66	20,62	164	51,25	230	71,87
Com Actividade Esporádica	0	0,00	37	23,13	37	23,13	2	0,63	68	21,25	70	21,88
Com Actividade Regular	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Actividade Ocupac. Remuner.	0	0,00	11	6,87	11	6,87	0	0,00	20	6,25	20	6,25
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

19.5 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E ACTIVIDADE LÚDICA EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** constata-se que 21,25% dos idosos sem Qualidade de Vida não têm actividades lúdicas, 49,37% dos idosos com Qualidade de vida não têm actividades e 28,75 % com Qualidade de Vida têm actividades lúdicas.

- **Em meio rural:** verifica-se que, 20,62% dos idosos sem Qualidade de Vida não têm actividades lúdicas, com Qualidade de Vida 55,00% também não têm actividades lúdicas e apenas 22,50% com Qualidade de Vida têm actividades lúdicas. Com actividade que dê resposta aos seus anseios, observa-se 1,25% dos idosos.

Tabela 22: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Actividade Lúdica

QUALIDADE DE VIDA / ACTIVIDADE LÚDICA	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Actividade	34	21,25	79	49,37	113	70,62	66	20,62	176	55,00	242	75,62
Com Actividade Regular	0	0,00	46	28,75	46	28,75	2	0,63	72	22,50	74	23,13
Com Actividade Resp. aos Anseios	0	0,00	1	0,63	1	0,63	0	0,00	4	1,25	4	1,25
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

19.6 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E RELAÇÃO FAMILIAR EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** observa-se que, 16,87% dos idosos sem Qualidade de Vida têm uma relação com participação familiar, 45,63% dos idosos com Qualidade de Vida têm relação com participação familiar e 18,75% têm relação com integração familiar funcional. De destacar que 14,37% dos idosos com Qualidade de Vida, não têm relação familiar.

- **Em meio rural:** verifica-se que 12,50% dos idosos sem Qualidade de Vida têm relação com participação familiar. Com Qualidade de Vida 35,63% dos idosos têm relação com integração familiar funcional e 12,81% não têm relação familiar,

Tabela 23: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Relação Familiar

QUALIDADE DE VIDA RELAÇÃO FAMILIAR	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sem Relação Familiar	7	4,38	23	14,37	30	18,75	26	8,13	41	12,81	67	20,94
Com Participação Familiar	27	16,87	73	45,63	100	62,50	40	12,50	97	30,31	137	42,81
Com Integração Familiar Funcional	0	0,00	30	18,75	30	18,75	2	0,62	114	35,63	116	36,25
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

19.7 - RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO E RECURSOS ECONÓMICOS EM MEIO URBANO E MEIO RURAL

- **Em meio urbano:** verifica-se que, 18,75% sem Qualidade de Vida, referem que os recursos económicos são insuficientes. Com Qualidade de Vida 18,75% referem que são insuficientes, 35,00% dizem ser suficientes para as necessidades básicas e 25,00% terem recursos económicos para além das necessidades básicas.

- **Em meio rural:** observa-se que, 20,00% dos idosos sem Qualidade de Vida têm recursos económicos insuficientes. Com Qualidade de Vida 40,00% dos idosos possuem recursos económicos para as necessidades básicas e 22,81% para além das necessidades básicas.

Tabela 24: Qualidade de Vida do Idoso em Meio Urbano e Meio Rural / Recursos Económicos

QUALIDADE DE VIDA	Meio Urbano						Meio Rural					
	Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL		Sem Qualidade Vida (Ind. < 23)		Com Qualidade Vida (Ind. ≥23)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
RECURSOS ECONÓMICOS												
Insuficientes	30	18,75	30	18,75	60	37,50	64	20,00	51	15,94	115	35,94
Suficientes Para Necessid. Básicas	4	2,50	56	35,00	60	37,50	4	1,25	128	40,00	132	41,25
Para Além das Necessid. Básicas	0	0,00	40	25,00	40	25,00	0	0,00	73	22,81	73	22,81
TOTAL	34	21,25	126	78,75	160	100,0	68	21,25	252	78,75	320	100,0

20 – CONCLUSÃO

O presente estudo teve em conta avaliar a Qualidade de Vida do Idoso, em meio urbano e meio rural e relacionar os factores pessoais e factores situacionais, na perspectiva da ecologia humana.

Deste estudo fez parte uma amostra de idosos do meio urbano, constituída por 160 indivíduos e uma amostra de idosos do meio rural, constituída por 320 indivíduos.

As freguesias escolhidas do meio urbano foram as freguesias de São Julião e a de São Sebastião, ambas do concelho de Setúbal. As freguesias escolhidas do meio rural foram Azinheira de Barros, Carvalhal, Melides e Santa Margarida da Serra, todas pertencentes ao concelho de Grândola.

A pessoa é um ser no mundo que comporta diferentes dimensões em interacção com o meio ambiente e que vive experiências únicas que marcam a sua individualidade. Do ponto de vista de Berger e Mailloux-Poirier, o envelhecimento é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes de cada pessoa, mas que acontecem de forma mais evidente e acelerada na fase final da vida.

Relativamente aos resultados do estudo, os objectivos foram atingidos e parece ser importante mencionar de maneira sumária, o que se considerou de mais elucidativo.

Poder-se-á afirmar, que os mesmos emergem da análise e interpretação dos dados, dos objectivos propostos, do enquadramento teórico estruturador da investigação e que dão resposta às questões que individualmente foram colocadas, para a realização desta dissertação.

Da análise da fundamentação teórica, poder-se-á evidenciar o seguinte:

- O envelhecimento da população é um fenómeno universal e um processo normal, complexo e comum a todos os seres vivos.

- A partir da década de sessenta, o envelhecimento da população constituiu um fenómeno social preocupante e ficou a dever-se a três factores: a quebra da taxa de fecundidade, a redução da taxa de mortalidade e a processos migratórios.
- A qualidade de vida é uma noção muito vasta dado que nela entram vários factores, que escapam a uma apreciação objectiva. O ambiente físico é de facto uma vertente muito importante na Qualidade de Vida do Idoso.
- Ligado ao processo de envelhecimento, parece encontrar-se a relação com a rede social e familiar. É de extrema importância conhecer a relação familiar em meio urbano e meio rural.

Em relação aos resultados obtidos do estudo de investigação, poder-se-á evidenciar o seguinte:

- Os homens têm melhor Qualidade de Vida, quer em meio urbano, quer em meio rural.
- A idade influencia a Qualidade de Vida, isto é, os idosos mais novos, têm melhor Qualidade de Vida, quer em meio urbano, quer em meio rural.
- Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida, quer em meio urbano, quer em meio rural.
- O grau de instrução influencia a Qualidade de Vida, isto é, os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida do que os idosos sem qualquer grau de instrução, quer em meio urbano, quer em meio rural.
- O tipo de reforma influencia a Qualidade de Vida, quer em meio urbano, quer em meio rural.
- Os idosos que residem na própria casa têm melhor Qualidade de Vida, que os idosos que residem em casa de um familiar ou em lar, quer em meio urbano, quer em meio rural.

- A situação económica influencia a Qualidade de Vida, isto é, os idosos que têm melhor situação económica, têm melhor Qualidade de Vida, quer em meio urbano, quer em meio rural.
- Em caso de auxílio em situação de urgência, os resultados obtidos são diferentes para os meios: em meio urbano, não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos, consoante terem ou não, quem lhes preste auxílio em caso de urgência; em meio rural, há diferença na Qualidade de Vida, consoante terem ou não quem lhes preste auxílio em caso de urgência.
- Em caso de auxílio em situação de doença, os resultados obtidos são diferentes para os meios: em meio urbano, não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos, consoante terem ou não, quem lhes preste auxílio em caso de doença; em meio rural, há diferença na Qualidade de Vida, consoante terem ou não quem lhes preste auxílio em caso de doença.

