



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECER EM CASA EM AMBIENTES PREDOMINANTEMENTE RURAIS E MODERADAMENTE URBANOS: UM ESTUDO DE BASE COMUNITÁRIA EM MONÇÃO

Alexandra Palhares Alves

Escola Superior de Educação



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Alexandra Palhares Alves

**ENVELHECER EM CASA EM AMBIENTES
PREDOMINANTEMENTE RURAIS E MODERADAMENTE URBANOS:
UM ESTUDO DE BASE COMUNITÁRIA EM MONÇÃO**

Gerontologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Alice Bastos

Dezembro de 2013

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenómeno à escala mundial. Desde a Segunda Guerra Mundial que o número de pessoas com 65+ anos tem vindo a aumentar, sendo que o aumento da longevidade se deve à melhoria nas condições de vida e de saúde das populações. Com o objectivo de despertar a atenção mundial para a questão do envelhecimento, a ONU organizou em 2002 uma Assembleia Mundial sobre envelhecimento, onde estabeleceu um Plano de Acção com o objectivo de garantir que a população envelheça com segurança e dignidade e que os mais velhos possam continuar a participar da vida em sociedade como cidadãos de pleno direito. Apesar da esperança média de vida ter vindo a aumentar, a maior parte das pessoas prefere ir envelhecendo em casa, sendo que em Portugal menos de 5% da população está institucionalizada. À escala mundial, a maior parte das pessoas vive em zonas urbanas. Muito do que se sabe hoje sobre envelhecimento deve-se a estudos efectuados em ambientes urbanos, sendo escassos os estudos em meio rural. Assim, o presente trabalho tem como objectivo avaliar as capacidades e necessidades de pessoas idosas a viver em zonas predominantemente rurais e moderadamente urbanas, com vista a traçar orientações para as políticas e programas gerontológicos.

Em termos metodológicos, partiu-se de informação proveniente do Censo da população relativa ao Concelho de Monção, para seleccionar 8% da população com 65+ anos, estratificada em termos de género e grupo etário, em duas freguesias predominantemente rurais e duas moderadamente urbanas. Neste estudo foram incluídos 87 participantes, com uma média de idade de 74,1 anos (DP=6,76), variando entre 65 e 98 anos, sendo 54 participantes (62,1%) do género feminino e 33 (37,9%) do género masculino. Em termos de instrumentos de recolha de dados, foram utilizadas algumas das medidas do protocolo ANCEP_GeroSOC (Bastos, Moreira, Faria & Melo de Carvalho, 2010), designadamente: Ficha Socio-demográfica; Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); Escala de Lawton (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); Avaliação do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); Escala de Recursos Sociais e de utilização de Serviços do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007).

Os resultados mais relevantes deste estudo apontam para a existência de diferenças significativas relativamente ao funcionamento cognitivo entre participantes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($U=654,0$, $p=0,031$), sendo que os participantes das freguesias predominantemente rurais obtiveram valores inferiores no MMSE e uma proporção significativamente maior de participantes apresentavam défice cognitivo (43,4% vs. 17,6; $X^2= 6,2$, $gl=1$, $p=0,013$). Relativamente à funcionalidade para as actividades da vida diária (AVD e AIVD) não se observaram diferenças significativas ($p = 0,979$) entre participantes. Quanto às necessidades do ir envelhecendo no lugar, é de mencionar que a maioria dos participantes (69%) refere não sentir “falta de nada”. Estes resultados devem ser tidos em conta na intervenção gerontológica orientada para indivíduos, grupos e/ou organizações, bem como na elaboração dos Planos Gerontológicos associados à execução das medidas de Política Social a nível local.

Palavras-chave: Envelhecimento; Avaliação Gerontológica Multidimensional; “Aging in Place”; Gerontologia Social.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon. Since World War II the number of people aged 65 or older is increasing, and enlarged longevity has been made possible thanks to the improvement of population's living conditions and health promotion. In order to awaken the world's attention to human aging, the General Assembly of the United Nations organized, on April 2002, a World Assembly on Aging and established an Action Plan that aimed to ensure that populations all over the world may be able to age with security and dignity and that seniors may continue to participate in society as citizens with full rights. Even though the average life expectancy has increased, the majority of elders prefer to age at home, and in Portugal less than 5% of this population is institutionalized. Worldwide, the majority of elders live in urban areas. Consequently, much of what is known today about aging is based on studies performed in urban environments, and there are few studies in rural areas. Thus, this study aims to assess the needs and capabilities of older people living in predominantly rural and moderately urban areas, in order to contribute to the design of guidelines for gerontological policies and intervention programs.

In what concerns methodology, the sample selection was based on the information of the Census of the population in the County of Monção. Four parishes were first selected: 2 parishes classified by the National Statistical Institute as predominantly rural and 2 parishes classified as moderately urban. For each parish we estimated to inquire 8% of the population aged 65 years or older, stratified by gender and age groups. Overall 87 participants were included, with a mean age of 74.1 years ($SD = 6.76$), ranging from 65 to 98 years, 54 participants (62.1%) were females and 33 (37.9 %) were males. In terms of the instruments for data collection, we used the ANCEP_GeroSOC protocol (Bastos, Moreira, Faria & Melo de Carvalho, 2010) which includes the following instruments: Socio-demographic form; the Barthel Index (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); the Lawton Scale (IADL; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); the Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Morgado, Rock, Maruta, Warrior & Martins, 2009); the scales of Social Resources and Services of the Old American Resources Scale (OARS-EN; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007).

The most relevant results of this study indicate the existence of significant differences concerning the level of cognitive functioning evaluated with the MMSE between participants of moderately urban and predominantly rural parishes ($U = 654.0$, $p = 0.031$). In predominantly rural parishes, participants showed lower values on MMSE, as well as a significantly higher proportion of participants with cognitive impairment (43.4% vs. 17.6; $X^2 = 6.2$, $df = 1$, $p = 0.013$). Regarding the level of functionality for activities of daily living, no significant differences between participants of different parishes were detected ($p = 0.979$). In what concerns aging in place, it is noteworthy that the majority of participants (69%) stated that they feel they don't need anything else to continue living in the place they live by that moment. These results shall be considered in the preparation of local gerontological plans.

Keywords: Aging; Multidimensional Gerontological Assessment; "Aging in Place"; Social Gerontology

AGRADECIMENTOS

À *Professora Doutora Alice Bastos* expresso o meu profundo agradecimento pela orientação e apoio que muito elevaram os meus conhecimentos, e sem dúvida muito estimularam o meu desejo de querer, sempre, saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Agradeço também a oportunidade que me deu de me integrar no seu Grupo de Investigação.

À *Dra Emília Moreira*, expresso a minha gratidão pelo seu profissionalismo, amizade e disponibilidade no tratamento estatísticos dos dados.

À *Câmara Municipal de Monção*, na pessoa do vereador *Eng.º Augusto Domingues*, e à Técnica Superior de Serviço Social, *Dr.ª Sílvia Alves* agradeço a disponibilidade e capacidade para estabelecer pontes, aquando da preparação e recolha de dados no terreno.

A todos os *Presidentes de Junta* das freguesias de Troviscoso, Mazedo, Merufe e Riba de Mouro, pela colaboração directa no contacto com os idosos na comunidade.

Expresso também a minha gratidão e solidariedade a todos os *Participantes* que prestaram uma contribuição fundamental para que o estudo fosse possível e para o avanço da investigação científica nesta área do conhecimento.

Ao meu marido, *João Lourenço*, um agradecimento especial pelo apoio e carinho diários, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e força em todos os momentos. Por tudo a minha enorme gratidão.

À minha família, em especial aos *meus Pais e Irmão* um enorme obrigada por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida.

À memória dos meus avós, que me iluminaram nesta caminhada, obrigada.

ÍNDICE

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMENTOS.....	vii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I.....	7
REVISÃO DA LITERATURA	7
1. O envelhecimento e a Gerontologia Social	9
2. “Aging in Place” e vinculação ao lugar	12
3. O envelhecimento como processo ao longo da vida.....	22
4. Avaliação gerontológica multidimensional	25
4.1. A Funcionalidade na terceira e quarta idade	25
4.2. O funcionamento cognitivo e a questão do declínio.....	27
4.3. Aspectos sócio-emocionais do envelhecimento	31
CAPÍTULO II.....	37
MÉTODO.....	37
1. Plano de investigação e participantes	39
2. Instrumentos de recolha de dados.....	42
3. Procedimentos de recolha de dados.....	45
4. Estratégias de análise da informação.....	46
CAPÍTULO III.....	47
RESULTADOS.....	47
1. Principais características dos participantes e seus contextos de vida	49
2. Descrição e análise dos domínios do funcionamento individual	58
2.1. Funcionalidade na vida diária.....	58
2.2. Funcionamento cognitivo e envelhecimento	60
2.3. Aspectos sócio-emocionais do envelhecimento	64
3. Relação entre variáveis da avaliação individual multidimensional.....	71
4. Utilização e necessidade sentida de serviços.....	72
CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS.....	97
Anexo 1. Diário de campo – Aproximação ao terreno	99

Anexo 2. Diário de campo – Freguesia de Mazedo	103
Anexo 3. Diário de campo – Freguesia de Troviscoso	107
Anexo 4. Diário de campo – Freguesia de Merufe	109
Anexo 5. Diário de campo – Freguesia de Riba de Mouro	113

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1- População com 65 ou mais anos residente nas freguesias selecionadas e cálculo amostral de 8%.....	41
Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos participantes	51
Tabela 3 - Passatempos dos participantes	52
Tabela 4 - Condições da casa	53
Tabela 5 - Da experiência do lugar e vinculação ao lugar	55
Tabela 6 - Locais de apoio aos idosos, equipamentos e/ou serviços necessários	57
Tabela 7 - Funcionalidade para as atividades da vida diária	59
Tabela 8 - Funcionalidade segundo o tipo de ambiente	60
Tabela 9 - Funcionamento cognitivo em termos globais	61
Tabela 10 - Funcionamento cognitivo segundo o tipo de ambiente	63
Tabela 11 - Satisfação geral com a vida actual.....	64
Tabela 12 - Recursos Sociais das pessoas idosas	66
Tabela 13 - Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT)..	67
Tabela 14 - Recursos Sociais referentes à OARS-PT	68
Tabela 15 - Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT)..	69
Tabela 16 - Tipo de ajuda que necessita para envelhecer em casa	70
Tabela 17 - Correlação entre domínios de funcionamento e variáveis sócio-demográficas	72
Tabela 18 - OARS-PT – Serviços gerais de apoio	73
Tabela 19 - OARS-PT – Serviços sociais e recreativos	75
Tabela 20 - OARS-PT – Serviços de saúde	76
Tabela 21 - OARS-PT – Serviços de apoio, avaliação e coordenação	77
Tabela 22 - OARS-PT – Serviços não classificados.....	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica da distribuição dos resultados na escala de Lawton entre os grupos com 65-79 e 80 ou mais anos.....	59
Figura 2 - Representação gráfica da distribuição dos resultados no MMSE entre o grupo de 65-79 e 80 ou mais anos.....	62
Figura 3 - Distribuição dos resultados no MMSE, segundo escolaridade e défice cognitivo.....	62
Figura 4 - Distribuição dos resultados do MMSE segundo a área territorial	63
Figura 5 - Representação gráfica da distribuição da classificação dos recursos sociais por grupo de género	67
Figura 6 - Distribuição dos resultados do tempo no lugar segundo a área territorial	71

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objectivos avaliar as capacidades e necessidades das pessoas idosas a residir na comunidade, assim como identificar os recursos e redes sociais, tomando como referência diversas contribuições de teoria e investigação no âmbito do envelhecimento.

De facto, o processo de envelhecimento populacional, fruto da melhoria das condições de saúde, participação e segurança processa-se a um ritmo acelerado, quer a nível nacional, quer a nível mundial. O Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, decorrente da segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (ONU, 2002) foi elaborado no sentido de se constituir como um referencial no que diz respeito ao combate à discriminação, negligência, abuso e maus tratos na velhice. Assumiu como finalidade a garantia de que, em todas as partes do mundo, a população pudesse envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos continuassem a participar nas respectivas sociedades como cidadãos de pleno direito, tendo sido estabelecidos três eixos prioritários. A primeira prioridade centra-se na integração permanente e reforço da capacidade de agir das pessoas idosas, permitindo-lhes assim participar activamente na sociedade e no desenvolvimento. Neste ponto recomenda-se que os governos desenvolvam esforços para envolver os idosos na tomada de decisão, criar oportunidades de emprego, melhorar as condições de vida e infra-estruturas. A segunda prioridade focaliza-se na promoção da saúde e bem-estar na velhice, sendo que os governos deveriam formular políticas para evitar doenças e assegurar o acesso a alimentos e a uma nutrição adequada. Por fim, a terceira prioridade centra-se na criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecer em casa como recomendam alguns dos movimentos internacionais associados ao “aging in place” – *envelhecer no seu próprio local* (Paúl, 2005 a,b).

É igualmente nesta linha que Rodrigues (2007) constatou que, à medida que as pessoas envelhecem, as suas casas e o meio que as rodeia se tornam progressivamente mais importantes, dando lugar a fortes laços afectivos que se traduzem na vinculação ao lugar (Speller, 2005). É, assim, fundamental – quer do ponto de vista dos idosos, quer das suas famílias – promover o envelhecimento no seu próprio lugar, prevenindo a dependência e a institucionalização em Lares da Terceira Idade.

Efectivamente, a necessidade da compreensão do “*Aging in Place*” tem sido um tema de central interesse entre os investigadores no campo da Gerontologia Social e, em particular, da Gerontologia Ambiental (Johansson, Josephsson & Lilja, 2009). De um modo geral, as características do ambiente devem funcionar de modo a compensar as perdas inerentes ao próprio processo de envelhecimento e deve ser reconhecida a necessidade de variedade na oferta de serviços que possam satisfazer as necessidades das pessoas mais velhas, decorrentes das perdas associadas ao envelhecimento (Vasunilashorn, Steinman, Liebig & Pynoos, 2012).

No entender de Johansson e colaboradores (2009) as pessoas idosas que envelhecem em casa enfrentam, muitas vezes, barreiras no seu próprio ambiente habitacional/casa, como por exemplo a inadequação das casas de banho, portas pesadas, falta de corrimão, entre outros. A modificação do ambiente doméstico poderá ser uma das estratégias de intervenção para aumentar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas na sua vida diária. O envelhecer no seu próprio lugar não pode ser visto como um processo linear, um processo sem barreiras, um processo com situações previsíveis. A forma de compreender este mesmo processo pode ser uma ferramenta útil na compreensão da dinâmica do envelhecimento e suas relações com a prestação de serviços comunitários.

Numa vasta revisão da literatura, Rioux e Werner (2011), sugerem que a harmonia do lugar onde se reside, traduzida na boa manutenção das habitações e na boa qualidade do ar, é uma base importante para a satisfação geral dos idosos. De igual modo, as relações de vizinhança são um factor particularmente importante, sobretudo devido à fragilidade crescente com que os idosos se vão confrontando. De acordo com Martins (2006), tanto as redes familiares como as redes de amigos e vizinhos são uma fonte de apoio fundamental para os idosos (instrumental e emocional), uma vez que têm uma forte influência no seu bem-estar. Os amigos e vizinhos fazem parte das redes de relações onde a partilha da intimidade, apoio emocional, momentos de socialização e apoio a nível material cruciais para o processo de envelhecimento.

Segundo Pedrazzi (2008), com o avançar da idade, a probabilidade de dependência funcional aumenta. Por conseguinte, o idoso pode tornar-se mais dependente das pessoas do seu círculo de relações, quer para a realização de

actividades da vida diária, quer para actividades sociais e/ou recreativas. Efectivamente, as limitações na funcionalidade são determinadas por insuficiência ou dependência de movimentos, sendo que este problema afecta entre um terço a metade dos idosos (Rosso, Auchincloss & Michael, 2011).

Realizar tarefas do dia-a-dia constitui um benefício para a saúde física, mental e social do indivíduo, além da autonomia que proporciona. Segundo Silva (2010), quando a realização destas tarefas se encontra comprometida, deparamo-nos com uma incapacidade funcional que se manifesta pela impossibilidade de desempenhar tarefas do dia-a-dia. Esta incapacidade não se constitui como um atributo do indivíduo mas como um sistema complexo de condições incapacitantes. Portanto, avaliar a capacidade funcional das pessoas mais velhas é fundamental, pois só assim se podem delinear planos de acção específicos.

Outro aspecto que se coloca à Gerontologia diz respeito ao envelhecimento diferenciado em meio urbano e rural. Aqui encontramos-nos perante necessidades e serviços diferenciados (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Importa assim investigar este assunto uma vez que grande parte da produção científica está associada a contextos urbanos, muito provavelmente porque a maior parte da população vive nas cidades (Phillipson, 2010).

Nesta linha, e sabendo que a investigação ocupa um lugar central na melhoria da qualidade de vida dos idosos, o presente estudo pretende analisar as relações entre variáveis sociodemográficas e funcionalidade, funcionamento cognitivo e redes sociais das pessoas idosas a viver em ambientes moderadamente e predominantemente rurais.

Assim, a presente Dissertação está organizada em três capítulos articulados entre si no sentido de concretizar a ideia de investigação (capítulo I), o caminho adotado no processo de investigação (capítulo II) e os resultados obtidos (capítulo III). Assim, no capítulo I - Revisão Da Literatura - serão abordados os temas do envelhecimento e Gerontologia Social; *Aging in Place* e vinculação ao lugar; envelhecimento como processo ao longo da vida; Avaliação gerontológica multidimensional (a funcionalidade na terceira e quarta idade, o funcionamento cognitivo e a questão do declínio, as redes relacionais e recursos sociais no processo

de envelhecimento). No capítulo II – Método - será descrito o plano de investigação; instrumentos de recolha de dados; procedimentos de recolha de dados; estratégias de análise da informação recolhida. No capítulo III – Apresentação dos Resultados – serão descritos os principais resultados. Por fim, procede-se à Discussão dos Resultados obtidos e Conclusão.

CAPÍTULO I

REVISÃO DA LITERATURA

Ao longo deste capítulo passamos em revisão as principais teorias, modelos e investigação associada ao envelhecimento humano.

1. O envelhecimento e a Gerontologia Social

Segundo Fonseca (2006), em Portugal no período entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um aumento de 140% da população idosa (com 65+ anos). Segundo a mesma fonte, estimativas do Conselho da Europa estabelecem que a população portuguesa em 2050 estará mais envelhecida e terá menos um milhão de pessoas.

Tendo em consideração as proporções que o envelhecimento populacional tem vindo a atingir, o principal desafio que se coloca às sociedades envelhecidas é permitir que as pessoas tenham uma vida mais longa e, ao mesmo tempo, desfrutem de uma velhice saudável e com qualidade de vida (ONU, 2002). À medida que envelhecem as pessoas confrontam-se com uma série de problemas físicos, emocionais e materiais com que pode ser difícil lidar

Relativamente ao “Como” e “Porque” do envelhecimento, hoje em dia continuamos a encontrar múltiplas explicações, que se podem agregar em duas visões distintas: uma visão positiva e uma visão negativa, como alerta Rosa (2012). Numa perspectiva negativa, a velhice surge, por vezes, associada à morte, aos sinais de deterioração física (diminuição das capacidades de visão e audição, diminuição da mobilidade, cansaço, perda de memória). Em termos emocionais e sociais, associa-se o envelhecimento à frustração, solidão e isolamento social. Com a passagem à reforma, dá-se por vezes o afastamento de amigos e companheiros de longa data, o que pode contribuir para uma visão negativa do envelhecimento. Por seu turno, uma a visão positiva do envelhecimento associa o envelhecimento ao privilégio de chegar a idades avançadas, ao momento de concretização de muitos sonhos, outrora irrealizáveis devido à constante pressão da vida quotidiana, motivada pelo trabalho/profissão, assim como, à acumulação de experiências que fortalecem a valorização pessoal.

Na segunda Assembleia Mundial da ONU sobre o Envelhecimento (2002), realizada em Madrid, foi sublinhada a necessidade de assegurar que o envelhecimento ocupasse um lugar fundamental em todas as prioridades de desenvolvimento dos países. Assim, os governos comprometeram-se a assegurar a plena protecção e promoção dos direitos humanos e liberdades fundamentais, pois reconheceram que as pessoas quando envelhecem deveriam ter oportunidades de realização pessoal, levar uma existência saudável e segura, participar activamente na vida económica, social, cultural e política.

Por se tratar de um conceito multidimensional, o envelhecimento apresenta grande dificuldade na sua definição. No entender de Saldanha (2009)

“(...) o envelhecimento é caracterizado pela diminuição progressiva mais ou menos rápida e de intensidade variável da capacidade funcional do organismo, diferente de órgão para órgão e de tecido para tecido, cuja velocidade de progressão depende de factores hereditários, ambientais, sociais, nutricionais e higieno-sanitários”. (p. 11)

Ou seja, há aqui uma visão negativa do envelhecimento que pode ser atenuada por factores exteriores ao indivíduo, como é o caso dos factores ambientais e sociais. Este será portanto um processo definido como um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo desde o nascimento até à morte. O envelhecimento tem, do ponto de vista psicológico e sociológico significados distintos que variam conforme a personalidade e formação cultural dos cidadãos, o que significa que não envelhecemos todos da mesma maneira. Dito de outro modo, o envelhecimento não é um fenómeno que seja vivido de modo uniforme, pois existem enormes disparidades entre os idosos no que diz respeito ao acesso aos recursos materiais, apoio emocional e cuidados de saúde, sendo que são estas diferenças que podem influenciar a autonomia e bem-estar geral dos idosos. Classe social, género e raça constituem também influências importantes na experiência do envelhecimento e na forma de se envelhecer.

De um modo geral, com refere Fonseca (2006), as pessoas idosas tendem a ser materialmente desfavorecidas em relação a outros grupos populacionais, pois a reforma pode traduzir-se numa diminuição de rendimentos, o que pode causar uma importante redução nos padrões de vida das pessoas. O período da reforma pode

implicar solidão e desorientação, pois as pessoas têm que reestruturar grande parte das suas actividades quotidianas. No entanto, é importante notar que nos últimos anos, os idosos começaram a exercer pressão sobre os governos, para que os seus interesses e necessidades específicas sejam considerados, lutando assim contra a discriminação etária (Giddens, 2007).

A declaração política da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada em 2002 (ONU) destaca que as potencialidades das pessoas idosas são uma base sólida de desenvolvimento futuro, ou seja, com as suas competências, experiência e sabedoria dos idosos para que se aperfeiçoem por iniciativa própria e contribuam activamente para o aperfeiçoamento da sociedade em geral. Na mesma Assembleia supracitada, foi elaborado um Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, que pretende ser um importante referencial no que diz respeito à promoção do combate à discriminação, negligência, abuso e maus-tratos na velhice. O objectivo visa garantir que, em todas as partes do mundo, a população possa envelhecer com segurança e dignidade e que os idosos continuem a participar nas suas respectivas sociedades como cidadãos de plenos direitos.

Para que numa sociedade o envelhecimento dos seus cidadãos aconteça de forma saudável e com qualidade de vida há que ter em consideração o conhecimento de duas Ciências que se cruzam entre si, a Gerontologia e a Geriatria (Saldanha, 2009). A Gerontologia teve a sua origem nas ciências biológicas e sociais e dedica-se especialmente ao estudo do envelhecimento normal, tendo em consideração tanto os aspectos biológicos e psicológicos, como a sua relação com aspectos educacionais, jurídicos, económicos, culturais e sociais. A Geriatria por seu turno nasceu no seio da Medicina e tem como principal objectivo o estudo do aspecto clínico de doenças que os cidadãos de idades avançadas são portadores, isto é, debruça-se sobre o envelhecimento patológico.

Relativamente às teorias do envelhecimento, Fernández-Ballesteros (2004) destaca a multidisciplinaridade (bio-psico-social) com que a Gerontologia aborda o envelhecimento. A Gerontologia desenvolveu-se essencialmente durante a segunda metade do século XX, associada ao fenómeno do envelhecimento da população. Este deve-se essencialmente a dois factores: a diminuição da mortalidade e o aumento da esperança média de vida. Os conhecimentos básicos da Gerontologia Social são

biológicos (referem-se à investigação sobre as mudanças que, com a idade e o passar do tempo se produzem nos distintos sistemas biológicos do organismo); psicológicos (referem-se ao estudo sobre as mudanças e/ou estabilidade que o decorrer do tempo produz nas funções psicológicas como a atenção, a percepção, a aprendizagem e a memória, a afectividade e a personalidade, entre outros fenómenos psicológicos); e sociais (refere-se a mudanças relativas ao papéis sociais, intercâmbio e estrutura social). A Gerontologia tem como objecto de estudo tanto o processo de envelhecimento, como a velhice, assim como as condições específicas do idoso. Segundo Paúl (2005)

“A Gerontologia e Gerontologia Social diferenciam-se, pois esta última estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as acções sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento”. (p. 25)

Em síntese, como referido anteriormente, a análise do envelhecimento humano longe de ser um fenómeno isolado, deve ter em conta a evolução de outros fenómenos. Assim, cabe à Gerontologia Social identificar problemas específicos do envelhecimento, atendendo com clareza ao encadeamento de factores biológicos, sociais e psicológicos que estão na sua génese, mas ampliando a Social como defendem alguns autores (eg. Fernades-Ballesteros, 2004)

2. “Aging in Place” e vinculação ao lugar

À medida que as pessoas envelhecem, as suas casas e o meio ambiente que as rodeia tornam-se cada vez mais significativos, dando lugar ao que é conhecido na literatura como *envelhecer no seu próprio lugar* (“aging in place”), tradução proposta por Paúl (2005 a) para a língua portuguesa, ou ainda a *vinculação ao lugar* tradução do “attachment to place”.

