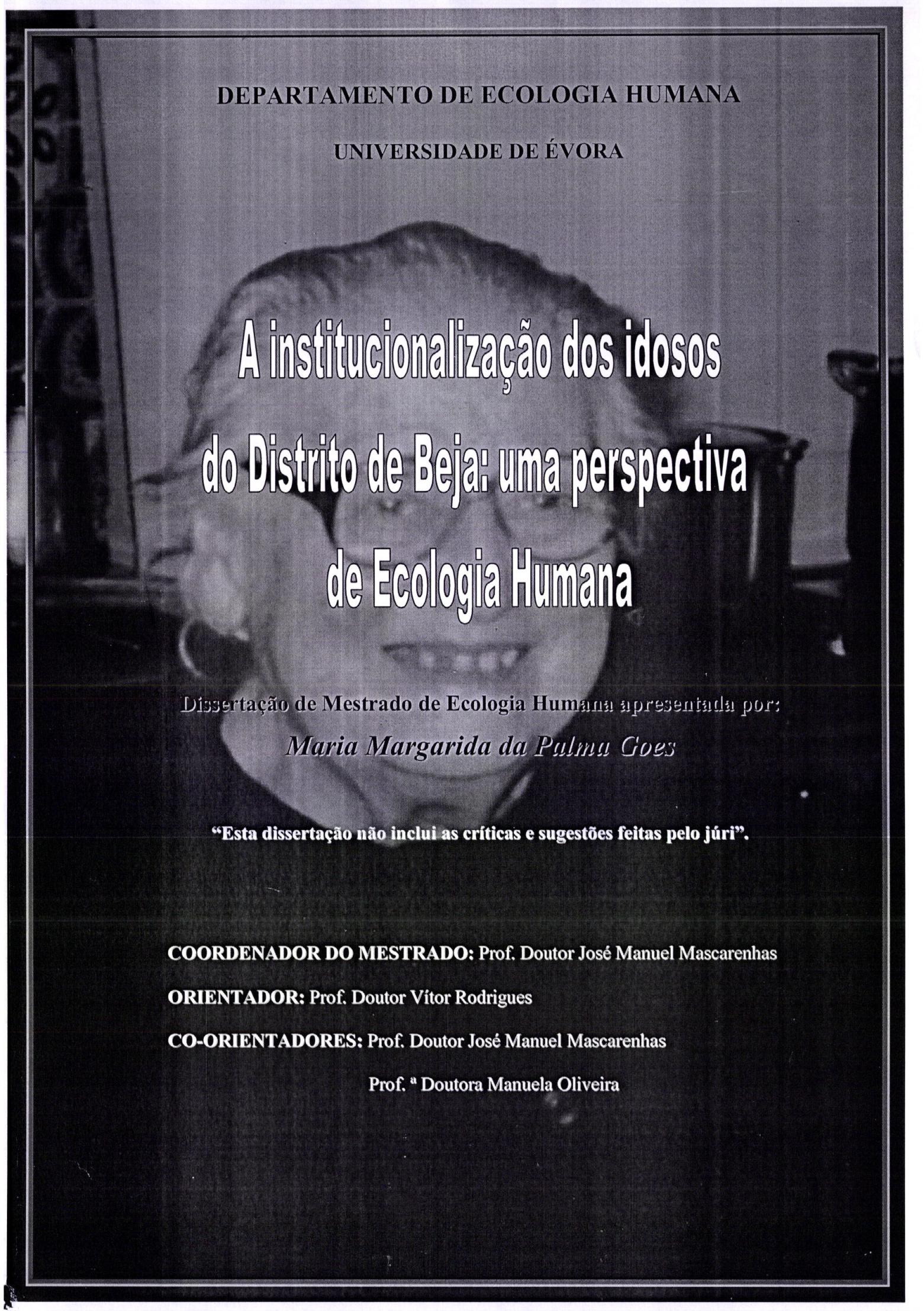


DEPARTAMENTO DE ECOLOGIA HUMANA
UNIVERSIDADE DE ÉVORA



A institucionalização dos idosos do Distrito de Beja: uma perspectiva de Ecologia Humana

Dissertação de Mestrado de Ecologia Humana apresentada por:
Maria Margarida da Palma Goes

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”.

COORDENADOR DO MESTRADO: Prof. Doutor José Manuel Mascarenhas

ORIENTADOR: Prof. Doutor Vítor Rodrigues

CO-ORIENTADORES: Prof. Doutor José Manuel Mascarenhas

Prof. ^a Doutora Manuela Oliveira

DEPARTAMENTO DE ECOLOGIA HUMANA
UNIVERSIDADE DE ÉVORA

*3
Dout
163 358*

A institucionalização dos idosos do Distrito de Beja: uma perspectiva de Ecologia Humana

Dissertação de Mestrado de Ecologia Humana apresentada por:
Maria Margarida da Palma Goes



“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”.

169 809

COORDENADOR DO MESTRADO: Prof. Doutor José Manuel Mascarenhas

ORIENTADOR: Prof. Doutor Vítor Rodrigues

CO-ORIENTADORES: Prof. Doutor José Manuel Mascarenhas

Prof. ^a Doutora Manuela Oliveira

Évora

2006

À minha avó, Maria da Conceição Parreira Labego que já não se encontrando nesta dimensão, foi uma presença constante. É a ti, avó querida que dedico esta tese.

AGRADECIMENTOS

Ao longo do percurso de elaboração deste trabalho foram muitos os que me acompanharam e me ajudaram a torná-lo uma realidade.

O meu sincero agradecimento ao Sr. Prof. Doutor Vítor Rodrigues, por ter aceite a orientação deste estudo, pela confiança depositada no meu trabalho, imprescindível à sua concretização.

Agradeço ao Prof. Doutor José Manuel Mascarenhas, pela sua disponibilidade, estímulo e interesse que manifestou ao longo da Co-orientação desta tese e à Profª. Maria Manuela Oliveira pela ajuda preciosa que me deu na análise e discussão dos resultados desta dissertação.

O meu agradecimento a todos os colegas dos Centros de Saúde do distrito de Beja, bem como, aos idosos e familiares que aceitaram ser intervenientes neste estudo, pois sem todos eles tal não seria possível a sua elaboração.

Agradeço profundamente aos meus pais, a presença constante nos momentos de partilha de maior angústia, sempre disponíveis para me ouvir e incentivar.

Agradeço ás minhas filhas, Margarida e Helena e ao meu marido, pelo apoio e compreensão no tempo que ficaram privados da minha companhia.

“De todas as realidades, a velhice é talvez aquela que mantemos mais prolongadamente na nossa vida uma noção puramente abstracta.”

Proust

RESUMO

Este estudo visa analisar alguns factores de risco de institucionalização do idoso. Foi sustentado por um quadro conceptual desenvolvido em torno de duas áreas: a abordagem da Ecologia humana, afirmando que a saúde resulta da acção conjugada dos diferentes factores do sistema de saúde e a outra, a Enfermagem, que dá ênfase ao papel dos enfermeiros no desenvolvimento de estratégias de adaptação do idoso. Trata-se de um estudo de *case-control*, retrospectivo, aplicado a uma amostra de 300 idosos do Distrito de Beja. Após utilização da entrevista por formulário, como fonte de informação privilegiada, chegámos aos seguintes resultados:

- O facto dos idosos viverem sós, é um factor de risco, pois leva a que se percam ligações com o meio social que os envolve;
- Quanto mais frequente são as visitas dos familiares, menor é o risco de institucionalização dos idosos;
- A dependência física e a psicossocial são as que mais contribuem para a institucionalização dos idosos.

Palavras-chave: Ecologia Humana, Enfermagem, idosos, factores de institucionalização.

ABSTRACT

ELDERLY INSTITUTIONALIZATION IN BEJA'S DISTRICT: A HUMAN ECOLOGY PERSPECTIVE

This study aims to analyse some factors of risk that lead elderly people to institutionalization. It was sustained by a conceptual framework developed around two areas: The Human Ecology approach, claiming that health results from the joint effort of health system different factors; and, on the other hand, the Nursing perspective, which emphasises the role played by nurses developing strategies for gradual adaptation of elder people. We used a case-control, retrospective design study. Our sample was 300 elder persons living in Beja's District. Through structured interview (standartized), as main source of data, we found the following results:

- Living alone is a risk factor to elderly institutionalization, since elders loses the connection with the social ambience;
- The highest the frequency of family visits, the lowest the risk of elder institutionalization;
- Physical and psychosocial dependencies are the major factors associated with elder institutionalization.

Key-words: Human Ecology, Nursing, elderly, factors of institutionalization, old people.

Lista de Figuras

Pg.

Figura nº 1 –	Influência dos ecossistemas no nível óptimo de funcionamento	68
Figura nº 2 –	Portugal por Distritos e Regiões Autónomas.....	71
Figura nº 3 –	População do Concelho de Beja.....	79

Lista de tabelas

	Pg.
Tabela nº 1 – Densidade da População por freguesia (Hab/Km2)	77
Tabela nº 2 – Percentagem da Evolução da População por grupos etários.....	78
Tabela nº 3 – Evolução da taxa de natalidade/mortalidade por 1.000 habitantes.....	78
Tabela nº4 – Evolução da população por freguesias.....	80
Tabela nº 5 – Taxa de analfabetismo por freguesias.....	81
Tabela nº 6 – Tabela de contingência.....	126
Tabela nº 7 – Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor KATZ enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais.....	131
Tabela nº 8 – Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor LAWT enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais.....	131

Lista de Quadros

	Pg.
Quadro nº 1 – População, Densidade e Variação do Continente, Distrito de Beja e respectivos concelhos, nos períodos 1991-2001.....	72
Quadro nº 2 – Envelhecimento Demográfico no Continente, Alentejo, Distrito de Beja, no período 1991-2001.....	73
Quadro nº 3 – A Evolução da População Residente no Distrito de Beja, por Concelho entre 1864 e 1991.....	75
Quadro nº 4 – Síntese e Projecção dos Indicadores Demográficos no Alentejo (1991-2011)	76
Quadro nº 5 – Indicadores socio-económicos da Região Alentejo.....	83
Quadro nº 6 – População residente e economicamente activa, segundo o sexo e taxas de actividade e desemprego.....	87
Quadro nº 7 – População residente e economicamente activa, segundo o sexo e taxas de actividade e desemprego.....	93
Quadro nº 8 – Estabelecimentos de Cuidados de Saúde Primários – Centro de Saúde – nos Concelhos do Distrito de Beja em 2000.....	98
Quadro nº 9 – Grau de Cobertura das Infra-estruturas de Saneamento Básico nos Concelhos do Distrito de Beja, em 2000.....	99
Quadro nº 10 – Infra-estruturas de Apoio à Terceira Idade no Distrito de Beja, em 1990 e 2000.....	107

ÍNDICE

RESUMO

0	<u>INTRODUÇÃO</u>	13
---	-------------------	----

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1-	<u>DA ECOLOGIA GERAL Á ECOLOGIA HUMANA</u>	20
1.1-	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CIÊNCIA ECOLÓGICA	20
2-	<u>ALGUNS CONCEITOS ECOLÓGICOS</u>	22
2.1-	SISTEMAS	23
2.2-	ECOSSISTEMAS	24
2.3-	MEIO AMBIENTE	26
2.4-	POPULAÇÃO	27
3-	<u>A ECOLOGIA HUMANA COMO CAMPO DE ESTUDO ESPECÍFICO</u>	29
4-	<u>ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO: UMA TEMÁTICA DE NATUREZA INTERDISCIPLINAR</u>	33
5-	<u>A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA</u>	36
5.1-	O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL ACTUAL	40
6-	<u>ENFERMAGEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM</u>	47
7-	<u>FACTORES DE RISCO PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS</u>	51
7.1-	DEPENDÊNCIA	53
7.1.1-	<u>Escalas de avaliação dos estados funcionais</u>	56
7.2-	IDADE	58
7.3-	SEXO	60
7.4-	AUSÊNCIA DE TELEFONE	60
7.5-	TIPO DE AJUDA (REDE DE SUPORTE)	61
7.6-	O FACTO DE VIVER SÓ	64
7.7-	LIMITAÇÃO DO CONTACTO COM A FAMÍLIA (FILHOS)	65
8-	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	66

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO DE BEJA

1-	<u>ENQUADRAMENTO GEO-ADMINISTRATIVO DO DISTRITO DE BEJA...</u>	71
2-	<u>ASPECTOS POPULACIONAIS.....</u>	73
2.1-	<u>A POPULAÇÃO.....</u>	77
2.1.1-	<u>Densidade Da População Por Freguesia (Hab/Km2)</u>	77
2.1.2-	<u>Percentagem Da Evolução Da População Por Grupos Etários.....</u>	78
2.1.3-	<u>Evolução Da Taxa De Natalidade/Mortalidade Por 1.000 Habitantes</u>	78
2.1.4-	<u>População Do Concelho De Beja.....</u>	79
2.1.5-	<u>Evolução Da População Por Freguesias.....</u>	80
2.1.6-	<u>Taxa De Analfabetismo Por Freguesias.....</u>	81
3-	<u>OS SECTORES DA ACTIVIDADE ECONÓMICA.....</u>	82
3.1-	<u>A AGRICULTURA.....</u>	83
3.1.1-	<u>A Agricultura no Concelho de Beja</u>	84
3.2-	<u>A INDÚSTRIA</u>	85
3.2.1-	<u>A Industria no Concelho de Beja</u>	86
3.3-	<u>O DESEMPREGO</u>	86
3.4-	<u>O EMPREGO</u>	88
3.4.1-	<u>O Emprego e Empresas no Concelho de Beja</u>	88
4-	<u>CARACTERIZAÇÃO BIOFÍSICA.....</u>	90
4.1-	<u>O SOLO</u>	90
4.2-	<u>CLIMA</u>	90
4.3-	<u>RELEVO</u>	90
4.4-	<u>GEOLOGIA E RECURSOS MINERAIS.....</u>	91
4.5-	<u>PATRIMÓNIO NATURAL E PAISAGÍSTICO.....</u>	91
4.6-	<u>OUTROS VALORES PAISAGÍSTICOS PRESENTES.....</u>	93
5-	<u>PATRIMÓNIO CONSTRUÍDO E INFRA-ESTRUTURAS COLECTIVAS....</u>	94
5.1-	<u>PATRIMÓNIO CONSTRUÍDO.....</u>	94
5.1.1-	<u>Património Arqueológico.....</u>	94
5.1.2-	<u>Património Monumental, Arquitectura e Urbanismo.....</u>	94
5.2-	<u>PATRIMÓNIO CULTURAL DE BEJA.....</u>	95
5.2.1-	<u>Monumento.....</u>	95
5.2.2-	<u>Artesanato.....</u>	97
5.2.3-	<u>Gastronomia.....</u>	97

5.3- INFRA-ESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS COLECTIVOS.....	97
5.3.1- <u>Saúde</u>.....	97
5.3.2- <u>Cobertura de Infra-estruturas de Saneamento Básico no Distrito de Beja</u>.....	99
5.4- TURISMO E LAZER.....	100
5.4.1- <u>O Turismo no Concelho de Beja</u>.....	100
5.5- FORMAÇÃO/ENSINO.....	101
5.5.1- <u>Ensino no Concelho de Beja</u>.....	101
5.6- COMERCIO E SERVIÇOS.....	103
5.7- CULTURA E DESPORTO.....	104
5.8- ACESSIBILIDADES E TRANSPORTES.....	105
5.9- TERCEIRA IDADE.....	105
6- <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>.....	108

PARTE II

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I

1- <u>TIPO DE PESQUISA</u>.....	112
2- <u>MÉTODO DE PESQUISA</u>	113
3- <u>PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO</u>.....	114
4- <u>HIPÓTESES</u>.....	115
5- <u>DESCRICÃO DAS VARIÁVEIS</u>.....	116
5.1- <u>VARIÁVEL DEPENDENTE</u>.....	116
5.2- <u>VARIÁVEL INDEPENDENTE</u>.....	117
5.3- <u>VARIÁVEL DE CONTROLO</u>.....	118
6- <u>POPULAÇÃO E AMOSTRA</u>.....	119
7- <u>INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</u>	120
8- <u>ELABORAÇÃO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA</u>	121
9- <u>PRÉ-TESTE DO FORMULÁRIO</u>	122
10- <u>APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO E ASPECTOS ÉTICOS</u>.....	123
11- <u>TÉCNICAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS</u>.....	124

PARTE III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS

RESULTADOS	
1- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	126
1.1- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS FACTORES DE INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	126
1.2- ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES DO ESTUDO	132
2- CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	140
3- BIBLIOGRAFIA.....	144
4- ANEXOS.....	150

0 – INTRODUÇÃO

No entendimento de Lima (1998), a velhice está surgindo como uma possibilidade de se pensar uma nova maneira de ser velho. Neste novo milénio, é desejável tomar consciência de que, para sobreviver, temos de mudar o paradigma do desenvolvimento económico para um paradigma de desenvolvimento do ser humano.