Relacionando Qualidade de Vida com outros factores, pode – se constatar que:

- ❖ Têm comunicação alargada ao mundo exterior, 67,50% dos idosos em meio urbano e 69,69% dos idosos em meio rural.
- ❖ Têm mobilidade sem ajuda, 65,00% dos idosos em meio urbano e 56,87% dos idosos em meio rural.
- ❖ Têm actividades da vida diária sem ajuda, 90,62% dos idosos em meio urbano e 84,37% dos idosos em meio rural.
- ❖ Têm actividade ocupacional remunerada, 6,87% dos idosos em meio urbano e 6,25% dos idosos em meio rural. Sem actividade ocupacional, 70,00% dos idosos em meio urbano e 71,87% dos idosos em meio rural.
- ❖ Sem actividade lúdica, 70,62% dos idosos em meio urbano e 75,62% dos idosos sem meio rural.

- ❖ Sem relação familiar, 18,75% dos idosos em meio urbano e 20,94% dos idosos em meio rural.
- ❖ Recursos económicos insuficientes, 37,50% dos idosos em meio urbano e 35,94% dos idosos em meio rural.

Em conclusão, pode-se afirmar que, não há diferença na Qualidade de Vida do Idoso em meio urbano e meio rural.

Em termos de reflexão final acerca deste estudo de investigação, devo referir que:

- As relações homem-meio-ambiente estão sempre presentes. O homem e o ambiente não podem ser considerados de maneira isolada como duas entidades independentes.
- A realização do mesmo foi uma oportunidade de rara aprendizagem, uma forte motivação para a continuação da actividade com a população idosa.
- Deu-me oportunidade de reflectir sobre os problemas relacionados com a Qualidade de Vida do Idoso e factores que a influenciam, como também criar maior sensibilização para a melhoria e independência dos mesmos.
- Espero que seja um contributo para futuros programas de apoio à Qualidade de Vida do Idoso, ou projectos futuros de vida em diferentes meios.

BIBLIOGRAFIA

A ENCICLOPÉDIA (2004) – Editorial Verbo.

ADAMS, C. (1983) – *The Relation of General Ecology to Human Ecology*. In Young, G. – *Origins of Human Ecology. Benchmark Papers in Ecology*. Hutchinson Ross Publishing Company. Washington.

AMARAL – MENDES (1977) – *O Homem Face ao Ambiente*. In *Problemas Ecológicos do Mundo Agrário*. Livraria Almedina. Coimbra.

AMARAL, M.F. ; VICENTE, M.O., (2000) – *Grau de Dependência dos Idosos Inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol. 18, nº.2 (Jul-Dez), p. 23-31.

ANTONUCCI, T.; AKIYAMA, H. (1991) – *Social relationships and aging well*. *Generations*, 15(1): 39-45.

ASHTON, T. S. (1987) – *A Revolução Industrial*. Publicações Europa-América. Mem Martins.

BALTES, P.B. (1987) – *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth decline*. *Developmental Psychology*, 23, p. 611-626.

BARATA, Óscar Soares (1990) – *Introdução às Ciências Sociais*. Ed. Bertrand, 3ªed., Vol.2, Venda Nova.

BARROS, Francisco (1990) – “*Família e Modernização*”; *Desenvolvimento*, n.º 5/6, p.119-175.

BENNETT, Paul ; MURPHY, Simon (1999) – *Psicologia e Promoção da saúde*. Climepsi Editores.Lisboa.

BERGER, L.(1995) – *Aspectos Biológicos do Envelhecimento*, In Louise Berger. *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.

BERNARDI, B. (1974) – *Introdução aos Estudos Etno-Antropológicos*. *Perspectivas do Homem*. Edições 70. Lisboa.

BOTELHO, M.; RENDAS, A.; CORREIA, M. (1994) – *Saúde dos Idosos. Problemas e Prevenção*. In *Cidade Solidária*, n.º3 Ano II, 2º semestre. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pp. 66-67.

- BOTT, E., (1976) – *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro.
- CABETE, D.G., (2004) – *O Idoso, A Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Ed. Lusociência, Lisboa.
- CAMPBELL, Bernard (1983) – *Ecologia Humana*. Universo da Ciência. Edições 70. Lisboa.
- CARAPETO, Cristina (1994) – *Ecologia, princípios e conceitos*. Universidade Aberta. Lisboa.
- CHAINHO, António Gamito (1997) – *Em Procura de um Projecto de Desenvolvimento Local*, Câmara Municipal de Grândola, 1ª Edição.
- CORDEIRO, M.P., (1999) – *O Idoso – Problemas e realidades*. Ed. Formasau, Coimbra.
- COSTA, Ana C. (1997) – *Espaço, Significado e Vivências*. Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana. Universidade de Évora. (Policop.). Évora.
- COUVREUR, Chantal (1999) – *A Qualidade de Vida, Arte para Viver no século XXI*. Lusociência. Loures.
- CUISIN, Michel (1983) – *O que é a Ecologia?*. Horizonte Universitário. São Paulo. Brasil.
- DAHL, Arthur Lyon (1996) – *O Princípio Ecológico. Ecologia e Economia em Simbiose*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.
- DELÉAGE, Jean-Paul (1993) – *História da Ecologia, uma ciência do homem e da natureza*. Publicações Dom Quixote. Lisboa.
- DELÉAGE, Jean-Paul (1993) – *História da Ecologia. Uma ciência do homem e da natureza*. Nova Enciclopédia. Publicações Dom Quixote. Lisboa.
- ERMIDA, J., (1995) – *Envelhecimento Demográfico, Doença e Cuidados de Saúde*, In Temas Geriátricos – I, Ed. Prismédica, Lisboa.
- ERMIDA, J. (1999) – *Processo de Envelhecimento- O Idoso, Problemas e Realidades*. Formasau. Coimbra.
- FERNANDES, P., (2002) – *A depressão no Idoso*, Ed. Quarteto, Coimbra.
- FERRINHO, Homero (1978) – *Cooperativas e Desenvolvimento Rural*. Clássica Editora. Lisboa.