Segundo alguns autores, o envelhecer no seu próprio lugar permite prevenir o internamento em instituições – o que representa uma das maiores preocupações/desejos dos idosos e das suas famílias (Gitlin, 2003 como citado em em

Rodrigues, 2007). Um dos autores relevantes do “aging in place” é Lawton (1978, 1990, como citado em Quadagno, 2008) que interpreta o “aging in place” como uma conciliação entre o idoso e o seu ambiente ao longo do tempo, onde a sua localização física é a única constante. Como alertam Alkema, Wilber e Enguidanos (2007), a ideia de “aging in place” alarga-se ao sítio/lugar onde o idoso quer viver, admitindo que os indivíduos não devem ser constrangidos a mudar para outro local devido à necessidade de níveis elevados de cuidados. Neste caso concreto, esta forma de envelhecer, potencia a modificação de casa do idoso de modo a tornar a vida deste mais controlável e segura, onde são incluídos serviços de cuidados ou outro tipo de serviços prestados em ambiente familiar.

Contudo, envelhecer no seu próprio lugar, ou permanecer na mesma residência onde se viveu muitos anos, pode não ser possível porque por vezes o ambiente próximo não se encontra adequado e não possui infraestruturas que possam responder às necessidades das pessoas idosas. Esta realidade produziu uma nova reinterpretação do conceito “aging in place” relativamente aos cuidados de longa duração e instituições de acolhimento a idosos (Frank, 2002). O resultado final desta reinterpretação é o aparecimento de residências seniores, que oferecem serviços e assistência aos idosos, de modo que eles possam viver num ambiente mais favorável e que tenha em consideração as suas necessidades de mudança. As residências assistidas, que são serviços de apoio social, de assistência e cuidados de saúde personalizados, concebidos para responder às necessidades individuais dos idosos que precisam de apoio na realização de actividades básicas e/ou instrumentais da vida diária fazem parte desta reinterpretação do “aging in place”. Uma das estratégias que poderá prevenir o afastamento dos idosos do seu local de residência passa pelas modificações habitacionais que, segundo Pastalan (1999), é vista como estratégia com um forte potencial para que as pessoas idosas permaneçam em suas casas e também podem prevenir acidentes domésticos e reduzir a necessidade de recorrer a serviços de Saúde e do Social.

Morar perto da família e amigos de longa data pode fornecer também conforto físico e psicossocial e incentivar as pessoas a permanecer onde estão (Pastalan, 1999). Esta estratégia de conservação do sistema de apoio social é extremamente importante (Antonucci & Akiyama, 1996; Blieszner, 1995; Jackson, Antonucci & Gibson, 1990; Lang

& Carstensen, 1998 como citado em Schaie & Willis, 2003). Também a percepção que temos de nós mesmos, como indivíduos capazes a nível físico e intelectual, contribui para um envelhecimento bem-sucedido.

No entanto, o envelhecer no lugar, apresenta também dificuldades. Por exemplo, Means (2007, como citado em Phillips, Ajrouch & Hillcoat-Nallétamby, 2010) ilustrou a natureza problemática de envelhecer no lugar para certos grupos de pessoas: os sem-abrigo; aqueles que não tiveram uma ligação a um espaço ou sítio específico; os que sofrem de algum tipo de demência; aqueles cuja qualidade de vida pode ser melhorada através da mudança para uma habitação alternativa, por exemplo, pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos. Portanto, a ideia de “aging in place” não se aplica a qualquer pessoa. No entanto, Lawton (1997 como citado em Phillips et al., 2010) defende que não importa onde o idoso vive, o que importa são as potencialidades que o ambiente físico pode trazer para que a pessoa viva de forma independente, as suas escolhas, as oportunidades de interacção social, privacidade, protecção e segurança.

Associado ao “aging in place”, surgem na literatura outros termos, tais como o envelhecimento saudável e bem-sucedido. O desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, que nos transportam para um envelhecimento bem-sucedido, está relacionado com a educação/escolaridade, comportamento e estados de ânimo da família e dos amigos, que valorizam a vida produtiva e livre de riscos. O envelhecimento também se promove por intermédio de técnicas de redução de stress, desenvolvimento de técnicas para enfrentar a mudança e adquirindo técnicas de ocupação de tempos livres de forma moderada (Schaie & Willis, 2003).

O lugar onde vivemos diz-nos muito porque a ele temos associados acontecimentos e comportamentos que decorreram ao longo da vida. Logo, as alterações paisagísticas, a que os lugares onde moramos estão sujeitos conduzem os idosos a perder parte da sua identidade pessoal e histórica (Paúl, 2005a). Dito de outro modo, a intervenção em lugares públicos, em particular nos centros históricos das cidades, afastam para a periferia das grandes cidades pessoas que viveram quase uma vida no centro da cidade. Como refere a autora, face a estas mudanças aceleradas, intrínsecas ao próprio envelhecimento e a mudanças profundas no meio ambiente físico e humano, proximal e distal, o envelhecer torna-se com frequência, um processo

doloroso e solitário. Por muitos anos que o idoso more na mesma comunidade, as mudanças ambientais que lá ocorrem, conduzem o mesmo a ter uma relação mais distante com o que o rodeia, sendo colmatada, por vezes, com relação próxima com os seus semelhantes.

Com a passagem à reforma, as relações sociais tornam-se cada vez mais diminutas, pois o indivíduo deixa de fazer parte daquele sistema composto por uma multiplicidade de pessoas quer envolvidas directa ou indirectamente no trabalho, para fazer parte de outro sistema, que muitas vezes é composto exclusivamente pelo conjugue. Mas, falar em idosos a residir na comunidade e idosos institucionalizados transporta-nos para realidades distantes. Os idosos institucionalizados encontram-se sujeitos a programas e políticas do Lar, o que pode levar o relacionamento com o exterior a desaparecer, limitando deste modo a sua participação nos sistemas externos à instituição. Assim, as interações entre o idoso e o ambiente são cada vez mais restritas e pobres o que pode conduzir a efeitos negativos no seu bem-estar. Qualquer que seja o modelo de Psicologia ou Gerontologia Ambiental, a máxima recai sobre a necessidade de compensar o declínio face ao aumento da vulnerabilidade dos idosos, com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida (Paúl, 2005 a).

O processo de envelhecimento é díspar, pois difere de indivíduo para indivíduo no que respeita à sua autonomia e satisfação com a vida. Nesta perspectiva uma área-chave de estudo e intervenção é a problemática residencial, quer em termos de instituições, quer em termos de zona residencial e adaptação da casa própria. A Gerontologia Ambiental pretende estudar a pessoa no seu contexto, centrando-se nas inter-relações entre a pessoa e o ambiente físico e social, ou seja, centra-se na descrição, explicação e modificação das relações entre pessoas idosas e os seus respectivos contextos de vida (Tomasini, 2005). Esta especialidade da Gerontologia abrange, segundo Morgan e Kunkel (2011), um vasto leque de disciplinas e profissionais incluindo a psicologia, a sociologia, a arquitectura, o planeamento comunitário e as políticas sociais. A investigação neste domínio é particularmente adequada para avaliar o impacto das intervenções ambientais na saúde e bem-estar dos idosos.

Na Gerontologia Ambiental, tal como defende Paúl (2005a) destacam-se vários modelos dos quais se salientam: o modelo de Pressão-Competência de Lawton e

Nahemow; o modelo de congruência Pessoa-Ambiente; o modelo de efeitos directos e indirectos do ambiente; o modelo de congruência/complementaridade de Carp e Carp; o modelo de ecologia social de Moos.

O modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow, sustenta a ideia de que as competências individuais e a pressão exercida pelo meio predizem a adaptação social dos idosos, ou seja, quanto mais limitadas forem as capacidades dos idosos, maior influência irá ter o ambiente no seu comportamento. Um indivíduo mais competente revela mais facilidade em aguentar as pressões vindas do ambiente. O ambiente é uma organização complexa de espaço, tempo e significado que inclui contexto físico (arquitetura e mobiliário) e contexto social (reações interpessoais). Críticas a este modelo levaram a uma reformulação do mesmo onde se passou a incluir a noção de actividade do sujeito sobre o meio. Ou seja, reconheceu-se que o indivíduo pode alterar o meio em seu favor, não se limitando apenas a sofrer as consequências do mesmo.

O modelo de Congruência Pessoa-Ambiente, segundo Gubruim (1975 como citado em Paúl, 2005a) considera que uma harmonização entre o indivíduo e o ambiente são produtores de bem-estar, pois a pessoa idosa sente-se capaz de responder aos outros significativos da forma como eles esperam e da forma como ele espera de si próprio, ou seja, uma interacção positiva entre pessoa-ambiente conduz mais facilmente ao bem-estar psicológico. Pelo contrário, uma deficiente adaptação leva a alterações psicológicas, de comportamento e impactos negativos na saúde.

O modelo de efeitos directos e indirectos do ambiente destaca que o meio ambiente, onde os idosos residem, produz efeitos que se manifestam através da percepção do meio. O meio onde se reside é útil para revelar características dos seus utilizadores, assim como as características das pessoas são relevantes para o meio específico que incluem competências, necessidades, traços de personalidade, estilo de vida e a idade. O fim último deste modelo destaca a sobrevivência, a independência e o bem-estar (Paúl, 2005a).

O modelo de congruência/complementaridade de Carp e Carp (1984, como citado em Paúl, 2005a) é apresentado em duas partes, diferenciadas de acordo com o nível de necessidades ou o tipo de congruência entre o idoso e o ambiente. Na

primeira parte existe uma preocupação com as necessidades básicas ou de manutenção da vida.

De acordo com Tomasini (2005), as características da pessoa e do ambiente facilitam, permitem ou inibem a satisfação das necessidades básicas através do desempenho adequado ou não das actividades de vida diária. Para Paúl (2005a) os componentes pessoa e ambiente são portanto assumidas como positivas ou negativas, ou seja, maior competência e um ambiente positivo favorecem a adaptação do idoso ao meio, enquanto uma menor competência e um meio negativo dificultam a adaptação. O conceito de congruência diz respeito à semelhança entre o grau das necessidades e a capacidade de resposta por parte dos recursos do ambiente que poderão satisfazer ou não essas necessidades das pessoas idosas.

De acordo com Paúl (2005 a), o modelo de ecologia social de Moos versa sobre o impacto do meio físico e social sobre a adaptação dos idosos para aumentar a qualidade de vida. O número crescente de idosos a viver em instituições chamou a atenção do autor e tornou-se para ele necessário compreender o funcionamento das instituições e da adaptação dos idosos ao meio. Segundo a mesma autora, os diversos modelos da perspectiva ambiental têm a ideia implícita de maximizar o envelhecimento bem-sucedido a partir de uma relação entre o idoso e o meio. Desta forma, conclui-se que o foco de actuação da Gerontologia Ambiental se centra no ambiente e na sua relação com a pessoa. Por conseguinte, sentir-se membro de uma dada comunidade pode tornar-se muito importante.

Outro aspecto importante a considerar na análise do envelhecer em casa, diz respeito aos laços afectivos, ou seja, às relações que se estabelecem com a comunidade a que se pertence. O sentimento de comunidade representa, segundo Sánchez Vidal (1991, como citado em Lima & Bomfim, 2009) um ponto de encontro entre os interesses pessoais e colectivos numa comunidade. Por seu turno, a vinculação ao lugar, é considerado relevante para estudar aspectos afectivos no relacionamento da pessoa/ambiente.

A comunidade é definida por Lima e Bomfim (2009) como um espaço de mediação entre as pessoas (e a sua vida familiar), o município e a sociedade, além de ser um lugar de reconhecimento e de confirmação da identidade pessoal dos moradores. Assim, a comunidade assume um papel importante pois dá conta do seu

carácter preventivo e educativo, como também a capacidade de desenvolver potencialidades individuais, grupais e colectivas. Mas, a comunidade não é um lugar homogéneo, sem conflitos, pois apresentam-se problemas de ordem ideológica, contraditórios. Embora existam conflitos eles devem ser resolvidos de forma a propiciar o crescimento da comunidade e não a sua destruição. Assim, o sentimento de vinculação ou pertença saem reforçados.

Segundo Fonseca, Gonçalves e Azevedo (2008) este sentimento de vinculação ou pertença a um determinado contexto físico, afectivo e social (comunidade) é um dos traços mais distintivos da identidade dos indivíduos à medida que envelhecem. Este sentimento pode ser dimensionado para a ordem física (familiaridade para com o ambiente físico onde se vive, controlo do espaço envolvente), ordem social (integração no meio social, relações com os outros e sentido de comunidade), e ordem psicológica (sentido conferido ao facto de se viver num determinado espaço físico e social).

Segundo McMillan e Chavis (2002, como citado em Lima & Bomfim, 2009) existem quatro categorias de sentimento comunitário. A primeira categoria diz respeito ao sentimento de pertença que o indivíduo tem na comunidade onde está inserido, que diz respeito à segurança emocional; a segunda categoria diz respeito à influência, que se traduz na capacidade que o morador tem de influenciar a vida comunitária e de ser influenciado por esta; a terceira categoria diz respeito à satisfação das necessidades pessoais e colectivas dos moradores; e a última categoria denominada de conexão emocional partilhada, ou seja, diz respeito aos símbolos que são compartilhados pelos moradores da comunidade que têm significado especial para estes.

O sentimento de comunidade relaciona-se com a vinculação do sujeito a um mesmo lugar e a um modo de vida comunitário, podendo desencadear a participação para a resolução de problemas em comum. Este sentimento de comunidade relaciona-se com a vinculação dos sujeitos a um mesmo lugar e a uma forma de vida comunitária, podendo desencadear a participação para resolver dificuldades em comum (Lima & Bomfim, 2009).

O conceito de lugar não é imparcial, pois remete para a relação que se estabelece entre a pessoa e o ambiente físico, a evocação de sentimentos de pertença, estabelecimento da ligação entre o indivíduo e o seu passado, presente e futuro

(Fonseca et al., 2008). Para Proshanskyb, Fabian e Kaminof (1983, como citado em Macedo, Oliveira, Gunther, Alves & Nóbrega, 2008) a identidade do lugar é definida como um subsistema da identidade do eu, cuja função consiste em descrever e socializar a pessoa por meio das suas interações com o mundo físico. Contrariamente Gustafon, Purcell, Peron e Berto (2001, como citado em Macedo et al., 2008), defendem que os significados do lugar não são estáticos, constituem-se a partir de uma processo dinâmico que constrói, desconstrói e atribui novos significados. Os lugares não têm necessariamente o mesmo significado para todas as pessoas, pois atribuímos-lhes diferentes pensamentos, sentimentos que se traduzem em estados de humor mais bem-sucedidos ou não, nas interações sociais e no bem-estar físico.

Este conjunto de interações quotidianas que ocorrem no espaço habitado são responsáveis pela criação daquilo que vários autores têm chamado de vinculação ao lugar, que tem por objectivo compreender as relações das pessoas com os lugares onde vivem (Fonseca et al., 2008). A vinculação ao lugar refere-se à ligação emocional que se estabelece entre o indivíduo e determinado ambiente físico, e envolve uma rede complexa de emoções, cognições e comportamentos referidos a esse determinado lugar.

Um marco importante no estudo da vinculação ao lugar foi percebido por Altman e Low (1992, como citado em Speller, 2006) que realçaram que a vinculação ao lugar assume-se como um conceito que integra padrões de vinculação (afectos, cognições, práticas, acções); lugares (que variam em especificidade); diferentes actores (indivíduos, grupos e culturas); relações sociais (indivíduos, grupos e culturas); e aspectos temporais (lineares ou cíclicos).

Milligan (1998, como citado em Speller, 2006) propôs uma teoria interaccionista para compreensão da vinculação ao lugar em que a interacção ocorre sempre num determinado contexto espacial protagonizado pelo indivíduo e que para ele tem um significado próprio. É composto por dois componentes: a existência de um passado interaccional, que pode ser definido como as experiências passadas associadas a um local, ou seja, memória; e a existência de um potencial de interacção futura, traduzida por expectativas e pela possibilidade de que futuras experiências venham a decorrer naquele lugar.

Por sua vez, Fuher e Kaiser (1992, como citado em Speller, 2006) fazem referência a uma outra teoria dirigida ao processo de vinculação ao lugar segundo a qual existem três processos que permitem que a mesma se gere, sendo dois de caráter interpessoal, como por exemplo o lugar enquanto promotor da identidade de lugar (permite que o *self* receba informação) e o lugar enquanto facilitador social (permitem que os outros recebam informações acerca do *self*); e outro de carácter intrapessoal, onde o lugar é facilitador das necessidades emocionais.

Existe uma relação entre a vinculação ao lugar e as tarefas que são desenvolvidas pelos idosos ao longo do processo de envelhecimento (manutenção de um sentido de identidade pessoal ou a necessidade de proteger o self de alterações nos modos de vida decorrentes do envelhecimento), que garante um sentido de continuidade e ajuste pessoal (Fonseca et al., 2008). De forma a compreender a importância da vinculação ao lugar para as pessoas idosas, propôs-se um modelo composto por três conjuntos de percepções ou pensamentos: o primeiro focado na identidade (quem sou eu no mundo); o segundo focado na interdependência entre o indivíduo e o meio (como estou integrado no ambiente social); e o terceiro focado nos comportamentos exibidos em determinado contexto (qual o espaço físico onde decorre a minha experiência de vida).

Relativamente a este assunto Paúl (2005a), defende que as pessoas também estão ligadas às suas casas por laços afectivos, podendo ainda atribuir-lhes um valor simbólico, por associação a memórias do passado. Assim, considera a autora, que as casas reflectem valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais. A pessoa apropria-se do seu meio, que o controla, formando uma unidade transaccional pessoa/ambiente. Portanto, a problemática do envelhecimento acarreta consigo o problema residencial, podendo optar por segregar os idosos em ambientes protegidos, ou criar alternativas para que eles possam envelhecer e morrer nas suas próprias casas e comunidades.

Segundo Lawton (1989, como citado em Paúl, 2005a) o meio social e físico tem três funções básicas para o indivíduo que o habita: a manutenção, estimulação e suporte. A manutenção diz respeito ao apego e previsibilidade do ambiente que inclui, por exemplo, o significado e ligação à casa; a estimulação refere-se ao que é diferente no meio, estímulos novos e o seu efeito no comportamento e de que modo facilita ou

inibe as actividades sociais e de lazer; e a função de suporte pode ser vista como o potencial do meio para compensar ou reduzir a falta de competência dos indivíduos, como por exemplo, elementos que aumentam a segurança, facilitam a orientação e actividades de vida diária ou as actividades instrumentais de vida diária.

Ao pensar em manter os idosos nos seus próprios ambientes residenciais, começou-se a colocar a questão relativamente à adaptação das casas e a implementar, por exemplo estratégias de apoio domiciliário (Paúl, 2005a). Esta autora refere que a maior parte dos idosos com mais de 74 anos reside na comunidade. Assim, será de considerar a hipótese de apostar na implementação de serviços de apoio domiciliário (SAD), programas de manutenção das casas, pequenas reparações e ajustes que os idosos já não são capazes de fazer.

Sixsmith e Sixsmith (1991, como citado em Macedo et al., 2008) identificaram o quão importante é a casa na localização espacial na velhice, pois é no espaço da casa que as transições críticas da vida (emergência de dificuldades físicas, viuvez e problemas de mobilidade) são re-assimiladas. Assim, este espaço central tem sido referido na literatura como um dos lugares mais apreciados, por proporcionar meios para a regulação emocional e para a reflexão sobre a identidade.

Segundo Proshansky (1978 em Macedo et al., 2008) as casas são paraísos seguros onde criamos raízes, experimentamos o sentimento de pertença e de identidade com o lugar, sendo sem dúvida uma das razões pelas quais a maioria dos idosos refere que gostaria de permanecer em suas casas enquanto for possível. Paúl (1999, como citado em Sequeira & Silva, 2002) defende que a meta do trabalho desenvolvido na procura de intervenções adequadas à população idosa encontra o seu sentido na conjugação de modelos teóricos de transacção entre o meio ambiente e a pessoa, que assim permite o desenvolvimento de programas que sejam adequados também às privações e dificuldades a que a população idosa está mais vulnerável.

Face ao exposto, é importante no processo de envelhecimento humano atender à congruência entre as capacidades das pessoas idosas e as condições (físicas, sociais e culturais) do ambiente, que podem efectivamente ser melhoradas através de programas de abrangência nacional, regional ou local.

3. O envelhecimento como processo ao longo da vida

Na abordagem do envelhecimento humano é importante considerar que se trata de um processo que ocorre ao longo da vida. Para esta visão do envelhecimento muito contribuíram as teorias do ciclo de vida de Paul Baltes e colaboradores (1990, 2006) e a teoria do curso de vida de Glen Elder (1974/1998).

O curso de vida representa o reconhecimento de evidências que demonstram que os aspectos físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento a nível individual muitas vezes não são ditados pela idade cronológica mas moldados por uma série de factores externos acumulados pelos indivíduos ao longo da vida. Deste modo, entende-se o envelhecimento como uma realidade praticamente incerta, dependente das interações e circunstâncias sociais, das oportunidades e experiências pessoais ao longo da vida.

Segundo Dannefer e Settersten (2010) o que a perspectiva do curso de vida trouxe à Gerontologia foi o reconhecimento de que as experiências de vida, organizadas inevitavelmente por relações sociais e contextos sociais em que as pessoas se inserem, espelham a forma como as pessoas envelhecem ao longo da vida. Estes autores acrescentam que a perspectiva do curso de vida põe em evidência o significado da idade, não só como uma característica individual mas como uma característica da estrutura social. As sociedades diferem na forma como vêm a idade e o seu significado tende a mudar ao longo do tempo.

Um elemento chave fundamental para a perspectiva do curso de vida é a avaliação da análise da *coorte*. Ela demonstra a força de mudar as condições sociais ao longo do nosso desenvolvimento e é provida de um método que associa a vida e a história. A *coorte* é geralmente definida como um conjunto de indivíduos que partilham o mesmo sistema num tempo comum ou num intervalo de tempo. A introdução da análise de *coorte* estimulou o interesse e o investimento em investigações longitudinais (Dannefer & Settersten, 2010).

Segundo Dannefer e Settersten (2010) a perspectiva do curso de vida chama a atenção da Gerontologia Social relativamente a quatro pontos. O primeiro diz respeito ao impacto das mudanças sociais no envelhecimento. Ou seja, a magnitude e as rápidas mudanças no século XX para aqueles que nasceram nas primeiras décadas

1900 são bem diferentes daquelas que nasceram nas décadas seguintes (experiências distintas, efeitos diferentes). O segundo ponto chama a atenção para a variabilidade nos padrões e experiências de idade. Descrever trajetórias de vida é um meio de perceber factores subjacentes à velhice pois a diversidade da idade reflecte a acumulação de experiências pessoais ao longo de muitas décadas que criam, assim, cursos de vida diferentes e únicos. Alguns estudiosos chamaram a atenção para o papel da personalidade e dos processos psicossociais onde as características e experiências individuais se tornam mais acentuadas ao longo do tempo, criando assim uma maior distinção e diferenciação. A perspectiva do curso de vida chama ainda a atenção da Gerontologia para as vidas ligadas, expandindo o significado do envelhecimento a nível mundial. Este princípio de vidas ligadas afirma que o ciclo de vida dos indivíduos está intimamente vinculado às necessidades, circunstâncias e escolhas dos outros. Finalmente, a perspectiva do curso de vida chama a atenção da Gerontologia Social para a existência da idade como algo variável e alterável no sistema social. Aqui reconhece-se que a sociedade difere na forma como identifica e lida com a idade, e isso nas sociedades modernas reconhece-se pois todas as idades existem dentro de uma matriz de idades classificada institucionalmente em que o comportamento humano e muitas vezes os grupos etários estão segmentados.

No que diz respeito à leitura do envelhecimento como processo ao longo da vida, dentro das perspectivas teóricas que se enquadram no âmbito da psicologia, existem, na literatura gerontológica, modelos teóricos que se propõem descrever a forma como as ganhos e as perdas, os factores de risco de vida avançada, se coordenam para que se atinja uma adaptação bem-sucedida à velhice. Dentro de uma perspectiva positiva do envelhecimento, é de destacar o trabalho liderado por Paul Baltes em Berlim. Baltes e Baltes (1990) propuseram o modelo de “Optimização Selectiva com Compensação” (modelo SOC) para explicar o envelhecimento bem-sucedido (EBS). Este modelo postula que a velhice para ser bem sucedida repousa na prossecução de duas finalidades, que são a procura de um elevado nível de funcionamento e o evitamento de comportamentos de risco. Assim, o indivíduo por intermédio da selecção orienta o seu desenvolvimento através dos recursos que tem disponíveis, ajustando o seu desenvolvimento à medida que pretende níveis

superiores de desenvolvimento através da optimização e, através da compensação faz face às perdas e ao declínio que podem afectar o seu funcionamento.

Tendo como base que o interesse central da teoria do ciclo de vida é a relação entre o indivíduo e o contexto, Baltes e colaboradores (2006), defenderam a ideia de que o desenvolvimento bem-sucedido implica a maximização de ganhos e minimização de perdas. Dependendo do contexto em que indivíduo se insere, este pode criar oportunidades e/ou limitações no seu desenvolvimento. Dito de outro modo, a classe social, a etnia, os papéis sociais ou períodos históricos assumem um papel central na percepção sociológica do curso de vida (Elder, 1974/1998). Para Baltes e colaboradores (2006) o crescimento e o declínio caracterizam o desenvolvimento como multidireccional. A importância da compensação destaca-se quando a perda ou o declínio representam uma ameaça ao funcionamento do indivíduo. Quando os esforços compensatórios falham, o indivíduo terá que reestruturar a sua hierarquia de objectivos, existe aqui a selecção baseada na perda (selecção selectiva).