A Ecologia Humana, como ciência pluri e transdisciplinar, onde os saberes se interpenetram na verticalidade da multidisciplinaridade e na horizontalidade dos conhecimentos transdisciplinares (Lamy, 1996), proporciona uma sólida base paradigmática para ancorarmos um novo olhar para o desenvolvimento humano, em geral, e para pensar uma nova maneira de ser velho, como preconiza Lima (1998).

Esta área do conhecimento éposta ao serviço da vividade e da convivência do Homem, de forma a devolver a capacidade que lhe é latente desde a sua concepção: viver com plena autonomia, desenvolver ao máximo o seu potencial de auto estima, auto protecção, auto realização e harmonização com uma ética que lhe é essencial.

É uma disciplina que contraria o discurso fragmentado, permitindo congregar as leituras que têm sido produzidas, em torno do processo de envelhecimento, processo este universal e que não afecta só o Ser Humano, mas a família, a comunidade e a sociedade.

Enquanto fenómeno social global, em Portugal, à semelhança do que se vem verificando em numerosos países do mundo desenvolvido e em vias de desenvolvimento, o número de idosos tem vindo a aumentar acentuadamente. Podemos, no entanto, verificar que o envelhecimento da população não se manifesta de forma homogénea, em todo o território. Os fortes movimentos migratórios, externos e internos têm deixado mais envelhecido o interior, com a migração das gerações mais novas para o estrangeiro e, dentro do território nacional, para os grandes centros urbanos, facto este que está marcadamente presente no nosso distrito de Beja.

O envelhecimento da população pode, contudo, revelar-se como uma tendência positiva, uma vez que está intimamente ligado à eficácia das medidas preventivas de saúde, ao processo da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos os principais agentes da nossa própria saúde.

Os conhecimentos científicos actuais para prevenir ou retardar situações de doença, ou de dependência, nas pessoas idosas e o consequente impacto nos custos dos cuidados de saúde, exigem a definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da capacidade de intervenção dos prestadores de cuidados.

A sociedade actual tem, também ela, vindo a sofrer profundas alterações que se repercutem na família que era, até agora, a principal prestadora de cuidados e de apoio aos idosos.

As famílias portuguesas sofreram, pois, evoluções importantes sendo uma das mais notórias a diminuição da sua dimensão, aumentando o número de famílias pequenas e diminuindo o número de famílias numerosas.

Associada a este facto, temos também a diminuição da dimensão das habitações, que normalmente só permite a coabitação de duas gerações e, por último, a entrada da mulher no mercado de trabalho.

Estes factos fazem com que a família seja muitas vezes levada a demitir-se do seu papel de prestadora de cuidados aos seus idosos, procurando outras alternativas como seja, por exemplo, o internamento num lar.

Contudo, em cerca de 30,8% das famílias vivem pessoas idosas (Neto, 1997), o que reforça a necessidade de uma abordagem familiar destas situações, já que os familiares, vizinhos e amigos constituem um grupo numeroso e importante de prestadores de cuidados informais aos idosos.

Vivendo mais tempo, as pessoas estão mais vulneráveis, perante as dificuldades que vão surgindo e aumenta a probabilidade de se juntarem várias patologias, bem como a de vir a desenvolver dependência de outrem.

As pessoas idosas dependentes de terceiros constituem preocupação especial e levantam questões cujas respostas não podem ser dissociadas do enquadramento socioeconómico, geográfico, habitacional e familiar passado, presente e futuro.

A solução institucional apresenta-se por vezes, como única e inevitável, mas esta só deveria ser considerada, quando estivessem esgotadas todas as possibilidades de prestação de apoio e cuidados, no seu contexto social normal, sob pena de habitualmente desregular o ténue equilíbrio psicológico do idoso para situações novas, sempre potencialmente ansiogénicas.

Sabe-se que a institucionalização tem consequências de diversa ordem que vão desde a perda de privacidade, da individualidade, do poder de decisão e de autonomia, o que vai contribuir para o aumento da dependência com todas as consequências que daí advém.

Netto (1997) refere que “*para muitos idosos, o domicílio, a família e a vizinhança, ou melhor, o conhecido, acaba sendo tudo o que possuem. Logo, é importante destacar os laços estabelecidos com o espaço, os objectivos e as pessoas, como factores de garantia para a manutenção do seu equilíbrio e sentimentos de segurança.*” (p.94).

Outros dos factores importantes a ter em conta na institucionalização são o agravamento e o aparecimento de problemas de saúde, uma vez que ao stress de uma adaptação se alia o facto do idoso permanecer em contacto com um número muito maior de pessoas o que contribui para um maior risco de contágios.

Netto (1997) diz-nos que “*Os objectivos básicos que devem fundamentar as acções da saúde para os idosos são os de procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio das suas famílias.*” (p.394)

A todos estes factores podemos acrescentar os custos económicos de uma institucionalização, que são muito superiores aos da permanência do idoso no domicílio, e as orientações governamentais que procuram promover a prestação de cuidados de saúde aos grupos carenciados, nomeadamente aos idosos e suas famílias, de forma a que estes possam permanecer o mais tempo possível no seu “ambiente natural”. Neste contexto, pensamos que será importante definir qual é o papel da enfermagem, perante

um idoso dependente, bem como no apoio às famílias com idosos dependentes e qual o contributo que esta profissão pode dar na prevenção da institucionalização dos idosos.

Após a revisão da literatura publicada e o estudo dos trabalhos realizados nesta área, especialmente os que se debruçaram sobre a identificação dos factores preditivos para a institucionalização, pensamos que seria útil perceber se a dependência dos idosos é, no nosso contexto social, um factor de institucionalização, uma vez que nesta área a enfermagem pode ter um papel de grande importância.

Assim, delineamos como pergunta de partida para este trabalho a seguinte:

- Terá o grau de dependência do idoso influência, na sua ida para uma instituição?

Apesar de o campo da enfermagem estar definido de uma forma pouco clara (Polit (1995), julgamos, no entanto, que ela pode ter um papel primordial, no que respeita à dependência do idoso. Este papel não é somente um papel de prestação de cuidados ao idoso dependente, mas é, sobretudo, um papel pedagógico onde se alia a prevenção à promoção de uma autonomia máxima de quem é dependente ou de quem cuida de um dependente, dotando-os de conhecimentos que os façam desempenhar competentemente e com segurança o seu papel de prestadores de cuidados a essa pessoa.

Este papel do enfermeiro pode ser de grande importância para evitar a institucionalização dos idosos dependentes, uma vez que tanto pode levar o idoso com dependência a criar alternativas que o façam sentir capaz de se bastar a si próprio, tornando-o o mais autónomo possível, quanto pode dotar os indivíduos que os apoiam de conhecimentos que os ajudem a lidar com mais segurança e mais facilidade com os problemas que estes apresentam.

Neste sentido, e perante as preocupações que já referimos anteriormente, definimos o seguinte objectivo:

- Analisar os factores de risco de institucionalização do idoso.

Mais especificamente pretendemos responder às seguintes questões:

- O grau de dependência física e psicossocial é factor de risco para a institucionalização dos idosos?
- O tipo de apoio que os idosos têm influencia a ida para uma instituição?
- O facto de o idoso viver só, no nosso contexto, influencia a entrada para uma instituição?
- Os contactos com a família e, em especial, com os filhos, diminuem o risco de entrada para uma instituição?

O trabalho foi realizado em lares do Distrito de Beja sobre uma população cuja idade é igual ou superior a 75 anos, num total de 150 idosos. Paralelamente, tivemos um grupo com características semelhantes, em termos de idade, local de residência, sexo e escolaridade e que se encontravam no domicílio.

Temos, pois, um trabalho de ordem quantitativa, descritivo, transversal e retrospectivo (de caso controle) e comparativo.

Idealmente, seria um trabalho de investigação prospectivo, uma vez que, assim, se identificariam, se não a totalidade, pelo menos um grande número de factores que estão associados à institucionalização dos idosos no nosso contexto social. No entanto, devido à limitação de tempo, pensámos realizar um estudo, onde iríamos identificar, através da revisão da literatura, os factores preditivos mais comuns para a institucionalização e, a partir daqui, verificar se eles também conduziriam à institucionalização, no nosso contexto social.

Este trabalho apresenta-se dividido em três partes. Na primeira parte, temos dois capítulos. No primeiro serão apresentadas algumas considerações teóricas em que se enfatiza a evolução histórica da ciência ecológica, a Ecologia Humana como campo de estudo específico, a problemática do envelhecimento demográfico e do envelhecimento na perspectiva da Ecologia Humana tendo em consideração a organização humana e a sua estrutura de relações. Ainda neste capítulo, tentaremos mostrar o importante papel da Enfermagem na auto responsabilização dos indivíduos/família/comunidade, referindo também os factores de risco que mais contribuem para a institucionalização dos idosos. O segundo capítulo será destinado a uma caracterização do distrito de Beja, nas

vertentes: geográfica, demográfica, socio-económica, qualidade de vida, com indicadores de saúde, de educação e culturais. A segunda parte do trabalho define a metodologia do estudo e as técnicas estatísticas utilizadas, em função da questão de partida e dos objectivos anteriormente definidos. Por último, a terceira parte subdividese em dois capítulos: um que se dedica à apresentação e análise dos dados e, o outro, à discussão dos resultados, às conclusões e sugestões.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1 – DA ECOLOGIA GERAL À ECOLOGIA HUMANA

1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA CIÊNCIA ECOLÓGICA

A preocupação ecológica não é apanágio do nosso século. O interesse ecológico acompanha a história do próprio homem, pois, desde sempre, sentiu a necessidade de conhecer o ambiente que o rodeia e, de uma forma prática, o homem fazia ecologia. A sua sobrevivência dependia do conhecimento das forças da natureza, das plantas, dos animais e das interacções entre eles.

Segundo Odum (1997), as obras de Hipócrates, Aristóteles e outros filósofos da antiguidade, contêm material de natureza claramente ecológica.

Também Nazareth (1996) afirma que, em antigos documentos chineses e hindus, se pode observar já a importância que aqueles povos atribuíam às reacções entre o homem e o ambiente.

O termo «ecologia» foi utilizado, pela primeira vez, pelo biólogo alemão Ernest Haeckel em 1969 (Odum, 1997, p3) e deriva da palavra grega “Oikos”, (que significa a casa ou lugar onde se vive), para relacionar a ciência que estuda as interacções entre os seres vivos e o meio natural que os rodeia.

Só a partir do séc. XIX é que estas questões se começaram a colocar numa perspectiva científica. Foi a partir da 2.ª guerra mundial que surgiu a preocupação com o ambiente, dado o rápido crescimento económico e consequentes danos causados.

Mas foi durante os anos sessenta que “(...) com os estudos de Hutchinson, Lewis, MacArtur e Wilson entra numa fase muito produtiva, época de grandes generalizações

em que se lançam a maior parte das teorias ecológicas (...) que (...), embora por vezes posteriormente refutadas e em permanente reformulação, constituem os pilares da moderna ecologia” (Pitê & Avelar, 1996, p.2).

Com o seu berço nas ciências biológicas, outras áreas começaram a ser abrangidas, nomeadamente a geologia, história, genética, bioquímica, fisiologia, etc., constituindo-se assim uma ciência pluridisciplinar.

A partir de avanços sofridos pela biologia, na sequência da proposta da teoria da evolução apresentada por Charles Darwin, a moderna ecologia engloba uma perspectiva evolutiva: “*O homem passou a estar incluído no processo evolutivo e, como tal, é parte integrante da natureza*” (Pitê & Avelar, 1996, p.2).

Actualmente, a ecologia já se preocupa com o estudo de áreas perturbadas pela presença dos seres humanos, como é o exemplo dos ambientes construídos ou alterados pelo homem, sejam eles agro-sistemas ou cidades agindo como “*uma ciência natural-social, uma vez que as situações do mundo real envolvem, quase sempre, uma componente natural e componentes social, económica e política.*” (Odum, 1997, p.3)

Por definição, e segundo o mesmo autor, a ecologia é uma ciência que se ocupa do estudo das relações dos seres vivos com o seu meio. Investiga a inter – relação do organismo, tanto com o ambiente físico como com o ambiente biológico.

Para Nazareth (1993), a ecologia tem uma percepção do mundo como um sistema de interdependências dinâmicas, por isso qualquer ser vivo, incluindo o homem, está num contínuo processo de adaptação exterior a si próprio.

Na evolução conceptual da Ecologia Científica, surgem três ramos: vegetal, animal e humano. Embora com desenvolvimentos em fases distintas, emerge a ecologia geral, na qual se podem identificar alguns conceitos fundamentais para a compreensão de certos fenómenos.

2 – ALGUNS CONCEITOS ECOLÓGICOS

Na sua perspectiva holística, a ecologia dedica-se ao estudo exaustivo do complexo e intrincado modelo constituído pela natureza, isto é, “... *el estudio de la relation de cada cosa com todas lás demás.*” (Hawley, 1989, p.22)

Face à multidão de conceitos utilizados pela ciência ecológica e correndo o risco de sermos reducionistas, utilizaremos aqueles que consideramos mais pertinentes para a inserção do nosso estudo “*Ecologia do Envelhecimento*” funcionando como um paradigma científico e um conjunto de valores.

“*Para agir sobre o meio, o homem não se coloca fora desse meio. Não escapa ao seu poder no momento exacto em que procura exercer o seu poder sobre o meio.*” (Febre, 1992, p. 439)

Se é certo que o objectivo final da ciência ecológica é compreender esta teia global que é a natureza, em cada estudo particular, a tarefa é árdua para se conseguir apreender, quanto muito, uma parte infinitesimal do conjunto.

Torna-se necessário perceber que a ciência ecológica pode ser abordada através de duas perspectivas: a teórica ou geral e a aplicada. A ecologia teórica ou geral incide sobre as interacções entre os indivíduos e o seu meio, enquanto a ecologia aplicada estuda os ecossistemas, elaborando a sua classificação, privilegiando quer uma quer outra, das suas componentes: o biótopo e a biocenose.

Naturalmente que esta, como todas as outras tentativas de dividir a ecologia em sectores, é apenas uma separação teórica, como um meio útil para facilitar a análise e compreensão de cada campo de estudo. Deste modo, as duas divisões clássicas são: a auto-ecologia e a sinecologia.

Shroter (1995), criou o termo “Auto-Ecologia” para designar a parte da ecologia que estuda a influência dos factores externos sobre os seres vivos. Tem como objectivo o

estudo de organismos e espécies isoladas, ou seja, o estudo das relações fisiológicas existentes entre uma única espécie e o seu meio ambiente. A auto-ecologia permite conhecer as adaptações dos seres vivos ao meio que habitam e as suas necessidades. O mesmo autor distingue a sinecologia como respeitante às comunidades de espécies, isto é, ao estudo das relações existente entre uma comunidade e o ambiente em que se insere, especialmente no que respeita à sucessão ecológica. As espécies interrelacionam-se com as outras espécies que as rodeiam e o meio ambiente físico sofre as interacções de todas as espécies presentes (Shroter, 1995).

Finalmente, e por analogia, “*a ecologia humana é a ciência que estuda as interacções entre o homem e o seu meio em que se preocupa em perceber como é que o homem mantém o seu equilíbrio no meio em que vive, sem porém provocar o desequilíbrio dos restantes ecossistemas que o rodeiam.*” (Lopes, F. 2002, p.31)

O homem ocupa uma posição de destaque, relativamente aos outros seres e a influência do ambiente é bem mais importante no homem do que nas outras espécies animais.

Segundo Lamy (1996), uma das causas encontradas para tal, reside no facto de o homem ser praticamente a única espécie animal ubiquitária, ou seja a única que tanto vive no Equador como nos Pólos e que, por isso, se confronta com meios muito diversos.

Morán (1990) refere que o homem tem uma notável vantagem no seu potencial adaptativo, baseado numa plasticidade biológica e cultural capaz de se moldar ao ambiente. Contudo é também o responsável pelos fenómenos: poluição, doenças, desigualdade de recursos, etc.

Estas questões ganharam particular importância nas últimas décadas graças à abordagem interdisciplinar oferecida pela ecologia humana, área do saber que perspectiva o estudo do homem numa constante interacção com o que o rodeia.

2.1 – SISTEMAS

O sistema Terra é circundado por calotas esféricas que são: a atmosfera, de invólucro gasoso; a hidrosfera, o conjunto de água sólida e líquida; a litosfera, que qualifica a parte sólida da terra que está em contacto com o “exterior” e a biosfera que designa o

conjunto dos seres que vivem na superfície da Terra. Estas são as quatro esferas constituem a ecosfera.