- FONSECA, António Manuel (2005) – *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Climepsi Editores. Lisboa.
- FONTAINE, R., (2000) – *Psicologia do Envelhecimento*, Climepsi Editores, Lisboa.
- FRONTIER, Serge (2001) – *Os Ecossistemas, perspectivas ecológicas*. Instituto Piaget. Lisboa.
- GEORGE, L. ; CLIPP, E. (1991) – *Subjective components of aging well*. *Generations*, 15 (1):57-61.
- GEORGE, Pierre (1975) – *População e Povoamento*. Livraria Bertrand. Amadora.
- GIDDENS, A. (2000) – *O Mundo da Era da Globalização*. Ed. Presença. Lisboa. 91 pag.
- GRAFMEYER, Yves (1994) – *Sociologia Urbana*. Publicações Europa - América. Mem Martins.
- GRANDE ENCICLOPEDIA PORTUGUESA E BRASILEIRA (1990) – Editorial Enciclopédia, Lda Lisboa.
- GRUNDY, E.; BOWLING, A. (1999) – *Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life*. *Aging and mental health*. 3(3):199-212.
- GUERREIRO, M. Gomes (1977) – *Condicionamentos Económicos de uma Política Agrária em Portugal*. In Amaral – Mendes – Problemas Ecológicos do Mundo Agrário. Livraria Almedina. Coimbra.
- GUERREIRO, M. Gomes (1999) – *O Homem na Perspectiva Ecológica*. Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve. Faro.
- GUICHARD, François (1995) – *A Grande Viragem do Presente e Suas Consequências: de Portugal Rural para Portugal Urbano*. In *População e Sociedade*; nº1; CEPFAM. Universidade do Porto. Porto.
- GUSE, L.; MASESAR, M. (1999) - *Quality of life and successful aging in long term care: perceptions of residents*. *Mental Health Nursing*, 20:527-539.
- HERZOG, A.; HOUSE, J. (1991) – *Productive activities and aging well*. *Generations*, 15 (1):49-55.
- HESPANHA, M.J.F. (1993) – *Para Além do Estado: A Saúde e a Velhice na Sociedade-Providência*. In SANTOS, B.S., org. – *Portugal: um Retrato Singular*. Ed. Afrontamento. Porto.
- IMAGINÁRIO, C., (2002) – *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Ed., Coimbra.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, (1999) – *Estimativas de população residente*. Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2003) – Série de Estudos. Lisboa.
- KALACHE, A. (1996) – *Aging and Health*. *Aging Plus Act*; 4: 103-104.
- KORENZ, A.K. (2001) – *Analisando o Impacto nos Cuidados Prestados ao Paciente Idoso*.
- LAMY, Michel (1993) – *As Camadas Ecológicas do Homem*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.
- LEAF, A. (1985) – *Long – Lived Populations (Extreme Old Age)*. In Andres, R. Bierman El HAZAARD, - W. Eds. *Principles of Geriatric Medicine*. New York : Mc graw-Hill.Pgs 82-86
- LECOMTE, Jacques (1993) – *Os Ecossistemas Sob Ameaça. Espaços e Espécies em Perigo*. In MICHEL, BEAUD, C. e BOUGUERRA, Mohamed L. – *O Estado do Ambiente no Mundo*. Perspectivas Ecológicas. Instituto Piaget. Lisboa.
- LESSA, A. (1982) – *O IV mundo: 500 milhões de idosos, entre os quais um milhão de portugueses*. In. Boletim de Educação Sanitária, Lisboa, 5 (1), Jun.
- LICHTENBERG, P., MACNEILL, S. E. & MAST, B., (2000) – *Environmental press and adaptation to disability in hospitalised live-alone older adults*. *The Gerontologist*, 40 (5), p. 549-556.
- LIDZ, T. (1983) – *A pessoa. Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- LIMA, Paula M. e MALCATA, F. Xavier (2001) – *Ecoética ou Responsabilidade Humana para com o Ambiente*. In ARCHER, L., BISCAIA, J., OSSWALD, W., RENAUD, M. -- *Novos Desafios à Bioética*. Porto Editora. Porto.
- LOPES, A. Simões (2001) – *Desenvolvimento Regional*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- MAIA, Rui Costa (2003) – *O Sentido das Diferenças*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- MARTELO, D. ; BRANCO, P. S., (2001) – *Capacidades Motoras e Envelhecimento Humano*, In *Temas em Geriatria*, Lisboa, p. 39-42.
- MELA, Alfredo (1999) – *A Sociologia das cidades*. Editorial Estampa. 1ª Edição. Lisboa.
- MELO, J.J; PIMENTA, C. (1993) – *O que É a Ecologia e Ambiente?*. Difusão Cultural. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direcção Geral da Saúde, (1995) – Lisboa.

MOREIRA, C. Diogo (1994) – *Planeamento de Estratégias da Investigação Social*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa. 229 p.

NAZARETH, J. Manuel (1994) - *O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa*. Geriatria. Lisboa, 7:64 (Abril 1994) 5-17.

ODUM, Eugene P.(2001) – *Fundamentos de Ecologia*. Fundação Calouste Gulbenkian. 6ª edição. Lisboa.

PARKES, K. (1986) – *Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environmental factors and situational characteristics*. Journal of personality and social psychology, 51 (6), p. 1277-1292.

PAULA, B. et al., (1995) – *Avaliação dos estados funcionais no Idoso*. Revista Científica da Ordem dos Médicos, n.º.5, II-Série, vol. 8: 279-285.

PEREIRA, Fernando A. Baptista (1993) – *Monografia da Cidade de Setúbal* – Biblioteca Municipal de Setúbal.

PIMENTEL, F. L. (1998) – *Qualidade de Vida do Doente Oncológico*. GW-divulgação hospitalar. Ano 1, n.º 2, pg.10-28.

PIMENTEL, L. (2001) – *O Lugar do Idoso na Família: contextos e trajectórias*. Ed.Quarteto. Coimbra. Pag.87.

PINTO, José Madureira (2000) – *Estruturas Locais e Práticas Simbólicas – Ideologias nos Campos*. Edições Afrontamento. Porto.

PINTO, Segismundo (1994) – *Abordagem ao Papel e Funções da Família Face à Pessoa com Deficiência e a Celebração do AIF*. “Hospitalidade “. Mem Martins, Ano 58, n.º 227-228 (Abr-Set.), p.47-55.

PITÉ, Maria T.; AVELAR, T. (1996) – *Ecologia das Populações e das Comunidades*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette (1995) – *Investigacion científica em ciências de la salud*. 2ª ed. Interamericana. México. 595 p.

QUINTAS, Maria Conceição (1993) – *Monografia da Freguesia de São Julião - Evolução histórica* – Junta de Freguesia de S. Julião, Setúbal.

RAPOPORT, Amos (1977) – *Aspectos Humanos de la Forma Urbana*. Editorial Gustavo Gil. Barcelona.

REIS, Elisabeth e Outros (1996) – *Estatística Aplicada*. Edições Sflabo. Vol. I .Cap.3.Lisboa.

REIS, Jr. (1995) – *O envelhecimento. Temas Geriátricos*. Prismédica. Lisboa.

REMMERT, Hermann (1982) – *Ecologia*. Editora Pedagógica e Universitária. São Paulo. Brasil.

RENNER, G. (1983) – *Human Ecology – A New Social Science*. In Young, G. – *Origins of Human Ecology*. Benchmark Papers in Ecology/12. Hutchinson Ross Publishing Company. Washington.

RIBEIRO TELLES, G. (1995) – *Um novo conceito de cidade: a paisagem global*. Contemporânea Editora. Câmara Municipal de Matosinhos.

RIBEIRO TELLES, G. (1995) – *Doutoramento “Honoris Causa”*. Universidade de Évora. Évora.

RIBEIRO, J. (1998) – *Psicologia e saúde*. Colecção Estudos. ISPA. Lisboa.

RIBEIRO, José Luís Pais (1998) – *Psicologia e Saúde*. ISPA. Lisboa.

RIOUX, Jean-Pierre (1982) – *A Revolução Industrial*. Publicações Dom Quixote. Lisboa.

ROBERT, L. (1994) – *O Envelhecimento*. Lisboa: Copyright: CNRS Editores – Instituto Piaget.

RODRIGUES, Fernanda, STOER, Stephen, (1993) – *Acção Local e Mudança Social em Portugal*, Edições Fim de Século, Lisboa.

RODRIGUES, Jorge de Sousa (2000) – *Infra-Estruturas e Urbanização da Margem Sul: Almada, Séculos XIX e XX*. In *Análise Social – 156 – Vol. XXXV – Outono 2000*. Lisboa.

SACARRÃO, Germano F. (1991) – *Ecologia e Biologia do Ambiente*. Vol. 1.Publicações Europa-América. Mem Martins.

SALGUEIRO, Teresa Barata (1999) – *A Cidade em Portugal: Uma Geografia Urbana*. Edições Afrontamento. Porto.