Seguindo a linha de Baltes, autores como Shultz e Heuckhausen (1996, como citado em Paúl, 2005b), defendem que a diversidade de escolhas feitas, isto é a selecção, tem como função reduzir o risco e a vulnerabilidade associada com a especialização, e fornecer bases para futuros desenvolvimentos. A selectividade que orienta recursos de energia e tempo, identifica opções a seguir e abandonar. Pela optimização, o indivíduo adquire, aperfeiçoa e aplica recursos para atingir os seus objectivos, onde procura maximizar ganhos em determinadas áreas. A compensação serve para lidar quer com o fracasso, quer com o declínio decorrente do envelhecimento, sendo ainda fundamental face à frustração para permitir que o indivíduo ultrapasse o fracasso.

Schaie e Willis (2003) defendem que a base para o envelhecimento ser bem sucedido assenta nos estilos de vida que mantêm o corpo são e mente sã mediante bons hábitos alimentares, exercício físico e implicação em actividades interessantes do ponto de vista pessoal. O desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, que conduzem a um envelhecimento bem-sucedido, está relacionado com a educação, comportamento e estados de ânimo da família e dos amigos, que valorizam a vida produtiva e livre de riscos. O envelhecimento também se promove por intermédio de

técnicas de redução de stress, desenvolvimento de técnicas para enfrentar a mudança e adquirindo técnicas de ocupação de tempos livres de forma moderada.

Sumariamente, o envelhecimento ao longo da vida envolve um equilíbrio constante entre ganhos e perdas e a sua proporcionalidade sofre alterações ao longo da vida, pois na infância preponderam ganhos e na velhice perdas. Como refere Neri (2007), as limitações decorrentes do envelhecimento podem ser minimizadas pela activação das capacidades de reserva do organismo, dependendo do grau de plasticidade individual permitida pela influência conjunta de variáveis genéticas, biológicas, psicológicas e sócio-culturais, ou seja, tempo, período histórico e coorte moldam o processo de envelhecimento tanto para indivíduos como para grupos sociais.

4. Avaliação gerontológica multidimensional

Nesta secção abordam-se os aspectos mais relevantes relativamente à avaliação gerontológica em domínios específicos.

4.1. A Funcionalidade na terceira e quarta idade

O grau de independência nas actividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD) são determinantes para cada um ser capaz de viver sozinho em casa (Terra, 2010). A funcionalidade não envolve somente as funções físicas, mas também as funções cognitivas (mentais) e aspectos socio-emocionais (isto é, relações intra e interpessoais).

A avaliação da funcionalidade como meio de identificar perturbações funcionais (físicas, mentais e funcionais) e contribuir para a intervenção social/comunitária poderá ser uma forma de detectar precocemente problemas neste domínio (Botelho, 2005). Ou seja, a avaliação funcional do idoso é importante para se

verificar se ele é ou não capaz de desempenhar as actividades necessárias para cuidar de si e do meio que o rodeia de forma independente.

A prevalência de incapacidade funcional é geralmente medida através da incapacidade de realizar actividades da vida diária, como as actividades básicas da vida diária (AVD) e actividades instrumentais da vida diária (AIVD), ou seja, autonomia física e autonomia instrumental são bases para a avaliação da capacidade funcional. Para avaliar este domínio do envelhecimento humano, nas várias provas disponíveis, temos o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007) para as actividades básicas da vida diária (ABVD). Este tem como tarefas a avaliar: alimentar-se, vestir-se, tomar banho, fazer a higiene corporal, utilizar a casa de banho, controlo intestinal e vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. Esta é uma das medidas que vai ser incluída no nosso protocolo de recolha de dados acerca do envelhecimento.

Segundo Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) o Índice de Barthel é um instrumento fiável e que permite identificar os indivíduos com incapacidade funcional. Conhecer o nível de independência em relação a cada item específico é importante quer na avaliação do estado de saúde, quer no planeamento dos cuidados de forma personalizada. No entanto, um indivíduo pode obter um resultado final igual a outro, mas as suas incapacidades serem efectivamente distintas.

A independência instrumental é resultado da avaliação do indivíduo relativamente a tarefas relacionadas com a sua integração no meio: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar comida, ir às compras, uso do telefone, uso do transporte, uso do dinheiro, responsabilidade pelos medicamentos. A escala de Lawton, desenvolvida e validada por Lawton e Brody (1969) e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) continua a ser um instrumento fundamental para avaliação da funcionalidade nas actividades instrumentais de vida diária. Esta será também uma das medidas que será incluída no nosso protocolo de recolha de dados.

Esta avaliação das capacidades instrumentais dos idosos, segundo Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005) é fundamental pois permite-nos conhecer a possibilidade de vida autónoma do idoso mesmo quando não há qualquer registo de grandes dependências.

Segundo Botelho (2005, p. 114), “a capacidade locomotora contribui substancialmente para a funcionalidade dos indivíduos, podendo constituir-se um motivo real de dependência (...) faz sentido abordar a mobilidade física, o que pode ser feito caracterizando as queixas da saúde activas”.

No entender de Araújo e colaboradores (2007) a actividade física revela-se útil para envelhecer saudavelmente, pois é na inactividade que está a origem de muitas patologias. Falta de actividade física pode desenvolver um círculo vicioso na medida em que o afastamento e o isolamento irá diminuir o seu campo de acção a nível físico e cognitivo. A outra face da moeda, defende uma actividade física como forma de prevenir algumas alterações patológicas, pois aos poucos perdendo-se a capacidade vital as tarefas do dia-a-dia começam a parecer demasiado complexas.

Também Spirduso (2005) defende que a força e a resistência muscular são imperativos na vida do idoso, porque a perda substancial de força nas pernas e nas costas prejudicam a locomoção e estão associadas a um risco maior de queda. Do ponto de vista biológico e segundo Saldanha (2009) o envelhecimento caracteriza-se pela diminuição da capacidade funcional do organismo, cuja velocidade depende tanto de factores hereditários, como de factores ambientais, sociais, nutricionais e higieno-sanitários.

4.2. O funcionamento cognitivo e a questão do declínio

Baltes e colaboradores (2006) defendem que, apesar dos limites biológicos, a mente que envelhece conserva um grande potencial graças ao poder compensatório e enriquecedor dos factores baseados na cultura e no conhecimento acumulado, ou seja, trata-se de um processo com ganhos e perdas. Estudos relacionados com o desempenho intelectual demonstram que o crescimento, para algumas das capacidades mentais, atinge o seu pico por volta dos 30 anos de idade, se mantém estável até à década de 50-60 e a partir daí começa a diminuir, acelerando a partir dos 70 anos (Cancela, 2007).

O funcionamento cognitivo, segundo Bastos, Faria e Moreira (2012), pode ser abordado a partir do modelo de duas componentes, tal como proposto por Baltes e

colaboradores (2006): a mecânica e a pragmática da cognição. A mecânica da inteligência inclui memória visual, memória sensorial e motora, processos de discriminação e categorização, que por norma são capacidades que demonstram um declínio linear durante a vida adulta com acentuação na velhice. A pragmática da inteligência inclui características pragmáticas especializadas da inteligência, assim como sistemas acumulados de conhecimento e capacidades de aplicação, como por exemplo qualificações académicas, competências profissionais, modos de resolução de problemas do dia-a-dia, conhecimento sobre si e modo como conduz a vida (Martinez & Veja, 1994; Bastos et al., 2012).

Outro modo de explicar o funcionamento intelectual é considerar a inteligência fluida e cristalizada. Note-se que as mecânicas da inteligência (anteriormente referidas) estão associadas à inteligência fluída, enquanto as pragmáticas da inteligência se reportam à inteligência cristalizada. Estudos de Raymond Cattell e de John Horn (1967, como citado em Figueiredo 2007), de carácter longitudinal sobre a inteligência, concluíram que existia um declínio na inteligência fluida e estabilização ou até melhoria da inteligência cristalizada durante a vida adulta. Tal facto contrariava os estudos transversais sobre inteligência, que se iniciaram e tiveram lugar entre a década de 20 e 50, onde imperava a ideia de que o declínio da inteligência tinha o seu início por volta dos 20/30 anos de idade.

A ideia de que a inteligência se transforma ao longo de toda a vida adulta, podendo apresentar declínio em algumas capacidades à medida que se avança da meia-idade para a velhice, parece hoje ser um dado adquirido, como alerta Bastos e colaboradores (2012). Se consideramos o modelo de inteligência fluida e cristalizada, a primeira remete para o processo básico de informação, capacidade de raciocinar, perceber a relação entre objetos, criar novas ideias e na adaptação a mudanças. Por seu turno, a inteligência cristalizada consiste no processo de aquisição do conhecimento, centralizando-se na educação, no conhecimento, na experiência adquirida no contexto sociocultural. Assim, as actividades/experiências do passado têm repercussões no presente e são fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido no futuro

Na mesma linha de investigação de Raymond Cattell e John Horn, o Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 1996) demonstra que a maioria das capacidades

intelectuais progridem até ao final da terceira década de vida/inícios da quarta. Mas de facto, a distinção entre a inteligência fluida e a cristalizada torna-se fundamental para entender quais as capacidades que resistem à medida que o tempo passa. Igualmente o estudo longitudinal de Berlim (Baltes, Mayer, Helmechen & Steinhagen-Thiessen, 1999) demonstra que o funcionamento cognitivo não pode ser visto de modo linear, mas sim com diferentes tipos de capacidade.

Segundo Figueiredo (2007, p.42) “as pontuações que medem as capacidades fluidas relacionadas com a rapidez, atenção, concentração e raciocínio indutivo começam a diminuir em geral por volta dos 30 anos. Ao contrário, as capacidades cristalizadas, reflectidas nas destrezas verbais, permanecem estáveis até aos 60 anos de idade”.

Segundo Fontaine (2000), no estudo da memória e aprendizagem, os estudiosos dão importância a três questões fundamentais: acredita-se que a memória seja múltipla e o estudo dos efeitos do envelhecimento contribuem para destacar a sua estrutura plural; actividades mnésicas são múltiplas, pois além de armazenamento e codificação de recordações temos presente a recuperação da informação, existindo entre as duas a elaboração ou construção da recordação; e finalmente o papel desempenhado pela recordação no cérebro.

Segundo Figueiredo (2007) a aquisição ou codificação da informação são processos que fazem parte da aprendizagem humana. Este processo transporta a informação para ser codificada e armazenada em três sistemas de memória: memória sensorial, memória a curto prazo e memória a longo prazo. A memória sensorial retém os estímulos do meio, e os estudos não revelam diferenças significativas à medida que a idade avança. A memória a curto prazo reserva para si pequenas unidades de informação por um período ligeiramente superior ao da memória sensorial, para serem utilizadas nas actividades imediatas. A memória a longo prazo possui uma grande capacidade de armazenamento da informação e esta pode ser guardada por longos períodos de tempo. Esta divide-se em memória procedimental (uma vez aprendida uma competência básica, como por exemplo, andar de bicicleta, esta é recordada automaticamente quando o estímulo se apresenta novamente); memória semântica (contém os conhecimentos do indivíduo sobre o mundo que o rodeia, palavras e símbolos); a memória episódica (está associada à procura consciente de

recordações acerca de acontecimentos de vida que acontecem quotidianamente). É esta última que tem sido considerada mais frágil, onde as diferenças com a idade se têm feito sentir colocando os mais velhos em desvantagem para com os mais novos. O processo de aprendizagem do ser humano revela-se uma fase da aquisição ou codificação da informação. Por sua vez, esta última pode ser codificada e armazenada em três modos de memória: memória sensorial, memória a curto prazo e memória a longo prazo.

Segundo Spar e La Rue (2005), a comunicação eficaz pode ficar comprometida em pessoas idosas, pois demonstram mais dificuldade em compreender mensagens mais longas e com maior grau de complexidade e os seus discursos tendem a ser mais repetitivos; nas tarefas do raciocínio que envolvem análise lógica e organizada de algo desconhecido tendem a evidenciar mais dificuldade; revelam declínio na capacidade de reconhecimento e reprodução de algo desconhecido, mas em contrapartida reconhecem lugares e caras que lhes são familiares; os idosos apresentam dificuldades em filtrar informação ocasional, em dividir a atenção por múltiplas tarefas. São vários os factores que conduzem a alterações cognitivas: factores genéticos; saúde; instrução/escolaridade; actividade física e mental; conhecimentos especializados; personalidade e humor; meio social e cultural; treino cognitivo; diferenças entre sexos; e diferenças raciais e étnicas.

Existem, no entanto, idosos que têm as capacidades cognitivas mais deterioradas relativamente à idade, surgindo assim o défice cognitivo ligeiro em que são afectadas numa maior dimensão a aprendizagem e a memorização de nova informação, e seguidamente poderão ser verificados alguns problemas a nível da linguagem, das capacidades visuo-espaciais ou do raciocínio (Nunes, 2005).

Face a esta situação, Rodrigues (2012) concluiu que a incapacidade cognitiva por muito pouca que seja, tem implicações diversas na qualidade de vida. O autor defende que a estimulação cognitiva é fundamental e engloba todas as actividades que assim contribuam para melhorar o funcionamento cognitivo de um modo geral (memória, linguagem, atenção, concentração, abstracção, operações aritméticas e praxias). Igualmente, Martinez e Veja (1994) defendem que a investigação sobre desenvolvimento cognitivo pode proporcionar informação relevante que poderá

contribuir para o desenho de programas e serviços que impulsionem uma vida independente e produtiva nos idosos da sociedade.

Sumariamente, melhorar e manter o funcionamento cognitivo e diminuir a incapacidade do idoso contribuirá para uma melhoria na sua conduta, quer no seu estado de ânimo, quer na sua autoestima (Rodrigues, 2012). No entanto, ainda sabemos muito pouco acerca do que se passa com as pessoas idosas que vivem em zonas rurais.

4.3. Aspectos sócio-emocionais do envelhecimento

Contrariamente ao domínio funcional e cognitivo, o domínio dos aspectos sócio-emocionais surge na literatura com designações muito diversas, reenviando-nos às relações intra e interpessoais, nomeadamente às redes sociais na velhice

Durante anos a categoria “rede social” foi assumida como indicador de apoio, ou seja, se se pertencia a uma rede logo o apoio estava assegurado. No entanto, a investigação em Gerontologia veio a desmentir tal facto, à medida que começou a analisar mais detalhadamente a qualidade, frequência e disponibilidade dos apoios associados ao envelhecimento. A investigação demonstrou que o facto de pertencer a uma rede social não garantia necessariamente que o apoio fosse constante, antes pelo contrário - o apoio podia variar no tempo e ao longo do curso de vida do indivíduo (Guzmán, Huenchuan & Oca, 2003).

Segundo Rodrigues (2007), a rede social de apoio do idoso tende a variar em número e composição ao longo do tempo. Entre os factores que intervêm no tamanho da rede, isto é, quantidade de pessoas de apoio na velhice, encontra-se o efeito da mortalidade na geração dos seus semelhantes, as mudanças de domicílio, a morte do cônjuge ou a institucionalização. No entender de Neri (2007), não só na velhice como noutras idades, uma maior socialização está positivamente relacionada com a satisfação e com o acesso a recursos sociais e interpessoais, que funcionam como mecanismos protetores.

Os recursos da rede social têm um impacto positivo nas áreas do bem-estar geral, que vão desde a saúde, ao desenvolvimento social e económico dos idosos na

comunidade (Rodrigues, 2007). Segundo o mesmo autor os laços sociais que aí se desenvolvem proporcionam aos idosos um suporte social que lhes é favorável na manutenção da sua auto-estima e sentido de desenvolvimento pessoal. Sabemos que o bem-estar do idoso depende de numerosos factores, portanto a sua qualidade de vida é naturalmente afectada pelas perdas e carências que o atingem. Mas sabemos também que a percepção que temos de nós mesmos afecta em muito o nosso desenvolvimento e o sentimento de valia para os outros. Por isso, o apoio social e a ajuda dos cuidadores informais contribuem decisivamente para dar mais qualidade de vida e melhorar o bem-estar (Dornelles & Costa, 2003).

O apoio social relativamente às fontes de apoio distingue-se entre formal e informal. O sistema formal de apoio cabe a uma organização burocrática, com objectivo específico em determinadas áreas e utilizam profissionais ou voluntários para fazer face às metas institucionais que se propuseram a cumprir. O sistema informal é constituído pelas redes pessoais e comunitárias não estruturadas como programas de apoio oficial (Guzmán et al., 2003).

Segundo Rodrigues (2007) perante a situação de vulnerabilidade, os idosos podem recorrer tanto a familiares como amigos/vizinhos, como instituições. Na família, a prestação de cuidados é efectuada sobretudo por parte do cônjuge, de descendentes directos ou indirectos, ou ainda por parte de outros membros da família. Aos familiares, amigos e vizinhos cabe a prestação de cuidados informais. As instituições têm o papel de prestar serviços de acolhimento e/ou tratamento em valências especializadas para tal. Este último serviço pode ser prestado de forma permanente (lares e residências) ou de forma parcial (Centros de Dia, Centros de Convívio, Serviços de Apoio Domiciliário, Universidades para a terceira idade, entre outros).

Segundo Trimberg (2002, como citado em Guzmán et al., 2003) as redes de amigos, vizinhos e família constituem também fontes de apoio importantes. Vínculos de amizade são estabelecidos por interesses comuns e actividades partilhadas. Os apoios dados por uma rede de amigos são mais públicos que os que ocorrem no interior da família, mas mais pessoais do que os que vêm do sistema formal. A rede de amigos pode ser apenas constituída pela existência de um bom amigo, mas é essencial ao cuidado fora do âmbito familiar.

O envolvimento em actividades sociais mantendo relações sociais e um elevado nível de participação em actividades sociais tem vindo a ser observado como factor que previne o declínio cognitivo dos idosos (Rodrigues, 2007). O apoio social, segundo Guzmán e colaboradores (2003), divide-se em quatro categorias: material, instrumental, emocional e cognitivo. O apoio material implica movimentação de recursos monetários como por exemplo dinheiro, prendas, e não monetários sob a forma de outras formas de apoio material como por exemplo, comida, roupa, pagamento de serviços. Por seu turno, nos apoios instrumentais destaca-se os transportes, a ajuda em tarefas do lar, cuidado e acompanhamento do idoso. Quanto aos apoios emocionais expressam-se por via de sentimentos de carinho, afecto, confiança, empatia, sentimentos associados à família, a preocupação pelo outro. Este tipo de apoio pode tomar formas distintas que vão desde realização de visitas periódicas à transmissão física de afectos. Relativamente aos apoios cognitivos incluem-se nesta categoria os intercâmbio de experiências, a transmissão de informação, o aconselhar de modo a que seja possível entender determinada situação, entre outros.

O equilíbrio no intercâmbio dos apoios pode influenciar a qualidade da vinculação dos idosos com os seus prestadores de cuidados. Quando existe um intercâmbio de apoios temos presentes efeitos psicológicos positivos nas pessoas envolvidas, o que não sucede se esse mesmo intercâmbio não for revezado. Deste modo, quando se dá mais do que se recebe produzem-se sentimentos de sobrecarga e frustração; mas se se recebe mais do que se dá poderá existir uma sensação de dependência (Guzmán et al., 2003).

Uma teoria sociológica que nos providencia bases para compreendermos a importância das relações sociais estabelecidas na velhice é a teoria da continuidade, descrita por Atcheley (1989 como citado em Papalia, Olds & Feldman, 2006). De acordo com esta teoria, para envelhecer bem as pessoas precisam de manter um equilíbrio entre a continuidade e a mudança nas estruturas internas da sua vida. Esta teoria traz para o envelhecimento o seu significado social, as relações e as interacções sociais implicadas, as actividades perante a idade e as atribuições subjectivas que os indivíduos atribuem ao seu envelhecimento e ao dos outros. Esta teoria sugere que à medida que as pessoas vão experienciando as mudanças significativas, resultantes do

seu percurso de vida, vão desenvolvendo estratégias mentais e comportamentais que os ajudam a manter um sentido de estabilidade em termos pessoais e do meio social envolvente (Rodrigues, 2007).

Ainda relativamente às relações sociais, é de destacar também a teoria de desvinculação social proposta por Cumming e Henri (1961 como citado em Papalia, Olds & Feldman, 2006). Segundo esta teoria envelhecer causa uma redução gradual no envolvimento social e uma maior preocupação consigo mesmo. Por conseguinte, com base nesta teoria o afastamento das pessoas mais velhas da participação social seria uma consequência “natural” do envelhecimento.

Todavia, uma visão contrária é defendida pela teoria da actividade, proposta por Newgarten, Havigurst e Tobin (1968 como citado em Papalia, Olds & Feldman, 2006), segundo a qual os papéis adultos são fontes importantes de satisfação: quanto maior a perda de papéis (por exemplo, situação de reforma, viuvez, distancia dos filhos, doença, entre outros), menos satisfeita a pessoa estará. Por conseguinte, de acordo com a teoria da actividade, as pessoas que estão a envelhecer bem, mantêm o máximo possível de actividades e encontram substitutos para os papéis que perderam.

Por seu turno, Antonucci e colaboradores (Antonucci & Akiyama, 1997; Kahn & Antonucci, 1980 como citados em Papalia, Olds & Feldman, 2006), propõe uma nova teoria acerca do contacto social – a teoria do comboio social. Segundo esta teoria as pessoas passam pela vida cercadas de comboios (i.e., círculos concêntricos) de relações íntimas com variados graus de proximidade, com as quais as pessoas podem contar para ajuda, bem-estar e apoio social. De acordo com esta teoria, quem se encontra mais apoiado pode enfrentar doenças, situações stressantes e outras dificuldades da vida em melhores condições. No entanto, é necessário perceber o apoio como potenciador da qualidade de vida e que este depende da interpretação e valorização subjectiva que cada pessoa faz do apoio. Um apoio desnecessário, não desejado, mesmo que seja bem intencionado pode ter efeitos negativos ao produzir dependências e afetar negativamente a auto-estima.

Como se pode observar a partir das diversas teorias acerca do contacto e suporte social, as relações com outros à medida que o envelhecimento avança podem ser explicadas de modo muito diverso.

Em síntese, ao longo deste capítulo procurou-se fazer uma abordagem às principais problemáticas do envelhecimento humano, quer a nível individual, quer populacional. Como se pode observar da revisão efectuada muito do que se sabe hoje está confinado a contextos urbanos. A questão do envelhecimento em contextos rurais está praticamente ausente. No entanto, à medida que a idade avança e que a dependência se vai instalando é necessário alocar recursos para satisfazer as necessidades que serão cada vez em maior número. Para se poder disponibilizar programas e serviços de carácter gerontológico é necessário conhecimento de como se envelhece em lugares específicos. Daí a relevância deste estudo em zonas predominantemente rurais e moderadamente urbanas.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas associadas à avaliação multidimensional de pessoas idosas com 65 ou mais anos, a residir no município de Monção em zonas predominantemente rurais e moderadamente urbanas.

1. Plano de investigação e participantes

Para concretizar os objetivos deste estudo, foram selecionadas 4 freguesias do concelho de Monção situadas em territórios não urbanos. Por uma questão de clareza transcreve-se em seguida a definição que é dada pelo INE (2006) para a tipologia das áreas urbanas.

Área predominantemente urbana. Freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos: 1) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano, sendo que o peso da área em espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia; 2) a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente superior a 5.000 habitantes; 3) a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 5 000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

Área mediantemente urbana. Freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos: 1) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a Espaço Urbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural ultrapassa 50% da área total da freguesia; 2) o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano em conjunto com espaço semiurbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia; 3) a freguesia integra a sede da Câmara

Municipal e tem uma população residente igual ou inferior a 5.000 habitantes; 4) a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 2.000 habitantes e inferior a 5 000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

Área predominantemente rural. Freguesia não classificada como "Área Predominantemente Urbana" nem "Área Mediamente Urbana".

De acordo com a classificação do INE (2006), as freguesias de Mazedo e Troviscoso são consideradas áreas do tipo mediamente urbanas (AMU) e as duas restantes freguesias Riba de Mouro e Merufe situam-se em áreas predominantemente rurais (APR).

Considerando que a área mediamente urbana corresponde a uma área mista em termos médios, nesta dissertação usamos indistintamente os termos mediamente urbana e moderadamente urbana para fazer referência a esta área territorial.

Na selecção das freguesias procurou-se ter uma representatividade de duas tipologias de freguesia em termos das suas características de urbanidade/ruralidade e, simultaneamente, procurou-se que ambos os grupos tivessem um número semelhante de indivíduos com 65 ou mais anos. Para cada uma das freguesias estimou-se 8% da população com 65 anos ou mais, respeitando a distribuição por pequenos grupos etários e por grupos de género, de acordo com os censos 2001 (INE, 2009).

Relativamente à dimensão da amostra, estimou-se inquirir 87 pessoas, das quais 16 seriam residentes na freguesia de Troviscoso, 18 na freguesia de Mazedo, 29 na freguesia de Merufe e 24 na freguesia de Riba de Mouro, tal como se pode observar na Tabela 1. Em termos de estratégia de amostragem, a selecção dos participantes foi realizada através de procedimentos vários. Numa primeira abordagem à população, foram contactados os presidentes de junta que iniciaram o processo de selecção dos participantes, indicando indivíduos da população que reunissem os critérios de inclusão: ter mais de 65 anos e residir na sua casa ou em casa de familiares. À medida

que o estudo decorria, os próprios participantes foram recomendando outros participantes, numa lógica da amostragem do tipo “bola de neve”.