Os diversos sistemas podem ser classificados, segundo Guerreiro, (1979, p. 62-64) em:

- Sistemas Naturais: Ecossistemas da Biosfera, “produtores de energia”;
- Sistemas artificiais: Sistemas fabris ou industriais, portanto do sector secundário, existentes na tecnosfera e “consumidores” de energia;
- Mistos: Sistemas ecológicos intervencionados pelo homem e que integram as actividades do sector primário.
- Múltiplos: Sistemas que integram simultaneamente actividades do sector primário e secundário;
- Humanos: Sistemas que englobam os seres humanos e a sua actividade, esta parcialmente incluída na noosfera. Estes sistemas constituem o nível superior de complexidade, chamada a noosfera, ou esfera de cerebração. A energia e os materiais de proveniência diversa vão ser utilizados para produzir o pensamento, a inteligência, a imaginação, as emoções e os sentimentos; o trabalho intelectual e manual.

2.2 – ECOSSISTEMAS

Cada ser vivo ocupa um espaço, no qual encontra tudo aquilo que necessita, espaço este designado por biótopo (*bios de vida* e *topos de lugar*) ou habitual. Mas cada animal não ocupa senão parte do biótopo em que vive, ocupa aquilo a que se chama “nicho ecológico” que é uma parte do seu biótopo e nele habitam organismos vivos, vivendo em comunidades. A este conjunto de animais, vegetais e microorganismos chama-se biocenose. O conjunto de biocenoses e de biótopos constitui um ecossistema.

Odum (1997) reconhece as seguintes propriedades no ecossistema: circuito de energia, cadeias alimentares, diversidade de padrões no tempo e no espaço, ciclos nutritivos (biogeo-químicos), desenvolvimento, evolução e controlo (cibernética).

Ao longo de toda a evolução, diferentes formas de vida ocupam o mesmo espaço, competindo por um bioma comum, tanto no plano horizontal, entre grupos de consumidores de um mesmo recurso, como no plano vertical, em que uma espécie se converte em recurso de outra.

Os seres vivos assimilam, pois, do ambiente, os recursos acessíveis que lhes convêm para os transformarem na sua própria substância vital. Um ecossistema testemunha, portanto, um estado de equilíbrio extraordinário entre os seus diferentes componentes bióticos, estado de equilíbrio esse que se encontra em permanente dinâmica.

Não sendo os ecossistemas completamente fechados, existem importações de recursos em cada um dos diferentes níveis tróficos. É assim que o homem estabelece uma roda de trocas com ecossistemas vizinhos, quando no seu próprio ecossistema não encontra o que necessita (habitação, transportes, alimentos, etc.). Quando o seu ecossistema não consegue proporcionar a subsistência necessária, importa-se recursos do ecossistema vizinho nomeadamente por a actividade humana num outro ecossistema produzir enormes quantidades de matérias, transformadas ou não, que não são assimiláveis ou recicláveis pelo próprio ecossistema.

Os equilíbrios que governam os ecossistemas possuem um carácter dinâmico e uma paisagem humanizada, reflectindo indirectamente todas estas complexas inter-relações. O homem é responsável pelo facto de o impacto que causa nos ecossistemas interferir com situações equilibradas, reduzindo nelas a diversidade e destruindo os inerentes mecanismos de estabilidade. Separando-se de um passado de harmonia natural pela adaptação às exigências do meio, o indivíduo encontra-se confrontado com o problema de assumir a responsabilidade do seu futuro, num meio ambiente transformado.

Segundo A. Marsan (1987) “*toda a decisão que implica para um ecossistema, uma modificação importante resulta, para o homem, em impactos de duas ordens:*

- *Impactos indirectos: causados por modificações da ecologia biofísica, susceptíveis de afectar o habitat e trazer consequências nefastas para a saúde física e mental;*

- *Impactos directos: causados pela perturbação, a nível das tradições e escalas de valor.” (p. 46)*

O estudo da situação humana, de hoje, necessita de uma abordagem interdisciplinar, como a que é oferecida pela Ecologia Humana, uma nova e ainda recente área do saber, mas que perspectiva o estudo do homem, numa constante interacção com o que o rodeia.

2.3 – MEIO AMBIENTE

O ambiente pode ser definido como o conjunto das condições ou forças externas que actuam sobre um organismo ou sobre uma comunidade de organismos e a descrição desse ambiente é, essencialmente, uma relação das condições sob as quais esse organismo ou essa comunidade vivem.

Segundo H. Hawley (1996) “*o pressuposto fundamental da ecologia humana é que um ecossistema humano consiste numa população que responde às necessidades de manter uma relação que funcione com o meio ambiente.”* (p.33)

O termo meio ambiente tem a conotação de “aberto” e inclui tudo o que lhe é externo. Estudar o ambiente pode, portanto, tornar-se muito complexo devido à multiplicidade dos factores implicados.

Hawley (1991) faz a distinção entre a classe biofísica e ecuménica dos elementos ambientais. No primeiro, são incluídos os aspectos fisiográficos, tais como o clima, as características do solo, a vida animal e vegetal, minerais e outros materiais. O meio ambiente ecuménico compreende os ecossistemas ou culturas em posseção dos povos adjacentes e os arredores bem como o universo a que se tem acesso, mediante os meios existentes de transporte e comunicação. Em ambas as classes distinguem-se condições variáveis e constantes.

Uma vez que, na prática, uma descrição completa de um dado ambiente é quase impossível, por ser difícil observar-se a totalidade das dimensões implicadas, ao estudarem a distribuição dos organismos e comunidades, os ecólogos optam,

frequentemente, por concentrar o seu estudo nos chamados «factores limitativos» da distribuição geográfica e dos habitats dos animais e das plantas, isto é, a amplitude de valores dos factores ambientais mais simples como, por exemplo, as temperaturas extremas, a luz, a salinidade da água, o ar, o solo, o vento, o fogo, a quantidade de alimento disponível e a existência de condições de segurança, etc. Segundo Duvigneaud (1996) podemos distribuir esses factores por três grupos principais: os factores bióticos, os factores climáticos e os factores topográficos.

A ecologia desempenhou um papel chave ao reabilitar a noção de ambiente/natureza, na qual inseriu o homem e mostrou que o ambiente não era só desordem e passividade. “*O ambiente tornou-se uma totalidade complexa e o homem, de entidade isolada, tornou-se num sistema aberto, com relação de autonomia e dependência organizadora face a esse ambiente*” (Duvigneaud, 1996, p. 8-12).

O ambiente humano pode ser contrastado com o ambiente de outros organismos biológicos pelas funções instrumentais e pelos valores simbólicos que lhe foram atribuídos. Os processos humanos transformaram os constituintes do ambiente para ir de encontro com as aspirações, objectivos e necessidades. Para além disso, as actividades humanas podem originar consequências várias, nos constituintes abióticos e biológicos nos ecossistemas, e consequentemente provocar um impacto na saúde humana e no bem-estar.

2.4 – POPULAÇÃO

Segundo Odum, População “é um conjunto de organismos da mesma espécie ocupando um dado espaço. Tem várias características que fazem parte unicamente do grupo e não são características dos indivíduos que o compõem. As propriedades são entre outras, a densidade, a natalidade, a mortalidade, a distribuição de idades, o potencial biótico, a dispersão e a forma de crescimento.” (Odum, 1997, p. 257)

Duvigneaud também nos diz que uma população possui as características do grupo e “... tem uma história: pelo jogo constante da adição e subtracção de indivíduos ela nasce, cresce, conserva-se, decresce, morre; por vezes diferencia-se, tem uma

organização definida e estruturas que podem ser descritas; forma um sistema muito irritável.” (Duvigneaud, 1996, p. 25)

A população é a unidade básica no estudo dos processos ecológicos e evolutivos. A heterogeneidade da população é devida à variabilidade individual que confere a cada população características próprias. A espécie humana também deriva de vários contextos ambientais responsáveis por pressões selectivas (genotipo, fenótipo) e o processo evolutivo englobando o envelhecimento.

3 – A ECOLOGIA HUMANA COMO CAMPO DE ESTUDO ESPECÍFICO

A prática ecológica, de uma forma geral, constitui a aplicação de um determinado modo de análise a uma ou várias espécies de seres vivos.

Sendo o homem parte integrante dos seres vivos, pelas suas características únicas, assume uma conduta distinta do comportamento animal. A ecologia humana não pode ser uma ciência como a ecologia animal ou vegetal, uma vez que a ética e a moral ocupam aqui um lugar preponderante.

Para se compreender bem a originalidade da Ecologia Humana, devemos perceber bem o que é a Ecologia e, em seguida, procurar as particularidades da Ecologia Humana. A Ecologia Geral acentua as inter relações existentes entre os organismos e o meio. Na natureza determinados elementos agrupam-se num determinado lugar – o biótopo – sendo este constituído pelos elementos naturais, o ar, a água, o solo, o clima, funcionando como suporte inorgânizado do habitat. Neste ultimo, encontram-se os organismos vivos (animais, plantas, microrganismos, etc.) – biocenose – vivendo em comunidade.

Segundo Marten, G. (2001), a Ecologia Humana refere-se ao estudo das relações entre as populações humanas e o seu meio ambiente. Na Ecologia Humana o ambiente é percebido como um ecossistema, isto é, toda uma área específica: ar, terra, água, comunidade biológica (microorganismos, plantas, animais incluindo os humanos) e estruturas físicas (incluindo tudo o que é construído pelos humanos).

Lamy, M. (1999), mostra a importância das interacções energéticas e funcionais entre os seres vivos, constituindo a biocenose e o seu meio de vida, o biótopo. O biótopo e a biocenose interagem entre si, gerando um sistema organizado e funcional: o ecossistema. Os ecossistemas são independentes uns dos outros e interagem entre si.

Lamy (2001), afirma que passamos de uma Ecologia fixista e descritiva a uma Ecologia evolucionista, integrativa e predictiva, ou seja, passamos de uma Ecologia geral a uma

Ecologia aplicada e finalizada. Hoje, a Ecologia é abordada sob dois pontos de vista: o geral e o aplicado. A Ecologia Geral estuda a interacção de todas as naturezas que se exercem entre os indivíduos e o ambiente. A Ecologia aplicada refere-se ao estudo dos ecossistemas bem como à sua classificação, privilegiando um ou outro dos seus componentes: o biótopo ou a biocenose. Assim surge a Ecologia Humana que o autor define, como o estudo do homem, do seu meio ambiente e das suas múltiplas interacções. É uma auto-ecologia aplicada à espécie humana que estuda as interacções de todas as naturezas existentes, entre a espécie humana e o seu meio.

O biótopo e a biocenose constituem um ecossistema desde que se verifique pelo menos, homogeneidade e estabilidade. Estes ecossistemas vão-se ligando aos ecossistemas vizinhos podendo originar ecossistemas enormes e semelhantes – biomas – como são exemplo as florestas ou os oceanos. A Ecologia consiste no estudo dos ecossistemas e as espécies que povoam um ecossistema não são apenas formadas por predadores e por presas, podendo estabelecer entre si relações variáveis. Ser independentes (neutralismo) ou cooperar de diversas formas (símbiose, comensalismo, etc).

Os ecossistemas podem ter qualquer tamanho, desde um pequeno ponto na floresta, uma cidade, até o planeta terra é um ecossistema. O ser humano, fazendo parte do ecossistema, obriga-nos a reflectir sobre a interacção homem – ambiente, bem como na interacção do sistema sócio – humano e o resto do ecossistema. Este sistema social humano consiste em tudo o que condiciona o comportamento das pessoas (população, psicologia e organização social) e revela-se de suma importância para a Ecologia Humana, pelo facto das actividades humanas que provocam fortes impactos nos ecossistemas, serem influenciadas pela sociedade onde as pessoas vivem. A Ecologia Humana analisa as consequências das actividades humanas que tem impacto sobre os ecossistemas. (Marten, G., 2001)

Também é sabido que a presença humana modifica os ecossistemas naturais, destruindo os seus equilíbrios normais e um dos factores que podemos apontar é seu estado cultural, sendo que “*O homem é, por natureza, um ser de cultura*”. A ecologia Humana pode apresentar-se como sendo o estudo, quer da acção do homem sobre a natureza, quer a acção da natureza sobre o homem.

O homem difere em muitos aspectos importantes, nomeadamente na sua capacidade de produzir e transmitir cultura: *“La gran facilidad del idear y acumular métodos para enfrentarse con las situaciones de la vida testimonia una dinámica en la conducta humana que no tiene contrapartida en ninguna otra parte del mundo animado.”* (Hawley, 1991, p. 80)

Segundo Steiner, F. (2002), a cultura dos seres humanos varia de lugar para lugar e estes são seres complexos. A Ecologia pode ajudar-nos a compreender esta complexidade e tal como todas as ciências a Ecologia é uma construção do homem. Os seres humanos são talvez a espécie com melhor capacidade de adaptação, e tem vários instrumentos de adaptação (religião, política, lei, arquitectura, etc.) pelo que podem ser entendidos sob o ponto de vista ecológico. Estes mecanismos permitem-nos enfrentar mudanças, assegurando a sobrevivência, a reproduzibilidade e a eficiência do funcionalismo. Mas os seres humanos fazem mais do que adaptar-se, eles transformam e criam.

Deste modo, a Ecologia Humana pode-se definir como o estudo científico das relações, em tempo e espaço, entre a espécie humana e outros componentes e processos, dos ecossistemas de que é parte integrante. O seu objectivo é perceber de que modo as sociedades humanas concebem, usam e afectam o ambiente, incluindo as suas respostas às mudanças nesse ambiente, a nível: biológico, social e cultural.

Para Campbell, B. (1995), a Ecologia estuda as relações entre os organismos vivos e o seu meio ambiente, sendo o ambiente de um organismo definido como todos os objectos e forças externas a esse organismo mas com os quais interage e pelos quais é afectado. Tal como os outros seres vivos, o homem é um factor biológico do meio ambiente, pelo que a Ecologia humana refere-se ao estudo das relações entre as populações humanas e o seu ambiente, troca energia com outras espécies e estuda a complexa relação entre a espécie humana e outros componentes orgânicos e inorgânicos do mundo.

Este autor refere ainda que para se estudar os seres humanos sob o ponto de vista da ecologia é fundamental separar a Ecologia Cultural da Ecologia Social, na medida em que, a primeira estuda a forma como a cultura de um grupo humano está adaptada aos recursos do meio ambiente e à existência de outros grupos de seres humanos, enquanto

que a segunda tenta perceber de que forma a estrutura social de um grupo humano é um produto de todos os grupos do meio ambiente. (Campbell, B., 1995)

É na área cultural que circula todo o tipo de informação e, para que funcione harmoniosamente com todos os que compõem essa área cultural, é necessário que a socialização tenha ocorrido, em função de princípios comuns.

O conceito de ambiente alargou-se, tornando-se uma totalidade complexa e o homem, de entidade isolada, tornou-se num sistema aberto, com relações de autonomia e dependência organizadora, face a esse ambiente (Wilden, 1972).

Hawley (1991) também salienta a importância do meio ambiente – da sua interacção com a população surge a organização que pode ser considerada em duas perspectivas: estática (conjunto de funções e relações inter-reunidas) e dinâmica (processo de adaptação a um meio-ambiente) e as duas correspondem às perspectivas da organização social.

O conceito ambiente engloba todo um conjunto de elementos físicos, químicos, biológicos, naturais, artificiais, orgânicos, inorgânicos e também o homem como ser relacional, vivendo em sociedade. As inter-relações existentes são interdependentes e influenciam-se mutuamente.

O “ambiente humano” pode ser contrastado com o ambiente de outros organismos biológicos pelas funções instrumentais e pelos valores simbólicos que lhe foram atribuídos. Segundo Boyden (1992), citado por Lawrence (2003), “*Os processos e os produtos humanos transformam os constituintes do ambiente para ir de encontro às aspirações, objectivos e necessidades*”. Além disso, as actividades humanas podem provocar inúmeras consequências nos constituintes abióticos e biológicos dos ecossistemas e em contrapartida, sofrerem um grande impacto na saúde humana e no bem-estar. Esta é uma das razões porque os estudos das inter-relações entre o biológico, as características ecológicas e culturais dos estabelecimentos humanos devem ser abordados numa perspectiva integrada e aplicados eficazmente (Lawrence, R., 2003).