SANTOS, Maria de Lourdes Lima dos (1969) – *Contribuição para uma Análise Sociográfica da Família em Portugal.*” *Análise Social*”. Lisboa. n.º 29,p. 41-95.

SILVA, Germesindo (1991) – *O Mestre de Sant’Iago D. Jorge e as visitasões ao lugar de Grandolla*, Câmara Municipal de Grândola.

- SILVA, Germesindo (1997) – *A Freguesia de Santa Margarida da Serra, do Concelho de Grândola*. Edição do autor. 1ª Edição. Lisboa.
- SOKOLOVSKY, J.; VESPERY, Maria D. (1991) – *The Cultural Context of well-being in old age*. Generations, 15(1):21-25.
- SOROMENHO-MARQUES, Viriato (1998) – *O Futuro Frágil. Os Desafios da Crise Global do Ambiente*. Publicações Europa-América. Mem Martins.
- SPAR, J. e LA RUE, A., (1998) – *Guia de Psiquiatria Geriátrica*, Climepsi Editores, Lisboa.
- THOMPSON, B. ; SIERPINA, V. ; SIERPINA, M. (2001) – *What is healthy aging? Family Physicians look at conventional and alternative approaches*. Generations. Winter 2001, 02:40-53.
- TWYXCROSS, Robert (2003) – *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores. Lisboa.
- VERISSIMO T. Manuel, (1999) – *O Idoso - Problemas e realidades*. Edições Formasau. Coimbra.
- VIEIRA da SILVA, J. (1979) – *Introduction à la Théorie Écologique*. Masson. Paris.
- VIEIRA da SILVA, José C. (1990) – *Setúbal, Cidades e Vilas de Portugal*. Editorial Presença, Lisboa.
- WILLIAMS, T. Franklin, (1997) – *Avaliação Geriátrica Global*, In CALKINS, E.; FORD, A.; KATZ, P.; *Geriatria Prática*. Ed. Revinter. Rio de Janeiro.
- ZAY, NICOLAS (1987) – *Aspects Socio-Démographiques, Le Vieillissement*, Québec, Les Cahiers des Journées de Formation Annuelle du Sanatorium Bégin, n.º1, 3ª ed.,p. 23-24.

ANEXOS

Anexo 1

**Recomendações Para os Censos de População e Habitação de
2000 na Região da CEE**

**UNITED NATIONS STATISTICAL COMMISSION
and
ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE
CONFERENCE OF EUROPEAN STATISTICIANS**

**ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE
COMMITTEE ON HUMAN SETTLEMENTS
STATISTICAL STANDARDS AND STUDIES - No. 49**

**RECOMMENDATIONS FOR THE 2000 CENSUSES OF
POPULATION AND HOUSING IN THE ECE REGION**

jointly prepared by the
**United Nations Economic Commission for Europe
and the
Statistical Office of the European Communities**



**UNITED NATIONS
New York and Geneva, 1998**

55. It is suggested that for purposes of international comparisons, countries define urban areas as localities with a population of 2,000 or more, and rural areas as localities with a population of less than 2,000 and sparsely populated areas. Some countries might also wish to consider defining urban areas in other ways (e.g. in terms of administrative boundaries, of built-up areas, of the area for which services such as shops, educational facilities, recreational facilities, employment, etc., are provided, or in terms of functional areas). Whatever approach is taken should be clearly described in the census report.

Place of usual residence one year prior to the census (core topic 2)

56. Place of usual residence one year prior to the census is intended to be the smallest civil division relevant for information on this topic in which the enumerated person's place of usual residence was located one year prior to the census.

57. This topic is included because the cross-tabulation of the population by place of usual residence at the time of the census and place of usual residence one year prior to the census will provide more information on internal migration within a country and immigration from abroad than is usually available from other sources. This applies, in particular, to data on the characteristics of the migrants. Although most countries in the region would probably collect information on this core topic through the census questionnaire, some might be able to obtain it from registers instead.

58. For the purpose of tabulating the population by migration status, persons under 1 year of age should be excluded and persons one year of age and older residing in a given area at the time of the census and those who resided in that area one year prior to the census should be classified as follows:

- 1.0 Persons who were living in the same living quarters at the two dates
- 2.0 Persons who changed their residence within the given area during the reference period
- 3.0 In-migrants to the area from within the country, i.e. persons whose place of usual residence was located within the given area at the date of the census but in a different area of the country one year prior to the census
 - 3.1 in-migrants from a different minor civil division of the same intermediate civil division
 - 3.2 in-migrants from a different intermediate civil division of the same major civil division (or region)
 - 3.3 in-migrants from a different major civil division (or region)
- 4.0 Immigrants to the area from abroad, i.e. persons whose place of usual residence was located within the given area at the date of the census but outside the country one year prior to the census
- 5.0 Out-migrants from the area to another area of the country, i.e. persons whose place of usual residence was located within the given area one year prior to the census but in a different area of the country at the date of the census.

This classification is basic at the one-digit level but optional at the two-digit level. In particular, the subdivisions of category 3.0 may need to be adapted to national circumstances, e.g. by combining 3.1 and

Anexo 2

**Pedido de Autorização e Resposta à Consulta da Base de
Dados – Centros de Saúde e Juntas de Freguesia**

Exmo(a). Senhor(a)

Presidente da Junta de Freguesia de _____

Assunto: “ Pedido de Autorização Para Consulta de Bases de Dados”

José Manuel Gonçalves de Almeida, portador do Bilhete de Identidade n.º 7346466, emitido a 13/09/2002, pelo Arquivo de Identificação de Setúbal, residente na Rua das Rosas n.º 24, 2910 – 041 Setúbal, telef. 265 591 541, a frequentar o Curso de Mestrado em Ecologia Humana, na Universidade de Évora, com o n.º 900 2171, solicita a V. Ex.ª, que lhe seja concedido todo o apoio, na preparação da dissertação da sua tese de Mestrado que está a realizar sobre: “*Qualidade de Vida do Idoso em Meio Rural e Meio Urbano*”.

Necessita de consultar base de dados da V. Junta de Freguesia, com o objectivo principal de obter moradas de utentes (com idade de 65 anos e mais), afim de aplicar o questionário individual.

É um trabalho académico, individual e sob compromisso de não revelar qualquer dado pessoal.

O questionário basear-se-á na autonomia funcional do idoso (Locomoção, autonomia física, autonomia instrumental, actividade física, ocupacional, lúdica e rede social). O estudo comparativo da pessoa idosa em meio rural e meio urbano, servirá de trabalho prático para a base de dissertação.

Setúbal, 1 de Outubro de 2004

Pede Deferimento

José Manuel Gonçalves de Almeida

Em Anexo: Declaração Comprovativa de aluno de Curso de Mestrado, Universi. Évora.



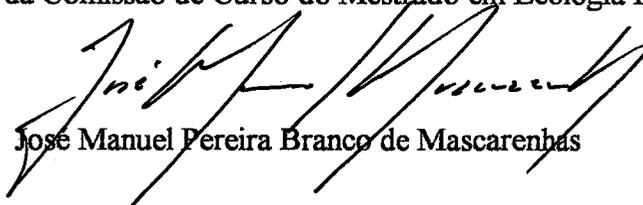
DECLARAÇÃO

Por ser verdade e nos ter sido pedido se declara que o Licenciado José Manuel Gonçalves de Almeida, se encontra matriculada nesta Universidade no Curso de Mestrado em Ecologia Humana, com o n.º. 9002171.

Mais se declara que este Curso, foi criado pela portaria 205/86 de 10 de Maio e publicado no Diário da República, II Série, n.º 62.