Tabela 1- População com 65 ou mais anos residente nas freguesias selecionadas e cálculo amostral de 8%

Zona Geográfica	TOTAL					
Grupo Etário	POP	8%	POP_H	8%	POP_M	8%
Freguesias moderadamente urbanas (MU)						
Troviscoso	199	16	84	7	115	9
De 65 a 69 anos	68	5	28	2	40	3
De 70 a 74 anos	46	4	22	2	24	2
De 75 a 79 anos	50	4	25	2	25	2
De 80 a 84 anos	28	2	9	1	19	2
De 85 a 89 anos	5	0	0	0	5	0
De 90 ou mais anos	2	0	0	0	2	0
Mazedo	223	18	87	7	136	11
De 65 a 69 anos	80	6	34	3	46	4
De 70 a 74 anos	52	4	16	1	36	3
De 75 a 79 anos	56	4	23	2	33	3
De 80 a 84 anos	23	2	9	1	14	1
De 85 a 89 anos	10	1	5	0	5	0
De 90 ou mais anos	2	0	0	0	2	0
Freguesias predominantemente rurais (PR)						
Merufe	363	29	151	12	212	17
De 65 a 69 anos	112	9	45	4	67	5
De 70 a 74 anos	77	6	37	3	40	3
De 75 a 79 anos	86	7	40	3	46	4
De 80 a 84 anos	54	4	16	1	38	3
De 85 a 89 anos	23	2	9	1	14	1
De 90 ou mais anos	11	1	4	0	7	1
Riba de Mouro	302	24	103	8	199	16
De 65 a 69 anos	101	8	36	3	65	5
De 70 a 74 anos	79	6	26	2	53	4
De 75 a 79 anos	50	4	16	1	34	3
De 80 a 84 anos	35	3	11	1	24	2
De 85 a 89 anos	24	2	9	1	15	1
De 90 ou mais anos	13	1	5	0	8	1
TOTAL	1087	87	425	34	662	53

2. Instrumentos de recolha de dados

Como referido anteriormente, os participantes deste estudo foram avaliados com instrumentos que integram o protocolo ANCEP_GeroSOC (Bastos, Moreira, Faria & Melo de Carvalho, 2010). Tratando-se de um Protocolo muito extenso, no presente estudo foram apenas incluídos os seguintes: *Ficha Socio-demográfica*; *Índice de Barthel* (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007); *Escala de Lawton* (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007); *Avaliação do Estado Mental* (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009); *Escala de Recursos Sociais e de utilização de Serviços do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos* (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007). No final do protocolo foram incluídas algumas questões abertas no sentido de identificar necessidades e/ou situações problemáticas ligadas ao dia-a-dia das pessoas idosas a residir em casa.

Para uma melhor compreensão dos instrumentos utilizados na recolha da informação, descreve-se seguidamente informação relativa às características mais relevantes dos instrumentos que vão ser utilizados neste estudo face aos objectivos estabelecidos.

Ficha socio-demográfica. A caracterização sócio-demográfica é composta por elementos que permitam identificar características dos idosos, sendo possível distinguir três tipos principais de informação: (a) informação socio-demográfica como: sexo, idade, estado civil, com quem vive, número de filhos e a distância a que reside deles, escolaridade, profissão ao longo da vida, situação profissional actual, passatempos ao longo da vida; (b) informação relativa à habitação/casa, como condições de habitabilidade, características da casa onde reside, tempo que reside na freguesia; e (c) informação relativa à ecologia do lugar como as relação com a vizinhança, dificuldades em deslocar-se fora de casa, vantagens e desvantagens de morar naquela freguesia, locais de apoio/instituições existentes naquela freguesia e a frequência ou não desses locais, e os equipamentos/serviços que seriam necessários criar naquela comunidade para apoiar as pessoas idosas.

Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007). Avalia a funcionalidade nas actividades básicas da vida diária. Constituído por 10 itens, que correspondem a actividades específicas. Cada item é cotado entre 0 e 15 pontos, em que 0 (zero) corresponde à dependência total e 5 (cinco), 10 ou 15 correspondem aos níveis de diferenciação da independência. A amplitude de valores não é uniforme, havendo actividades que são cotadas entre 0 e 5 e outras actividades que são cotadas entre 0 e 15. Na versão utilizada neste estudo, o somatório varia entre 0 e 100, na qual a maior pontuação indica maior grau de independência nas ABVD. Dito de outro modo, a aproximação aos 100 pontos deve ser lida como independência. Assim, um somatório entre 90 e 100 pontos corresponde a *independente*, entre 60 e 85 *ligeiramente dependente*, entre 40 e 55 a *moderadamente dependente*, entre 20 a 35 a *severamente dependente* e menor que 20 a *totalmente dependente*. Quanto às características psicométricas desta medida, o Índice de Barthel apresenta boa consistência interna (fiabilidade da medida), com um valor de alpha de Cronbach de 0,89.

Escala de Lawton (AIVD; Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007). Destina-se a avaliar a funcionalidade para as actividades instrumentais da vida diária. Este instrumento adaptado para a população portuguesa por Sequeira (2007), permite avaliar o grau de dependência em 8 actividades instrumentais de vida diária: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso do transporte, uso do dinheiro, responsável pela medicação. Cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada actividade é pontuada de 1 a 3, 1 a 4, ou de 1 a 5. De salientar no entanto, que contrariamente ao Índice de Barthel, na Escala de Lawton uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência, ou seja, nesta medida “menos é mais”. Este índice varia entre 8 e 30 pontos, sendo que a partir de 8 pontos indica que a pessoa é independente para as AIVD; entre 9 e 20 pontos, moderadamente dependente (necessita de certa ajuda); e se for superior a 20 pontos indica que é severamente dependente (necessita de muita ajuda). No que diz respeito às características psicométricas desta escala de medida, a versão portuguesa apresenta uma consistência interna (fiabilidade da medida), com um valor de alpha de Cronbach de 0,92.

Avaliação do Estado Mental (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009). É um teste de rastreio de défice cognitivo sensível ao nível da escolaridade dos indivíduos. É composto por 30 questões que estão divididas em 6 dimensões cognitivas: orientação temporal e espacial; retenção; atenção e cálculo; evocação e memória; linguagem, e habilidade construtiva. Em 2009, Morgado e colaboradores actualizaram o estudo de adaptação do MMSE para a população portuguesa, depois da primeira adaptação em 1994. No estudo de 2009, Morgado e colaboradores definiram novos pontos de corte para défice cognitivo em função do nível de escolaridade, sendo 22 para 0 a 2 anos de escolaridade, 24 para 3 a 6 anos e 27 para escolaridade igual ou superior a 7 anos. A consistência interna do MMSE apresenta um valor moderado com um alpha de Cronbach de 0,47.

Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-PT; Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2007). Este questionário foi desenvolvido para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida dos idosos (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária) e mede, também a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa de Rodrigues (2007).

A versão original deste instrumento foi resultado de trabalhos desenvolvidos por investigadores do envelhecimento no *Center of the Study of Aging and Human Development, da Duke University* desde 1972, nos EUA. Foi desenvolvido com o intuito de fazer uma avaliação às alternativas da institucionalização de idosos dependentes, permite avaliar programas e tomada de decisão sobre afectação de recursos e serviços.. Esta medida multidimensional organiza-se em três aspectos: avaliação a capacidade funcional em áreas definidas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações permitam definir funcionamentos equivalentes; utilização e necessidade de serviços caracterizando o uso actual e a necessidade sentida; avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidade detetadas.

No caso concreto deste estudo, foi utilizado da parte A, o questionário relativo à área dos recursos sociais da qual fazem parte 11 questões dirigidas ao idoso, 1 questão dirigida a um informante/cuidador caso o idoso não seja fidedigno nas suas respostas, e 2 questões relativas ao idoso mas respondidas pelo entrevistador. Da parte B, fazem parte todo o conjunto de questões, que avaliam dezanove serviços distribuídos em seis categorias: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio económico; serviços de apoio, avaliação e coordenação; e serviços não classificados. Sobre estes itens, avalia-se a utilização actual (nos últimos seis meses), a frequência com que são utilizados e a necessidade percebida. No que se refere às características psicométricas, a consistência interna (alpha de Cronbach) para as cinco escalas de avaliação funcional do instrumento situou-se entre 0,64 e 0,91.

Satisfação Global com a Vida Actual. Para avaliar esta dimensão do funcionamento intrapessoal foi elaborada uma questão de síntese, a apresentar aos participantes após terem respondido a todas as escalas de medida previstas no Protocolo. A questão de síntese “Se pensar nas coisas boas e más da vida, até que ponto está satisfeito com a sua vida actual?”, previa ainda a gradação da resposta numa escala de 1 (insatisfeito) a 4 (muito satisfeito).

3. Procedimentos de recolha de dados

O protocolo ANCEP_GeroSOC (Bastos et al., 2010) foi administrado aos participantes presencialmente, em casa ou noutros locais previamente combinados, como sedes de juntas de freguesias. Primeiramente foi explicado o enquadramento do estudo com o respetivo consentimento, na qual era explicado o objetivo de estudo, o carácter voluntário da participação, assim como a finalidade de utilização e confidencialidade da informação recolhida. Posteriormente, a informação era recolhida através de entrevista (administração assistida). Apesar de alguns dos instrumentos que compõem o protocolo serem de auto-preenchimento, a utilização da

entrevista neste estudo justifica-se pela baixa escolaridade dos participantes, assim como pela sua reduzida familiaridade com este tipo de instrumentos de avaliação. A administração do protocolo teve uma duração média de 30 a 60 minutos.

4. Estratégias de análise da informação

Relativamente à informação recolhida com o Protocolo ANCEP_GeroSOC (Bastos et al., 2010), na análise descritiva, usou-se a frequência absoluta e a proporção como medida sumária para variáveis categóricas e a média e desvio-padrão para variáveis quantitativas, acompanhada do desvio-padrão, como medida de dispersão. Quando a variável não seguia a distribuição normal (testado através do teste de Kolmogorov-Smirnov), a distribuição foi descrita pela mediana e 1º e 3º quartis. Para testar a igualdade de médias usou-se o teste *t* student para amostras independentes ou o teste *U* Mann-Whitney para comparação de variáveis que não seguiam distribuição normal.

As características sociodemográficas dos participantes de cada freguesia foram descritas e comparadas entre si. Para avaliar a relação entre variáveis demográficas, de avaliação individual e de satisfação com a vida, foi utilizada a correlação *rs* de Spearman, uma vez que as variáveis não seguiam distribuição normal. A análise de dados foi realizada utilizando o *Statistical Package for Social Sciences (SPSS Statistics)* versão 20.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Nesta secção apresentam-se os resultados mais relevantes relativamente aos participantes e aos ambientes relativamente próximos, que poderíamos sumariamente designar por comunidade.

1. Principais características dos participantes e seus contextos de vida

Descrição das características dos participantes

Como planeado foram inquiridos 87 idosos residentes em 4 freguesias do concelho de Monção. Nas freguesias AMU (Mazedo e Troviscoso) foram inquiridos 34 idosos, e nas freguesias APR (Riba de Mouro e Merufe) 53 idosos.

Tal como se pode verificar na Tabela 2, observa-se que a **idade** média dos participantes é de 74,1 anos ($dp=6.76$) e que varia entre 65 e 98 anos. A idade é ligeiramente superior nos participantes das freguesias predominantemente rurais ($M=74,9$, $dp=7,41$; vs. $M=72,8$, $dp=5,47$). Dos 87 participantes, 54 (62,1%) são do género feminino e 33 (37,9%) do género masculino. Esta distribuição é relativamente semelhante nos 2 grupos de freguesias.

Relativamente ao **estado civil**, em ambas as freguesias, 50 idosos (57,5%) são casados, 29 (33,3%) são viúvos, 7 (8,0%) são solteiros e 1 (1,1%) é separado/divorciado. Nas freguesias predominantemente rurais, 20 idosos são viúvos (37,7%), 29 estão casados (54,7%), 4 são solteiros (7,5%) e nenhum participante está separado/divorciado. Nas freguesias moderadamente urbanas registam-se 21 idosos casados (61,8%), 9 são viúvos (26,5%), 3 são solteiros (8,8%), e apenas 1 (2,9%) está separado/divorciado. Enquanto nas freguesias predominantemente rurais o número de casados e viúvos é relativamente próximo, nas freguesias mediamente urbanas os idosos no estado civil de casados destacam-se dos outros estados civis.

Relativamente ao **agregado familiar**, 39 idosos (44,8%) vivem apenas com o cônjuge; 22 (25,3%) vivem sozinhos; 10 (11,4%) vivem com cônjuge, filhos e netos; 6 (6,9%) residem com irmãos, e 4 (4,6%) residem apenas com os filhos ou com outro familiar. Nas freguesias mediamente urbanas destaca-se um maior número de idosos,

cerca de metade dos idosos vive com o cônjuge (52,9%); enquanto nas freguesias predominantemente rurais a distribuição das variáveis é mais homogênea. No entanto nas freguesias predominantemente rurais destaca-se também o número de idosos a residir sozinho. Quanto ao número de filhos, em média os idosos inquiridos têm 2 filhos ($dp=1,68$) e vivem, em média, cerca de 438 km destes ($dp=1008,16$). Apesar de a distância ser muito variável, os idosos residentes nas freguesias predominantemente rurais vivem a uma distância muito maior dos filhos ($M=599$; $dp=1233,30$) quando comparados com os idosos que residem nas freguesias mediantemente urbanas ($M=230$; $dp=561,15$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($U=338,5$; $p=0,001$).

Relativamente ao nível de **escolaridade** os participantes inquiridos têm em média 4 anos de escolaridade ($M=4,1$, $dp=3,60$). A maioria dos idosos inquiridos tem entre 1 e 4 anos de escolaridade (73,6%), sendo que 11,5% são analfabetos e cerca de 7 e 8% têm entre 5 e 9 anos e mais de 10 anos de escolaridade, respectivamente. Nas freguesias mediantemente urbanas 24 idosos (70,6%) têm entre 1 a 4 anos de escolaridade, e nas predominantemente rurais o número de idosos com 1 a 4 anos de escolaridade situa-se nos 40 (75,5%).

A **situação profissional actual** dos idosos divide-se entre reformado e reformado com trabalho remunerado. Em ambas as freguesias 85 idosos (97,7%) são reformados, havendo apenas 2 (2,3%) reformados com emprego remunerado que proveem de freguesias moderadamente urbanas. Relativamente às **profissões** que realizaram predominantemente ao longo da vida destacam-se dois grandes grupos: agricultura e jardinagem (42,5%) e construção civil (27,6%). Em menor escala, 6 idosos (6,9%) tiveram como profissão assistente operacional; também 6 idosos (6,9%) foram professores; 3 (3,4%) foram empregadas domésticas; 2 idosos (2,3%) tiveram profissões ligadas aos transportes, assim como foram também 2 idosos (2,3%) a terem profissões de comerciantes. Um total de 7 idosas (8%) foram domésticas. Nas freguesias predominantemente urbanas o número de idosos com profissões relacionadas à agricultura e à jardinagem é de 28 (52,8%); nas freguesias mediantemente urbanas regista-se um maior número de idosos com profissões relacionadas com a construção civil, 10 idosos (29,4%).

Tabela 2 - Características sócio-demográficas dos participantes

Características	Freguesias Moderadamente urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	N	%	N	%	N	%
Idade M (dp)		72,8 (5,47)		74,9 (7,41)		74,1 (6,76)
min-max		65 – 84		65 – 98		65 – 98
65-74	20	58,8	29	54,7	49	56,3
75 +	14	41,2	24	45,3	38	43,7
Género						
Masculino	13	38,2	20	37,7	33	37,9
Estado Civil						
Solteiro	3	8,8	4	7,5	7	8,0
Casado	21	61,8	29	54,7	50	57,5
Viúvo	9	26,5	20	37,7	29	33,3
Separado(a)/divorciado(a)	1	2,9	--	--	1	1,1
Com quem vive						
Sozinho	7	20,6	15	28,3	22	25,3
Cônjuge	18	52,9	21	39,6	39	44,8
Cônjuge e filhos (e netos)	4	11,8	3	5,7	10	11,4
Irmãos	2	5,9	4	7,5	6	6,9
Filhos	2	5,9	2	3,8	4	4,6
Outro familiar	1	2,9	3	5,7	4	4,6
Cônjuge e outro familiar	--	--	2	3,8	2	2,3
Número de filhos M (dp)		2 (1,38)		2 (1,85)		2 (1,68)
Distância aos filhos (km) M (dp)		229,9 (561,15)		599,0 (1233,30)		437,8 (1008,16)
Escolaridade Md (P25;P75)		4 (3;4)		3 (2; 4)		4 (3; 4)
0 (analfabeto)	3	8,8	7	13,2	10	11,5
1-4 (Ensino Básico, 1 ciclo)	24	70,6	40	75,5	64	73,6
5-9 (Ensino Básico, 2/3 ciclo)	3	8,8	3	5,7	6	6,9
10+ (secundário/superior)	4	11,8	3	5,7	7	8,0
Situação Profissional Actual						
Reformado	32	94,1	53	100	85	97,7
Reformado com emprego remunerado	2	5,9	--	--	2	2,3
Profissão ao longo da vida						
Agricultura	9	26,5	28	52,8	37	42,5
Construção Civil	10	29,4	14	26,4	24	27,6
Domésticas	6	17,6	1	1,9	7	8,0
Assist. Operacionais (educação/social)	3	8,8	3	5,7	6	6,9
Professores	3	8,8	3	5,7	6	6,9
Empregadas Domésticas	1	2,9	2	3,8	3	3,4
Profissões ligadas ao Transporte	1	2,9	1	1,9	2	2,3
Comerciantes	1	2,9	1	1,9	2	2,3

Relativamente aos **passatempos** ao longo da vida (Tabela 3), verifica-se que dos 87 idosos inquiridos, apenas 9 (10,5%) revelaram ter passatempos. De entre as actividades mais frequentes destes idosos, destacam-se o desporto (33,3%), desporto e jardinagem (2,2%) ou os trabalhos manuais/artesanato (2,2%).

Tabela 3 - Passatempos dos participantes

	Freguesias Moderadamente Urbanas (n= 34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	N	%	N	%	N	%
Teve passatempos ao longo da vida	6	17,6	3	5,7	9	10,5
Tipos de passatempo ^{a)}						
Desporto	1	16,7	2	66,7	3	33,3
Desporto e Jardinagem	2	33,3	--	--	2	22,2
Trabalhos Manuais/artesanato	2	33,3	--	--	2	22,2
Actividades Religiosas	1	16,7	--	--	1	11,1
Caça	--	--	1	33,3	1	11,1
Passatempos alteraram com a reforma ^{a)}	2	33,3	2	66,7	4	44,4

^{a)} n=9

Nas freguesias predominantemente rurais apenas se registam passatempos no âmbito do desporto (n=2) e da caça (n=1). Dos 9 participantes que revelaram ter passatempos ao longo da vida, apenas 4 idosos dizem ter alterado os passatempos com a reforma.

Descrição das condições da casa e ambiente próximo

Quando questionados sobre as condições de casa (tabela 4), 84 idosos (96,6%) responderam ter as condições adequadas. Como é demonstrado na Tabela 4, de entre as razões que justificam as boas condições destaca-se *“tenho tudo o que necessito”* (74; 85,1%); *“tenho as condições aceitáveis”* (2; 2,3%), *“tenho boas condições”* (8; 9,2%). Tanto nas freguesias mediamente urbanas como nas freguesias predominantemente rurais, a maioria dos participantes considera que a casa tem boas condições (76,5% e 90,6%, respetivamente). Os 3 idosos (3,4%) que afirmaram não ter

boas condições, apontam mais frequentemente o facto de “a casa estar velha, necessitar de obras”.

Tabela 4 - Condições da casa

	Freguesias Moderadamente Urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	N	%	N	%	N	%
	Considera que a casa tem condições adequadas	32	94,1	52	98,1	84
Razão de boas condições ^{a)}						
Tem o que necessita	26	76,5	48	90,6	74	85,1
Tem boas condições	5	14,7	3	5,7	8	9,2
Condições aceitáveis	2	5,9	--	--	2	2,3
Condições em défice ^{b)}						
Velha/ necessita de obras	1	14,7	2	3,8	3	3,4
A casa tem barreiras arquitectónicas	5	14,7	37	69,8	42	48,3
Tipos de barreiras ^{c)}						
Degraus	3	60,0	28	75,7	31	73,8
Degraus e portas estreitas	2	40,0	6	16,2	8	19,0
Portas estreitas	--	--	2	5,4	2	4,8
Degraus, portas estreitas e banheira	--	--	1	2,7	1	2,4
Características da casa						
Água quente	33	97,1	50	94,3	83	95,4
Telefone	32	94,1	51	96,2	83	95,4
Humidade	3	8,8	4	7,5	7	8,0
Aquecimento em casa						
Lenha	11	32,4	23	43,4	34	39,1
Aquecimento central	11	32,4	9	17,0	20	23,0
Lenha e aquecedor eléctrico/gás	2	5,9	18	34,0	20	23,0
Aquecedor eléctrico	6	17,6	1	1,9	7	8,0
Ar condicionado	3	8,8	--	--	3	3,4
Aquecedor a gás	1	2,9	1	1,9	2	2,3
Caldeira	--	--	1	1,9	1	1,1

^{a)}n=84; ^{b)}n=3; ^{c)}n=42

Quase metade dos inquiridos considera que a sua casa tem barreiras arquitectónicas (48,3%), sendo esta percentagem superior nas freguesias predominantemente rurais (69,8%). De entre os tipos de barreiras apontadas, destaca-se a existência de degraus (73,8%), degraus e portas estreitas (19%) ou apenas portas estreitas (4,8%).

Relativamente às características da casa, 95,4% dos inquiridos tem água quente e igual percentagem tem telefone. Apenas 7 (8,0%) indicaram ter humidade em casa. Estes dados são relativamente semelhante entre as duas tipologias de freguesia.

Quanto ao aquecimento da casa, 34 (39,1%) inquiridos usam lenha, 20 idosos (23,0%) têm aquecimento central, 20 idosos (23,0%) utilizam lenha e aquecedor eléctrico/gás; 7 idosos (8,0%) têm aquecedor eléctrico; 3 idosos (3,4%) têm ar condicionado; 2 (2,3%) utilizam o aquecedor a gás, e 1 idoso (1,1%) possui caldeira. Nas freguesias moderadamente urbanas o número de idosos que utiliza lenha é igual ao que tem aquecimento central (11; 32,4%). Enquanto nas freguesias mediamente urbanas a lenha e o aquecimento central são igualmente usadas (32,4%), nas freguesias predominantemente rurais, os participantes recorrem mais ao uso da lenha (43,4%) ou aliam a lenha e do aquecedor eléctrico/gás (34,0%).

Relativamente à experiência do lugar (Tabela 5), em média, os participantes residem há cerca de 64 anos ($dp=17,86$) na freguesia actual, embora os residentes nas freguesias predominantemente rurais residam em média há mais tempo ($M=71,1$, $dp=12,74$ vs. $M=52,0$, $dp=18,64$). Quando questionados relativamente às vantagens de viver naquela freguesia, cerca de metade dos inquiridos (50,6%) afirma que viver na sua freguesia tem “*todas as vantagens*”, 16,1% fazem referência ao facto de ser o local onde sempre viveu, 14,9% salientam o facto de estar perto de todos os serviços e comércio e 9,2% salientam a tranquilidade, ar puro e vida mais saudável. Um total de 8 inquiridos considera não existirem vantagens em viver ali, sendo 2 das freguesias AMU e 6 das freguesias APR. Os 13 idosos que salientam a vantagem de residir perto de todos os serviços e comércio proveem de freguesias AMU.

Em termos das relações de vizinhança, a grande maioria dos idosos (94,3%) considera ter uma relação próxima e amigável com a vizinhança, 3,4% consideram que a relação é inexistente, e 2,3% conflituosa.

Relativamente às dificuldades em sair de casa, 30 inquiridos (34,5%) revelam ter dificuldades em deslocar-se fora de casa, sendo esta proporção superior nos idosos que residem em freguesias predominantemente rurais (23; 43,4%). Da totalidade dos idosos que referem estas dificuldades, 80% consideram que estão relacionadas com dificuldades de mobilidade, 10% com dificuldades de mobilidade acrescidas de

dificuldades de visão; 6,6% referem dificuldades de visão ou de audição e 3,3% dizem que se cansam muito ao andar fora de casa.