Os indivíduos adoptam configurações sociais e determinados comportamentos que fazem diferença de comunidade para comunidade. Todas as ciências de que o homem

As relações Pessoa - ambiente são multidimensionais e complexas. Nenhuma disciplina ou perspectiva podem compreender e explicar estas relações de maneira detalhada. A colaboração e a coordenação das várias contribuições são necessárias. Os estudos de interrelações entre o biológico, as características ecológicas e culturais de populações humanas, são cruciais para se conseguir ter uma perspectiva integrada. Hoje, o obstáculo principal que dificulta uma estrutura integrada, deve-se ao facto da compartmentalização disciplinar, dos cientistas e dos profissionais que não compartilham definições e interpretações, adoptando interpretações exclusivas. Urge a necessidade de adquirir saberes de outras disciplinas por aproximações interdisciplinares, como faz a Ecologia Humana. (Lawrence, R., 2003)

Para Lopes, (1999) “*A ecologia humana deve promover na génesis dos seus conhecimentos pluridisciplinares e numa perspectiva transdisciplinar, a formulação de regras e estruturas sociais que assegurem ao homem as melhores condições de vida, com dignidade, conforto e qualidade tendo uma visão global projectada no futuro.*” (p. 35)

“*A Ecologia Humana é considerada um novo nível de pensamento ao alcance das diferentes disciplinas. Deixando de ser vista como um capítulo de uma ciência ou a síntese de todas as ciências ou o estudo das áreas marginais de todas as ciências.*” (Nazareth, 1993, p. 883).

O objectivo da Ecologia Humana é conhecer a forma como as sociedades humanas concebem, usam e afectam o ambiente, incluindo as suas respostas às mudanças, nesse ambiente quer a nível biológico, social ou cultural.

“*A Ecologia Humana é um caminho da compreensão da globalidade desse encontro bio-psico-humano, no universo em que existimos. Ela é também, e sobretudo, uma investigação permanente, uma reflexão do espectador que somos sobre o actor que também somos.*” (Roberto, 1996, p. 32)

A grande versatilidade ecológica do homem, beneficiando da sua capacidade cultural, alterou o original nicho humano; por isso torna-se não só interessante mas necessário perceber como se processa a adaptação física e comportamental às novas condições ambientais. É nesta perspectiva, no que concerne à capacidade de adaptação, que se pode situar a problemática do envelhecimento e tentar perceber como os diferentes

ambientes que interagem com o homem (físico, biológico, sociológico cultural e espiritual) e podem influenciá-lo para que este tenha de deixar o seu lar e ser institucionalizado.

4 – ECOLOGIA DO ENVELHECIMENTO: UMA TEMÁTICA DE NATUREZA INTERDISCIPLINAR

O envelhecimento demográfico está na ordem do dia, é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas, devido às suas implicações, na esfera sócio – económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida. Como consequência, verifica-se um peso cada vez maior dos idosos na população gerando-se um desequilíbrio com implicações profundas a nível social.

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

À Ecologia Humana interessa perceber as relações entre as unidades da organização social, numa ordem espacial e temporal, pelo que é imprescindível o estudo da população. Ao tentarmos analisar quais são os factores que mais contribuem para a institucionalização dos idosos em lares, propomo-nos conhecer a parte relacional da sua vida na sociedade e esse conhecimento implica uma abordagem dessa população num determinado ambiente. Segundo Nazareth (1996), na perspectiva da Ecologia Humana, quando nos referimos à população e à organização, consideramos a sua interligação, na medida em que a população deve ser entendida como um conjunto de indivíduos, num sistema interdependente de actividades. O que conta é a relação que o individuo mantém com outros indivíduos, numa malha inter – relacional, operando como uma unidade na consecução de uma relação ambiental estável.

Partimos do princípio de que existem dois sistemas de interacção constante: o sistema homem e o sistema ambiente. Sendo o primeiro receptor da informação e o segundo o produtor de uma acção de resposta que tanto pode ser consequência de alterações do sistema – homem como do sistema ambiente, conciliando desta forma quer os comportamentos da biosfera como os comportamentos da sociosfera, tendo em consideração as dinâmicas das interacções bio culturais através do estudo dos diferentes climas que actuam no homem (Nazareth, 1996).

À Ecologia humana interessa perceber as relações entre as unidades da organização social, numa ordem espaço-temporal. Os princípios que regem as relações entre estas unidades são outra vertente imprescindível da análise da Ecologia Humana. Quando tomamos em linha de conta estas unidades, bem como a sua inter relação, estamos a fazer uma análise a nível micro sistémico.

A Ecologia Humana apresenta uma interligação entre ambiente, população e organização, donde pressupomos que o estudo do envelhecimento, nesta perspectiva recairá sobre o estado da população, num determinado ambiente e sobre os princípios que regulam as relações entre as unidades (simples ou complexas) da organização bem como as possíveis alterações funcionais em termos de número, tipos, ou rearranjo, isto é, uma possível mudança ao longo do tempo. Finalmente, estamos a considerar o indivíduo, postulado da ecologia humana, como detentor de cinco características (os cinco axiomas de Hawley):

- Imprescindibilidade da interdependência com outros seres humanos;
- Necessidade de ter acesso ao meio;
- Tendência para prolongar a vida ao máximo;
- Capacidade interior adaptativa indeterminada;
- Submissão aos aspectos temporais e espaciais, implicando a afectação do tempo às diferentes actividades.

Neste estudo as unidades simples são entendidas como pertencentes a um determinado grupo etário (idosos com 75 e mais anos), sofreram um processo de envelhecimento (ao longo do tempo) e apresentam determinadas características passíveis de serem identificáveis e categorizáveis.

A família actual caracteriza-se por uma panóplia de comportamentos de carácter demográfico e social que alteram significativamente a sua morfologia. Nas sociedades modernas assistimos ao crescimento de um número significativo de famílias pequenas e mono parentais com impactos evidentes nas pessoas idosas. O papel destes idosos tem deixado de acontecer no interior destas famílias, sendo confiado a outros grupos sociais ou instituições donde destacamos os lares.

As dificuldades no apoio aos idosos com dependência por parte das famílias e a insuficiente preparação da própria comunidade, fazem com que cada vez mais se recorra a redes de apoio formais.

Segundo Finch (1998), não são só os jovens que demonstram desejo de autonomia, também os idosos gostam de respeitar a independência dos filhos e a sua, de modo a não se sentirem dependentes. Todavia estamos convictos de que, sejam quais forem os factores que levam à institucionalização, estes representam, para o idoso, uma mudança significativa no seu padrão de vida, bem como uma ruptura com o meio onde estava inserido. O Alentejo, pelas suas características demográficas, figura como uma das zonas mais envelhecidas e, por conseguinte, onde há mais idosos a viver em lares.

Ao aplicarmos este estudo aos idosos que se encontram no domicílio e nos lares do distrito de Beja, iremos tentar descortinar alguns factores que estejam implicados na reorganização social e perceber o porquê dessa mudança. Os idosos, ao deixarem as suas famílias e passarem a residentes institucionalizados, originam certamente novos tipos de relações e inter-relações na sociedade.

5 – A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA

Champenhoudt (2003) refere que é impensável compreender os comportamentos dos idosos sem perceber primeiro como a velhice é definida.

Antigamente, a velhice não era considerada como problema social. Hoje em dia, constatamos que o envelhecimento demográfico poderá ser irreversível para uma sociedade.

Segalen (1999) refere que as numerosas análises efectuadas acerca das transformações que ocorrem nas populações ao longo do tempo se tornaram possíveis através das técnicas estatísticas da demografia, ciência que, como referiu Émile Durkheim, mostra os movimentos que ocorrem na vida colectiva, abrangendo a sociedade no seu conjunto.

O Envelhecimento Demográfico, enquanto fenómeno, está relacionado com outro muito importante que é o da “Transição Demográfica”. Através da “teoria de transição demográfica”, o crescimento da população mundial é representado por três fases distintas que passamos a descrever: na Primeira, ou fase de pré-transição, verificam-se níveis de mortalidade e de natalidade elevados e muito próximos, implicando um crescimento lento da população; na Segunda fase, ou de transição demográfica, são identificados dois períodos, um em que a mortalidade declina e a natalidade permanece elevada, dando origem a um crescimento efectivo da população e outro em que se verifica que a mortalidade continua a baixar, mantendo-se o crescimento da população mas em proporções muito inferiores à do período anterior; na Terceira e última fase, ou fase de pós-transição, verificam-se níveis de mortalidade e de natalidade pouco elevados e semelhantes. Consequentemente, os níveis de crescimento populacionais são muito baixos tendendo mesmo para zero (Nazareth, 1988)

Fernandes (1997) refere que as sociedades dos países desenvolvidos apresentam aspectos comuns, no que refere à fase de pós-transição e que, em termos demográficos, é visível nas actuais populações um aumento substancial a nível da esperança de vida, uma diminuição acentuada da fecundidade e um gradual envelhecimento da população.

Na perspectiva de Nazareth (1996), o envelhecimento Demográfico não é apenas um processo natural. Tendo presente o conceito de “nicho ecológico humano” e, sendo o homem dotado de grande mobilidade, os processos de migração causam enormes impactos na estrutura dos países e regiões. No nosso país, as regiões mais afectadas são as do interior.

Outra causa do envelhecimento demográfico tem a ver com as diferenças de sexo, dado que as taxas de mortalidade no sexo masculino são elevadas em todas as idades, o que provoca um desequilíbrio entre os dois géneros. Os idosos do sexo feminino triplicam em número, em relação aos do sexo masculino.

Outro exemplo que explica este envelhecimento refere-se ao progressivo aumento dos efectivos nas idades mais avançadas, onde se encontra o maior número de idosos dependentes relativamente ao grupo total dos idosos.

As explicações da Demografia indicam, em termos de envelhecimento Demográfico, mudanças em vários sistemas que induzem modificações nas variáveis microdemográficas, nomeadamente na estrutura etária. Esta alteração, sendo um processo social, irá influenciar toda a organização do sistema social (Nazareth, 1988).

Podemos assim constatar, depois de analisar vários estudos e à luz de vários autores, que as populações das sociedades ocidentais Europeias, em particular nas sociedades industrializadas que as pessoas idosas estão continuamente a aumentar em números absolutos e relativos. A realidade do séc. XXI é a de que os idosos tendem a ser proporcionalmente em maior número, bem como a viverem durante mais tempo. Nesta perspectiva Portugal não fica alheio pois *“a população portuguesa caracteriza-se por um forte envelhecimento e a sua dimensão actual resulta de um crescimento acelerado ocorrido num espaço de tempo”* (Carrilho, 2002, p. 147).

Portugal confronta-se hoje com um duplo envelhecimento: da base, dada a diminuição dos jovens (diminuição da fecundidade), e do topo, pelo aumento dos idosos (aumento da esperança de vida). O primeiro recenseamento da população no nosso país ocorreu em 1864, mas segundo o INE a qualidade dos sensos afirmou-se em 1960. Podemos comparar alguns dados, para melhor compreensão deste fenómeno, ao longo dos anos. Passou-se de um índice de envelhecimento de 27,3% em 1960 para 102,1% em 2001.

Por sua vez, o índice de dependência de idosos passou de 12,7% em 1960, para 24,2% em 2001, isto é, duplicou.

No que concerne ao índice de dependência dos jovens, este passou de 46,5% em 1960, para 23,7% em 2001 (INE, 2002).

A heterogeneidade regional é evidente pelo índice de envelhecimento que assume e a repartição dos idosos não é uniforme, sendo o Alentejo a região com maior índice de envelhecimento – 176 idosos por cada 100 jovens. Também ao Alentejo cabe a maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, assistindo-se ao envelhecimento da própria população idosa (Carrilho, 2002).

Uma vez que os idosos vivem cada vez mais tempo, impõe-se a necessidade de construir uma sociedade inclusa, permitindo a sua integração nessa mesma sociedade e na família, dando qualidade à sua vida. É melhor acrescentar vida aos anos do que anos à vida.

Segundo Netto (1999), a sociedade moderna encontra-se perante uma situação contraditória: por um lado, depara-se com o aumento cada vez maior da população idosa, por outro adopta atitudes preconceituosas sobre os mesmos.

O processo de envelhecimento demográfico que se vive acentua esta problemática e desperta o interesse das sociedades e percebe-se que é tão importante a adaptação do indivíduo à sociedade como a adaptação desta aos idosos.

5.1 – O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL ACTUAL

O envelhecimento é um processo fisiológico, não é uma doença, mas a necessidade de ajuda já é uma constatação que não se pode ignorar. A rede familiar é a primeira a quem se recorre, na medida em que é a família que tem o papel mais importante, no que respeita ao apoio às pessoas idosas. É nela que os idosos procuram apoio para resolver as suas necessidades de acolhimento, troca afectiva e material e é a ela que recorrem como suporte social.

Actualmente, constatamos que aumentou o número de idosos e ocorreram profundas alterações ao nível das relações familiares, o que poderá estar na origem da

complexidade dos problemas sociais, económicos e culturais decorrentes da emergência deste fenómeno como problema social.

Para Fernandes (1997), nas sociedades tradicionais as gerações mais velhas estavam integradas nos sistemas económicos e sociais. Era assim mesmo para os que apresentavam qualquer tipo de limitação funcional pois esta limitação era compensada, dado o valor atribuído à sua experiência acumulada, reconhecida como fonte de saber a transmitir aos mais novos e, desta forma, a velhice era partilhado no seio da família. Só em caso de pobreza extrema, mendicidade ou ausência de família é que o idoso era socorrido pelas instituições de caridade.

No mundo desenvolvido surgem mudanças no enquadramento desta problemática social e a nova dimensão da velhice pressupõe na actualidade e no futuro a emergência de políticas de intervenção social de apoio aos idosos.

Fernandes (1997) diz-nos que a generalização dos sistemas de reformas conferiam aos idosos autonomia económica desvinculando os filhos do encargo económico, desvinculação essa extensível a todos os outros aspectos da vida. Por isso o envelhecimento, na actualidade, passa pela opção de segregar os idosos para ambientes institucionais.

Há, no entanto, estudos que vêm contrariar a ideia de enfraquecimento das solidariedades familiares, confirmado a importância da família e das relações de parentesco na vida dos idosos, como por exemplo os estudos realizados por Pitrou (1977 e 1992), Roussel (1976), Cantor (1989), Finch (1992), Ilhéu (1993), Kellerhals (1994) e Fernandes (1995). Tais estudos vieram a demonstrar que as solidariedades intergeracionais existem, embora com alterações no seu conteúdo e na sua regularidade, tanto a nível afectivo, instrumental ou normativo (Gil, 1999). Ainda segundo a mesma autora, não houve perda de solidariedades intergeracionais; existem sim transformações das redes sociais de suporte na velhice (Gil, 1999).

Vieira (1996) entende por rede de suporte social as pessoas, grupos ou instituições que prestam apoio. As redes de suporte formal são as instituições e a rede informal a família, amigos e vizinhos.

Pimentel (2001), no estudo que realizou, centrou-se nas relações intergeracionais nomeadamente no lugar que o idoso ocupa no contexto familiar e nas redes de interacção, donde pode concluir que a experiência da institucionalização não é determinante na definição do tipo de interacção que se estabelece, entre o idoso e a sua rede relacional.

Os idosos têm consciência de que os seus familiares não têm disponibilidade para lhes prestarem apoio e tentam mesmo desculpabilizá-los, referindo que têm de trabalhar. Eis que a alternativa é o recurso a redes formais. Contudo, a mesma autora refere que “apesar das dificuldades que as redes de parentesco enfrentam para garantir um apoio próximo e continuado aos idosos, os laços afectivos e as interacções mantêm-se com alguma intensidade (Pimentel, 2001, p. 231).

As relações intergeracionais alteraram-se e vários foram os factores que para tal contribuíram, nomeadamente o envelhecimento demográfico, e mobilidade geográfica, alteração dos papéis femininos, condições de vida precárias e o florescimento dos serviços de apoio ao idoso. Não obstante, a família continua a ser o principal apoio ao idoso, em relação aos contactos sociais e apoio psicológico. A confirmar, Luísa Pimentel afirma “vários estudos sociológicos vêm afirmar que as famílias actuais, maioritariamente do tipo nuclear, não estão de um modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem na vida dos indivíduos papel preponderante como instituição de suporte e referência” (Pimentel, 2001, p. 18)

As transformações que ocorrem na sociedade, em simultâneo com o envelhecimento da população, são muitas, nomeadamente a nível da economia, da saúde, do trabalho e educação, entre outras, em que o contributo de todos os membros da família, com especial relevo para o papel feminino, é imprescindível. Segundo Relvas (2002), a mulher, há décadas atrás, tinha como principal função na família cuidar do marido, dos filhos e dos idosos. Na actualidade, a mulher está no mercado de trabalho e permanece mais tempo fora de casa o que, na opinião da mesma autora, não significa que se tenha libertado do seu papel tradicional na família. As estatísticas parecem confirmar que a mulher continua a ser a principal prestadora de cuidados na velhice e na doença, tanto dos seus familiares consanguíneos como por afinidade (Relvas, 2002).

A interacção familiar fica comprometida pelos vários papéis que a mulher desempenha nas sociedades modernas e pelo pouco envolvimento do homem no apoio aos mais velhos. Pelo facto de estar mais tempo fora de casa, o papel da mulher, no que se reporta à prestação de cuidados aos idosos tem de ser repensado.

Em relação a Portugal, em 1960 só 13% das mulheres trabalhava fora de casa, valor este que aumentou para 40% em 1998.