Universidade de Évora, 24 de Setembro de 2004

O Director da Comissão de Curso do Mestrado em Ecologia Humana



José Manuel Pereira Branco de Mascarenhas



00011031 28/09/04

Sub-Região de Saúde de Setúbal

Ex.mo Senhor
Dr. José Manuel Gonçalves de Almeida
Rua das Rosas, n.º 24
2910-041 SETÚBAL

Assunto: Pedido de Autorização para Consulta de Base de Dados.

Acusamos a recepção do faxe recebido no dia 27 de Setembro, alusivo ao assunto em epígrafe, somos a informar de que nada temos a opor, desde que seja garantido o sigilo pessoal dos dados consultados.

Deverá V. Ex.ª articular directamente com os Centros de Saúde.

Agradecemos que seja facultada uma cópia do resultado final do trabalho a cada Centro de Saúde envolvido.

Com os melhores cumprimentos,

O Coordenador da Sub-Região de
Saúde de Setúbal

Emanuel Gomes Esteves

-/SC

Coordenação

☒ Av. Combatentes da Grande Guerra, 91 – 4.º Dt.º - 2900-329 Setúbal

☎ 265 549703/4

☎ 265 549741



*Exmo Senhor
José Manuel Gonçalves de Almeida
Rua das Rosas nº24
2910-041 Setúbal*

*Nossa referência
Of.1194 de 01/10/2004*

Assunto: Consulta de Base de Dados

Em referência ao ofício de V.Exª datado de 24/09/2004, cumpre-nos informar que é autorizado o pedido desde que seja garantido o sigilo pessoal e seja facultada uma cópia do resultado final do trabalho.

Com os melhores cumprimentos.

A Directora do Centro
de Saúde de Grândola

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Ventura', is written over a horizontal line. Below the line, the text '(Mª Celestina Ventura, Dra.)' is printed in a smaller font.

(Mª Celestina Ventura, Dra.)

Anexo 3

Formulário Utilizado

	Sim	Não
Maquina de secar roupa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão a cores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão a preto e branco?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Videogravador?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemóvel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apar. Aquec. Eléctrico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apar. Aquec. a Gás/outro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Água canalizada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esgotos ligados à rede pública?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degraus na habitação?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 – Perto da casa onde vive, existe...

	Sim	Não
Uma farmácia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correios?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricidade pública?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportes públicos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Centro de Saúde/Hospital?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Um Centro de Dia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 – Auxílio em situação de urgência:

- Existe apoio de alguém vivendo junto e em condições de prestar ajuda.....
- Existe apoio facilmente contactável (casa contígua ou telefone)
- Não existe ninguém a quem recorrer de imediato.....

10 – Auxílio em situação de doença:

- Existe apoio de alguém vivendo junto e em condições de prestar ajuda diariamente...
- Existe apoio diário de alguém que o auxilie mas não pertença ao agregado familiar...
- Não existe ninguém que possa dar apoio diariamente.....

11 – Situação Económica:

- < 200 € / mês.....
- 200 € a 300 € / mês.....
- 300 € a 500 € / mês.....
- > 500 € / mês.....

Grupo III – Factores de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso
(Para cálculo do Índice QVI)

12 – Isolamento / Comunicação Afectiva e Social

- Sem comunicação..... (0)
- Comunicação centrada no domicílio..... (2)
- Comunicação centrada na envolvente habitacional..... (5)
- Comunicação alargada ao mundo exterior..... (7)

13 – Mobilidade

- Sem mobilidade..... (0)
- Mobilidade com ajuda de outros..... (2)
- Mobilidade através de ajudas técnicas..... (4)
- Mobilidade sem ajuda..... (7)

14 – Actividades da Vida Diária

- Sem actividades..... (0)
- Actividades com ajuda de outros..... (2)
- Actividades através de ajudas técnicas..... (5)
- Actividades sem ajuda..... (7)

15 – Actividade Ocupacional

- Sem actividade..... (1)
- Com actividade esporádica..... (4)
- Com actividade regular..... (6)

- Actividade ocupacional remunerada..... (1)

16 – Actividade Lúdica

- Sem actividade..... (0)
- Com actividade regular..... (5)
- Com actividade que dê resposta aos seus anseios..... (7)

17 – Relação Familiar

- Sem relação familiar..... (1)
- Com participação familiar..... (4)
- Com integração familiar funcional..... (8)

18 – Recursos Económicos

- Insuficientes..... (1)
Suficientes para as necessidades básicas..... (4)
Para além das necessidades básicas..... (7)

TOTAL:

Data:/...../.....

Tempo de preenchimento do questionário:

Anexo 4

Tratamento Estatístico

1 - ESTATISTICA DESCRITIVA

AMOSTRA: Urbano

Descriptive Statistics (bd-meio urbano.sta)

	Valid N	Mean	Median	Sum	Variance	Std.Dev.
IDADE	160	74,24375	73,00000	11879,00	47,02826	6,857716

AMOSTRA: Rural

Descriptive Statistics (bd_meio rural.sta)

	Valid N	Mean	Median	Sum	Variance	Std.Dev.
IDADE	320	75,24688	74,00000	24079,00	57,62852	7,591345

2 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS

AMOSTRA: Urbano

SEXO (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	70	70	43,75000	43,7500
2,00000	90	160	56,25000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

IDADE (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
65,0000<=x<70,0000	47	47	29,37500	29,3750
70,0000<=x<75,0000	46	93	28,75000	58,1250
75,0000<=x<80,0000	32	125	20,00000	78,1250
80,0000<=x<85,0000	17	142	10,62500	88,7500
85,0000<=x<90,0000	15	157	9,37500	98,1250
90,0000<=x<95,0000	3	160	1,87500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

ESTCIVIL (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
viuvo	52	52	32,50000	32,5000
divorc.	19	71	11,87500	44,3750
solteiro	35	106	21,87500	66,2500
casado	54	160	33,75000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

ESCOLARI (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
Nsabeler	42	42	26,25000	26,2500
SabeLer	53	95	33,12500	59,3750
Primária	46	141	28,75000	88,1250
Médio	16	157	10,00000	98,1250
Superior	3	160	1,87500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

REFORMA (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
Pens_Soc	101	101	63,12500	63,1250
Limidade	59	160	36,87500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

HABITAÇÃO (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
Lar	23	23	14,37500	14,3750
CFamilia	19	42	11,87500	26,2500
CPropria	118	160	73,75000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

SIT_URG (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	12	12	7,50000	7,5000
2,00000	48	60	30,00000	37,5000
3,00000	100	160	62,50000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

SIT_DOEN (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	29	29	18,12500	18,1250
2,00000	37	66	23,12500	41,2500
3,00000	94	160	58,75000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

SIT_ECON (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	106	106	66,25000	66,2500
2,00000	14	120	8,75000	75,0000
3,00000	31	151	19,37500	94,3750
4,00000	9	160	5,62500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

ISOLAMEN (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2,00000	8	8	5,00000	5,0000
5,00000	44	52	27,50000	32,5000
7,00000	108	160	67,50000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

MOBILIDA (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2,00000	4	4	2,50000	2,5000
4,00000	52	56	32,50000	35,0000
7,00000	104	160	65,00000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

ACT_DIAR (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2,00000	2	2	1,25000	1,2500
5,00000	13	15	8,12500	9,3750
7,00000	145	160	90,62500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

ACT_OCUP (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	112	112	70,00000	70,0000
4,00000	37	149	23,12500	93,1250
7,00000	11	160	6,87500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

ACT_LUDI (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0,00000	113	113	70,62500	70,6250
5,00000	46	159	28,75000	99,3750
7,00000	1	160	,62500	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