Tabela 5 - Da experiência do lugar e vinculação ao lugar

	Freguesias Moderadamente Urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	N	%	N	%	N	%
	Tempo e relações “no lugar”					
Tempo que vive na freguesia- anos <i>M(dp)</i>	52,0 (18,64)		71,1 (12,74)		63,6 (17,86)	
Relação com a vizinhança						
Próxima e amigável	31	91,2	51	96,2	82	94,3
Conflituosa	1	2,9	1	1,9	2	2,3
Afastada	--	--	--	--	--	--
Inexistente	2	5,9	1	1,9	3	3,4
Vantagens viver freguesia						
“Todas as vantagens”	14	41,2	30	56,6	44	50,6
Foi o local onde sempre viveu	2	5,9	12	22,6	14	16,1
“Está perto do tudo”	13	38,2	--	--	13	14,9
Tranquilidade, ar puro, vida mais saudável	3	8,8	5	9,4	8	9,2
Não tem vantagens	2	5,9	6	11,3	8	9,2
Sente dificuldades em deslocar-se fora de casa						
Tipo de dificuldade ^{a)}	7	20,6	23	43,4	30	34,5
Dificuldades na mobilidade	6	85,7	18	78,3	24	80,0
Dificuldade de mobilidade e visão	--	--	3	13,0	3	10,0
Dificuldades de visão ou audição	1	14,3	1	4,3	2	6,6
Cansaço (“Coração fraco”)	--	--	1	4,3	1	3,3
De que sente mais falta/necessidades						
“De nada”	29	85,3	31	58,5	60	69,0
Acesso a bens/serviços (mercearia, farmácia, banco)	1	2,9	5	9,4	6	6,9
“De Tudo”	1	2,9	4	7,5	5	5,7
Serviços de saúde e bombeiros	--	--	5	9,4	5	5,7
Família	--	--	3	5,7	3	3,4
Serviços recreativos e de lazer	--	--	3	5,7	3	3,4
Saneamento	2	5,9	--	--	2	2,3
Transportes	--	--	2	3,8	2	2,3
Relações mais próximas entre vizinhos	1	2,9	--	--	1	1,1

^{a)} n=30

Os participantes foram questionados acerca daquilo de que sentem mais falta, isto é, necessidades das pessoas mais velhas no local onde vivem. Curiosamente, 60 participantes (69,0%) responderam não sentir “falta de nada” e 5 (5,7%) referiram

sentir “*falta de tudo*”, sendo esta resposta mais frequente nos residentes nas freguesias predominantemente rurais (4; 7,5% vs. 1; 2,9%).

No que diz respeito a acesso a bens e serviços, um total de 6 participantes (6,9%) referiram sentir a falta de equipamentos como: mercearia, farmácia e banco; 5 participantes (5,7%) referiram a falta de serviços de saúde e bombeiros; 3 participantes (3,4%) assinalam sentir a falta de serviços recreativos e de lazer; 2 participantes (2,3%) referem sentir a falta de saneamento, assim como um número equivalente de participantes referem sentir falta de transportes.

A falta da família foi também referida por 3 participantes (3,4%), sendo que os que fizeram referência a esta situação pertencem ao grupo de indivíduos residentes nas freguesias predominantemente rurais. A falta de relações mais próximas entre vizinhos foi referida apenas por 1 participante (1,1%), neste caso pertencente ao grupo das freguesias moderadamente urbanas.

Quando questionadas sobre os locais de apoio/instituições destinados aos idosos na freguesia onde vivem (tabela 6), 34,5% responderam não existir locais de apoio aos idosos e 9,2% referiram não ter conhecimento desses locais/serviços. De entre os locais de apoio a idosos referidos por alguns inquiridos, destacam-se o Lar de Merufe (33,3%), a Santa Casa da Misericórdia de Monção (14,9%) e o Lar Privado (EDEN). Comparando as respostas dos participantes residentes nas duas tipologias de freguesia, verifica-se que os residentes nas freguesias moderadamente urbanas apontam uma diversidade maior de equipamentos, enquanto os residentes nas freguesias predominantemente rurais apenas referiram o Lar de Merufe.

Apenas 2 idosos (2,3%) responderam frequentar algum destes locais de apoio, apresentando como razão de frequência a necessidade de receber apoio. De entre os 85 idosos que não frequentam locais de apoio, 54% responderam que não sentem necessidade e 43,7% (n=38) não frequentam locais de apoio a idosos, porque consideram que não existem ou não conhecem.

Tabela 6 - Locais de apoio aos idosos, equipamentos e/ou serviços necessários

	Freguesias Moderadamente Urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	N	%	N	%	N	%
	Locais de Apoio Existentes					
Lar de Merufe	--	--	29	54,7	29	33,3
Santa Casa da Misericórdia de Monção	13	38,2	--	--	13	14,9
Lar privado (EDEN)	6	17,6	--	--	6	6,9
Associação N. Sr.ª Ajuda	1	2,9	--	--	1	1,1
“Não existem locais de apoio aos idosos”	7	20,6	23	43,4	30	34,5
“Não conheço”	7	20,6	1	1,9	8	9,2
Frequenta algum destes locais de apoio	1	2,9	1	1,9	2	2,3
Razão de frequência ^{a)}						
Sente necessidade de apoio	1	2,9	1	1,9	2	2,3
Razão de não frequência ^{b)}						
Não sente necessidade de apoio	19	55,9	28	52,8	47	54,0
Não existe/não conhece	14	41,2	24	45,3	38	43,7
Equipamentos/Serviços necessários						
Centro de Dia	28	82,4	36	67,9	64	73,6
Centro de Convívio	22	64,7	40	75,5	62	71,3
SAD	15	44,1	37	69,8	52	59,8
Lar de Idosos	24	70,6	24	45,3	48	55,2
Centro de Noite	5	14,7	10	18,9	15	17,2
Acolhimento Familiar	6	17,6	7	13,2	13	14,9

^{a)} n=2; ^{b)} n= 85

Em relação aos equipamentos e serviços que os participantes consideram necessários criar para apoiar as pessoas idosas naquela freguesia, destacam-se o centro de dia (73,6%), o centro de convívio (71,3%), o SAD (59,8%) e o lar de idosos (55,2%). Em menor escala referiram ainda o centro de noite (17,2%) e o acolhimento familiar (14,9%). Nas freguesias mediantemente urbanas os participantes deram maior ênfase ao à criação de centro de dia (82,4%), lar de idosos (70,6%) e centro de convívio (64,7%), enquanto que nas freguesias predominantemente rurais, os participantes salientaram a necessidade do centro de convívio (75,5%), do serviço de apoio domiciliário (69,8%) e do centro de dia (67,9%).

2. Descrição e análise dos domínios do funcionamento individual

Apresentam-se seguidamente os principais resultados obtidos decorrentes da avaliação multidimensional do envelhecimento humano. Primeiramente apresentam-se os resultados sobre a funcionalidade para as actividades básicas da vida diária, seguidamente o funcionamento cognitivo e a satisfação com a vida, e por fim, os aspectos relativos aos recursos sociais.

2.1. Funcionalidade na vida diária

Relativamente às variáveis de avaliação individual, considera-se o nível de funcionalidade para as actividades básicas e instrumentais da vida diária, avaliada através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa Sequeira, 2007) e da Escala de Lawton (Lawton & Brody, 1969, versão portuguesa, Sequeira, 2007). O Índice de Barthel mede a funcionalidade nas actividades básicas de vida diária avalia as tarefas: alimentação, vestir, banho, higiene corporal, utilizar a casa de banho, controlo intestinal, subir escadas transferência cadeira-cama e deambulação. Avalia as diferentes tarefas supra citadas em níveis que vão desde independente, a ligeiramente dependente, moderadamente dependente, severamente dependente e totalmente dependente. O Índice de Lawton mede a funcionalidade para as actividades instrumentais de vida diária, nas diferentes tarefas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso de transporte, uso do dinheiro, responsável pela medicação. Esta avaliação situa os indivíduos em três níveis: independente, moderadamente dependente, severamente dependente.

No presente estudo, os participantes apresentam uma média de 98,1 pontos ($dp=10,81$), no Índice de Barthel, variando as pontuações entre 15 e 100. Para a funcionalidade nas AIVD, os participantes apresentam uma média de 11,2 pontos ($dp=3,95$) variando as pontuações entre 8 e 26 (tabela 7).

A maioria dos participantes (96,6%) é independente para as ABVD e os restantes 3,3% distribuem-se igualmente pelos graus de maior dependência de moderadamente dependente até totalmente dependente.

Tabela 7 - Funcionalidade para as atividades da vida diária

	<i>n</i> =87	
		%
Funcionalidade para as atividades básicas da vida diária (Barthel) <i>M (dp)</i>	98,1 (10,8)	
Min-Máx (amplitude: 0-100)	15-100	
Independente	84	96,6
Ligeiramente dependente	1	1,1
Moderadamente dependente	1	1,1
Severamente dependente	1	1,1
Funcionalidade para as atividades instrumentais da vida diária (Lawton) <i>M (dp)</i>	11,2 (4,0)	
Min-Máx (amplitude: 8-30)	8-26	
Independente	23	26,4
Moderadamente dependente	61	70,1
Severamente dependente		3,4

Como se pode verificar na Figura 1, no que diz respeito à funcionalidade para as AIVD, os participantes têm em média 11,2 pontos ($dp=3,95$) na Escala de Lawton, variando os resultados entre 8 e 26 pontos (tabela 7). A maioria dos participantes (70,1%) são moderadamente dependentes para as AIVD, 26,4% são independentes e 3,4% são severamente dependentes.

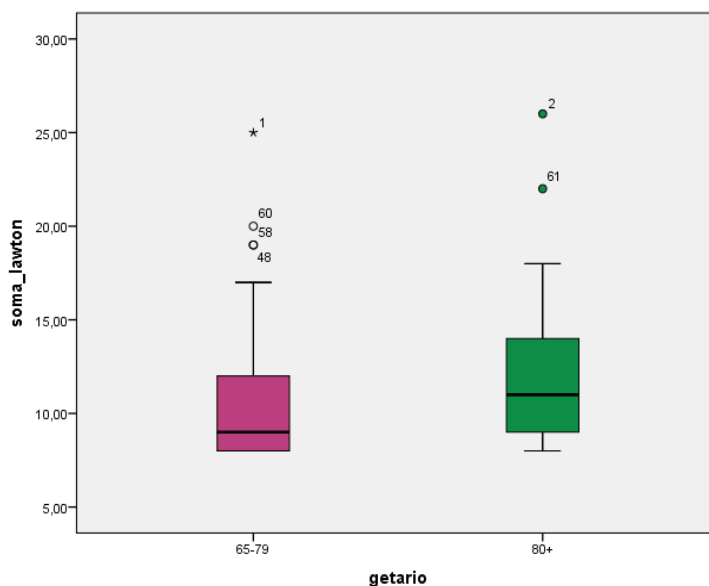


Figura 1 - Representação gráfica da distribuição dos resultados na escala de Lawton entre os grupos com 65-79 e 80 ou mais anos.

Comparando os resultados obtidos no Índice de Barthel por grupo etário, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com 65-79

anos e os participantes com 80 ou mais anos ($U=604,500$; $p=0,584$). No entanto verificam-se diferenças estatisticamente significativas relativamente aos resultados obtidos na escala de Lawton ($U=418,000$; $p=0,031$). É possível verificar que, enquanto no grupo com 65-79 anos, 50% dos participantes têm pontuação igual ou inferior a 9, no caso das pessoas com 80 ou mais anos, 50% têm pontuação igual ou superior a 11, e 25% têm pontuação igual ou superior a 15.

Relativamente ao género, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente aos resultados obtidos no índice de Barthel ($U=841,500$; $p=0,171$) ou na escala de Lawton ($U=852,000$; $p=0,729$).

Tabela 8 - Funcionalidade segundo o tipo de ambiente

	Freguesias Moderadamente urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	n	%	n	%	n	%
Funcionalidade para as ABVD (Barthel) M (dp)	99,3 (4,3)		97,5 (13,4)		98,1 (10,8)	
Min-Máx (amplitude: 0-100)	75 – 100		15 - 100		15-100	
Independente	33	97,1	51	96,2	84	96,6
Ligeiramente dependente	1	2,9	--	--	1	1,1
Moderadamente dependente	--	--	1	1,9	1	1,1
Severamente dependente	--	--	1	1,9	1	1,1
Funcionalidade para as AIVD (Lawton) M (dp)	11,2 (3,7)		11,2 (4,2)		11,2 (4,0)	
Min-Máx (amplitude: 8-30)	8 – 20		8 - 26		8-26	
Independente	11	32,4	12	22,6	23	26,4
Moderadamente dependente	23	67,6	38	71,7	61	70,1
Severamente dependente	--	--	3	5,7	3	3,4

No que diz respeito à comparação entre participantes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais não se observaram diferenças significativas relativamente à funcionalidade para as actividades básicas no índice de Barthel ($U=892,5$; $p=0,815$) ou na escala de Lawton ($U=904,0$; $p=0,979$).

2.2. Funcionamento cognitivo e envelhecimento

O nível de funcionamento cognitivo foi avaliado através do Exame de Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa Morgado et al.,

2009). O MMSE avalia os indivíduos em diferentes actividades: *orientação* (perguntas que vão desde saber o ano em que estamos, ao mês, dia do mês, dia da semana, estação do ano, país onde residimos, distrito de residência, terra em que vive, casa onde estamos e andar onde nos encontramos); *retenção* (decorar três palavras e repeti-las); *atenção e cálculo* (subtração de um numerário); *evocação* (repetição das palavras ditas no parâmetro retenção); *linguagem* (mostrar objectos e perguntar como se chamam; repetição de frases; realização de tarefas com uma sequência; leitura de uma frase e realização dessa mesma tarefa; escrita de uma frase; habilidade construtiva).

No presente estudo, os participantes apresentam em média 24,2 pontos ($dp=5,71$) no MMSE, variando os resultados entre 5 e 30 valores (tabela 9).

Tabela 9 - Funcionamento cognitivo em termos globais

	MMSE n=87	
	<i>n</i>	%
MMSE M (dp)	24,2 (5,71)	
Min-máx (amplitude: 0-30)	5-30	
Défice Cognitivo		
Com défice	29	33,3
Sem défice	58	66,7

Comparando os resultados no MMSE entre grupos etários, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre idosos com 65-79 anos e 80 ou mais ($U=349,000$; $p=0,005$). Enquanto no grupo com 65-79 anos o score no MMSE varia de 15 a 30, no grupo com 80 ou mais anos, o limite inferior dos resultados é inferior a 10 e 25% dos idosos deste grupo têm valores abaixo de 17 valores (Figura 2).

No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao score no MMSE entre homens e mulheres ($U=711,500$, $p=0,171$).

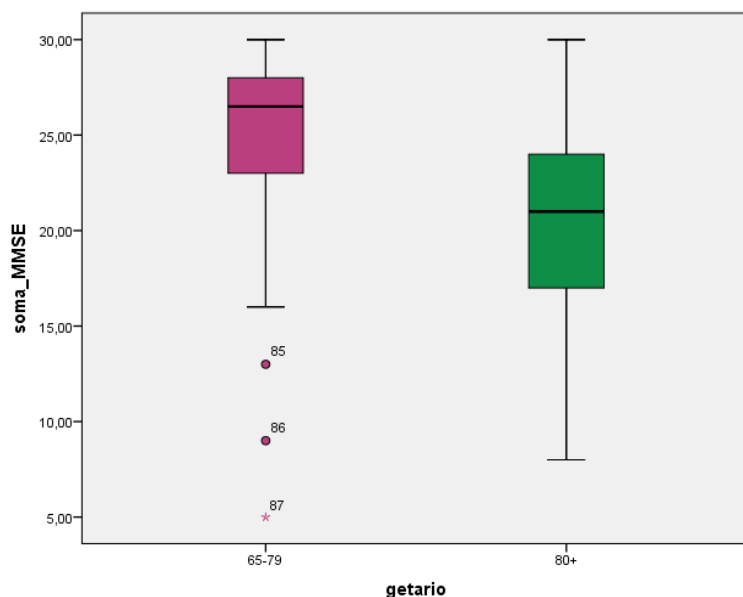


Figura 2 - Representação gráfica da distribuição dos resultados no MMSE entre o grupo de 65-79 e 80 ou mais anos

Tal como se pode verificar na Figura 3, os idosos que apresentam défice cognitivo são significativamente mais velhos ($\chi^2 = 11,307$, $gl=1$, $p=0,001$), apresentam um nível significativamente inferior de independência em termos da funcionalidade para as actividades instrumentais da vida diária ($\chi^2 = 16,279$, $gl=2$, $p<0,001$) e são significativamente menos escolarizados ($\chi^2 = 21,075$, $gl=3$, $p<0,001$). Como se pode verificar na figura 5, a totalidade dos idosos com défice cognitivo têm entre 0 e 4 anos de escolaridade.

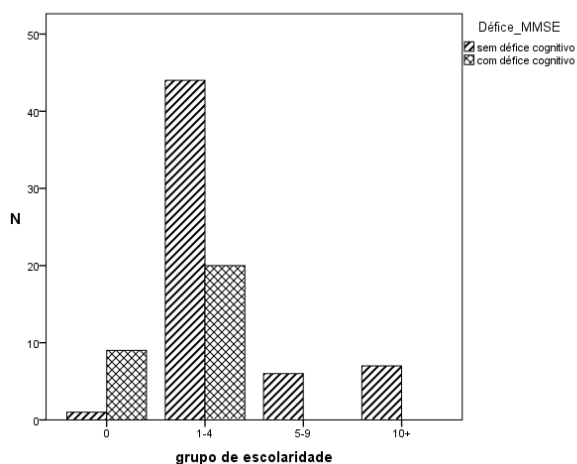


Figura 3 - Distribuição dos resultados no MMSE, segundo escolaridade e défice cognitivo

Em seguida, apresenta-se uma análise do funcionamento cognitivo tomando em consideração o tipo de ambiente – moderadamente urbano e predominantemente rural.

Tabela 10 - Funcionamento cognitivo segundo o tipo de ambiente

	Freguesias Moderadamente urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente rurais (n=53)		MMSE n=87	
	n	%	n	%	n	%
MMSE M (dp)	25,7 (3,9)		23,1 (5,9)		24,2 (5,71)	
Min-máx (amplitude: 0-30)	12 - 30		5 - 30		5-30	
Défice Cognitivo						
Com défice	6	17,6	23	43,4	29	33,3
Sem défice	28	82,4	30	56,6	58	66,7

Como se pode observar, verificam-se diferenças significativas relativamente ao nível de funcionamento cognitivo, avaliado pelo desempenho no MMSE, entre participantes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($U=654,0$, $p=0,031$).

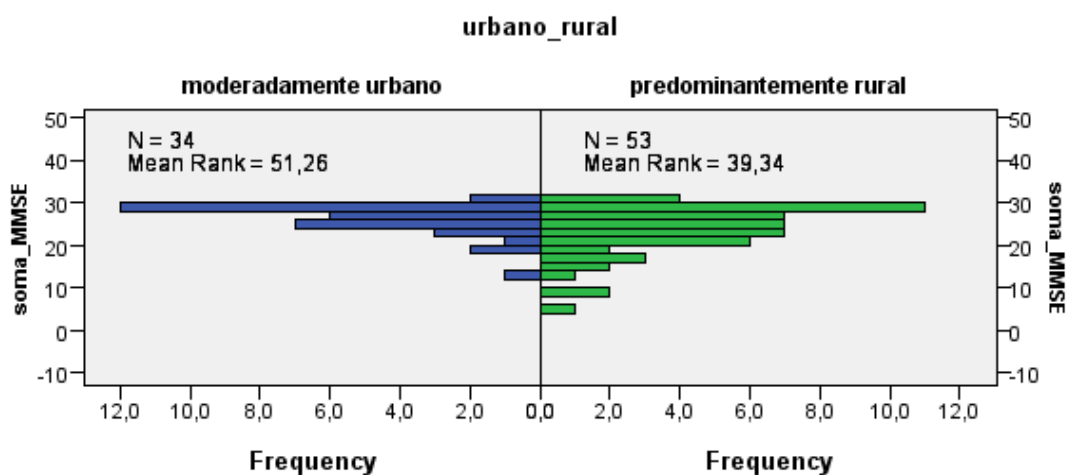


Figura 4 - Distribuição dos resultados do MMSE segundo a área territorial

Os participantes das freguesias predominantemente rurais obtiveram valores inferiores no MMSE e uma proporção significativamente maior de participantes que apresentam défice cognitivo (43,4% vs. 17,6; $X^2= 6,2$, $gl=1$, $p=0,013$).

2.3. Aspectos sócio-emocionais do envelhecimento

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos a social e emocional, o que nos remete para as relações consigo próprio (por exemplo, satisfação em geral), com os outros (por exemplo, recursos sociais) e com o mundo (exemplo, as ligações de afecto com as pessoas e o lugar onde se vive).

Satisfação Global com a Vida Actual: Aspectos do bem-estar

Em média, os participantes situam a sua satisfação geral com a vida num nível de “*satisfeito*” ($M=3,0$; $dp=0,59$), sendo este valor relativamente semelhante nas várias freguesias, como se pode observar na tabela seguinte (Tabela 11).

Tabela 11 - Satisfação geral com a vida actual

	Freguesias Moderadamente Urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=40)		Todos (n=87)	
	n	%	n	%	n	%
	Satisfação Geral com a Vida $M(dp)$	2,85	(0,74)	2,8	(0,76)	2,78
<i>máx-min</i>	1 – 4		1 – 4		1 – 4	

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos de idade ($U= 812,0$; $p= 0,084$) ou de género ($U= 1183,5$; $p= 0,629$).

Recursos sociais e envelhecimento: Aspectos da relação com os outros

A avaliação da qualidade dos recursos sociais, foi realizada através da subescala de recursos sociais da OARS (Fillenbaum & Smyer, 1981, versão portuguesa Rodrigues, 2007).

No que diz respeito aos recursos sociais (tabela 12), dos 87 inquiridos, 43,7% vivem com o cônjuge, 16,4% vivem sozinhos, 13,8% com cônjuge e outros familiares e 4,6% com os filhos. Na semana anterior ao inquérito, cada idoso conhecia, em média, 9 ($dp=9,02$) pessoas o suficiente para ir visitá-las e telefonou ou recebeu chamadas de cerca de 7 pessoas em média ($dp=6,35$). A grande maioria dos idosos (97,7%) afirma ter alguém em quem confiar e a 53,5% afirmam nunca ou quase nunca se sentir

sozinhos. No entanto, 23,3% admitem sentir-se sozinhos algumas vezes e 23,3% muitas vezes ou sempre.

Relativamente aos contactos familiares, 35,6% afirmam ver os seus familiares tantas vezes quanto gostariam e 80 idosos (92%) consideram ter alguém na sua rede social que os possam ajudar em caso de doença ou incapacidade. Especificando a disponibilidade da rede social, 77% teriam alguém que poderia cuidar de si sempre que necessário, 4,6% por pouco tempo, 11,5% por vezes. Cerca de 7% dos inquiridos não sabe ou não responde a esta pergunta. Dos 86 inquiridos que forneceram informação sobre quem poderia cuidar deles em caso de doença ou incapacidade, 27,6% referem que seria o cônjuge e 20,7% referem que seria o cônjuge juntamente com outros familiares ou amigos, 13,8% seriam cuidados pelos irmãos ou pelos irmãos com outros familiares e amigos e 20,7% referem que seriam os filhos sozinhos ou com outros familiares e amigos. Cerca de 14% referem que seriam outros parentes a cuidar deles e 2,2% apontam netos ou vizinhos. O relacionamento com a família e amigos é qualificado como muito bom por 93,1% dos idosos, razoável por 4,6% e 2,2% consideram ser mau ou não sabem como qualificar.

Tabela 12 - Recursos Sociais das pessoas idosas

	Todos (n=87)	
	n	%
Quem vive na sua casa		
Vive sozinho(a)	23	26,4
Cônjuge	38	43,7
Cônjuge e outros familiares	12	13,8
Filhos(as)	4	4,6
Netos(as)	1	1,1
Irmãos e Cunhados	6	6,9
Outros familiares	3	3,4
Contactos sociais na semana anterior		
Nº de pessoas que conhece para visitá-las <i>M (dp)</i>		9 (9,02)
Nº de telefonemas que recebeu na semana anterior <i>M (dp)</i>		7(6,35)
Nº de vezes que passou algum tempo com alguém com quem não vive na semana anterior <i>M (dp)</i>		3 (3,27)
Tem alguém em quem possa confiar	85	97,7
Sente-se sozinho(a) ^{a)}		
Muitas vezes/sempre	20	23,3
Algumas vezes	20	23,3
Quase nunca/nunca	46	53,5
Vê os seus familiares, tantas vezes quantas gostaria	31	35,6
Há alguém que possa ajudá-lo, casa esteja doente ou incapacitado	80	92,0
Há alguém que possa cuidar de si		
Sempre que necessário	67	77,0
Por pouco tempo	4	4,6
Às vezes	10	11,5
NS/NR	6	6,9
Quem poderia cuidar ^{a)}		
Cônjuge	24	27,6
Irmãos	6	6,9
Filhos	14	16,1
Netos	1	1,1
Outro parente	12	13,8
Cônjuge e outros familiares ou amigos	18	20,7
Irmãos e outros familiares ou amigos	6	6,9
Filhos e outros familiares e amigos	4	4,6
Vizinhos	1	1,1
Como se dá com a sua família e amigos		
Muito bem	81	93,1
Razoavelmente	4	4,6
Mal	1	1,1
NS/NR	1	1,1

A qualidade dos recursos sociais, tendo em conta a avaliação do investigador, apresenta em média 3,06, ($dp=1,40$). Cerca de 41,3% dos participantes têm recursos sociais muito bons e bons, 35,6% terão recursos sociais ligeira e moderadamente insatisfatórios e 23% fortemente insatisfatórios e insatisfatórios (tabela 13).