É a mais alta taxa da Europa em conjunto com a Grã-Bretanha, embora, neste país, grande parte das mulheres trabalhem em tempo parcial, o que não ocorre em Portugal (Relvas, 2002).

Este aspecto condiciona sem dúvida o recurso às redes formais de apoio, surgindo como uma solução. As famílias, os papéis e as funções no seu seio alteraram-se e foram atribuídos ao estado.

No conjunto das políticas para a terceira idade, o objectivo central é o de manter os idosos o máximo de tempo possível, no seu domicílio. Apesar dos apoios aos idosos em Portugal ainda não serem satisfatórios, algumas das respostas sociais são as seguintes:

- O Serviço de Apoio Domiciliário: Destinado essencialmente aos idosos que apresentam algum grau de dependência. Presta serviços ao nível da alimentação, higiene pessoal, limpeza da habitação e tratamento de roupas. Tem como finalidades evitar a institucionalização e melhorar a qualidade de vida dos idosos.
- Os Centros de Dia: Pressupõem que o idoso seja autónomo nas suas actividades de vida. Este tipo de serviço mantém o idoso integrado na comunidade e na família.
- Os Centros de Convívio: Proporcionam um local de convívio e lazer, desenvolvem a vertente lúdica e de ocupação dos tempos livres. Este tipo de apoio tem um papel de grande relevo na prestação de cuidados do idoso, pois mantém-no no seu meio ambiente e algumas situações facilitam a sua permanência no seio da família.

- Os lares: são equipamentos colectivos de alojamento temporário ou permanente e são o recurso último quando a rede de apoio informal não existe ou não consegue dar resposta às necessidades dos idosos.

A institucionalização do idoso surge como última alternativa, quando todas as outras já se esgotaram e, segundo Pimentel (2001), um dos motivos de ingresso no lar é a perda de autonomia física do idoso; este não é, no entanto, motivo isolado, associando-se-lhes outros factores que mais fortemente condicionam a decisão.

Ainda segundo a autora, vários estudos concluíram que os problemas de saúde e a perda de autonomia não são apontados como principal causa de institucionalização do idoso. O mais frequente é o isolamento, ou seja, a falta de rede que facilite a integração familiar e social do idoso. A falta de recursos económicos e a falta de condições da habitação também são, frequentemente, apontados (Pimentel, 2001).

Carvalho (1999) refere que outro aspecto que leva à institucionalização do idoso ocorre nas famílias em que a relação com o idoso já era conflituosa. Assim que surge a primeira dificuldade, a solução é a institucionalização.

Apesar da simultaneidade que se estabelece entre estes dois tipos de recursos (redes de suporte formal e informal) e dos estudos que consultamos, fica a convicção de que, apesar das alterações que ocorreram na sociedade aos mais variados níveis, o lugar do idoso ainda é na família, nem que para isso se tenham de mobilizar outros recursos.

Na perspectiva da Ecologia Humana, ao equacionarmos o envelhecimento estamos a: estudar o estado da população, num determinado ambiente; perspectivar os princípios reguladores das relações entre as unidades da organização; considerar uma possível mudança, ao longo do tempo (alterando as funções em número, tipo, ou rearranjo) e, finalmente, a considerar o indivíduo, postulado da Ecologia Humana, com características muito próprias.

Pensamos ser altura de fazer confluir e intersectar as duas disciplinas cuja dinâmica deve concorrer para que o desafio lançado no estudo deste problema social seja mais que um rol de boas intenções.

Da parte da Ecologia Humana e pelo exposto até aqui, tentámos demonstrar:

- De que forma os factores sócio demográficos e ambientais interagem, predispondo os mais velhos para estados de vulnerabilidade;
- A influência do meio físico, cujas características persistentes podem determinar se há ou não stress para o sistema biológico do indivíduo, que tem de se auto-regular num contexto em que as exigências do meio mudam.

“Adoptar uma perspectiva ecológica do envelhecimento, mais concretamente de ecologia humana, implica a adopção de uma nova atitude intelectual e científica diferente da que é considerada na biologia em geral e noutras ciências biomédicas, porque ela inclui os efeitos indirectos exercidos no ser humano, a longo prazo e aparentemente sem influência imediata, decorrentes do ambiente, e do estilo de vida, como por exemplo, a abundância ou falta de alimentos; a poluição química e microbiana; as mudanças populacionais e consequentemente alteração das estruturas demográficas, entre outras. Salientando-se que os efeitos mais importantes do ambiente e do estilo de vida são frequentemente difíceis de reconhecer, dado que só se manifestam, indirectamente e após muito tempo.” (Dubos, 1979, p. 387)

A grande variabilidade de respostas individuais e do mesmo indivíduo, ao longo do tempo tem a ver com a sua história passada, a avaliação das ameaças e as estratégias de conforto. No entanto, hoje, as transformações são de tal modo rápidas que a adaptação se torna mais difícil.

Os agentes ambientais causadores de stress referem-se a condições do meio físico, mais continuadas e estáveis, e constituem o pano de fundo que passa despercebido, enquanto não é sentido como uma ameaça para a saúde.

A Enfermagem sendo, segundo Carvalho (1986) *“uma profissão/disciplina humanística e cientificamente fundamentada que se concretiza através de um processo negocial de co-construção e co-consolidação da autonomia máxima das pessoas, grupos e famílias, na produção e autogestão das suas respostas humanas, aos problemas de saúde actuais e/ou potenciais”* (p. 36) poderá, sem sombra de dúvida, dar contributos importantes para a resolução deste problema social.

No ponto seguinte, vamos evidenciar o importante papel da Enfermagem na auto responsabilização dos indivíduos/família/comunidade através do desenvolvimento de

capacidades que permitam fazer face a algumas destas mudanças e como conseguir manter o equilíbrio e a autonomia dos idosos através de respostas humanas/comportamentos adequados à manutenção e/ou recuperação da sua saúde.

6 – ENFERMAGEM E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Sendo a enfermagem uma profissão ainda jovem e, embora alicerçada em aspectos humanísticos e científicos, não há ainda um paradigma/modelo conceptual universalmente aceite, de forma a uniformizar a prática desta profissão/disciplina científica.

Este facto deve-se, sobretudo, a diferentes formas de estar e de ver o mundo, que estão presentes, quando se procuram conceptualizar as unidades metaparadigmáticas da enfermagem por forma a torná-las aceites por qualquer profissional, independentemente do meio cultural e étnico em que se encontre.

Vários são os teóricos que procuram definir o que é Homem/pessoa, ambiente/comunidade, saúde e enfermagem para que, através do estabelecer destas definições, se possa uniformizar e fundamentar mais facilmente a prática da enfermagem.

Assim, quando procuramos definir enfermagem e cuidados de enfermagem, podemos deparar-nos com um variado leque de definições, tendo algumas muito pouco em comum.

Há, contudo, certezas que podemos ter em relação à enfermagem e uma delas é que o seu alvo de actividades profissional é o Homem/pessoa entendido não só sob a sua forma individual, mas também sob a forma colectiva. Na sua forma individual, o Homem é um ser único que evolui permanentemente no tempo ao longo do seu ciclo de vida. Este Homem é um ser total, indivisível, não fazendo sentido tentar isolar alguma das suas partes do todo que o constitui. Já Carvalho (1996, p.40), no seu embrião de modelo coactivo, nos refere que “... *a pessoa é uma totalidade porque cada um dos seus aspectos ou partes não tem sentido em si. Só o todo proporciona sentido*”.

Sendo este Homem, a cada momento, o conjunto de vivências que ocorreram no passado e no presente da sua vida e que o vão formando e completando a cada

momento. Sob a forma colectiva, o Homem é entendido como comunidade que se divide em grupos, de entre os quais a família é uma unidade fundamental.

Podemos tomar, por isso, a definição de Homem apontada pelo grupo de enfermeiros da Sub-Região de Saúde de Beja (1996) que elaboraram o “*Quadro de referência da profissão de enfermagem*” que nos diz que este “é um ser bio-psico-social e espiritual, um sistema aberto em permanente relação com o meio ambiente. Tem valores e referências próprias, está em constante mudança e procura manter o equilíbrio e a autonomia, através de respostas humanas/comportamentos adequados à manutenção e/ou recuperação da sua saúde”

No que diz respeito a encontrar uma definição do que são cuidados de enfermagem, podemos dizer que o leque se alarga mais, havendo várias linhas de pensamento, nas quais podemos agrupar um número variado de teorias.

Havendo várias escolas e várias formas de objectivar o que são cuidados de enfermagem, é possível escolher aquela que melhor se adapte às nossas realidades concretas e nos sirva melhor como base para o presente trabalho de investigação.

Assim tomaremos como referência os modelos de enfermagem de Virgínia Henderson, Dorothea Oren, Logan e Terney e Carvalho e o seu embrião de modelo coactivo.

Para Virgínia Henderson (1996), citada por Tomey & Alligood (2004), cujo modelo fala-nos de saúde, de necessidades fundamentais, de independência e do papel de substituição desempenhado pela enfermeira, em todos estes processos, o cliente é agente da sua própria saúde. Ela define enfermagem como consistindo na “...assistência ao indivíduo, doente ou não, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação, e que ele executaria se para isso tivesse a necessária força, vontade ou conhecimento, e fazer isso de modo a ajuda-lo a ganhar a independência o mais rapidamente possível.” (p. 114)

Henderson, que não considera o seu trabalho como uma teoria, mas mais como uma dissertação filosófica, é talvez, a teórica que mais importância dá à independência do indivíduo, pois ela vê a independência como uma forma de conseguir manter um estado de saúde. Para ela, saúde é a capacidade que o indivíduo tem para funcionar independentemente, em relação às suas 14 necessidades fundamentais.

Henderson foca o papel da enfermeira, essencialmente na ajuda que esta deve prestar ao indivíduo, para que este não dependa de uma assistência tanto quanto lhe seja possível. Para isso, a enfermeira terá que ter um conhecimento profundo do contexto em que se encontra o indivíduo para que domine toda a problemática que o envolve, podendo assim transmitir-lhe toda a informação que lhe permitirá lidar o mais autonomamente com a sua situação de doença ou de saúde.

Dorothea Orem (1980) citada por Tomey, Ann M.; Alligood, Marta R.(2004, p.118) é referida neste trabalho devido à importância que ela atribui ao auto-cuidado que é um aspecto que nos parece muito pertinente, no contexto desta problemática. Ela define auto-cuidado como sendo “*um processo, pelo qual um leigo age por sua conta na promoção de saúde e prevenção, assim como no despiste da doença e no seu tratamento*”.

Muitos autores de todas as esferas, e não apenas da saúde, apoiam esta noção de auto-cuidado (Levin-1979; Norris-1979; Bennet-1980, Mullin-1981). Nos cuidados de saúde, o auto-cuidado pressupõe essencialmente que deve ser facultado às pessoas e às suas famílias ter iniciativas e responsabilidades e desenvolver o seu próprio potencial de serem saudáveis. Isto significa que, em vez de dizer aos doentes o que fazer, e de fazer coisas por eles, a enfermeira deve trabalhar concretamente para capacitar os doentes a tomarem decisões e a agirem por eles próprios, excepto quando isso não é possível.

Nesta perspectiva, a enfermeira ajuda os indivíduos a responder às suas necessidades de auto-cuidado, utilizando um dos três «sistemas de enfermagem». Sistema de enfermagem totalmente compensatório, em que a enfermeira assume toda a responsabilidade pela efectiva execução das actividades que dêem respostas às carências de auto-cuidado; sistema de enfermagem parcialmente compensatório em que a enfermeira ainda é necessária para executar algumas actividades que vão dar resposta a carências de auto-cuidado, mas o indivíduo é capaz de dar respostas a outras ou então outra pessoa chegada pode prestar cuidados dependentes; sistema de enfermagem educativo e de suporte. Quando os doentes são potencialmente capazes de satisfazer as suas carências de auto-cuidado, e a acção da enfermeira refere-se ao ensino e apoio a dar-lhes, de modo a que eles possam de facto dar resposta à sua exigência de auto-cuidado. Em alternativa, pode ser um familiar ou amigo a prestar cuidados dependentes, ajudados pela enfermeira (Pearson, 1996).

Como podemos verificar, Orem (1980) evidencia o papel educativo da enfermagem na auto-responsabilização dos indivíduos pela sua vida e pelo desenvolvimento de capacidades que permitam essas actividades. De realçar, nesta teoria, o facto dos agentes de auto-cuidado não serem somente os próprios indivíduos, mas também alguém que de alguma forma esteja próximo do indivíduo e que lhe proporcione os cuidados necessários (agente de auto-cuidado dependente).

Nancy Roper, em conjunto com Logan e Tierney, (1980), aponta-nos como sendo objectivo da enfermagem a aquisição, manutenção e recuperação da máxima independência nas actividades de vida, por parte do indivíduo, ou que lhe seja proporcionado saber enfrentar a sua dependência dos outros quando as circunstâncias assim o impuserem. A enfermagem deve também facultar ao indivíduo realizar com independência as actividades preventivas a fim de evitar a perda de saúde, aplicar estratégias de bem-estar, para promover a recuperação e, eventualmente, a independência.

Para estas teóricas, a enfermagem é “*ajudar o indivíduo a ser capaz de realizar as actividades de vida adequadas à sua posição na escala de vida, num continuum dependência/independência*” (Pearson, 1986, p.61), centrando-se todos os objectivos do trabalho da enfermagem na conquista da independência, por parte do indivíduo, em relação às suas actividades da vida diária, ou aceitar as dependências que possui, encontrando a melhor forma de lidar com elas.

Por último, Carvalho (1996) aponta-nos a enfermagem, como sendo “*uma profissão/disciplina humanística e cientificamente fundamentada que se concretiza, através de um processo negocial de co-construção e co-consolidação da autonomia máxima das pessoas, grupos e famílias, na produção e autogestão das suas respostas humanas aos problemas de saúde actuais e/ou potenciais.*” (p. 36)

7 - FACTORES DE RISCO PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS

O conceito de “risco”, para Last John M. (1988, p.15), citado por Pereira (1995), é “*o grau de probabilidade de ocorrência de um determinado evento como por exemplo: o risco de alguém ter um acidente ou de ter cancro. Nem todos os indivíduos têm os mesmos riscos. Em termos gerais, a probabilidade de alguém vir a se tornar doente, ou incapacitado, para alguma actividade rotineira varia, seja pela simples presença de um factor (as vezes por sua própria ausência), seja pela intensidade com que ele está presente, ou, por sua combinação com outros factores.*” (p. 21)

“*O factor de risco é uma característica que, se presente e activa, aumenta claramente a probabilidade de uma determinada doença, num grupo de pessoas que tem o factor, quando comparado a outro grupo semelhante de pessoas que não o tem*” (Jekel, Elmore, & Katz, 1999, p. 68).

Para Mausner e Kramer (2004), entende-se por factores de risco, “*aqueles cuja presença está associada a uma maior probabilidade de que determinada doença venha a desenvolver-se. Os factores de risco podem ser imutáveis ou susceptíveis de modificação. Factores como a idade, o sexo, a raça e a história familiar, que não se podem alterar, são frequentemente grandes determinantes do risco. Há também aqueles factores de risco passíveis de serem alterados, como por exemplo os fumadores serem persuadidos a abandonar o tabaco.*” (p. 18)

Os autores referem ainda que: “*deve notar-se que, mesmo quando existe uma forte associação estatística entre um factor de risco e uma doença, isso não quer dizer que todos os indivíduos com o factor de risco vão necessariamente desenvolver a doença, nem que a ausência do factor de risco garanta que a doença não se desenvolverá. A nossa incapacidade para identificar todos os factores que contribuem para o risco de doença limita a nossa capacidade de fazer previsões individuais*” (Mausner e Kramer, 2004, p. 18).

Em vários estudos anteriormente realizados (Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein,

1994; Metzger, 1997; Morris, 1988; Severson, 1994; Vernooi, 1997; Weissert, 1989) foram já identificados numerosos factores de risco para a institucionalização dos idosos. Alguns destes trabalhos debruçaram-se sobre subgrupos de pacientes com demência versus pacientes sem demência, ou longitudinais que demonstram a importância das características sociais, culturais e económicas na elaboração do processo de institucionalização.

Outros ainda, apesar de não serem especificamente da área da saúde, dão-nos preciosos contributos porque nos levam a áreas que não as nossas e a factores que depois de analisados, nos fazem concluir que não podemos ter influência neles (Malveiro, 1997). Estes trabalhos sublinham também a necessidade de ter em conta as especificidades regionais e as acções de ajuda domiciliária local que existem ao dispor dos idosos.