REL_FAMI (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	30	30	18,75000	18,7500
4,00000	100	130	62,50000	81,2500
8,00000	30	160	18,75000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

REC_ECON (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	60	60	37,50000	37,5000
4,00000	59	119	36,87500	74,3750
5,00000	1	120	,62500	75,0000
7,00000	40	160	25,00000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

QVI_D (bd-meio urbano.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
N_Qualid	34	34	21,25000	21,2500
Qualid	126	160	78,75000	100,0000
Missing	0	160	0,00000	100,0000

AMOSTRA: Rural

SEXO (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
masculin	143	143	44,68750	44,6875
feminino	177	320	55,31250	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

IDADE (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
65,0000<=x<70,0000	88	88	27,50000	27,5000
70,0000<=x<75,0000	81	169	25,31250	52,8125
75,0000<=x<80,0000	64	233	20,00000	72,8125
80,0000<=x<85,0000	43	276	13,43750	86,2500
85,0000<=x<90,0000	27	303	8,43750	94,6875
90,0000<=x<95,0000	17	320	5,31250	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

ESTCIVIL (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
viuvo	87	87	27,18750	27,1875
divorc.	33	120	10,31250	37,5000
solteiro	60	180	18,75000	56,2500
casado	140	320	43,75000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

ESCOLARI (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
NSabeLer	107	107	33,43750	33,4375
SabeLer	102	209	31,87500	65,3125
Primaria	98	307	30,62500	95,9375
Medio	11	318	3,43750	99,3750
Superior	2	320	,62500	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

REFORMA (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
Pens_Soc	236	236	73,75000	73,7500
LimIdade	84	320	26,25000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

HABITAÇÃO (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
Lar	24	24	7,50000	7,5000
CFamilia	56	80	17,50000	25,0000
CPropria	240	320	75,00000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

SIT_URG (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	31	31	9,68750	9,6875
2,00000	59	90	18,43750	28,1250
3,00000	230	320	71,87500	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

SIT_DOED (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	44	44	13,75000	13,7500
2,00000	275	319	85,93750	99,6875
7,00000	1	320	,31250	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

SIT_ECON (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	240	240	75,00000	75,0000
2,00000	46	286	14,37500	89,3750
3,00000	30	316	9,37500	98,7500
4,00000	4	320	1,25000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

ISOLAMEN (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0,00000	1	1	,31250	,3125
2,00000	28	29	8,75000	9,0625
5,00000	68	97	21,25000	30,3125
7,00000	223	320	69,68750	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

MOBILIDA (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2,00000	15	15	4,68750	4,6875
4,00000	123	138	38,43750	43,1250
7,00000	182	320	56,87500	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

ACT_DIAR (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
2,00000	8	8	2,50000	2,5000
5,00000	42	50	13,12500	15,6250
7,00000	270	320	84,37500	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

ACT_OCUP (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	230	230	71,87500	71,8750
4,00000	70	300	21,87500	93,7500
7,00000	20	320	6,25000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

ACT_LUDI (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
0,00000	242	242	75,62500	75,6250
5,00000	74	316	23,12500	98,7500
7,00000	4	320	1,25000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

REL_FAMI (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	67	67	20,93750	20,9375
4,00000	137	204	42,81250	63,7500
8,00000	116	320	36,25000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

REC_ECON (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	115	115	35,93750	35,9375
4,00000	132	247	41,25000	77,1875
7,00000	73	320	22,81250	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

QVI_D (bd_meio rural.sta)

	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1,00000	68	68	21,25000	21,2500
2,00000	252	320	78,75000	100,0000
Missing	0	320	0,00000	100,0000

Not include

AMOSTRA: Urbano

Correlations (bd-meio urbano.sta)

N=160 (Casewise deletion of missing data)

	SEXO	IDADE	ESTCIVIL	ESCOLARI	REFORMA	HABITAÇA	SIT_URG	SIT_DOEN	SIT_ECON	QVI
SEXO	1,00	,04	-,24	-,10	-,27	-,04	-,05	-,03	-,24	-,20
IDADE	,04	1,00	-,58	-,54	-,48	-,60	-,04	-,06	-,44	-,71
ESTCIVIL	-,24	-,58	1,00	,45	,49	,41	,31	,32	,42	,61
ESCOLARI	-,10	-,54	,45	1,00	-,55	,51	,08	,17	,65	,65
REFORMA	-,27	-,48	,49	,55	1,00	,43	,11	,10	,84	,68
HABITAÇA	-,04	-,60	,41	,51	,43	1,00	-,28	-,28	,37	,56
SIT_URG	-,05	-,04	,31	,08	,11	-,28	1,00	,73	,21	,25
SIT_DOEN	-,03	-,06	,32	,17	,10	-,28	,73	1,00	,20	,23
SIT_ECON	-,24	-,44	,42	,65	,84	,37	,21	,20	1,00	,71
QVI	-,20	-,71	,61	,65	,68	,56	,25	,23	-,71	1,00

	ISOLAMEN	MOBILIDA	ACT_DIAR	ACT_OCUP	ACT_LUDI	REL_FAMI	REC_ECON	QVI
ISOLAMEN	1,00	,62	,51	,36	,33	,15	,44	,67
MOBILIDA	,62	1,00	,51	,36	,29	,13	,47	,67
ACT_DIAR	,51	,51	1,00	,18	,19	-,00	,24	,43
ACT_OCUP	,36	,36	,18	1,00	,41	,38	,41	,70
ACT_LUDI	,33	,29	,19	,41	1,00	,29	,36	,68
REL_FAMI	,15	,13	-,00	,38	,29	1,00	,36	,59
REC_ECON	,44	,47	,24	,41	,36	,36	1,00	,76
QVI	,67	,67	,43	,70	,68	,59	-,76	1,00

AMOSTRA: Rural

Correlations (bd_meio rural.sta)

N=320 (Casewise deletion of missing data)

	SEXO	IDADE	ESTCIVIL	ESCOLARI	REFORMA	HABITAÇÃ	SIT_URG	SIT_DOEN	SIT_ECON	QVI
SEXO	1,00	,11	-,17	-,20	-,24	-,04	,08	,02	-,23	-,15
IDADE	,11	1,00	-,61	-,70	-,45	-,60	-,04	-,01	-,44	-,75
ESTCIVIL	-,17	-,61	1,00	,49	,33	,42	,34	,36	,35	,64
ESCOLARI	-,20	-,70	,49	1,00	,55	,42	,08	,08	,59	,60
REFORMA	-,24	-,45	,33	,55	1,00	,25	,13	,09	,87	,56
HABITAÇÃ	-,04	-,60	,42	,42	,25	1,00	-,25	-,29	,24	,52
SIT_URG	,08	-,04	,34	,08	,13	-,25	1,00	,85	,20	,18
SIT_DOEN	,02	-,01	,36	,08	,09	-,29	,85	1,00	,17	,14
SIT_ECON	-,23	-,44	,35	,59	,87	,24	,20	,17	1,00	,58
QVI	-,15	-,75	,64	,60	,56	,52	,18	,14	,58	1,00

	ISOLAMEN	MOBILIDA	ACT_DIAR	ACT_OCUP	ACT_LUDI	REL_FAMI	REC_ECON	QVI
ISOLAMEN	1,00	,63	,72	,27	,24	,23	,47	,68
MOBILIDA	,63	1,00	,56	,34	,31	,25	,49	,70
ACT_DIAR	,72	,56	1,00	,19	,15	,14	,35	,55
ACT_OCUP	,27	,34	,19	1,00	,65	,27	,46	,69
ACT_LUDI	,24	,31	,15	,65	1,00	,20	,41	,66
REL_FAMI	,23	,25	,14	,27	,20	1,00	,42	,61
REC_ECON	,47	,49	,35	,46	,41	,42	1,00	,79
QVI	,68	,70	,55	,69	,66	,61	,79	1,00

AMOSTRA: Urbano

H: Os homens idosos têm melhor Qualidade de Vida que as mulheres.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

QVI	Mean ✓ masculin	Mean feminino	t-value	df	p	Valid N masculin	Valid N feminino
		32,14286	28,83333	2,594467	158	,010365	70

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres.
 $p = 0,010365 < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres. Como a média do grupo dos homens é maior, podemos concluir que os homens têm melhor Qualidade de Vida que as mulheres.