Tabela 13 - Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT)

Todos		
(n=87)		
	N	%
Classificação dos recursos sociais <i>M (dp)</i>	3,06(1,40)	
min-máx	1 – 6	
Recursos sociais muito bons	11	12,6
Recursos sociais bons	25	28,7
Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios	21	24,1
Recursos sociais moderadamente insatisfatórios	10	11,5
Recursos sociais fortemente insatisfatórios	18	20,7
Recursos sociais insatisfatórios	2	2,3

A qualidade dos recursos sociais não difere significativamente entre idosos mais novos e mais velhos ($U=462,500$, $p=0,088$). Verificam-se, no entanto, diferenças significativas entre homens e mulheres ($U= 550,000$, $p=0,02$), sendo que enquanto nos homens a classificação de recursos sociais varia entre 1 (corresponde a muito bem) e 3 (corresponde a ligeiramente insatisfatório), 50% das mulheres tem recursos sociais classificados acima do nível 3 (entre o nível de ligeiramente satisfatório e insatisfatório) (figura 5).

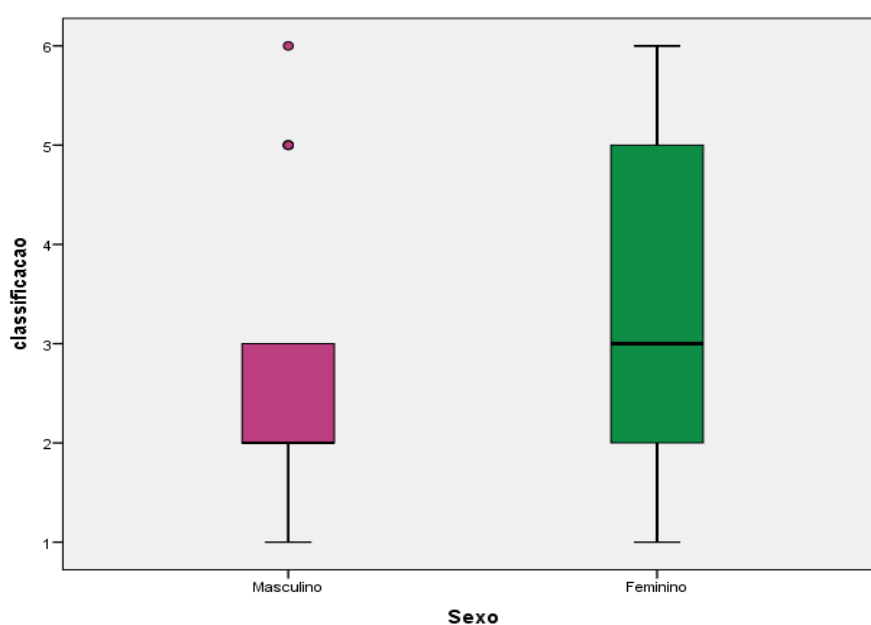


Figura 5 - Representação gráfica da distribuição da classificação dos recursos sociais por grupo de género

Apresenta-se em seguida uma análise dos recursos sociais tendo em conta a urbanidade vs ruralidade das freguesias sob investigação.

Tabela 14 - Recursos Sociais referentes à OARS-PT

	Freguesias Mediamente Urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)		Todos (n=87)	
	n	%	n	%	n	%
Quem vive na sua casa						
Vive sozinho(a)	8	23,5	15	28,3	23	26,4
Cônjuge	17	50,0	21	39,6	38	43,7
Cônjuge e outros familiares	4	11,7	8	15,1	12	13,8
Filhos(as)	2	5,8	2	3,8	4	4,6
Netos(as)	1	2,9	0	0,0	1	1,1
Irmãos e Cunhados	1	2,9	5	9,4	6	6,9
Outros familiares	1	2,9	2	3,8	3	3,4
Contactos sociais na semana anterior						
Nº de pessoas que conhece para visitá-las <i>M (dp)</i>	9 (8,8)		9 (9,2)		9 (9,0)	
Nº de telefonemas que recebeu <i>M (dp)</i>	6 (5,8)		8 (6,5)		7 (6,4)	
Nº de vezes que esteve com alguém com quem não <i>M (dp)</i>	2 (2,5)		3 (3,6)		3 (3,3)	
Tem alguém em quem possa confiar	33	97,1	52	98,1	85	97,7
Sente-se sozinho(a) ^{a)}						
Muitas vezes/sempre	6	17,6	14	26,9	20	23,3
Algumas vezes	5	14,7	15	28,8	20	23,3
Quase nunca/nunca	23	67,6	23	44,2	46	53,5
Vê os seus familiares, tantas vezes quantas gostaria	19	55,9	12	22,6	31	35,6
Alguém pode ajudá-lo, casa esteja doente ou incapacitado	31	91,2	49	92,5	80	92,0
Há alguém em quem possa cuidar ...						
Sempre que necessário	28	82,4	39	73,6	67	77,0
Por pouco tempo	3	8,8	1	1,9	4	4,6
Às vezes	2	5,9	8	15,1	10	11,5
NS/NR	1	2,9	5	9,4	6	6,9
Quem poderia cuidar ^{a)}						
Cônjuge	8	24,2	16	30,2	24	27,6
Irmãos	0	0,0	6	11,3	6	6,9
Filhos	5	15,2	9	17,0	14	16,1
Netos	1	3,0	0	0,0	1	1,1
Outro parente	1	3,0	10	18,9	12	13,8
Cônjuge e outros familiares ou amigos	11	32,4	7	13,2	18	20,7
Irmãos e outros familiares ou amigos	3	8,8	3	5,7	6	6,9
Filhos e outros familiares e amigos	4	11,8	0	0,0	4	4,6
Vizinhos	0	0,0	1	1,9	1	1,1
Como se dá com a sua família e amigos						
Muito bem	30	88,2	51	96,2	81	93,1
Razoavelmente	3	8,8	1	1,9	4	4,6
Mal	1	2,9	0	0,0	1	1,1
NS/NR	0	0,0	1	1,9	1	1,1

Tendo em conta a avaliação do investigador, apresenta-se em seguida a classificação dos recursos sociais em função dos dois territórios.

Tabela 15 - Avaliação dos recursos sociais pelo entrevistador e classificação final (OARS-PT)

	Freguesias Mediamente Urbanas (n=34)	Freguesias Predominantemente Rurais (n=53)	Todos (n=87)
	n (%)	n (%)	n (%)
Classificação dos recursos sociais M (dp)	2,7 (1,5)	3,3 (1,2)	3,1 (1,4)
min-máx	1 - 6	1 - 6	1 - 6
Recursos sociais muito bons	10 (29,4)	1 (1,9)	11 (12,6)
Recursos sociais bons	8 (23,5)	17 (32,1)	25 (28,7)
Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios	7 (20,6)	14 (26,4)	21 (24,1)
Recursos sociais moderadamente insatisfatórios	2 (5,9)	8 (15,1)	10 (11,5)
Recursos sociais fortemente insatisfatórios	6 (17,6)	12 (22,6)	18 (20,7)
Recursos sociais insatisfatórios	1 (2,9)	1 (1,9)	2 (2,3)

Comparando a pontuação média na classificação da qualidade dos recursos sociais entre residentes das freguesias mediamente urbanas e predominantemente rurais, verifica-se que os residentes das freguesias predominantemente rurais obtêm uma média significativamente superior aos residentes das freguesias mediamente urbanas (3,3 vs. 2,7; $U=1,145,5$, $p=0,029$), significando pior qualidade dos recursos sociais.

No mesmo sentido, a análise da distribuição das pontuações relativas à qualidade dos recursos sociais por tipologia de freguesia, revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade dos recursos sociais entre as freguesias mediamente urbanas e as freguesias predominantemente rurais ($X^2=15,1$, $gl=5$, $p=0,010$). Nas freguesias mediamente urbanas cerca de 53% dos participantes têm recursos muito bons ou bons, nas freguesias predominantemente rurais apenas 34% dos participantes apresentam este nível de qualidade dos recursos sociais. Por outro lado, cerca de 42% dos participantes residentes nas freguesias predominantemente rurais, em contraste com 28% dos residentes em freguesias mediamente urbanas têm recursos sociais ligeiramente a moderadamente insatisfatórios.

Envelhecer no seu próprio lugar: Aspectos da relação com o espaço de vida

Quando questionados sobre o que necessitariam para continuar a viver nas suas casas mesmo que mais incapacitados (Tabela 16), 60,5% dos inquiridos estimam

vir a necessitar de apoio profissional ou institucional, 12,1% destacam a companhia e 8,8% a ajuda familiar.

Tabela 16 - Tipo de ajuda que necessita para envelhecer em casa

	Freguesias Moderadamente Urbanas (n=34)		Freguesias Predominantemente Rurais (n=40)		Todos (n=87)	
	n	%	n	%	n	%
	De que tipo de ajuda necessita para envelhecer em casa					
Apoio social/institucional	6	17,6	3	5,9	9	10,6
Apoio familiar	3	8,8	18	35,3	21	24,7
Apoio familiar e social	5	14,7	9	17,6	14	16,5
SAD	15	44,1	19	37,3	34	40,0
Empregada	5	14,7	2	3,9	7	8,2

Relativamente a esta variável, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas por residentes nas freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($X^2=11,681$, $gl=4$, $p=0,20$). Cerca de 19% dos inquiridos responderam que não pensaram nunca nessa questão.

Quando analisadas outras variáveis sócio-demográficas segundo o tipo de ambientes encontraram-se alguns dados dignos de registo. Por exemplo, em termos de idade não se verificam diferenças de idade entre participantes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($U=1031,0$, $p=0,257$). Quanto à escolaridade, os participantes residentes nas duas tipologias de freguesias diferem significativamente em termos da distribuição dos níveis de escolaridade ($U=662,0$, $p=0,031$), sendo que os participantes que habitam em áreas moderadamente urbanas apresentam escolaridade superior. Em termos de redes de vizinhança os residentes nas duas tipologias não diferem quando à relação com vizinhança ($X^2= 1,1$, gl_01 , $p=0,6$). Relativamente ao número de anos a residir no mesmo lugar verificam-se diferenças significativas relativamente ao tempo em que reside na freguesia, entre residentes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($U=1431,0$, $p<0,001$). Enquanto os residentes nas freguesias moderadamente urbanas residem em média há 52 anos ($dp=18,6$), os residentes nas freguesias predominantemente rurais residem em média há 71,1 anos ($dp=12,7$).

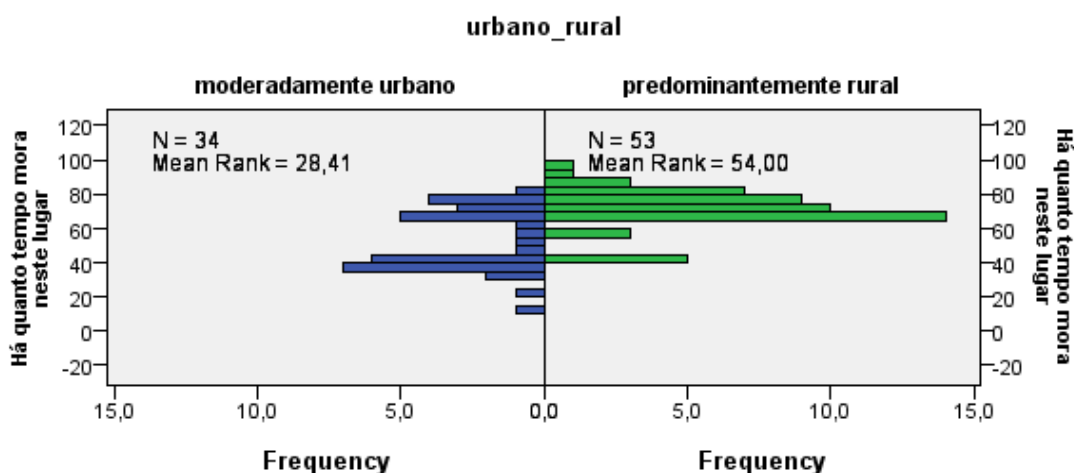


Figura 6 - Distribuição dos resultados do tempo no lugar segundo a área territorial

Considerando os resultados anteriormente apresentados, e uma vez que ambos os grupos não diferem quanto à idade, estes resultados poderão indicar que a maioria dos residentes nas freguesias predominantemente rurais vivem lá desde que nasceram, enquanto os residentes das freguesias moderadamente urbanas residirão desde o casamento.

3. Relação entre variáveis da avaliação individual multidimensional

Considerando as medidas de associação entre grupos de variáveis sócio-demográficas e da de avaliação individual (tabela 17), verifica-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e a pontuação obtida na escala de Lawton ($r_s = 0,445$; $p < 0,01$) e correlações negativas entre a idade e a escolaridade ($r_s = -0,352$; $p < 0,01$) o score no MMSE ($r_s = -0,496$; $p < 0,01$). Por seu turno, a escolaridade apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o score no MMSE ($r_s = 0,665$; $p < 0,01$) e com a escala de satisfação geral com a vida ($r_s = 0,295$; $p < 0,01$) e uma correlação negativa com os resultados na escala de Lawton ($r_s = -0,385$; $p < 0,01$) e com a escala de classificação dos recursos sociais ($r_s = 0,459$; $p < 0,01$).

Tabela 17 - Correlação entre domínios de funcionamento e variáveis sócio-demográficas

	Idade	Escolaridade	Barthel	Lawton	MMSE	Rec. Sociais	Satisfação
Idade	1	-0,352**	-0,034	0,445**	-0,496**	0,170	-0,178
Escolaridade	—	1	0,124	-0,385**	0,665**	-0,426**	0,295**
Barthel	—	—	1	0,295**	0,071	-0,062	0,184
Lawton	—	—	—	1	-0,468**	0,170	-0,181
MMSE	—	—	—	—	1	-0,459**	0,261*
Rec. Sociais	—	—	—	—	—	1	-0,439**
Satisfação	—	—	—	—	—	—	1

Correlação r de Spearman; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

O Índice de Barthel apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com os resultados na escala de Lawton ($r_s = -0,295$; $p < 0,01$), que, por sua vez, apresentam uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o score do MMSE ($r_s = -0,459$; $p < 0,01$). A qualidade dos recursos sociais apresenta correlações negativas com todas as variáveis, à excepção da idade e dos resultados na escala de Lawton, tendo uma associação significativa com a escolaridade ($r_s = -0,426$; $p < 0,01$) e com os resultados da escala de satisfação com a vida ($r_s = -0,439$; $p < 0,01$). Por seu turno, a satisfação com a vida apresenta ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a escolaridade ($r_s = 0,295$; $p < 0,01$) e com o score do MMSE ($r_s = 0,261$; $p < 0,05$).

4. Utilização e necessidade sentida de serviços

Um dos aspectos relevantes na avaliação gerontológica é avaliar a utilização e a necessidade sentida de serviços. Em última instância, trata-se de avaliar os recursos comunitários, no sentido de providenciar serviços do Social e da Saúde à população. O tipo de serviços em análise é muito diversificado. Por conseguinte, optou-se por descrever os Serviços seguindo as orientações de Rodrigues (2009) para a versão portuguesa desta medida: Serviços gerais de apoio (tabela 18), Serviços sociais e recreativos (tabela 19), Serviços de saúde (tabela 20), Serviços de apoio, avaliação e coordenação (tabela 21), Serviços não classificados (tabela 22).

Tabela 18 - OARS-PT – Serviços gerais de apoio

	Participantes n=87	
	n	%
Preparação de Refeições		
Teve ajuda na preparação de refeições ou teve que comer fora de casa	19	21,8
Quem ajudou ^{a)}		
Familiar	13	68,4
Outra pessoa paga para essa ajuda	3	15,8
Alguém de uma instituição ou segurança social	3	15,8
Ainda tem alguém que lhe prepare as refeições ^{a)}	18	94,7
Considera necessitar de ajuda para preparar refeições	18	20,7
Serviços de monitorização		
Beneficiou de serviço de monitorização	71	81,6
Quem o fez ^{b)}		
Familiar	49	69,0
Amigo	1	1,4
Familiar e amigo	19	26,8
Alguém de uma instituição ou segurança social	2	2,8
Ainda beneficia deste serviço ^{b)}	71	100
Considera necessitar de alguém que monitorize o seu estado	72	82,8
Serviços Domésticos		
Teve ajuda regular nas tarefas domésticas ^{c)}	36	41,9
Quem ajudou ^{d)}		
Familiar	27	75,0
Outra pessoa paga para essa ajuda	6	16,7
Alguém de uma instituição ou segurança social	3	8,3
Quantas horas semanais <i>M (dp)</i> ^{d)}	11,5 (8,75)	
Ainda tem ajuda ^{e)}	33	94,3
Considera necessitar de ajuda para realizar as tarefas domésticas	37	42,5
Cuidados Pessoais		
Teve ajuda nos cuidados pessoais	9	10,3
Quem ajudou ^{f)}		
Familiar	6	75,0
Alguém a quem paga por essa ajuda	2	25,0
Quanto tempo ^{g)}		
Menos de ½ hora por dia	1	14,3
½ hora a 1 hora ½ por dia	2	28,6
Mais de 1 hora ½ por dia	2	28,6
NS/NR	2	28,7
Ainda recebe ajuda ^{f)}	5	62,5
Considera necessitar de ajuda para os cuidados pessoais	6	6,9
Serviços administrativos		
Teve ajuda para questões legais, ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro	19	21,8
Quem o/a ajudou ^{a)}		
Familiar	17	89,5
Amigo	1	5,3
Alguém de uma instituição	1	5,3
Ainda tem alguém que o/a ajuda nestas questões ^{a)}	17	89,5
Considera necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras	15	17,2
Supervisão contínua		
Recebeu supervisão durante 24 horas por dia	8	9,2
Quem tratou de si ^{f)}		
Familiar	7	87,5
Alguém de uma instituição ou segurança social	1	12,5
Ainda tem de estar alguém junto de si 24 horas por dia ^{f)}	2	25,0
Considera necessitar de supervisão 24 horas por dia	71	81,6

a) n=19; ^{b)} n=71; ^{c)} n=86; ^{d)} n=36; ^{e)} n=35; ^{f)} n=8; ^{g)} n=7;

No que diz respeito aos serviços gerais de apoio, nos últimos seis meses são apresentados os resultados relativos aos serviços classificados (tabela 18). Dos 87 participantes do estudo, 19 (21,8%) necessitam de ajuda para preparar as refeições, sendo a família o principal meio de ajuda (68,4%). Destes 19 participantes, 18 referem ainda ter alguém que lhe prepare as refeições, assim como consideram precisar de ajuda para a tarefa.

Relativamente aos serviços de monitorização 71 idosos (81,6%) beneficiam destes serviços, que na sua maioria são prestados por familiares (69,0%). Além dos 71 idosos que beneficiam desta ajuda, há mais um participante que refere necessitar de alguém para monitorizar o seu estado.

Existem 36 participantes (41,9%) que têm ajuda regular nas tarefas domésticas. Estes participantes, na sua maioria (75,0%) são ajudados por familiares e despendem em média 11,5 horas semanais ($dp=8,75$). 33 idosos ainda tinham essa ajuda na altura da administração do protocolo, mas 37 consideram ajuda para realizar as tarefas domésticas.

Relativamente aos cuidados pessoais são 9 (10,3%) os idosos que têm ajuda nos cuidados pessoais, na sua maioria são ajudados por familiares (75,0%).

Para a resolução de questões administrativas, nomeadamente ajuda para questões legais ligadas a negócios pessoais ou gestão dos eu dinheiro 19 idosos (21,8%) obtiveram ajuda, destes 17 (89,5%) foram ajudados por familiares e à data da administração do protocolo todos tinham ajuda. 15 idosos (17,2%) consideram necessitar de ajuda nas questões legais e financeiras.

Em relação à supervisão contínua, 8 idosos referiram ter recebido supervisão durante 24 horas por dia e prestada na sua maioria por familiares (87,5%). À data da administração deste protocolo 71 idosos (81,6%) consideram necessitar de supervisão 24 horas por dia.

Relativamente aos serviços sociais e recreativos, de entre os 87 participantes, 17 (19,5%) realizaram viagens nos últimos dois anos organizadas pela junta de freguesia, câmara, outras instituições. Existem 29 (33,3%) participantes que acham que necessitam de viajar (tabela 19).

Tabela 19 - OARS-PT – Serviços sociais e recreativos

	Participantes n=87	
	N	%
Viagens		
Nos últimos dois anos realizou viagem organizada pela junta de freguesia, câmara, outras instituições	17	19,5
Espera fazer alguma viagem deste tipo este ano ^{a)}	10	12
Acha que necessita viajar	29	33,3
Serviços sociais/recreativos		
Participou em actividades organizadas por grupo local, paróquia, junta de freguesia	14	16,1
Ainda participa nessas actividades ou grupos ^{b)}	14	100
Acha que necessita participar neste tipo de actividades	31	35,6
Desporto		
Participo em algum programa de exercício físico organizado por junta de freguesia ou outra instituição	2	2,3
Número de vezes por semana <i>M (dp)</i> ^{c)}	2(0,0)	
Ainda participa neste programas de desporto ^{c)}	2	100
Necessita fazer algum desporto ou exercício físico	37	42,5

a) n=83; ^{b)} n=14; ^{c)} n=2

Relativamente aos últimos seis meses, quando questionados sobre a participação em actividades organizadas por grupo local, paróquia ou junta de freguesia, 14 idosos (16,1%) responderam positivamente. Existem 31 idosos (35,6%) que acham que necessitam de participar nesse tipo de actividades.

Cerca de 2,3% dos idosos participam em actividades desportivas organizadas por junta de freguesia ou outra instituição, nos últimos seis meses. Em média realizam 2 vezes por semana essas actividades. Existem 37 idosos que referem necessitar de fazer algum desporto ou exercício físico.

Na área dos serviços de saúde, respeitantes aos últimos seis meses, (tabela 20) quando questionados sobre os cuidados de enfermagem existem 19 idosos que receberam cuidados de enfermagem que foram na sua maioria (84,2%) prestados por enfermeiros. São 11 os idosos (57,9%) que à data da administração do protocolo ainda recebiam cuidados de enfermagem, e 12 (13,8%) consideram necessitar desses cuidados.

Relativamente à toma de medicação anti-depressiva 48 idosos (55,2%) fazem uso diário. Destes, apenas 46 (52,9%) acham necessário recorrer á toma deste tipo de medicação.

Quando questionados sobre serviços de saúde mental, 20 idosos (23,0%) receberam orientação ou tratamento por problemas familiares, de “nervos”, emocionais. Apenas 1 idoso (5,6%) esteve hospitalizado por problemas anteriormente descritos. Dos 20 idosos que receberam ajuda, 17 (85,0%) ainda recebem essa ajuda. Da totalidade dos participantes 23,0% consideram necessitar dessa ajuda.

Tabela 20 - OARS-PT – Serviços de saúde

	Participantes n=87	
	n	%
Cuidados de enfermagem		
Recebeu cuidados de enfermagem	19	21,8
Quem ajudou nesses cuidados ^{a)}		
Familiar ou amigo	3	15,8
Enfermeiro	16	84,2
Número de horas médio de cuidados de enfermagem ^{a)}		
Só ocasionalmente, não todos os dias	16	84,2
Menos de ½ hora por dia	2	10,5
De ½ hora a 1 hora por dia	1	5,3
Durante quanto tempo recebeu essa ajuda ^{a)}		
Menos de 1 mês	7	36,8
De 1 a 3 meses	3	15,8
Mais de 3 meses	8	42,1
NS/NR	1	5,3
Ainda recebe cuidados de enfermagem ^{a)}	11	57,9
Acha que necessita de cuidados de enfermagem	12	13,8
Psicofármacos		
Tem tomado algum medicamento receitado para “nervos”, depressão	48	55,2
Ainda está a tomar ^{b)}	48	100
Acha que necessita tomar este tipo de medicação	46	52,9
Serviços de saúde mental		
Recebeu orientação ou tratamento por problemas familiares, de “nervos”, emocionais	20	23,0
Esteve hospitalizado por problemas de “nervos” ou emocionais ^{c)}	1	5,6
Número de consultas com médicos, psiquiatras ou outros profissionais <i>M (dp)</i> ^{c)}		1,5 (1,23)
Ainda esta a receber essa ajuda ^{c)}	17	85,0
Acha que necessita de tratamento por problemas familiares, de “nervos”, emocionais	20	23,0
Fisioterapia		
Tem feito fisioterapia	8	9,2
Cuidados prestados por fisioterapeuta ^{d)}	8	100
Número de sessões por semana <i>M (dp)</i> ^{d)}		3,5(1,69)
Ainda faz fisioterapia ^{d)}	3	37,5
Acha que necessita de fisioterapia	27	31,0

a) n=19; ^{b)} n=48; ^{c)} n=20; ^{d)} n=8

No que se refere aos serviços de fisioterapia 8 idosos (9,2%) têm recebido esses cuidados que são na totalidade (100%) prestados por fisioterapeutas. À data da administração do protocolo 3 idosos (37,5%) recebiam ajuda, no entanto são 27 os idosos (31,0%) que acham que necessitariam de fisioterapia.

Tabela 21 - OARS-PT – Serviços de apoio, avaliação e coordenação

	Participantes n=87	
	n	%
Avaliação sistemática multidimensional		
Foi avaliado de forma completa o seu estado geral (físico, mental, social, económico)	0	0,0
Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado geral	9	10,3
Serviços de coordenação, informação e apoio		
Alguém avaliou ou deu informação sobre ajudas que poderia necessitar	2	2,3
Quem foi essa pessoa ^{a)}		
Alguém de uma instituição ou segurança social	2	100
Tem alguém que pode fornecer informação sobre tipos de ajuda	2	2,3
Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que possa necessitar	11	12,6

^{a)} n=2

Quando questionados sobre os serviços de apoio, avaliação e coordenação, de acordo com os últimos seis meses, nenhum idoso viu avaliado de forma completa o seu estado geral a nível físico, mental, social e económico nos últimos seis meses (tabela 21). Dos 87 idosos inquiridos apenas 9 (10,3%) acham que alguém deveria avaliar o seu estado geral.