Assim, identificamos alguns dos factores que contribuem para a institucionalização dos idosos e que são referidos mais frequentemente nos estudos que anteriormente referimos:

- Idade
- Sexo
- Estado civil
- Ausência de telefone
- Rede de suporte
- O facto de viver só
- Limitação dos contactos com a família
- Dependência na escala de Lawton
- Dependência na escala de Katz

Estes factores poderão, agora, ser agrupados em categorias e analisados mais pormenorizadamente para que se perceba a sua influência na entrada para uma instituição: Biológicos: idade, sexo e grau de dependência segundo a escala de Katz.

- Psicológicos: o facto de viver só, as limitações no contacto com a família e ausência de telefone.
- Sociais: grau de dependência para a escala de Lawton, rede de suporte e estado civil.

7.1- DEPENDÊNCIA

Quando falamos de dependência, esta pode aparecer-nos sob várias facetas, o que torna a sua análise, se não difícil pelo menos ambígua.

A dependência é um dos problemas mais prementes na terceira idade. Ela é considerada por muitos como uma parte necessária do envelhecimento (Netto, 1997; Baltes, 1996; Berger, 1994) e, como muitos outros fenómenos do envelhecimento, parece ser, em primeiro lugar, um produto do declínio e da deterioração do indivíduo, tal como o são a perda das funções mental e física.

Assim como a dependência na infância, a qual parece ser uma etapa natural do desenvolvimento humano, também a dependência na terceira idade é considerada como consequência inevitável da velhice; no entanto, não devemos encará-la como unifactorial e inevitável, pois existem estudos (Sampson, 1985; Spence, 1985) que apontam para que esta seja em grande parte o resultado de atitudes negativas da sociedade para com os idosos. Neste contexto, a dependência na terceira idade é mais um preconceito que uma reflexão das verdades, ao nível das competências dos mais idosos.

É do conhecimento geral que, nas sociedades ocidentais, o imperativo cultural se baseia na competência, na confiança e na independência, dando estas ênfases à autonomia e ao individualismo.

Há, no entanto, correntes que querem contrariar esta crença cultural, procurando que a dependência seja vista como algo a não ser sancionado e a pôr-se de parte, mas como algo a integrar numa sociedade que se quer justa e igualitária. Isto, porque uma cultura humana, respeita a doença, a incapacidade, a dependência como factores de alívio de outras responsabilidades.

Contudo, este tipo de protecção resulta frequentemente na perda de poder por parte de quem a usufrui, uma vez que numa sociedade que prima pela necessidade de pagamentos e de trocas dos bens que põe à disposição dos seus cidadãos, quem é, de alguma forma, dependente não tem muita capacidade de negociação.

Como nos diz Goldfarb (1969) " as relações dependentes não são retrocessos, elas

persistem através da vida da maioria das pessoas. São no entanto mais problemáticas na idade avançada, principalmente porque são menos elaboradas, menos disfarçadas e são expressas de formas menos aceites socialmente do que eram antigamente.” (p. 3)

A dependência, porém, não é um atributo de velhice, ela está presente, ao longo de todo o curso da vida. A criança, assim como o adulto, passa por estados de dependência. O que a distingue do velho é que a sua dependência é transitória, dando progressivamente lugar à autonomia e à competência, enquanto que nas idades avançadas a dependência tende a aumentar e a ser permanente ou definitiva. Um aspecto notório na nossa sociedade e que reforça esta nossa ideia da dependência não ser só um atributo da terceira idade, é o facto, que ainda hoje se verifica, dos homens serem dependentes das mulheres no trabalho doméstico e as mulheres serem dependentes dos homens na questão financeira. Este aspecto, embora se verifique cada vez menos nas classes mais jovens, está ainda marcadamente presente nas faixas etárias mais elevadas.

O filósofo Pessanha (citado in Netto, 1997) diz-nos que "...Na mesma pessoa é possível identificar, por exemplo, independência financeira e dependência afectiva. Uma pessoa pode ser completamente independente do ponto de vista intelectual e, fisicamente, estar paralisada. Em termos afectivos, alguém pode ser independente, em relação a determinada pessoa e dependente em relação a outra. O conceito só pode ser correctamente utilizado quando relativizado e pluralizado." (p. 524)

Há, por tudo isto, uma crescente necessidade de caracterizar a dependência, sendo cada vez mais evidente que ela é multidimensional, multifactorial e multicausal.

Tal como acontece, por exemplo na psiquiatria, com o conceito de depressão, agressividade ou controlo pessoal, a dependência é, também ela, um conceito altamente multifacetado, sendo por isso frequente encontrar-se na literatura gerontológica um variado leque de dependências estruturadas como mentais, físicas, económicas, sociais, emocionais, cognitivas, reais, pseudo dependência ou dependência neurótica.

A dependência pode também ser analisada em diferentes níveis, como sejam o comportamental, pessoal, situacional, ou interpessoal estando, pois, qualquer análise que se faça da dependência mais centrada em aspectos específicos desta do que na sua análise global. Este facto pode verificar-se também na sequência de uma análise em que as dependências podem estar interligadas ou podem ocorrer independentemente umas

das outras, podendo, por exemplo uma pessoa ser dependente fisicamente e sê-lo ou não psicologicamente.

No que diz respeito à multifactorialidade da dependência, esta de uma maneira geral aparece indissociável do meio cultural. Certas dependências não são apenas toleradas, como também são bem aceites pela sociedade em certos contextos e situações, como por exemplo no luto, na doença aguda, no desemprego, na dependência em relação a tarefas específicas que são socialmente pertença de outrem, etc.

É por isso necessário tentar ver a dependência na idade avançada, sob as condições em que esta é avaliada socialmente, de forma a poder encará-la como funcional e também desejável.

Como já vimos anteriormente, a dependência não é um fenómeno exclusivo da terceira idade, o que leva a concluir que ela não está somente associada a um estado biológico, sendo fortemente influenciada pelas condições do meio ambiente, factores sociais, culturais, económicos e psicológicos e sendo estes factores partes operantes no desenvolvimento e manutenção da dependência.

A debilidade psíquica é apontada muitas vezes como a maior causa da dependência; no entanto, não a devemos ter como um factor que leve automaticamente à dependência. Os déficits sensoriais, a debilidade física e as doenças crónicas são factores que podem, também eles, estar na origem da dependência, como nos dizem Callaham (1992), Lafarge (1992), ou Spector e Sferberg (1992). Por sua vez, estes autores apontam-nos certa medicação usada e os seus efeitos adversos, como mais um factor que pode levar a situações de dependência.

Relativamente às condições ambientais, físicas e sociais responsáveis pela dependência, Townsend (1981), Walker (1980) e Johnson (1989), afirmam que, devido à estrutura da sociedade com a sua estratificação social e económica, certos grupos, entre os quais os idosos, são muito cedo rotulados como dependentes de outros. Noutros sistemas sociais possuidores de valores, expectativas e objectivos diferentes, os idosos podem ser indivíduos com grande poder de decisão em diversos aspectos como sejam os sociais e os económicos.

Por outro lado Baltes e Silverberg (1996) argumentam que "*o desenvolvimento das*

tarefas a realizar em qualquer etapa da vida afecta o efeito reciproco e dinâmico entre autonomia e dependência” (p. 124). Isto, porque o desenvolvimento de certas tarefas que se realizam ao longo da vida como seja, por exemplo, a reprodução, põe mais ênfase na dependência, enquanto que outras tarefas, como o desenvolvimento da identidade, pesam pouco na autonomia. Segundo este ponto de vista, crescimento e desenvolvimento não significam passar de dependente para independente, mas de preferência encontrar um meio-termo entre dependência e independência que permita ao indivíduo construir um referencial de vida.

Esta forma de encarar a dependência faz-nos ter um ponto de vista mais condescendente, mais correcto e evitar as avaliações mais negativas que fazemos em relação à incompetência.

7.1.1 – Escalas de avaliação dos estados funcionais

O declínio das capacidades sensoriais, a par com as capacidades de memória e motoras, surgem em primeiro plano na lista de queixas apresentadas pelos idosos como interferindo com a sua vida quotidiana. Mesmo deixando de lado as situações patológicas que são específicas desta faixa etária, com sejam as demências, temos necessidade de avaliar o estado funcional do idoso com dificuldades, principalmente nas actividades instrumentais do dia – a – dia. Estas actividades de rotina referem-se ao cumprimento de necessidades de baixa ordem, relativas à manutenção da vida independente, à saúde mental e ao bem-estar.

Na procura de soluções para o estado actual de funcionamento de cada idoso, evitando uma aceitação passiva de um processo de declínio que se julga inevitável e sem remédio, torna-se imprescindível uma criteriosa avaliação das suas capacidades, para que a resposta preventiva ou remediativa seja o mais eficaz possível.

Para além do problema prático de dar resposta a um eventual declínio funcional, a questão da avaliação das capacidades do idoso pode enquadrar-se num contexto teórico que pressupõe que o viver independente, em termos de autonomia física, psicológica e social é benéfico e que a ajuda excessiva, seja em ambiente familiar, seja em ambiente institucional, acarreta uma perda de controlo por parte do idoso e tem consequências nefastas, a curto e médio prazo nas capacidades que deixam de ser exercitadas.

Quando avaliamos o estado funcional do idoso, devemos fazê-lo de uma forma abrangente, tendo em conta as três dimensões do conceito de saúde. Assim, deve avaliar-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho das suas actividades diárias, tendo em conta o desempenho físico, psíquico e social.

Desde o início da década de 50, e, com o aumento do número de idosos na sociedade, tornou-se necessária a criação de uma escala que avaliasse o desempenho e a capacidade dos idosos para uma série de actividades da vida diária, uma vez que os instrumentos usados, até esta altura eram muito extensos, pouco práticos e de difícil aplicação. Estes instrumentos eram, sobretudo, muito extensos e não tinham como suporte nenhuma teoria específica, o que levou os cientistas da época a sentirem a necessidade de criarem um instrumento de avaliação mais objectivo e mais sólido, que fosse de encontro às suas necessidades. Houve então um grupo de cientistas, nos Estados Unidos, liderados por Sidney Katz (1963) citado por Badia Xavier (1996) que desenvolveu o primeiro trabalho baseado num pensamento mais crítico e com bases teóricas. Este equiparou a sequência da recuperação das seis actividades básicas da vida diária (alimentar-se, ter continência de esfincteres, mobilizar-se, usar a casa de banho, vestir-se e tomar banho) e verificou que se assemelhavam à sequência de aprendizagem dessas mesmas funções no processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

Assim, os primeiros três itens traduzem funções vegetativas simples que têm sobretudo a ver com a sobrevivência, enquanto que os três últimos já traduzem funções mais elaboradas que têm a ver com o ambiente cultural e com a aprendizagem da vida em sociedade. Assim, Katz concluiu que a perda da função se começa a dar por aquelas funções que são mais complexas e menos básicas e só depois se perderão capacidades que ele considerou como sendo de sobrevivência, mais básicas e menos complexas.

A maioria das escalas, hoje utilizadas para medir as AVD (actividades de vida diária), baseia nesta escala que Katz elaborou. Durante os últimos trinta anos, os estudos e ensaios clínicos realizados estabeleceram a sua confiabilidade e a sua validade.

Por sua vez, Lawton e Brody (1998) conceberam um outro conjunto de actividades a que chamaram actividades instrumentais da vida diária – AIVD, e que são mais complexas que aquelas que Katz e seus colaboradores idealizaram. Este tipo de actividades reflecte a capacidade que os idosos possuem para se adaptarem ao meio que

os rodeia e que incluem o usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, ser capaz de usar transportes, tomar medicamentos e gerir dinheiro, representando cada item uma tarefa complexa, composta por vários componentes, e que vão determinar a capacidade do idoso para continuar a viver sozinho e sem ajuda. No entanto, quando aplicamos esta escala, devemos ter em conta o contexto socio-económico do idoso, pois estas actividades podem ser fortemente influenciadas por outros factores que não a dificuldade actual para desempenhá-las. Como exemplo, temos os idosos do nosso meio rural que muitas vezes não são capazes de utilizar o telefone, não por incapacidade intelectual, mas sim porque são analfabetos ou simplesmente porque nunca tiveram oportunidade de o aprender.

Por sua vez, a combinação destes dois tipos de escalas avalia com segurança a incapacidade do idoso em actividades críticas, necessárias à permanência no seu meio, sendo capaz de se auto-cuidar.

Mais recentemente, pesquisadores norte – americanos (Research Fundation State University of New York (1991) propuseram uma nova classificação em três níveis para o desempenho funcional dos idosos. Estes três níveis, que são estabelecidos, de acordo com a complexidade e dificuldade das tarefas a desempenhar, englobariam, no primeiro, as actividades básicas – que incluiriam as funções elementares apontadas por Katz –, em segundo lugar vêm as actividades intermediárias, apontadas por Lawton, e, por último, teríamos as actividades avançadas, que são as desempenhadas, para além do necessário, à manutenção de uma vida independente. Estas últimas englobam actividades como o desporto, a pintura, actividades políticas e expressão artística e têm, sobretudo, a ver com a manutenção da qualidade de vida do idoso.

7.2 – IDADE

A idade é um factor preditivo de entrada para uma instituição já largamente demonstrado, em grande parte dos estudos realizados e a que tivemos acesso (Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Metzger, 1997; Morris, 1988; Severson, 1994; Vernooi, 1997; Weissert, 1989). Este risco aumenta a partir dos 75 anos e é máximo na faixa etária dos 85 e mais anos, (Berger, 1994, p. 140).

Sabe-se que o envelhecimento se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de

adaptação, registando-se uma baixa na capacidade funcional que é agravada com a presença de doença. *"Os problemas crónicos e suas consequências obrigam tarde ou cedo a modificar o ritmo de vida e a aceitar a baixa da capacidade funcional sobretudo a partir dos 80 anos...após os 85 anos, a capacidade funcional da maioria das pessoas (69%) revela pelo menos uma incapacidade importante"* (Berger, 1994, p. 142).

Mesmo as perdas consideradas pouco significativas no plano biológico podem revelar-se dramáticas, ao nível dos comportamentos, contribuindo para a redução da actividade, muitas das vezes de uma forma permanente.

"Em 1980, 30,5% dos homens e 38% das mulheres a viver no domicílio debatiam-se com esta forma de limitação, que era séria em 90% dos casos. É nas instituições, onde vive 6,5% da população idosa, que se encontra a maior proporção de pessoas que sofrem de doenças crónicas" (Berger, 1994, p. 143).

Cormier citado por Berger (1994) *"Na população idosa, a incapacidade funcional aumenta com a idade: 5,5% das pessoas de 65 a 69 anos; 6,2% de 70 a 74 anos; 10,1 % dos 75 aos 79 anos; 9,4% dos 80 aos 84 anos; 35,5% nos que têm mais de 85 anos."* (p.21)

Estas incapacidades funcionais estão sobretudo ligadas a actividades, como sejam o sair à rua, manutenção da casa e preparação de refeições, tomando um maior relevo para as pessoas da quarta idade. *"A proporção de indivíduos dos 65 aos 69 anos que não podem sair sem serem acompanhados é de apenas 6% comparativamente a 45,5% nas pessoas com mais de 85 anos"* (Berger, 1994, p. 143).

Não sendo possível parar ou inverter o processo de envelhecimento, sabe-se que é, no entanto, possível o retardar certos aspectos e tratar doenças que lhes estão associadas. É, por isso, importante que os idosos integrem os seus problemas e as suas limitações, criando uma nova percepção de si próprios e que, consequentemente, alterem o seu estilo de vida. Neste contexto, é importante que seja feita uma educação preventiva, por parte da enfermagem para que o idoso conserve uma atitude positiva, quanto ao seu potencial de saúde. Neste sentido, Berger (1994) diz-nos que *"Numa perspectiva de saúde baseada numa abordagem ecológica, as enfermeiras devem determinar critérios precisos de saúde e de bem-estar e elaborar as intervenções necessárias para retardar os efeitos do envelhecimento e diminuir as suas consequências negativas."* (p. 146)

7.3 – SEXO

Este indicador aparece referenciado nalguns trabalhos (Abraham, 1994; Freedman, 1994; Klein, 1994; Metzger, 1997; Morris, 1988; Severson, 1994; Vernooi, 1997; Weissert, 1989), não por estar associado a factores de ordem biológica, mas sim por dizer respeito ao desempenho de tarefas que culturalmente "*não pertencem aos homens*" isto é, o ser homem é apontado como sendo factor de risco de entrada para uma instituição, quando este se encontra a viver sozinho, uma vez que tem que desempenhar funções relacionadas com a manutenção da higiene da casa, confecção de alimentação, o cuidar da roupa, o fazer compras, etc., que são, no nosso meio cultural, tarefas consideradas como responsabilidade das mulheres. Assim, quando falta ao homem o apoio nesta área, em especial, após uma viuvez, tem um maior risco que a mulher, quanto à entrada numa instituição.