H: Os idosos mais novos têm melhor Qualidade de Vida.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

QVI	Mean abaixmed	Mean acimamed	t-value	df	p	Valid N abaixmed	Valid N acimamed
		34,68817	24,16418	10,44950	158	,927E ⁻¹⁹	93

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade.
 $p = 0,927E^{-19} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade. Como a média do grupo dos idosos abaixo da média de idades é maior, podemos concluir que a Qualidade de Vida diminui com a Idade.

H: Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com diferente Estado Civil.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

QVI	Mean ncasado	Mean casado	t-value	df	p	Valid N ncasado	Valid N casado
		26,45283	37,79630	-11,0552	158	,21E ⁻²⁰	106

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Estado Civil.
 $p = 0,21E^{-20} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Estado Civil. Como a média do grupo dos idosos casados é maior, podemos concluir que os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida que os idosos analfabetos.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean sInstruc	Mean cInstruc	t-value	df	p	Valid N sInstruc	Valid N cInstruc
QVI	23,90476	32,55085	-6,66379	158	,42E ⁻⁹	42	118

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Grau de Instrução.

$p = 0,42E^{-9} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Grau de Instrução. Como a média do grupo dos idosos instruídos é maior, podemos concluir que os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos cuja Reforma não é Pensão têm melhor Qualidade de Vida que os idosos pensionistas.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean cPensão	Mean sPensão	t-value	df	p	Valid N cPensão	Valid N sPensão
QVI	26,07921	37,47458	-11,5600	158	,87E ⁻²²	101	59

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Tipo de Reforma.

$p = 0,87E^{-22} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Tipo de Reforma. Como a média do grupo dos idosos sem Pensão é maior, podemos concluir que os idosos não Pensionistas têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos que possuem Habitação própria têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que estão em casa de um familiar ou num lar.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean nhab_pro	Mean hab_pro	t-value	df	p	Valid N nhab_pro	Valid N hab_pro
QVI	22,09524	33,19492	-9,45964	158	,42E ⁻¹⁶	42	118

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o Tipo de Habitação onde estão.

$p = 0,42E^{-16} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua Habitação. Como a média do grupo dos idosos com Habitação Própria é maior, podemos concluir que estes idosos têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos que têm alguém que preste Auxílio em Caso de Urgência têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste Auxílio.

$H_0: \mu = \mu_0$
 $H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	G_1:1	G_2:2				G_1:1	G_2:2
QVI	26,33333	30,60135	-1,75671	158	,080904	12	148

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de Auxílio em Caso de Urgência.

$p = 0,080904 > 0,05$ Não rejeito H_0 , logo, não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem quem lhes preste Auxílio ou não.

H: Os idosos que têm alguém que preste Auxílio em Caso de Doença têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste Auxílio.

$H_0: \mu = \mu_0$
 $H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	G_1:1	G_2:2				G_1:1	G_2:2
QVI	28,27586	30,72519	-1,47023	158	,143488	29	131

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de Auxílio em Caso de Doença.

$p = 0,143488 > 0,05$ Não rejeito H_0 , logo, não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem quem lhes preste Auxílio ou não.

H: Os idosos que têm melhor Situação Económica têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com maiores dificuldades económicas.

$H_0: \mu = \mu_0$
 $H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	< 300eur	> 300eur				< 300eur	> 300eur
QVI	27,35833	39,05000	-10,0200	158	,13E ⁻¹⁷	120	40

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua Situação Económica.

$p = 0,13E^{-17} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua Situação Económica. Como a média do grupo dos idosos com Situação Económica superior a 300Eur é maior, podemos concluir que estes idosos têm melhor Qualidade de Vida.

AMOSTRA: Rural

H: Os homens idosos têm melhor Qualidade de Vida que as mulheres.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean masculin	Mean feminino	t-value	df	p	Valid N masculin	Valid N feminino
QVI	31,56643	28,81356	2,792161	318	,005553	143	177

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres.
 $p = 0,005553 < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos homens e das mulheres. Como a média do grupo dos homens é maior, podemos concluir que os homens têm melhor Qualidade de Vida que as mulheres.

H: Os idosos mais novos têm melhor Qualidade de Vida.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean abaixmed	Mean acimamed	t-value	df	p	Valid N abaixmed	Valid N acimamed
QVI	35,36723	23,45455	16,06856	318	,58E ⁻¹⁸	177	143

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade.

$p = 0,58E^{-18} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua idade. Como a média do grupo dos idosos abaixo da média de idades é maior, podemos concluir que a Qualidade de Vida diminui com a Idade.

H: Os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com diferente Estado Civil.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean ncasado	Mean casado	t-value	df	p	Valid N ncasado	Valid N casado
QVI	25,08889	36,41429	-14,6586	318	0,00	180	140

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Estado Civil.

$p = 0,00 < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Estado Civil. Como a média do grupo dos idosos casados é maior, podemos concluir que os idosos casados têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida que os idosos analfabetos.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	sInstruc	cInstruc				sInstruc	cInstruc
QVI	23,40187	33,38028	-11,2061	318	,869E ⁻²⁴	107	213

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Grau de Instrução.

$p = 0,869E^{-24} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Grau de Instrução. Como a média do grupo dos idosos instruídos é maior, podemos concluir que os idosos instruídos têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos cuja Reforma não é Pensão têm melhor Qualidade de Vida que os idosos pensionistas.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	cPensão	sPensão				cPensão	sPensão
QVI	27,10169	38,30952	-11,9713	318	,16E ⁻²⁷	236	84

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Tipo de Reforma.

$p = 0,16E^{-27} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante o seu Tipo de Reforma. Como a média do grupo dos idosos sem Pensão é maior, podemos concluir que os idosos não Pensionistas têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos que possuem Habitação própria têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que estão em casa de um familiar ou num lar.

$H_0: \mu = \mu_0$

$H_a: \mu \neq \mu_0$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	nhab_pro	hab_pro				nhab_pro	hab_pro
QVI	21,92500	<u>32,75000</u>	-11,1393	318	,149E ⁻²³	80	240

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante o Tipo de Habitação onde estão.

$p = 0,149E^{-23} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua Habitação. Como a média do grupo dos idosos com Habitação Própria é maior, podemos concluir que estes idosos têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos que têm alguém que preste Auxílio em Caso de Urgência têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste Auxílio.

$$H_0: \mu = \mu_0$$

$$H_a: \mu \neq \mu_0$$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	G_1:1	G_2:2				G_1:1	G_2:2
QVI	26,74194	30,39792	-2,19605	318	,028810	31	289

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de Auxílio em Caso de Urgência.

$p = 0,028810 < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem quem lhes preste Auxílio ou não. Como a média do grupo dos idosos que tem alguém que lhes preste Auxílio em Situação de Urgência é maior, podemos concluir que estes idosos têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos que têm alguém que preste Auxílio em Caso de Doença têm melhor Qualidade de Vida que os idosos que não têm ninguém que preste Auxílio.

$$H_0: \mu = \mu_0$$

$$H_a: \mu \neq \mu_0$$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	G_1:1	G_2:2				G_1:1	G_2:2
QVI	27,55556	30,45091	-2,04194	318	,041982	45	275

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos em termos de Auxílio em Caso de Doença.