Relativamente aos serviços de coordenação, informação e apoio foram 2 os idosos (2,3%) que foram informados ou avaliados sobre ajudas que poderiam necessitar. Quem prestou essa informação ou avaliou foi alguém pertencente a uma instituição ou segurança social. Foram 11 idosos (12,6%) que julgam necessitar de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que possa necessitar.

Tabela 22 - OARS-PT – Serviços não classificados

	Participantes n=87	
	n	%
Transporte		
Quem o leva às compras, médico, visitas		
Vai sozinho/a	29	33,3
Familiar	42	48,3
Amigo e transporte público	1	1,1
Transporte público	14	16,1
Outro	1	1,1
Deslocações por semana <i>M (dp)</i>		2(2,9)
Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe	8	9,2
Preparação para as actividades de vida diária		
Participou em cursos de aprendizagem de capacidades pessoais (cuidar de si, ler, caminhar)	1	1,1
Número de sessões por semana ^{a)}		35
Ainda assiste a essas sessões	1	100
Acha que necessita desta preparação para as suas actividades da vida diária	1	1,1
Serviços de Realojamento		
Recebeu ajuda para realojamento	0	0,0
Acha que necessita de ajuda para realojamento	1	1,1

^{a)} n=1

Na área dos serviços não classificados, relativos aos últimos seis meses, destacamos os serviços de transporte, preparação para as actividades de vida diária e serviços de realojamento (tabela 22).

Nos serviços de transporte, quando questionados sobre quem o leva às compras, ao médico, fazer alguma visita, a maioria responde que vai com um familiar (48,3%), os idosos que vão sozinhos também representam um número significativo (33,3%). A média de deslocações por semana é de 2 ($dp=2,9$). Existem 8 idosos que acham necessitar de transporte mais vezes do que dispõem.

Relativamente à preparação para as actividades de vida diária, a participação em cursos de aprendizagem de capacidades pessoais (cuidar de si, ler, caminhar) apenas 1 idoso responde afirmativamente e diz ter 35 sessões por semana, as quais assistia à data de realização do protocolo. Apenas 1 idoso (1,1%) acha que necessita desta preparação para as actividades da vida diária.

No que diz respeito aos serviços de realojamento nenhum idoso recebeu ajuda para realojamento. Existe apenas um idoso (1,1%) que considera necessitar de ajuda para realojamento.

CONCLUSÃO

O presente estudo tem por objectivo avaliar as capacidades e necessidades com 65+ anos e traçar orientações para as políticas e programas associados ao envelhecimento da população.

Para concretizar estes objetivos, foram seleccionadas 4 freguesias do concelho de Monção (Mazedo, Troviscoso, Riba de Mouro e Merufe). De acordo com a classificação do INE (2009), as duas primeiras freguesias (Mazedo e Troviscoso) são consideradas áreas moderadamente urbanas (AMU, também designada por área mediantemente urbana) e as duas restantes (Riba de Mouro e Merufe) situam-se em áreas predominantemente rurais (APR). Para uma maior compreensão deste estudo, esta secção inicia-se com a sumarização dos principais resultados encontrados.

Relativamente às características sócio-demográficas dos 87 participantes neste estudo, em média os participantes têm 74,1 anos ($dp=6,76$), variando a idade entre 65 e 98 anos, sendo esta ligeiramente superior nos participantes das freguesias predominantemente rurais ($M=74,9$, $dp=7,41$; vs. $M=72,8$, $dp=5,47$). Dos 87 participantes, 54 (62,1%) são do género feminino e 33 (37,9%) do género masculino. Esta distribuição é relativamente semelhante nos 2 grupos de freguesias. Relativamente ao estado civil, 50 (57,5%) são casados, 29 (33,3%) são viúvos, 7 (8,0%) são solteiros e 1 (1,1%) é separado/divorciado. O número de idosos viúvos é ligeiramente superior nas freguesias predominantemente rurais (37,7%). Relativamente à amostra, 39 idosos (44,8%) vivem apenas com o cônjuge, 22 (25,3%) vivem sozinhos, 10 (11,4%) vivem com cônjuge, filhos e netos, 6 (6,9%) idosos residem com irmãos e 4 (4,6%) residem apenas com os filhos ou com outro familiar. Enquanto nas freguesias mediantemente urbanas mais de 50% dos idosos vive apenas com o cônjuge (52,9%), nas freguesias predominantemente rurais, esta percentagem é inferior (39,6%) havendo um maior número de idosos que vive sozinho (28,3%; vs 20,6%) ou com outro familiar que não o cônjuge.

Relativamente ao nível de escolaridade, os participantes inquiridos têm em média 4 anos de escolaridade ($M=4,1$, $dp=3,60$). A maioria dos idosos inquiridos tem entre 1 e 4 anos de escolaridade (73,6%), sendo que 11,5% são analfabetos e cerca de 7% e 8% têm entre 5 e 9 anos e mais de 10 anos de escolaridade, respectivamente.

Quase todos os idosos inquiridos (97,7%) são reformados não activos, havendo apenas dois reformados activos residentes nas freguesias mediamente urbanas. Dos 87 idosos inquiridos apenas 9 (10,5%) revelaram ter passatempos ao longo da vida. De entre as actividades mais frequentes por estes idosos, destacam-se o desporto (33,3%), desporto e jardinagem (22,2%) ou os trabalhos manuais/artesanato (22,2%). Nas freguesias predominantemente rurais apenas se registam passatempos no âmbito do desporto (2; 66,7) e da caça (1; 33,3). Dos 9 participantes que revelaram ter passatempos ao longo da vida, apenas 4 assumiram ter alterado os passatempos com a reforma.

Quando questionados sobre as condições da casa, (isto é, o ambiente próximo das pessoas idosas) 84 idosos (96,6%) responderam afirmativamente. De entre as razões que justificam as boas condições contempla-se ter “tudo o que necessita” (74; 85,1%), “condições aceitáveis” (2; 2,3%) e ter “boas condições” (8; 9,2%). Tanto nas freguesias mediamente urbanas como nas freguesias predominantemente rurais, a maioria dos participantes considera que a casa tem “boas condições” (76,5% e 90,6%, respetivamente). Os 3 idosos que afirmaram não ter boas condições justificam com o facto de precisar de obras. Apenas 1 idoso, residente nas freguesias moderadamente urbanas, considera que a casa é velha/necessita de obras. Quase metade dos inquiridos considera que a sua casa tem barreiras arquitectónicas (48,3%), sendo esta percentagem superior nas freguesias predominantemente rurais (69,8%). De entre os tipos de barreiras apontadas, destaca-se a existência de degraus (73,8%), degraus e portas estreitas (19%) ou apenas portas estreitas (4,8%). Relativamente às características da casa, 95,4% dos inquiridos tem água quente e igual percentagem tem telefone. Apenas 7 (8%) indicaram ter humidade em casa. Estes dados são relativamente semelhantes entre as duas tipologias de freguesia. No aquecimento da casa, as estratégias mais usadas são o uso de lenha (39,1%), aquecimento central (23,0%), ou o aquecimento eléctrico (23,0%). Enquanto nas freguesias mediamente urbanas a lenha e o aquecimento central são igualmente usadas (32,4%); nas freguesias predominantemente rurais, os participantes recorrem mais ao uso da lenha (43,4%) ou aliam a lenha e o aquecedor eléctrico/gás (34,0%).

Igualmente, os participantes residentes nas duas tipologias de freguesias diferem significativamente em termos da distribuição dos níveis de escolaridade

($U=662,0$, $p=0,031$). Os residentes nas freguesias predominantemente rurais apresentam níveis de escolaridade significativamente inferiores aos dos residentes nas freguesias moderadamente urbanas. Quanto ao número de anos a residir no mesmo lugar, verificam-se diferenças significativas relativamente ao tempo em que reside na freguesia, entre residentes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($U=1431,0$, $p<0,001$). Ou seja, enquanto os residentes nas freguesias moderadamente urbanas residem em média há 52 anos ($dp=18,6$), os residentes nas freguesias predominantemente rurais residem em média há 71,1 anos ($dp=12,7$). Considerando os resultados anteriores, uma vez que ambos os grupos não diferem quanto à idade, estes resultados poderão indicar que a maioria dos residentes nas freguesias predominantemente rurais vivem lá desde que nasceram, enquanto que os residentes das freguesias moderadamente urbanas residirão desde o casamento.

Relativamente à experiência do lugar e vinculação ao lugar, os participantes deste estudo vivem em média há 64 anos no lugar ($dp=17,86$). No entanto, os participantes das freguesias predominantemente rurais vivem há mais tempo no mesmo lugar ($M=71,1$, $dp=12,74$; vs $M=52,0$, $dp=18,64$). Ambos os grupos classificam a sua relação com a vizinhança como sendo próxima e amigável (94,3%). Em termos de mobilidade, ambos os grupos referem as dificuldades em se deslocar fora de casa (80%). Quando questionados sobre o que sentem mais falta, dois terços dos participantes refere não sentir falta de nada (69%). No que diz respeito aos equipamentos e/ou serviços necessários para apoiar o envelhecimento da população, cerca de dois terços assinala a necessidade Centro de Dia (73,6%), Centro de Convívio (71,3%), SAD (59,8%) e Lar de Idosos (55,2%).

Relativamente às variáveis de avaliação gerontológica multidimensional, no que diz respeito à funcionalidade para as ABVD, observou-se que os participantes apresentam uma média de 98,1 pontos ($dp=10,81$), variando as pontuações entre 15 e 100. Face a estes resultados, pode afirmar-se que a maioria dos participantes (96,6%) é independente para as ABVD e os restantes 3,3% distribuem-se igualmente pelos graus de maior dependência, desde moderadamente dependente até totalmente dependente. No que diz respeito à funcionalidade para as AIVD, os participantes apresentam uma média de 11,2 pontos ($dp=4,0$) na escala de Lawton, variando os

resultados entre 8 e 26 pontos. A maioria dos participantes (70,1%) são moderadamente dependentes para as AIVD.

Relativamente ao funcionamento cognitivo, os participantes apresentam uma média de 24,2 pontos ($dp= 5,71$), variando os resultados entre 5 e 30 valores. Dos 87 participantes que foram avaliados neste domínio, 33,3% apresentam défice cognitivo. Comparando os resultados no MMSE entre grupos etários, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre idosos com 65-79 anos e 80 ou mais ($U=349,000$; $p=0,005$). Enquanto no grupo com 65-79 anos o score no MMSE varia de 15 a 30, no grupo com 80 ou mais anos, o limite inferior dos resultados é inferior a 10 e 25% dos idosos deste grupo têm valores abaixo de 17 valores. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao score no MMSE entre homens e mulheres ($U=711, 500$, $p=0,171$). Quando comparado o funcionamento cognitivo em função da zona de residência – rural versus moderadamente urbana – observam-se diferenças significativas entre grupos, sendo que os participantes das freguesias predominantemente rurais obtiveram valores inferiores e uma proporção significativamente superior de défice cognitivo ($p=0,013$). No que diz respeito à diferenciação entre grupos em função da tipologia dos ambientes, isto é moderadamente urbanos e predominantemente rurais, observam-se diferenças significativas relativamente ao funcionamento cognitivo entre participantes das freguesias moderadamente urbanas e predominantemente rurais ($U=654,0$; $p = 0,031$), sendo que os participantes das freguesias predominantemente rurais obtiveram valores inferiores no MMSE. Além disso, os participantes das freguesias predominantemente rurais obtiveram valores inferiores no MMSE e uma proporção significativamente maior de participantes que apresentam défice cognitivo (43,4% vs. 17,6; $\chi^2= 6,2$, $gl=1$, $p=0,013$).

No que diz respeito aos recursos sociais referentes ao próprio idoso, dos 87 inquiridos, quando questionados acerca da sua rede de relações, tomando como referência a semana anterior ao inquérito, cada idoso conhecia, em média, 9 ($dp=9,02$) pessoas o suficiente para ir visitá-las e telefonou ou recebeu chamadas de cerca de 7 pessoas ($dp=6,35$). A grande maioria dos idosos (97,7%) afirma ter alguém em quem confiar e 53,5% afirma nunca ou quase nunca se sentir sozinho. No entanto, 23,3% admitem sentir-se sozinhos algumas vezes ou muitas vezes/sempre. Relativamente aos

contactos familiares, 35,6% afirmam ver os seus familiares tantas vezes quanto gostariam e 92% dos idosos consideram ter alguém na sua rede social que os possa ajudar em caso de doença ou incapacidade. Especificando a disponibilidade da rede social, 77% teriam alguém que poderia cuidar de si sempre que necessário. Dos 87 inquiridos que forneceram informação sobre quem poderia cuidar deles em caso de doença ou incapacidade, 27,6% referem que seria o cônjuge e 20,7% referem que seria o cônjuge juntamente com outros familiares ou amigos, 13,8% identificam que seriam cuidados por outro parente (irmãos ou pelos irmãos com outros familiares) e amigos. O relacionamento com a família e amigos é qualificado como muito bom por 93,1% dos idosos.

A qualidade dos recursos sociais não difere significativamente entre idosos mais novos e mais velhos ($U=462,500$, $p=0,088$). Verificam-se, no entanto, diferenças significativas entre homens e mulheres ($U= 550,000$, $p=0,02$), sendo que enquanto nos homens a classificação de recursos sociais varia entre 1 (corresponde a muito bem) e 3 (corresponde a ligeiramente insatisfatório), 50% das mulheres tem recursos sociais classificados acima do nível 3 (entre o nível de ligeiramente satisfatório e insatisfatório)

Comparando a pontuação média na classificação da qualidade dos recursos sociais entre residentes das freguesias mediantemente urbanas e predominantemente rurais, verifica-se que os residentes das freguesias predominantemente rurais obtêm uma média significativamente superior aos residentes das freguesias mediantemente urbanas (3,3 vs. 2,7; $U=1,145,5$, $p=0,029$), significando pior qualidade dos recursos sociais. No mesmo sentido, a análise da distribuição das pontuações relativas à qualidade dos recursos sociais por tipologia de freguesia, revela que existem diferenças estatisticamente significativas entre a qualidade dos recursos sociais entre as freguesias mediantemente urbanas e as freguesias predominantemente rurais ($X^2=15,1$, $gl=5$, $p=0,010$). Nas freguesias mediantemente urbanas cerca de 53% dos participantes têm recursos muito bons ou bons, nas freguesias predominantemente rurais apenas apenas 34% dos participantes apresentam este nível de qualidade dos recursos sociais. Por outro lado, cerca de 42% dos participantes residentes nas freguesias predominantemente rurais, em contraste com 28% dos residentes em

freguesias mediamente urbanas têm recursos sociais ligeiramente a moderadamente insatisfatórios.

Tomando agora em consideração as medidas de associação entre características sócio-demográficas e as medidas de avaliação multidimensional, observa-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a idade e a pontuação obtida na escala de Lawton ($r_s = 0,445$; $p < 0,01$) e correlações negativas entre a idade e a escolaridade ($r_s = -0,352$; $p < 0,01$) e o score no MMSE ($r_s = -0,496$; $p < 0,01$). Por seu turno, a escolaridade apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o score no MMSE ($r_s = 0,665$; $p < 0,01$) e com a escala de satisfação geral ($r_s = 0,295$; $p < 0,01$) e uma correlação negativa com os resultados na escala de Lawton ($r_s = -0,385$; $p = 0,01$) e com a escala de classificação dos recursos sociais ($r_s = 0,459$; $p < 0,01$). Relativamente às relações entre medidas, o Índice de Barthel apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com os resultados na escala de Lawton ($r_s = -0,295$; $p < 0,01$), que, por sua vez, apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o score do MMSE ($r_s = -0,459$; $p < 0,01$). A qualidade dos recursos sociais apresenta correlações negativas com todas as variáveis, à excepção da idade e dos resultados na escala de Lawton, tendo uma associação significativa com a escolaridade ($r_s = -0,426$; $p < 0,01$) e com os resultados da escala de satisfação com a vida ($r_s = -0,439$; $p < 0,01$). A satisfação com a vida apresenta ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a escolaridade ($r_s = 0,295$; $p < 0,01$) e com o score do MMSE ($r_s = 0,261$; $p < 0,05$).

Concluindo, face aos objectivos estabelecidos o presente estudo evidencia uma grande diversidade nos modos de envelhecer em casa em ambientes predominantemente rurais e moderadamente urbanos. Os resultados aqui obtidos, conjuntamente com estudos desenvolvidos por Martins (2012) e por E. Rodrigues (2012), poderão trazer contributos relevantes sobre o modo como se envelhece em lugares específicos. Se tivermos também em consideração o percurso do investigador na aproximação ao terreno, leia-se recolha de informação (consultar os anexos a esta Dissertação), observa-se que os Presidentes de Junta ocupam um lugar chave neste processo. Pelo que se recomenda, na prossecução de estudos neste domínio, introduzir novos modos de recolha de dados. Por exemplo, utilizar entrevista individual

ou de grupo, uma vez que o protocolo utilizado poderá estar a subavaliar a capacidade das pessoas idosas para viverem em casa de modo independente, dada a reduzida escolaridade de alguns elementos da amostra.

Em termos da prática gerontológica, recomenda-se uma atenção particular às necessidades e problemas das pessoas idosas que vivem em ambientes predominantemente rurais. O aumento de necessidades e as problemática das velhice, sobretudo na 4ª idade, devem ser tidos em conta na alocação de serviços e/ou programas destinados às pessoas mais velhas. Mas, não basta alocar recursos, é fundamental proceder à monitorização do processo de envelhecimento. E daí a relevância deste novo campo do conhecimento – a Gerontologia Social – e de prática profissional, a prática gerontológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkema, G. E., Wilder, K. H. & Enguiadanos, S. M. (2007). Community and facility based care. In J. Blackburna & C. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: evidence based approachas to theory, practice, and policy* (pp. 455-497). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista portuguesa de saúde pública*, 25, 59-66.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. & Staudinger, U. M. (2006). Life span theory in developmental psyvhology. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Hadbook of child psychology: theoretical models of human development* (pp. 569-664). Hoboke, NJ: Wiley.
- Baltes, P. B., Mayer, K. U., Helmchen, H. & Steinnhagen-Thiessen, E. (1999). The Berlin Aging Study (BASE); smple, design and overview of measures. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (eds.), *The Berlin Aging Study from 70 to 100*, (pp. 15-55). Cambridge University Press.
- Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e Envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia*, (pp.107-127). Lisboa: Lidel.
- Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. & Melo de Carvalho, J. (2010). ANCEP_GeroSOC. *Protocolo de Avaliação Gerontológica Multidimensional*. Viana do Castelo: IPVC-ESE, LAB.GeroSOC (documento policopiado).
- Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E., Melo de Carvalho, J. & Silva, M.C. (2010). *Getting old in Northern Portugal: A pilot study about ageing and neighbourhood ecological assets*. Comunicação apresentada no International Psychogeriatric Association Meeting. Santiago de Compostela, 6-9 de Setembro, Espanha.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de Envelhecimento*. Acedido em 22 de Março de 2012, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

- Dannefer, D. & Settersten R. A. (2010). The study of the life course: implications for social gerontology. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 1-19), London: SAGE Publications.
- Dornelles, B. & Costa, G. (2003). *Investindo no Envelhecimento saudável*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Elder, G. H. Jr (1974/1998). *Childrens of the Great Depression: Social Change in the Life Experience*. Boulder, Col: Westview Press/Harper Collins.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontologia Social: una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia social*, (pp. 31-54). Madrid: Pirâmide.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fillenbaum, G. C. & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), 428-434.
- Folstein, M., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fonseca, A. (2005). Psicologia desenvolvimental do ciclo de vida e adaptação ao envelhecimento. In a. Fonseca (Coords.), *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, (pp. 205-222). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). Idade, envelhecimento e velhice. In A. M. Fonseca (Dir.), *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*, (pp. 21-83). Lisboa: universidade católica editora.
- Fonseca, A., Gonçalves, D. & Azevedo, M. (2008). *A "ligação à terra": identidade dos idosos rurais da raia portuguesa*. Comunicação apresentada no VII CIER – Cultura, Inovação e Território.
- Fontaine, R. (2000). O envelhecimento e as suas causas. In R. Fontaine (Dir.), *Psicologia do Envelhecimento*, (pp. 19-32). Lisboa: Climepsi Editores.
- Frank, J. (2002). *The Paradox of Aging in Place in Assisted Living*. New York: Library of Congress.
- Giddens, A. (2007). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Goldstein, J. R. (2009). How populations age. In P. Uhlenberg (Editor), *International Handbook of Population Aging*. (pp. 7-17), Springer: USA.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Guzmán, J. M., Huenchuan, J. & Oca, V. M. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Paper presente to the Simposio viejos y viejas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- INE (2006). Tipologia das áreas urbanas. Acedido da 23 de Janeiro de 2012, <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/138>
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Portugal, população residente (n.º) por local de residência, sexo e grupo etário, 2001*. Acedido da 23 de Janeiro de 2012, em <http://www.ine.pt>.
- Johansson, K., Joseph, S. & Lilja, M. (2009). Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of “aging in place”. *Aging & Society*, (29), 49-70. doi:10.1017/S0144686X08007538.
- Lawton, M. P. (1990). Residential environment and self-directedness among older people. *American Psychologist*, 45(5), 638-640. doi: 0003-066x/90.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of the older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lima, D. M. A. & Bomfim, Z. A. C. (2009). Vinculação afectiva pessoa-ambiente: diálogos na psicologia comunitária e psicologia ambiental. *Revista Psico* 40(4), 491-497.
- Macedo, D., Oliveira, C., Gunther, I., Alves, S. & Nóbrega, T. (2008). O lugar do afecto, o afecto pelo lugar: o que dizem os idosos?. *Psicologia: teorias e pesquisa*, 24(4), 441-449.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martinez, M. D. & Veja, J.L. (1994) Atencion, Aprendizaje Y Memoria en la Vejez. In V. Bermejo, *Desarrollo Cognitivo* (pp. 479-493). Madrid: Sintesis.
- Martins, C. (2012). *Envelhecimento bem-sucedido e recursos ecológicos: Estudo de base comunitária no núcleo urbano de Angra do Heroísmo (Açores)*. Dissertação de

- Mestrado em Gerontologia Social (não publicada). Viana do Castelo: IPVC – ESE.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Revista Millenium – Revista do ISPV*, 32, 126-140.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-mental State Examination. *Sinapse: Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 9(2), 10-16.
- Morgan, L. A. & Kunkel, S. R. (2011). Aging individual in social context. In L. A. Morgan & S. R. Kunkel (Eds.), *Aging, society and the life course* (4ªed), (pp. 77-91). New York: Springer publishing company.
- Neri, A. L. (2007). Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. São Paulo: Papirus.
- Nunes, B. (2005). A demência em números. In A. C. Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (pp.272-302). Lisboa: Lidel.
- Organización de las Naciones Unidas (2002). *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª edição). Porto Alegre, Brasil: ARTEMED Editora.
- Pastalan, L. (Ed.), (1999). *Making Aging in Place*. New York: Routledg.
- Paúl, C. (2005a) A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21-40). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento e ambiente. In L. Sockza (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*, (pp. 247-268). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida de idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal*, (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedrazzi, E. C. (2008). *Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos*. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

- Phillips, J., Ajrouch, K., & Hillcoat-Nallétamby, S. (2010). *Key concepts in social gerontology*. Los Angeles : Sage.
- Quadagno, J. (2008). Living Arrangements. In J. Quadagno *Aging and life course: an introduction to social gerontology* (4ªed), (pp. 206-274). Boston: McGraw-Hill.
- Rioux, L. & Werner, C. (2011). Residential Satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology*, 31(2011), 158-169.
- Rodrigues, E. (2012). *A multidimensionalidade do envelhecimento em lugares específicos: Um estudo no Município de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social (não publicada). Viana do Castelo: IPVC-ESE
- Rodrigues, J. P. S. (2012). *Declínio funcional cognitivo e riscos de quedas em doentes idosos internados* (Dissertação de mestrado). ESS-IPB.
- Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços* (Dissertação de Doutoramento). ICBAS-UP.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosso, A. L., Auchincloss, A. M. & Michael, Y. L. (2011). The Urban Built Environment and Mobility in Older Adults: Comprehensive Review. *Journal of Aging Research*, 2011, 1-10. doi:10.4061/2011/816106.
- Saldanha, H. (2009). Gerontologia. In H. Saldanha(Dir.), *Bem Viver para Bem Envelhecer: Um desafio à Gerontologia e à Geriatria*, (pp. 3-64) Lisboa: Lidel.
- Schaie, K. W. & Willis S. L. (2003). La vejez. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Psicología de la edad adulta y la vejez* (5ªed), (pp. 81-111). Madrid: Prentice Hall.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: the Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Sequeira, A & Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise psicológica*, 3(20), 505-516.
- Sequeira, C. (2007). Instrumentos de diagnóstico: Idoso dependente. In c. Sequeira, *Cuidar de Idosos Dependentes*, (pp. 141-157). Coimbra: Quarteto Editora.

- Silva, J. S. V. (2010). *Funcionalidade e Bem-estar Psicológico em Idosos Residentes na Comunidade: Um Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado integrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Speller, G. M. (2005). A importância da vinculação ao lugar. In L. Sockza (Org.), *Contextos humanos e psicologia ambiental*, (pp. 133-167). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Spiriduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole.
- Tomasini, S. L. V. (2005). Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. *Revista brasileira de ciências do envelhecimento humano*, 2(1), 76-88.
- Vasunilashorn, S., Steinman, B, Liebig, P. & Pynoos, J. (2012). Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come. *Journal of Aging Research*, 2012, 1-6. doi:10.1155/2012/120952.
- Vono, Z. E. (2007). *Enfermagem Gerontológica: atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Senac.