Ilhéu (1998) refere que "*a inexistência de um processo de simbiose que ocorre, sobretudo quando as mulheres mantêm quase intactas as capacidades de desenvolver as tarefas domésticas quotidianas, conduz a que o cônjuge sobrevivo e sem aptidões se torne dependente e exija respostas rápidas à sua incapacidade para viver instrumentalmente sozinho.*" (p. 30)

O contrário, um maior risco de entrada para uma instituição por parte das mulheres, também aparece referenciado nalguns trabalhos, mas pelo facto da mulher ter medo de permanecer sozinha em casa (Weissert, 1989; Severson, 1994).

7.4 – AUSÊNCIA DE TELEFONE

O facto de o idoso ter ou não à sua disposição este meio de comunicação é apontado como tendo grande peso no risco de entrada para uma instituição. Isto deve-se ao facto de o idoso se sentir mais seguro em caso de ocorrer uma situação de urgência, tendo assim uma forma de pedir auxílio.

Segundo Berger (1994) comunicar é uma "*necessidade que o ser humano tem de permute com o seu semelhante. Esta necessidade desencadeia um processo dinâmico, verbal e não verbal, permitindo que as pessoas se tornem acessíveis uma à outra,*

consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações." (p. 477)

Quando falamos de comunicação, existe, no sentido comum, a ideia de realçar as trocas directas, quando estas não são as únicas e, algumas vezes, não são as mais importantes ou adequadas às necessidades da pessoa carenciada. As trocas indirectas adquirem uma importância muito grande na sociedade actual, devido à separação geográfica das diferentes gerações. Ilhéu (1998) refere que "*O recurso ao telefone permite, hoje, colmatar as distâncias e manter, se necessário, um contacto quotidiano entre os elementos da família ainda que separados por grandes distâncias.*" (p. 30)

7.5 – TIPO DE AJUDA (REDE DE SUPORTE)

Quando se fala de redes de suporte, corre-se por vezes, o risco de cair em confusão, ou de confundir quem ouve a descrição, devido à semelhança que existe entre os termos utilizados. Por este facto, é importante definir, ainda que de forma breve, o que são: rede social, rede de suporte formal ou informal e rede natural de ajuda.

Assim, quando falamos de rede social, referimo-nos aos "*(...) laços de um conjunto definido de pessoas, ou conjunto de relações particulares de um indivíduo. (...) é um entendimento de pessoas que têm entre elas relações muitas vezes controladas e definidas institucionalmente.*" (Briançon, 1985, p. 50)

A integração social da pessoa idosa pode ser caracterizada pela forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizados no decurso de circunstâncias particulares. Berger (1994) considera este fenómeno bastante *complexo* e alerta para o facto de que a integração dos idosos deverá ser dada a conhecer previamente a fim de evitar que as relações do tipo "necessidades / serviços" entre profissionais e todo este processo bem conduzido de forma a evitar que as pessoas idosas reforcem um circuito de dependência. Corin (1982) realizou um trabalho, cuja análise reforçou dois aspectos particulares da rede social dos idosos. O primeiro diz-nos que as características morfológicas e transaccionais das relações sociais formam um sistema, e o segundo refere que as redes sociais resultam de uma dinâmica onde se conjugam factores sociais globais e as reacções do indivíduo à acção desses factores.

A rede de suporte tem como objectivo a ajuda concreta às pessoas idosas e pode ser

definida como sendo "o apoio que os membros de uma rede dão às pessoas em caso de necessidade, principalmente, nos cuidados de saúde, trabalhos domésticos, ajuda nos assuntos administrativos e ajuda financeira, assim como os contactos estabelecidos no sentido rede – pessoa de idade." (Ilhéu, 1999, p. 48).

Esta pode dividir-se em rede informal e rede formal. A rede informal compreende as redes de família, da vizinhança e de amizade e de certa forma podem ser consideradas redes naturais de solidariedade, na medida em que surgem espontaneamente na sociedade e se situam num plano individual.

Segundo Berger (1994), a rede de suporte ao idoso no seio da família é a mais adequada. Neste sentido, é fundamental repensar o papel da família, no sentido da mesma assumir as suas responsabilidades para com os seus membros.

Parreira et al. (1993) realizaram um estudo em duas comunidades alentejanas, uma rural e outra urbana, com o objectivo de analisar qual a importância atribuída pelos idosos às redes informais de solidariedade e que tinha como hipóteses de partida: " «a existência de redes naturais (família, vizinhos, e amigos) condiciona a procura de redes formais (instituições de apoio)»; «as estratégias desenvolvidas pelos idosos vão no sentido de manter e reforçar enquanto possível as redes naturais»" (p. 73). Os resultados que obtiveram confirmaram estas hipóteses de partida, uma vez que concluíram que a existência de redes informais leva a que os idosos não recorram tanto às redes formais, procurando auxílio nas redes de suporte natural. Este auxílio pode ser material afectivo, de informação entre outros.

Para Berger (1994), para manter os idosos no domicílio é impensável não fazer referência a estas ajudas naturais, ou seja ás pessoas que podem contribuir para as pessoas idosas continuarem a viver no seu meio.

Cantor (1989), Grand (1989) e Le Disert (1989) mostram-nos a importância das redes informais, demonstrando que a rede familiar, logo seguida da rede de vizinhança e de amigos, continua a ser a mais espontânea e, naturalmente, aquela a que as pessoas de idade estão mais ligadas. A importância global das redes informais resulta não só do indivíduo procurar, no seu interior, a estabilidade emocional e apoio, mas também porque é no seu seio que continua a assumir um papel social relevante, em que se pode reforçar a unidade da família. Um dos autores afirma "... as pessoas de idade entendem a

rede informal como a fonte mais apropriada de suporte social, virtualmente em todas as situações de necessidade. A família ou outras redes informais são vistas pelos idosos como extensões de si próprios" (Cantor, 1989, p. 102).

Por ultimo, Ilhéu (1998) refere também que “...é possível constatar que as famílias com redes informais mais extensas recorrem menos às redes formais uma vez que conseguem encontrar solução para os problemas através de meios próprios. Para estes, o recurso às redes formais só se faz em último caso.” (p. 50)

A rede formal é composta por organismos de ordem governamental. Este tipo de rede é considerada não natural, uma vez que são institucionalizadas, situam-se no plano colectivo e dependem da formação cultural em que se inserem. Estas redes surgem por incapacidade de resposta das chamadas redes naturais e o papel dos ajudantes e dos ajudados vai no sentido de ajuda à família, como forma desta manter o equilíbrio material e afectivo.

Na rede formal, podemos incluir todo o tipo de assistência prestada pelas instituições sociais de saúde (centros de saúde e hospitalares), bem como o sistema de segurança social (centros de dia, lares e sistemas de apoio domiciliário).

As solidariedades formais caracterizam-se por uma diversidade tipológica, sobretudo ao nível dos objectivos e dos serviços prestados. Constituem entidades dinâmicas de modo a corresponderem à procura não só quantitativa mas qualitativa.

Os centros de dia são entendidos como uma estrutura que presta assistência, através de um conjunto de serviços que oferece, tais como:

- Alimentação;
- Cuidados de higiene e conforto;
- Tratamento de roupa;
- Convívio;
- Lazer e ocupação dos idosos.

Os lares, para além dos cuidados oferecidos pelos centros de dia, servem também de apoio residencial colectivo para os idosos que não têm ou não se possam manter na sua

estrutura familiar.

O apoio domiciliário constitui uma forma de manter o idoso que não pode e/ou não tem condições para realizar as suas tarefas quotidianas na sua casa, contribuindo assim para que não haja um desenraizamento e uma ruptura com o meio social e familiar. O apoio domiciliário tem à disponibilidade dos idosos serviços dos quais destacamos:

- Os cuidados de higiene e conforto;
- Tratamento de roupa;
- Higiene da casa;
- Confecção de alimentos;
- Acompanhamento ao médico;
- Supervisão de medição que o idoso tenha que fazer.

Ilhéu (1998) diz-nos que o recurso à rede formal é maior à medida que aumenta a incapacidade e a perda da sua autonomia pelo que os factores individuais são elementos determinantes do recurso á rede formal desde que esta tenha também capacidade para satisfazer as necessidades heterogéneas das pessoas de idade.

7.6 – O FACTO DE VIVER SÓ

Se o isolamento não constitui por si só um elemento específico da velhice, não é menos verdade que as circunstâncias que envolvem o último ciclo da vida criam condições favoráveis ao isolamento objectivo, na medida em que, se as perdas que vão acontecendo nos objectos relacionais, ao longo da vida dificilmente não são colmatadas. Daqui resultam rupturas relacionais com o meio envolvente, sem que o indivíduo encontre formas de restabelecer o equilíbrio e a inserção social ou, quando as encontra estas podem exigir um maior esforço do que o habitual para além do que o idoso julga possível. Quando estas perdas e estas rupturas não são colmatadas, criam-se condições para que exista, para além de um isolamento objectivo, um sentimento de solidão (Ilhéu, 1999). Assim, não devemos definir isolamento como a mera ausência física e próxima de um elemento da rede familiar, sem juntarmos a esta situação a percepção que o idoso pode ter de não poder contar com ninguém.

Malveiro (1997) no seu trabalho acerca dos lares de terceira idade em Beja, refere que "*Para colmatar a solidão, alguns idosos apropriam o lar como um novo ambiente institucional de sobrevivência, retratando-o como um espaço familiar, e sede de apoio material e de protecção.*" (p. 156-157)

Netto (1996) diz-nos que "*morar sozinho, não ter filhos, ou não estar casado são factores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração*" (p. 316).

7.7 – LIMITAÇÃO DOS CONTACTOS COM A FAMÍLIA (VISITAS)

Na família, aconteceram e acontecem alterações resultantes da evolução da sociedade (família nuclear, afastamento precoce dos filhos por exigência dos estudos, desejo de emancipação ou necessidades decorrentes do mercado de trabalho) que conduzem à existência de um maior número de casais a viver sós ou com relações difusas com os filhos quando chegam à velhice.

Malveiro (1997) aponta "*razões de ordem material e de carência afectiva,... ausência de apoio familiar e/ou de presença de conflitualidade intergeracional, assim como os sentimentos de solidão constituem os principais fundamentos da procura dos lares.*" (p.152)

Assim, muitas vezes, os idosos experimentam sentimentos de desalento e de abandono, por parte dos filhos, em quem investiram emocionalmente e com quem deixam de poder contar procurando as instituições, como forma de compensação afectiva e de apoio.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando toda esta problemática, podemos ver que a enfermagem pode ter um papel muito importante na promoção da autonomia do idoso. No entanto, este papel pode ser ainda mais significativo, se for desenvolvido em equipas multidisciplinares, uma vez que a dependência nos pode aparecer sob variadas facetas. Mais pertinente do que fazer o inventário dos problemas de que sofrem os idosos, seria certamente conhecer o seu grau de autonomia. Embora nem sempre se possa atribuir a doenças a baixa da capacidade funcional, ela tem sempre de ser levada em linha de conta ao avaliar o cliente idoso. A enfermeira deve ajudá-lo a considerar as perdas como elementos normais da velhice, integrá-las e, sobretudo, manter o seu nível de energia. As doenças não devem impedir os idosos de modificar o seu estilo de vida de maneira a conservar e manter a autonomia, nem a depreciar-se ou procurar compensações menos apropriadas, donde destacamos a importância da prevenção.

Os problemas associados ao envelhecimento biológico não têm necessariamente que ser corrigidos médica, cirúrgica ou farmacologicamente, visto fazerem parte do processo de adaptação. Como já referimos, os efeitos do envelhecimento podem ser múltiplos e complexos, mas realçámos que podem ser modificados. Primeiro é preciso reconhecer as principais mudanças associadas ao envelhecimento biológico, retardar os seus efeitos negativos e manter uma higiene de vida revitalizante para o organismo. Em termos de prevenção é importante conservar uma atitude positiva quanto ao seu potencial de saúde campo de acção da Enfermagem que podem e devem incentiva-los nesse sentido. Certas capacidades do ser humano permanecem intactas apesar do avanço da idade, e podem mesmo ser concertadas quando se deterioram, outras há que estão aumentadas, uma vez que o ser humano cresce e desenvolve-se até morrer.

A noção de prevenção tem vindo a alterar-se o longo dos anos de forma considerável, embora a prática da medicina privilegie ainda, em excesso, a acção preventiva individual, em detrimento de uma acção mais global e ecológica da saúde.

Para Berger (1995) prevenção define-se como “*uma série de intervenções positivas*

numa perspectiva mais alargada e já não se limita a designar o simples despiste das doenças. A organização Mundial da Saúde define três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária.” (p. 147)

Devemos equacionar a dimensão colectiva dos problemas e desenvolver uma medicina comunitária favorecendo o surgir de abordagens que integrem acções curativas e preventivas de modo a:

- Tentar reduzir não só os riscos físicos, biológicos e químicos, mas igualmente os riscos provenientes do meio social e económico.
- Encorajar e reforçar o suporte social e os outros factores do meio que constituem uma protecção para o indivíduo.

A educação para a saúde e para o bem-estar comporta para todo o ser humano, cinco dimensões importantes, com base na tomada de consciência do potencial pessoal. Estas cinco dimensões são: a responsabilidade pessoal, a nutrição, a actividade física, o controlo do stress e a organização do meio. O atingir de um estado de bem-estar passa pela integração destas cinco dimensões no estilo de vida individual. A medicina tradicional, baseada numa relação autoridade – passividade não encoraja muito essa liberdade individual. (Berger, 1995)

Mas nem sempre é fácil esta responsabilização individual pela saúde. Perante a complexidade de certas situações, as atitudes e comportamentos face à saúde, são muitas vezes imbuídos de impotência e de um sentimento de perda de controlo. Para ajudar as pessoas a conservar a saúde e prevenir a doença, é preciso ajuda-las a identificar os perigos, mas sobretudo, levá-las a definir a sua própria concepção de saúde e de doença. Para o idoso, a definição de saúde que parece mais adaptada às suas necessidades parece ser a de nível óptimo de funcionamento (ver fig. nº 1).

Figura nº 1: Influencia dos ecossistemas no nível óptimo de funcionamento



Fonte: S. S. Archer et R. Fleshman, *Community Health Nursing: Patterns and Practice*, San Francisco, Duxbury Press, 1975, p.24-25, in *Nursing Québec*, vol.3, nº 3, mars-avril 1983, p.13.

Jomphe H. Adèle (1983), citado por Berger (1995) diz-nos que “*Neste modelo o homem interage com o ambiente num processo contínuo de adaptação, acentuando as capacidades individuais e não as incapacidades.*” (p. 148)

A concepção de saúde, segundo este modelo, já não é a de um estado passivo que se tem ou se perdeu, mas antes um método para se funcionar da melhor maneira. Cronier e Trudel (1993) citado por Berger (1995), descreve a saúde como “*um elevado estado de bem-estar e propõe nove elementos necessários à promoção de um tal estado de saúde, e que são:*

1. *Melhoria das condições de vida familiar e comunitária;*

2. *Educação sanitária prodigalizada à pessoa e às famílias sobre a aplicação dos conhecimentos que dizem respeito à promoção da saúde;*
3. *Ensino dos princípios das relações humanas;*
4. *Desenvolvimento de um elevado estado de bem-estar daqueles que ocupam postos de comando;*
5. *Estabelecimento e manutenção de canais de informação abertos e livre acesso a todo o conhecimento disponível, afim de permitir decisões acertadas;*
6. *Aumento das possibilidades de expressão criadora;*
7. *Intensificar das preocupações com o bem-estar dos outros, e com o estabelecimento de relações de assistência e de suporte;*
8. *A compreensão do conceito de maturidade e dos métodos de a promover;*
9. *Extensão da longevidade humana e da necessidade de utilizar em prol da sociedade os que atingiram uma maturidade plena e os mais altos níveis de bem-estar social.” (p. 147)*

Estes elementos definem por si mesmos os limites e, sobretudo, a extensão dos programas de prevenção, para as pessoas da terceira e da quarta idade. Uma vez que a abordagem ecológica da saúde, faz apelo a todos os recursos da pessoa e aos do ambiente, então, as abordagens de prevenção deverão ser, ao mesmo tempo, individuais e comunitárias.

Segundo Berger (1995) as intervenções de prevenção em gerontologia, visam os diferentes aspectos determinantes da saúde e as relações entre esses aspectos. Vão agir a nível do aspecto social, dos rendimentos, valores individuais e hábitos de vida, condições e trabalho, reacções ao stress e problemas físicos e mentais e abrem caminho a uma prevenção muito mais global, cuja finalidade é permitir ao idoso manter o mais alto nível de bem-estar possível, seja qual for o local onde vive, em sua casa ou numa instituição.

“A abordagem ecológica afirma que a saúde resulta da acção conjugada dos diferentes factores do sistema de saúde, por seu turno, a enfermagem deve levar o idoso a

desenvolver estratégias de prevenção fundadas em todas as dimensões da saúde, afim de melhorar a esperança de vida em boa saúde, utilizando uma abordagem global e não técnica. A adaptação é um processo contínuo, da mesma forma que o atingir da autonomia” (Berger, 1995, p. 149).