$p = 0,041982 < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante terem quem lhes preste Auxílio ou não. Como a média do grupo dos idosos que tem alguém que lhes preste Auxílio em Situação de Doença é maior, podemos concluir que estes idosos têm melhor Qualidade de Vida.

H: Os idosos que têm melhor Situação Económica têm melhor Qualidade de Vida que os idosos com maiores dificuldades económicas.

$$H_0: \mu = \mu_0$$

$$H_a: \mu \neq \mu_0$$

	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N
	<300eur	>300eur				<300eur	>300eur
QVI	28,76923	40,76471	-8,20042	318	,598E ⁻¹⁴	286	34

H_0 : Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua Situação Económica.

$p = 0,598E^{-14} < 0,05$ Rejeito H_0 , logo, há diferença na Qualidade de Vida dos idosos consoante a sua Situação Económica. Como a média do grupo dos idosos com Situação Económica superior a 300Eur é maior, podemos concluir que estes idosos têm melhor Qualidade de Vida.

AMOSTRA: Urbano/Rural

H: Não há diferença na Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio Urbano ou Meio Rural.

Mann-Whitney U Test (bd_ur_id.sta)

By variable AMOSTRA

Group 1: 1-urbana Group 2: 2-rural

	Rank Sum urbana	Rank Sum rural	U	Z	p-level	Valid N urbana	Valid N rural
QVI	38613,00	76827,00	25467,00	,092840	,926031	160	320

H0: Não há diferença significativa na Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio Urbano ou meio Rural.

$p = 0,926031 > 0,05$ Não Rejeito H0, logo a Qualidade de Vida dos idosos que vivem em meio Urbano é idêntica à QVI que vivem em meio Rural.



Correlations (bd-meio urbano.sta)
 Marked correlations are significant at $p < ,05000$
 N=160 (Casewise deletion of missing data)

Variable	SEXO	IDADE	ESTCIVIL	ESCOLARI	REFORMA	HABITAÇÃO	SITURG	SITDOEN	SIT_ECON	ISOLAMEN	MOBILIDADE	ACTDIAR	ACT_OCUP	ACT_LUDI	REL_FAMILI	REC_ECON
SEXO	1,00	,04	-,24	-,10	-,27	-,04	-,05	-,03	-,24	-,05	-,02	-,05	-,13	-,21	-,16	-,22
IDADE	,04	1,00	-,58	-,54	-,48	-,60	-,04	-,06	-,44	-,69	-,61	-,69	-,45	-,34	-,36	-,54
ESTCIVIL	-,24	-,58	1,00	,45	,49	,41	,31	,32	,42	,42	,37	,42	,41	,39	,51	,41
ESCOLARI	-,10	-,54	,45	1,00	,55	,51	,08	,17	,65	,39	,47	,39	,49	,39	,35	,56
REFORMA	-,27	-,48	,49	,55	1,00	,43	,11	,10	,84	,33	,45	,44	,47	,44	,28	,74
HABITAÇÃO	-,04	-,60	,41	,51	,43	1,00	-,28	-,28	,37	,60	,58	,32	,31	,32	,18	,37
SIT_URG	-,05	-,04	,31	,08	,11	-,28	1,00	,73	-,28	-,01	-,05	-,03	-,03	,21	,48	,17
SIT_DOEN	-,03	-,06	,32	,17	,10	-,28	,73	1,00	-,20	-,09	-,08	-,16	-,16	,15	,56	,16
SIT_ECON	-,24	-,44	,42	,65	,84	,37	,21	,20	1,00	,33	,39	,52	,36	,45	,35	,79
ISOLAMEN	-,05	-,69	,42	,39	,33	,60	-,01	-,09	,33	1,00	,62	,36	,36	,33	,15	,44
MOBILIDADE	-,02	-,61	,37	,47	,45	,58	-,05	-,08	,60	,62	1,00	,51	,36	,29	,13	,47
ACT_DIAR	-,05	-,38	,17	,29	,22	,42	-,03	-,16	,42	,51	,51	,19	,18	,19	-,00	,24
ACT_OCUP	-,13	-,45	,41	,49	,47	,31	,12	,16	,36	,36	,36	1,00	1,00	,41	,38	,41
ACT_LUDI	-,21	-,34	,39	,39	,44	,32	,21	,15	,45	,33	,29	,41	,41	1,00	,29	,36
REL_FAMILI	-,16	-,36	,51	,35	,28	,18	,48	,56	,35	,15	,13	,38	,38	,29	1,00	,36
REC_ECON	-,22	-,54	,41	,56	,74	,37	,17	,16	,79	,44	,47	,41	,41	,36	,36	1,00

Correlations (bd meio rural.sta)
 Marked correlations are significant at $p < ,05000$
 N=320 (Casewise deletion of missing data)

Variable	SEXO	IDADE	ESTCIVIL	ESCOLA	REFORMA	HABITA	SIT_UR	SIT_DO	SIT_EC	ISOLAM	MOBILI	ACT_DI	ACT_OC	ACT_LU	REL_MI	REC_FA	REC_EC
			IL	RI	A	ÇA	G	EN	ON	EN	DA	AR	UP	DI	MI	FA	ON
SEXO	1,00	,11	,17	,20	,24	,04	,08	,02	,23	,05	,13	,07	,26	,13	,02		,20
IDADE	,11	1,00	,61	,70	,45	,60	,04	,01	,44	,66	,63	,50	,48	,38	,42		,56
ESTCIVIL	,17	,61	1,00	,49	,33	,42	,34	,36	,35	,43	,46	,28	,34	,25	,65		,47
ESCOLARI	,20	,70	,49	1,00	,55	,42	,08	,08	,59	,43	,42	,33	,43	,39	,34		,49
REFORMA	,24	,45	,33	,55	1,00	,25	,13	,09	,87	,26	,33	,16	,41	,23	,28		,67
HABITAÇA	,04	,60	,42	,42	,25	1,00	,25	,29	,24	,54	,49	,47	,28	,38	,27		,36
SIT_URG	,08	,04	,34	,08	,13	,25	1,00	,85	,20	,12	,07	,13	,07	,01	,58		,19
SIT_DOEN	,02	,01	,36	,08	,09	,29	,85	1,00	,17	,17	,12	,17	,05	,01	,56		,13
SIT_ECON	,23	,44	,35	,59	,87	,24	,20	,17	1,00	,24	,32	,13	,45	,43	,33		,67
ISOLAMEN	,05	,66	,43	,43	,26	,54	,12	,17	,24	1,00	,63	,72	,27	,24	,23		,47
MOBILIDA	,13	,63	,46	,42	,33	,49	,07	,12	,32	,63	1,00	,56	,34	,31	,25		,49
ACT_DIAR	,07	,50	,28	,33	,16	,47	,13	,17	,13	,72	,56	1,00	,19	,15	,14		,35
ACT_OCUP	,26	,48	,34	,43	,41	,28	,07	,05	,45	,27	,34	,19	1,00	,65	,27		,46
ACT_LUDI	,13	,38	,25	,39	,38	,23	,01	,01	,43	,24	,31	,15	,65	1,00	,20		,41
REL_FAMI	,02	,42	,65	,34	,28	,27	,58	,56	,33	,23	,25	,14	,27	,20	1,00		,42
REC_ECON	,20	,56	,47	,49	,67	,36	,19	,13	,67	,47	,49	,35	,46	,41	,42		1,00