ANEXOS

Anexo 1. Diário de campo – Aproximação ao terreno

O concelho de Monção encontra-se integrado na sub-região do Minho-Lima e tem um total de 33 freguesias. Dados demográficos deste concelho permitem caracterizá-lo como um território de pequena dimensão e de baixa densidade demográfica.

Segundo critérios de ruralidade/urbanidade, o concelho de Monção engloba freguesias consideradas urbanas, mediantemente urbanas e predominantemente rurais. Relativamente ao volume populacional existem fortes assimetrias entre as freguesias, sendo as mais povoadas Monção (urbana), Mazedo (mediamente urbana) e Merufe (predominantemente rural).

Dados definitivos, relativos ao Censo da população de 2001, demonstram o aumento significativo da população idosa no concelho, representado por um valor de índice de envelhecimento elevado: 211,3%. Estimativas referentes a 2010, indicam uma subida da população idosa neste concelho, temos um índice de envelhecimento na ordem dos 263,0%. O aumento do número da população idosa neste concelho é visível, o que no meu entender deve levar a uma reflexão profunda por parte das entidades competentes para nortear acções e intervenções que façam face a esta problemática.

Existem no concelho de Monção uma série de instituições que têm a sua actuação focada na população idosa, que dispõem de diversas valências que tentam responder às necessidades desta população quer a nível físico, emocional, ocupacional.

A Santa Casa da Misericórdia de Monção tem como valências lar de idosos, serviço de apoio domiciliário, unidade de cuidados continuados; o Centro Social Paroquial de Barbeita tem serviços de centro de dia, lar e apoio domiciliário; a Associação Social de Cultural São Cosme e Damião de Podame conta com serviço do apoio domiciliário e centro de dia; o Centro Social e Paroquial de Messegães, Valadares e Sá tem serviços a nível de centro de dia, centro de convívio e apoio domiciliário; o Centro Paroquial Social de Pias presta serviços a nível de centro de dia e apoio domiciliário; a Cruz Vermelha Portuguesa-delegação de Ceivães presta os seus serviços a nível de centro de dia e serviço de apoio domiciliário; a Residência Geriátrica São

Francisco de Assis tem serviço de lar, e a Casa de Repouso Edén tem igualmente a valência de lar.

As instituições supra citadas são na sua maioria denominadas por IPSS, à excepção das duas últimas que são de carácter eminentemente privado.

Mesmo contando com este conjunto de instituições para um total de 33 freguesias, existe uma falta de cobertura em freguesias mais isoladas, nomeadamente algumas que se encontram no vale do Gadanha. Em contrapartida, verifica-se em algumas freguesias uma sobreposição de apoio à população.

Após ter decidido o tema a estudar e qual seria o território onde gostaria de ver estudada essa temática decidi falar com alguém influente no sentido de me facilitar contactos, de ter sempre um apoio importante. Apresentei o meu estudo junto da entidade que à partida seria para mim mais influente, à Camara Municipal de Monção na pessoa do senhor vice-presidente e vereador do pelouro das actividades culturais, sociais e organização.

Foi posto na mesa o desafio de colaboração no meu estudo, e foi aceite de imediato.

Passou-se então à fase seguinte que foi de decidir para cada freguesia, qual a pessoa mais influente que me permitisse entrar no terreno. Assim, inicialmente na freguesia de Mazedo, de Merufe e de Troviscoso foi pensado ser o senhor presidente das respectivas juntas, e na freguesia de Riba de Mouro o senhor pároco local. Coube à técnica superior de serviço social da Camara Municipal de Monção a tarefa de iniciar os contactos com as entidades supracitadas. Os contactos foram feitos e para cada um foi explicado o trabalho que eu pretendia levar a cabo e a necessidade que tinha de eles me ajudarem nesse sentido. Todos eles aceitaram o desafio e deram autorização para me serem dados os respectivos contactos para mais tarde delinear as estratégias com eles para a recolha de dados.

Mas, existe no concelho uma instituição onde eu também poderia proceder à recolha de alguns dados, a Universidade Sénior. Foi também a técnica que se encarregou de me fornecer esse contacto. Ela deu-me uma lista com os nomes de alunos e respectivos contactos que seriam úteis para o meu trabalho.

Certo dia desloquei-me à biblioteca municipal de Monção onde estava a decorrer uma aula da universidade sénior. Estavam presentes na sala apenas senhoras

à excepção do professor. Após explicar em que consistia o meu trabalho a toda a plateia tive aceitação de todos ele, mas apenas alguns me interessavam pelo que tive que recorrer à lista dos nomes e chamar pelos mesmos. Com estavam no final da aula e já tinham agendado outras tarefas, dei a cada um o seu questionário para levarem para casa e preencherem, que eu iria a outra aula para recolher os mesmos. Sinalizei no questionário aquilo que não era para preencherem. Assim foi, passado algum tempo voltei à universidade sénior para recolher os questionários mas apenas uma senhora a quem tinha dado o questionário estava presente. Voltei outra vez mas de facto revelou-se infrutífera a minha ida à instituição porque as idosas não tinham levado o questionário que lhes havia dado. Foi então que combinamos eu deslocar-me a casa delas para proceder ao preenchimento e recolha dos questionários.

Anexo 2. Diário de campo – Freguesia de Mazedo

1- Preparação para abordar o terreno

Cheguei à junta de freguesia de Mazedo no mês de Maio, para me encontrar com o senhor presidente da junta de freguesia, que havia contactado previamente através de telemóvel. Uma vez chegada à junta apresentei-me, dei a conhecer o trabalho que andava a fazer e os objectivos desse mesmo trabalho. Após o parecer favorável em colaborar comigo, foi altura de lhe dar uma lista com o número de idosos que necessitava, divididos por determinadas faixas etárias e delinear qual seria a melhor estratégia para fazer a recolha de dados. A junta de Mazedo conta com uma funcionária, à qual lhe foi pedido por parte do senhor presidente da junta que elaborasse, com acesso a dados informatizados, uma lista com o nome dos idosos para eu ir entrevistar, respectivas moradas e idades.

Passado uma semana regressei ao local e o senhor presidente deslocou-se comigo ao terreno para me mostrar o local de residência das pessoas e deu-me a lista com os respectivos nomes. Fui apresentada a apenas 2 pessoas onde informei que iria lá passar futuramente. Para aquelas pessoas a quem não fui apresentada o senhor presidente da junta disse-me que se tivesse algum problema para administrar o questionário que lhe ligasse que prontamente se deslocaria à casa das pessoas e ainda se estivesse com algumas pessoas informaria da minha passagem pelas suas casas. Assim se deu o primeiro contacto com o terreno.

Enumerei numa folha a lista das pessoas e tentei dar um seguimento lógico que me permitisse deslocar no terreno sem dar muitas voltas para assim não perder muito tempo. Passados alguns dias fui para o terreno.

2 – “In situ” – a experiência do investigador

A todos os idosos segui o mesmo procedimento: apresentei-me, falei do trabalho que ia fazer, o que pretendia com o mesmo e perguntei se estavam dispostos a colaborar. Uma vez dada a resposta positiva procedia à aplicação do questionário. Findada a aplicação do inquérito agradecia à pessoa em questão, a ajuda preciosa que me deu.

A primeira idosa que contactei foi extremamente simpática e colaborou de imediato (tinha-me sido apresentada previamente). Foi um questionário que demorou

cerca de uma hora a administrar e extremamente enriquecedor. A idosa em causa situava-se no rés-do-chão da habitação e fazia-se deslocar em cadeira de rodas. A sua idade situa-se na faixa etária dos 65-69 anos, vive sozinha, é divorciada e tem um filho residente no estrangeiro com o qual contacta semanalmente por telefone. A parte superior da sua habitação encontra-se alugada a uma senhora que é vista como um apoio que ela ali tem. No rés-do-chão foram feitas obras de reestruturação para a idosa poder circular livremente com a cadeira de rodas. A idosa conta com os serviços da Santa Casa da Misericórdia a nível de serviço de apoio domiciliário (alimentação, higiene pessoal, higiene habitacional, lavagem de roupa). Quando pretende ir ao médico pede a um vizinho ou então chama um táxi. Aqui se vê a importância das redes de solidariedade entre vizinhos e o papel importante que desempenham os serviços de apoio domiciliário na vida das pessoas que têm o desejo de envelhecer em suas casas, para uma idosa que reside sozinha e com um alto grau de dependência.

Mas nem sempre foi assim, houve casas em que tive imensa dificuldade de “entrar” pois as pessoas eram extremamente reticentes à minha presença, outras houve em que tive que contactar o senhor presidente da junta, outras houve em que as pessoas nem me abriam a porta. A determinada altura, aquilo que pensei ser fácil tornou-se bem mais complexo. A minha ida a casas onde ninguém aparecia tornou-se uma rotina, facto que me levou a mudar de estratégia. Em determinada casa, uma senhora falou-me que tinha vizinhos com idade acima dos 65, então pedi-lhe encarecidamente se me poderia acompanhar às suas residências para lhe fazer o questionário. Assim foi, as pessoas como fui apresentada por uma vizinha prontamente responderam sem colocar qualquer entrave. O método de passa palavra correu muito bem.

Percorri o terreno de Mazedo na sua grande maioria. É uma freguesia moderadamente urbana que confronta com a vila de Monção e que muitas vezes é confundida com esta, pois é a sua continuidade.

3 – Uma apreciação global

Ao longo da minha caminhada fui-me apercebendo que de facto o espírito de solidariedade e vizinhança entre as pessoas não era assim tão forte. As pessoas, na sua maioria, passavam o dia em suas casas a verem televisão ou então a descansarem, e referiam que preferiam ali estar a ter que estar na conversa com os seus vizinhos, mas

na sua maioria todos me disseram que tinham uma boa relação de vizinhança. Diziam que se sentiam bem e que passavam bem o tempo daquela maneira. A visita ou telefonema de algum filho ao final do dia também era relatada.

Os serviços de apoio naquela freguesia, tão perto do centro urbano, no meu entender são de facto escassos. Têm disponível o serviço de apoio domiciliário, que muitas vezes é descrito como irem só dar alimentação e a verdade é que esse serviço prestado pela Santa Casa da Misericórdia engloba outros serviços como por exemplo higiene pessoal, higiene habitacional, lavagem de roupa.

Está previsto existir naquela freguesia um centro de dia. Está em fase de construção, mas pelo que os idosos me foram referindo já se encontra naquela situação há muito tempo. Eles demonstraram desagrado com tal facto, pois queriam poder usufruir daquele espaço o mais brevemente possível.

Anexo 3. Diário de campo – Freguesia de Troviscoso

1- Preparação para abordar o terreno

Entrei em contacto com o senhor presidente da junta de freguesia para proceder à marcação de uma reunião para apresentar o meu estudo e delinear estratégias para a recolha de dados.

No dia e à hora marcada dirigi-me à junta de freguesia de Troviscoso. Quando lá cheguei o senhor presidente já se encontrava no local. Fui recebida com simpatia, apresentei-me devidamente, assim como expliquei mais pormenorizadamente o motivo que me tinha levado até ele. Depois da aceite o desafio proposto por mim, eis que surge a altura de delinear um plano orientador da recolha de dados. Mas, o desafio foi aceite de tal ordem que, naquela freguesia a primeira pessoa a me responder ao inquérito foi o senhor presidente da junta, pois enquadrava-se perfeitamente nos critérios.

O senhor presidente tinha na sua posse uma lista com o nome de todos os idosos, pois tinha sido pedido naquela freguesia um levantamento com os mesmos por parte de uma instituição local que presta serviços na sua maioria à população idosa do concelho. Nesta parte o trabalho já estava adiantado, o que permitiu nessa mesma tarde escolher as pessoas a entrevistar e ir para o terreno. Desloquei-me com o senhor presidente ao longo de toda a freguesia, fui apresentada a todos os idosos que ia entrevistar. Algo que lhe tinha pedido encarecidamente, pois corria o risco de ver repetido o mesmo cenário que na freguesia de Mazedo. Nesta freguesia tive o menor número de idosos (16) para “estudar”. A todos eles informei que iria passar nas suas casas nos dois dias seguintes. Mas de facto, esta primeira tarefa correu tão bem que ainda me restou algum tempo para proceder à aplicação de alguns inquéritos.

2 – “In situ” – a experiência do investigador

Iniciei a minha recolha de dados naquela freguesia nessa mesma tarde. A todos eles me voltei a apresentar e o que pretendia com o trabalho que andava a fazer, depois de concordarem seguia-se a fase de aplicar o inquérito. Apesar de aceitarem responder ficavam sempre reticentes a assinar o consentimento informado, então decidia fazer o inquérito e só no final assinavam. Na sua grande maioria exclamavam que de facto não tinha mal nenhum assinar no início.

Fui bem recebida pelos idosos o que permitiu recolher os dados em poucos dias (2/3 dias), pois tive a sorte de todos eles estarem em casa. Foi extremamente importante o papel que o senhor presidente da junta desempenhou.

Percorri o terreno de Troviscoso na sua grande parte.

3 – Uma apreciação global

Fui-me apercebendo ao longo da minha caminhada que as dinâmicas presentes em Mazedo, ou seja, não ver grupos de pessoas a conviver, estava também presente em Troviscoso. Mas, também eles defendiam que tinham boas relações com os vizinhos e que se precisassem de alguma ajuda não teriam problemas em acorrer aos mesmos. Verifiquei que na sua maioria os idosos residem com seu cônjuge, registei apenas uma situação de viuvez, mas esta encontrava-se na altura a residir com os filhos.

Era do conhecimento da maioria, a existência de instituições que prestasse serviços aos mais velhos, como por exemplo a Santa Casa da Misericórdia de Monção e o Centro Paroquial de Barbeita, e ressaltaram a importância da existência dos mesmos para os ajudar se eles necessitassem, mesmo estas instituições não pertencendo à freguesia de Troviscoso.

Anexo 4. Diário de campo – Freguesia de Merufe

1- Preparação para abordar o terreno

Merufe é uma das freguesias do concelho de Monção, considerada predominantemente rural.

Entrei em contacto com o senhor presidente da junta e marquei uma reunião com ele no seu local de trabalho. Após explicar o motivo que me tinha levado a contactá-lo e depois de aceite o desafio por parte do mesmo, foi altura de planear estratégias para a recolha de dados. Foi nesta freguesia que tive o maior número de idosos para questionar, 29 no total (12 homens e 17 mulheres). Ele disse que iria contactar um senhor que pertence à junta de freguesia (membro da assembleia da freguesia), para ir comigo ao terreno, pois existia pelo menos 2 lugares onde residia muita população envelhecida que ele conhecia bem. Assim foi, passado algum tempo entrei em contacto com o tal senhor e marquei um dia para ir ter com ele.

2- “In situ” – a experiência do investigador

No dia marcado dirigi-me ao lugar de Granja de Baixo para me encontrar com o senhor. Dista cerca de 7 quilómetros do centro da freguesia. Encontramo-nos numa mercearia que é sua propriedade. Após lhe ter dado a lista com o número de idosos foi altura de palmilhar o terreno de lés-a-lés. Foram raras as habitações em que não entramos um idoso, e o motivo era por serem casas de emigrantes ou porque as pessoas na altura não estavam presentes.

Em todas as habitações segui o procedimento que tinha feito nas freguesias anteriores: apresentei-me, falei do que me levava ali e o que pretendia. Todos concordaram em participar, era altura então de aplicar o questionário. Todos eles foram simpáticos comigo e com o senhor que me acompanhou, aliás todos os idosos falavam com ele de uma maneira bastante familiar, era alguém em quem eles confiavam. Todos os inquéritos que fiz foram na presença dele. Depois de dois dias a percorrer o lugar da Granja de Baixo foi altura de nos deslocarmos à Granja de Cima. Distam uma da outra cerca de 1 quilómetro. O procedimento foi exactamente o mesmo, fiz-me acompanhar do senhor em todas as casas, apresentei-me, falei do que me levava ali e o que pretendia e depois de concordarem seguia-se a fase seguinte, aplicar o inquérito. Foi menor o número de inquéritos que apliquei naquele lugar porque também tinha menor número de população residente.

Finda a minha investigação nestes dois lugares foi altura de voltar a contactar o senhor presidente da junta. Combinamos em eu me deslocar à junta de freguesia num Domingo próximo, pois segundo ele ia bastante população idosa àquele espaço, tratar de assuntos

relacionados com os serviços por ele prestados, depois de irem à missa. No Domingo que me desloquei à junta de freguesia, que se encontra ao lado do Mosteiro de Merufe, estava a decorrer a missa. Naquela manhã fiz um número muito reduzido de inquéritos, os serviços da junta de freguesia não tinham sido muito solicitados.

Mediante tal facto, foi altura de voltar a falar com o senhor presidente da junta para delinear nova estratégia, pois aquela tinha-se revelado infrutífera. Voltou a recorrer a outro membro que pertence à junta de freguesia (secretário) para pedir ajuda no meu trabalho. Ele aceitou e foi altura de agendar uma ida ao lugar onde iria aplicar os inquéritos.

O lugar de Sernades localizasse a cerca de 5 quilómetros do centro da freguesia. Aqui voltei a optar pela mesma estratégia seguida a rigor na freguesia de Troviscoso, ou seja, em conjunto com o membro pertencente à junta fomos às habitações dos idosos que se enquadravam para o meu estudo onde ele informou que eu iria lá passar mais tarde para lhes fazer um inquérito e que podiam confiar plenamente no que estava ali a fazer. Após percorrer o terreno comigo foi altura de sozinha aplicar os inquéritos. Nessa mesma tarde apliquei e terminei todo o meu trabalho naquela freguesia. Voltei a me apresentar a cada um deles e explicar os motivos que me tinham levado até ali e após concordarem seguia-se a fase seguinte, aplicar o inquérito. Findo este, era altura de agradecer o tempo que tinham dependido comigo. Não tive qualquer escusa e todos demonstraram abertura total para responder.

3 – Uma apreciação global

Merufe corresponde à maior freguesia do concelho.

Ao longo da minha caminhada apercebi-me da importância dada às relações de vizinhança, porque na sua maioria eram os vizinhos o seu porto de abrigo. Relatos de viuvez e filhos a morar no estrangeiro eram constantes.

Foi extremamente enriquecedor, para mim, perceber a realidade dos lugares de Granja de Cima e Granja de Baixo. À medida que entrava nas casas, o modo familiar como os idosos falavam com o senhor que me acompanhava, permitiu-me perceber que ele ali poderia ser mais que um vizinho. E de facto verifiquei tal facto. Foram vários os relatos dos idosos que me diziam que para eles o senhor em causa era mais que um amigo, que um vizinho. Ele de facto representava para eles, todo o apoio que necessitavam. Transportava-os para irem ao médico, ao banco, à farmácia, à feira semanal, levava-lhes as compras a casa e administrava-lhes quando necessário a medicação. De facto, estes serviços sendo os que eles mais necessitavam e ter ali alguém por perto que os ajudasse nestas tarefas fazia-os esquecer muitas vezes, a solidão que sentiam. Houve alturas que não foi possível combinar a minha ida

àqueles lugares porque ele ia precisamente acompanhar algum idoso numa saída que lhe tinha sido solicitada.

Os idosos deixaram bem patente que querem morrer nas suas casas, e que estão bem como estão. Ou seja, até a ideia de poderem frequentar um centro de convívio ou um centro de dia não foi aceite de bom agrado.

Quando me deslocava ao longo de vários lugares de freguesia via pequenos grupos de idosos a conversarem.

Os serviços prestados nesta freguesia são levados a cabo pelo lar de Merufe, uma instituição recente, que se encontra sobre a alçada do Centro Paroquial de Barbeita e que tem as valências de lar e serviço de apoio domiciliário. Facto era, que todos os idosos sabiam da existência da instituição. Neste âmbito o pároco local teve um papel extremamente importante pois foram vários os idosos que me referiram que o senhor pároco tinha ido a suas casas, informa-los da existência daquele espaço que poderia ser importante para eles.

Anexo 5. Diário de campo – Freguesia de Riba de Mouro

1 – Preparação para abordar o terreno

Riba de Mouro é uma freguesia do concelho de Monção denominada predominantemente rural.

Entrei em contacto com o pároco da freguesia em questão, senhor padre Joel e ficou agendada uma ida à casa paroquial para falar com ele. Pelo conhecimento que tinha da freguesia e por informações que me foram dadas, as pessoas idosas têm incutido o culto religioso.

No dia combinado desloquei-me à casa paroquial onde o padre Joel se encontrava à minha espera. Explicados os objectivos do meu trabalho e aceite o desafio foi altura de delinear estratégias. Ficou determinado um dia para eu me deslocar à capela do lugar de Quintela pois o senhor padre com conhecimento que iam à missa muitos idosos achou que seria positivo eu lá ir falar com eles. Apontou o meu nome e o dia em que eu iria à capela num papel, para avisar na missa dessa mesma semana. Após o aviso e passada uma semana fui à capela para falar com os idosos.

2 – “*In situ*” – a experiência do investigador

Cerca de uma hora antes da missa iniciar fui para a capela, entrei e permaneci na sacristia. Falei com alguns idosos que lá se encontravam mas nenhum deles estava informado da minha ida, pelo que nenhum aceitou fazer o questionário naquela hora, como eu pensei que iriam fazer. Depois de ter explicado que tinha falado com o senhor padre e que ele sabia que eu iria naquele dia à capela, apesar de ele se ter esquecido de avisar na missa, alguns idosos deram-me os seus nomes e morada para eu mais tarde ir ter com cada um a suas casas para fazer o questionário. Estratégia que se revelou ineficaz, porque tive dificuldades em localizar algumas pessoas e outras apesar de ter localizado o seu local de residência não estavam em casa.

Fiquei desmotivada, mas tinha que encontrar outra estratégia. Eis que surgiu a hipótese de pedir ajuda à minha mãe. Ela trabalha como assistente operacional no centro de saúde de Monção e algumas vezes por mês vai com uma enfermeira fazer domicílios em algumas freguesias mais longínquas do concelho, Riba de Mouro fazia parte dessa rotina. As idas com a enfermeira proporcionaram-lhe alguns conhecimentos com a população idosa, algumas das quais me relatava que tinha simpatizado. Foi então que decidi pedir a sua colaboração. Um dia foi comigo para o terreno. Há um lugar onde a minha mãe ia com frequência porque uma idosa acamada em situação de dependência total necessitava dos serviços prestados pela equipa do centro de saúde de Monção. Essa idosa estava a cargo de

outra idosa, cunhada desta, com quem a minha mãe foi simpatizando. Fomos a essa casa e ela aceitou prontamente ajudar-me e foi extremamente útil nesta tarefa, porque apesar de me responder ao questionário proporcionou-me outros contactos com idosos que residiam ali ao lado e outros mais afastados. Deslocou-se comigo a casa dos mesmos e convenceu-os tão prontamente que eles foram extremamente simpáticos e responsabilizaram-se a me responderem ao questionário. Os que pude fiz naquele mesmo dia, os que não consegui agendei para outro dia. Todos eles me responderam sem colocar qualquer problema.

Mas, não tinha o número de idosos suficientes, ainda me faltavam aplicar o inquérito cerca de 10 pessoas. Foi aí que decidi tentar o contacto com a junta de freguesia na pessoa do senhor presidente. Como conhecia a sua esposa fui falar com a mesma e ela deu-me o contacto do marido. Mais tarde liguei-lhe e ficou combinado aparecer no sábado à tarde dessa semana na junta de freguesia (único dia que está aberta para atendimento ao público). Assim foi, explicados os objectivos foi aceite o desafio de colaborar comigo. Estive durante a tarde na junta de freguesia na expectativa de aplicar alguns inquéritos. Apenas tive oportunidade de fazer dois. Voltei à junta de freguesia num sábado de tarde seguinte onde tinha expectativa de poder terminar a minha recolha de dados mas de facto tal não foi possível, naquela tarde fiz 4 inquéritos. Mais 4 e terminava. Após uma conversa casual com a esposa do presidente da junta ela comprometeu-se a ajudar-me e marcamos no sábado seguinte aparecer na junta, mas desta vez seria para ir comigo a casa das pessoas e não ficar à espera que aparecessem na junta de freguesia. Esta estratégia permitiu-me terminar naquele mesmo dia a recolha de dados.

3 – Uma apreciação global

A minha caminhada no terreno foi-me ajudando a perceber a importância das relações de vizinhança entre as pessoas. Muitas vezes, quando ia para o terreno via pequenos grupos de idosos reunidos a conversar durante a tarde e também à medida que ia aplicando os inquéritos muitos manifestaram o gosto de partilhar o tempo com os vizinhos e revelaram muito espírito de entre ajuda entre eles. Por exemplo, muitos relatavam que se ajudavam uns aos outros nas tarefas agrícolas. Na sua maioria os filhos dos idosos residentes naquela freguesia residem fora dali, sobretudo no estrangeiro o que faz com que só se vejam uma vez por ano. Esta distância é muitas vezes colmatada por telefonemas quase diários dos filhos.

Os serviços de apoio naquela comunidade estão confinados à Associação Social de Cultural São Cosme e Damião de Podame, uma IPSS da freguesia vizinha que presta serviços de apoio domiciliário a alguns idosos. Também nesta freguesia é falada com alguma expectativa a existência de uma instituição, que já se encontra no papel mas que ainda não passou a uma

realidade palpável. Muitos não desgostam dos serviços prestados pela instituição supra citada, mas manifestam que seria melhor se fosse uma instituição daquela terra a prestar o serviço.