A sociedade humana, embora emancipada em relação à natureza, alimenta essa autonomia com múltiplas dependências. Isto significa que a relação ecológica do homem é sempre uma relação de interdependências entre um ecossistema social e um ecossistema natural. Da grande versatilidade ecológica do homem, beneficiando da sua capacidade cultural, resultou a alteração do original nicho humano, surgindo a necessidade de se interrogar sobre a sua capacidade física e comportamental às novas condições ambientais.

É precisamente no desafio à capacidade de adaptação que situamos a problemática do envelhecimento, donde realçamos a importância da ecologia humana que aplicada ao ordenamento do ecossistema, tornou-se num novo empreendimento que requer a fusão de um conjunto de disciplinas que têm sido promovidas independentemente umas das outras.

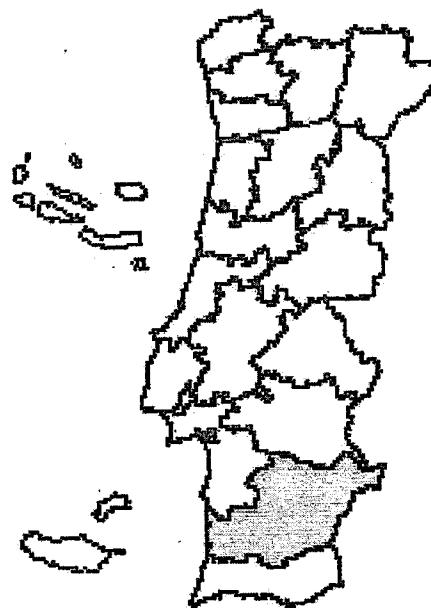
Para melhor ainda, compreendermos a ecologia do envelhecimento, no distrito de Beja, isto é, na dimensão local/ regional, procedemos à caracterização ecológica deste distrito que passamos a apresentar no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO DE BEJA

1 – ENQUADRAMENTO GEO-ADMINISTRATIVO DO DISTRITO DE BEJA

Figura nº 2 – Portugal por Distritos e Regiões Autónomas



Fonte: Associação Nacional de Municípios, Coimbra: 2000

O Distrito de Beja é um dos 18 distritos do Continente português que se situa a Sul e está inserido na Província do Baixo-Alentejo, estando integrado na Região Natural do Alentejo. Tem como limitações a Norte, Sul e Noroeste, os distritos de Évora, Faro e Setúbal, respectivamente, confina a Oeste com o Oceano Atlântico e a Leste com a vizinha Espanha.

A capital de Distrito do mesmo nome, Beja, ergue-se no planalto que separa as bacias hidrográficas do Sado e do Guadiana. Administrativamente, os concelhos que integram o Distrito de Beja são: Aljustrel, Almodôvar, Barrancos, Beja, Castro Verde, Ferreira do

Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira, todos eles à excepção de Odemira que se situa no Litoral. A sua população, de acordo com os *Censos 91*, era de 167.852 habitantes, com uma densidade populacional de 16,4 hab./km², conforme se pode constatar no quadro seguinte.

QUADRO nº 1 – População, Densidade e Variação do Continente, Distrito de Beja e respectivos concelhos, nos períodos 1991-2001.

CONCELHOS DISTRITO CONTINENTE	SUPERFICIE Km ²	EFFECTIVOS		DENSIDADE POPULACIONAL (Hab/Km ²)		VARIAÇÃO DE DENSIDADE POPULACIONAL (%)
		1981	1991	1981	1991.	
ALJUSTREL	455,655	12870	11899	28,2	26,1	-7,4
ALMODÔVAR	775,875	10637	8817	13,7	11,4	-16,8
ALVITO	260,933	2968	2649	11,4	10,2	-10,5
BARRANCOS	168,432	2157	2029	12,8	12,0	-6,25
BEJA	1140,207	38246	35007	33,5	30,7	-8,4
VERDE	567,305	7472	7679	13,2	13,5	2,27
CUBA	171,314	5740	5481	33,5	32,0	-4,5
FERREIRA DO ALENTEJO	648,451	11244	10109	17,3	15,6	-9,8
MÉRTOLA	1279,402	11693	9693	9,1	7,6	-16,5
MOURA	957,73	19772	17603	20,6	18,4	-10,7
ODEMIRA	1719,37	29463	26646	17,1	15,6	-9,4
OURIQUE	660,145	7969	6134	12,1	9,3	-23,5
SERPA	1103,74	20784	17875	18,8	16,2	-13,8
VIDIGUEIRA	314,199	7405	6231	23,6	19,8	-16,1
DISTRITO	10223,117	188420	167852	18,4	16,4	-10,9
CONTINENTE	88789,40	9336760	9363268	105,0	105,5	0,50

Fonte: Pereira, Orlando (2000). Os Grandes Desafios de Natureza Socio-Demográfica no Distrito de Beja, Beja: 1992 p.26 (policopiado).

2 – ASPECTOS POPULACIONAIS

Um dos problemas do Distrito de Beja é o duplo envelhecimento das populações, cujas consequências directas se reflectem na redução da população, porque os jovens são poucos (17,60%) e os idosos estão a aumentar o seu peso (20,30%), valores idênticos à Região Alentejo, mas distantes do Continente: aqui os jovens representam 19,90%, enquanto os idosos se situam nos 13,60%, conforme se pode conferir no quadro seguinte.:

QUADRO N° 2 – Envelhecimento Demográfico no Continente, Alentejo, Distrito de Beja, no período 1991-2001

CONTINENTE NUT II DISTRITO REJA		% DA POPULAÇÃO-15 ANOS		% DA POPULAÇÃO + 60 ANOS	
		1981	1991	1981	1991
Continente		25,5	19,9	11,4	13,6
NUT II	NORTE	28,9	22,3	9,8	11,3
	CENTRO	24,1	19,3	14,1	16,5
	LISBOA E VALE DO TEJO	23,2	18,3	10,6	13,1
	ALGARVE	21,1	18,1	15,8	17,1
	ALENTEJO	20,7	17,5	16,0	19,3
Distrito de Beja		21,4	17,6	16,9	20,3

Fonte: INE: XII e XIII Recenseamento Geral da População Portuguesa 1991/2001.

Assim vejamos: o Distrito de Beja que, até 1950, foi uma região atractiva porque no País viviam essencialmente da agricultura e o Alentejo era o epicentro desta actividade. Os serviços apenas serviam de retaguarda. Contudo, com a tentativa de introduzir meios técnicos, científicos e tecnológicos nas terras aráveis desta vasta região sem que, para o efeito, tivesse havido alguma preparação formativa das pessoas, o Alentejo tomou-se uma terra instável e o caminho certo foi o êxodo imparável das populações, em direcção

aos grandes centros do Litoral, onde começava então a valorização do urbano, do industrial, em detrimento do rural, sinónimo de decadência.

Para além destes aspectos, com um movimento populacional quase massivo de características puramente rurais, com um nível de escolarização baixíssimo, com dificuldades de integração nos novos valores urbanos, restava-lhes um caminho - povoar os territórios de Lisboa e Setúbal e mais tarde o Algarve, mas sempre ocupando trabalhos que não exigiam qualificações, sendo desta forma excluídos de participar na construção da sua terra, que, por razões alheias à sua vontade, foram obrigados a abandonar. Tal situação contribui injustamente para deixar o Distrito numa situação de profundo desequilíbrio, conforme se pode verificar nos dados do quadro nº 3.

Perante o espectro delineado, as consequências não se fizeram esperar: redução dos jovens e dos activos, logo diminuição dos casamentos, dos nascimentos, onde não há renovação de gerações, não há mais valia económica, porque estes cenários, ainda que inspirem poetas e artistas, não inspiram investidores, carecem de uma verdadeira política comunitária para alterar o ciclo dos acontecimentos que assolam, há mais de 40 anos, 80% do território da Europa – o espaço Rural.

QUADRO n.º 3: A Evolução da População Residente no Distrito de Beja, por Concelho entre 1864 e 1991

Concelhos Dist. Beja	Anos													
		1864	1878	1890	1900	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	199x
Aliustrel	5984	7788	7455	8214	12272	12437	15276	17299	18214	18181	13473	12870	1187	
Almodôvar	9607	10215	10827	11089	11848	12173	14180	16283	17702	16028	12264	10637	88	
Alvito	2738	2804	2833	3065	3976	3970	4556	5616	5506	4850	3376	2968	26	
Barrancos	1994	2373	2581	2659	2753	2999	3210	3489	3624	3429	2695	2157	20	
Beja	195587	23099	23875	25382	30058	30810	37143	42113	42703	43119	36384	38246	350	
Castro V.	6920	7923	7901	7712	9340	10120	11112	12747	12428	11637	9004	7472	76	
Cuba	5969	6077	6025	6103	6856	7310	8054	8404	8278	7554	6048	5740	54	
Ferreira Al.	5895	7031	8104	8401	9787	10115	12472	14576	15637	14894	11223	11244	101	
Mértola	16004	17152	19674	18910	22997	21185	26310	29218	29353	26026	14310	11693	96	
Moura	13727	15241	16367	17417	20528	21276	23753	27582	30584	29106	21342	19772	176	
Odemira	17136	18098	19386	20489	23883	27697	32541	40513	44050	43999	33068	29463	266	
Ourique	7850	8197	9165	9143	10664	11905	14014	16356	16686	15002	9514	7969	61	
Serpa	14299	15354	16699	17357	20703	22029	29445	32965	35007	32476	23872	20784	178	
Vidigueira	7442	8054	8304	8813	9041	8888	10621	II 047	II 252	10594	8243	7405	62	
Total Beja	135116	149405	159196	164754	194727	202914	242687	278215	291 024	276895	204816	188420	1678:	

Fonte: PIIDBeja, Sistema Físico Social- A População, p. 13, e Resultados Preliminares dos Censos 91, INE, Lisboa.

Em função do exposto, o cenário da Região Alentejo, para a primeira década do Séc. XXI, não é optimista. Ainda que os movimentos migratórios registem saídas menos significativas, eles não deixam de ser assaz preocupantes. Contudo, regista-se um dado novo - uma parte dos que saem levam na bagagem um património assinalável, isto é, levam uma parte deles, um curso superior ou um curso de formação profissional.

Alterar o ciclo dos acontecimentos carece de políticas, não só das entidades locais, mas também nacionais e comunitárias com vista a alterar os dados que o quadro nº 4 nos fornece. É um facto que as estatísticas, às vezes tentam iludir os resultados, sobretudo quando os pressupostos da ciência não são respeitados mas, neste caso do Alentejo, os números da projecção, para os primeiros anos do novo século, não nos deixam margens para grandes dúvidas - estamos mesmo a perder a nossa vitalidade demográfica e se não

se tomarem medidas acerca do problema no presente, o futuro poderá estar irremediavelmente perdido.

QUADRO n º 4: Síntese e Projecção dos Indicadores Demográficos no Alentejo (1991-2011)

INDICADORES	1991		2001		2011	
	VALOR	VALOR	▲%	VALOR	▲%	
O RESIDENTE	543442	489242	-10,0	443152	-9,4	
Taxa de Crescimento anual médio	-0,62	-1,05		-0,98		
GRUPOS FUNCIONAIS (Económicos)						
Jovens (0-14 anos)	95047	67701	-28,8	58070	-14,2	
%	17,5	13,8		13,1		
Adultos (15-64 anos)	343400	309345	-9,9	280498	-9,3	
%	63,2	63,2		63,3		
Idosos (>= 65 anos)	104995	112197	6,9	104584	-6,8	
%	19,3	22,9		23,6		
População Idosa Independente (65-75 anos)	61814	64697	4,7	50552	-21,9	
%	11,4	13,2		11,4		
População Idosa (>= 75 anos)	43181	47500	10,0	54031	13,8	
%	7,9	9,7		12,2		
DEPENDÊNCIA						
Dependência dos Jovens	27,7	21,9	-20,9	20,7	-5,4	
Dependência dos Idosos	30,6	36,3	18,6	37,3	2,8	
Dependência total	58,3	58,2	-0,2	58	-0,3	
Índice de Envelhecimento	110,5	165,7	50	180,1	8,7	
INDICADORES DE FECUNDIDADE						
Mulheres (15-49 anos)	115446	108511	-6,0	93493	-13,8	
%	21,2	22,2		21,1		
Mulheres (15-30 anos)	52146	46837	-10,2	34512	-26,3	
%	9,6	9,6		7,8		
Mulheres (30-49 anos)	63300	61674	-2,6	58981	4,4	
%	11,6	12,6	8,2	13,3	5,6	
ESPERANÇA DE VIDA A NASCENÇA (Homens)	70,8	72,4	2,2	74,0	2,3	
RES DE MIGRAÇÕES						
Saldo Migratório	-27009	-25000	-7,4	-12500	-50,0	
Taxa de Saldo Migratório	-4,8	-4,8		-2,7		

Fonte: Candeias, Amável, Concentração Populacional nos Centros Urbanos da Região Alentejo, Évora: 1998 p. 107 (policopiado).

2.1 – A POPULAÇÃO

Estima-se que a população actual ronde os 36000 habitantes. A tendência para o crescimento da cidade e o esvaziamento dos aglomerados rurais tem vindo a manter-se, atingindo alguns níveis de percentagens preocupantes.

O Concelho de Beja é caracterizado por um povoamento concentrado em núcleos normalmente grandes. Apenas em torno da cidade de Beja surge um povoamento com uma certa dispersão. Assim estima-se que o peso da cidade de Beja em relação ao total do concelho se aproxime dos 60%, contribuindo com cerca de 24.000 habitantes.

Embora, se tenha feito alguns esforços para a melhoria das condições de vida nos aglomerados rurais, não tem sido suficiente para atrair a fixação das populações. A densidade populacional do concelho ronda os 34 hab./Km² que embora baixa, apenas é ultrapassada pelo concelho de Cuba. De qualquer modo, não será de estranhar esta média uma vez que o distrito de Beja é o que possui a mais baixa densidade populacional do país (18 hab. /Km²).

A diferenciação demográfica do concelho é grande, atingindo uma densidade média nas quatro freguesias urbanas de 307 hab./Km², enquanto esse valor no conjunto das treze freguesias rurais é apenas de 15 hab./Km².

2.1.1 - Densidade Da População Por Freguesia (Hab/Km²)

Tabela nº 1: Densidade Da População Por Freguesia (Hab/Km²)

ESCALÕES	FREGUESIAS
De 3 a 6 Hab./Km ²	Quintos, S.Brissos e Trindade
De 9 a 13 Hab./Km ²	Albernoa, Baleizão, Mombeja, Santa Clara do Louredo, S.Matias e Santa Vitória
De 23 a 26 Hab./Km ²	Cabeça Gorda e Salvada
De 46 a 88 Hab./Km ²	Beringel e Nossa Senhora das Neves
De 167 a 269 Hab./Km ²	Santiago Maior e Santa Maria da Feira
De 704 a 864 Hab./Km ²	S. João Batista e S. Salvador

Fonte: Câmara Municipal de Beja, 2003

A população apresenta características de duplo envelhecimento e não substituição de gerações.

As percentagens mais elevadas de jovens e idosos relativamente à população activa, encontram-se nas freguesias rurais do sudoeste:

Albernoa, Cabeça Gorda, Santa Vitória, São Brissos e Trindade. As menos elevadas situam-se nas freguesias urbanas e na sua periferia.

2.1.2 - Percentagem da evolução da população por grupos etários

Tabela nº2: Percentagem da evolução da população por grupos etários

GRUPOS ETÁRIOS	ANOS			
	1960	1970	1991	2001
Dos 0 aos 19 anos	33,4%	31,6%	30,1%	20,8%
Dos 20 aos 59 anos	55,1%	50,9%	50,5%	53%
60 e mais anos	11,5%	17,5%	19,4%	26,2%

Fonte : Câmara Municipal de Beja, 2003

Relativamente á taxa de natalidade, o concelho de Beja apresenta a taxa mais elevada (11,4%) do distrito. Por outro lado, apresenta uma das taxas de mortalidade mais baixa (14,5%). Em resultado destes números a taxa de crescimento natural ou saldo fisiológico aproxima-se dos valores da média do continente (-3,1%).

2.1.3 - Evolução da taxa de natalidade/mortalidade por 1.000 habitantes

Tabela nº3: Evolução da taxa de natalidade/mortalidade por 1.000 habitantes

	ANOS								
	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2002
Natalidade	31,5	25,5	21,9	18,4	19,5	15,3	16,0	12,8	11,4
Mortalidade	16,9	15,7	13,4	10,5	10,8	12,2	10,3	9,7	14,5
Saldo Fisiológico	14,4	9,8	8,5	7,9	8,7	8,7	5,7	3,1	-3,1

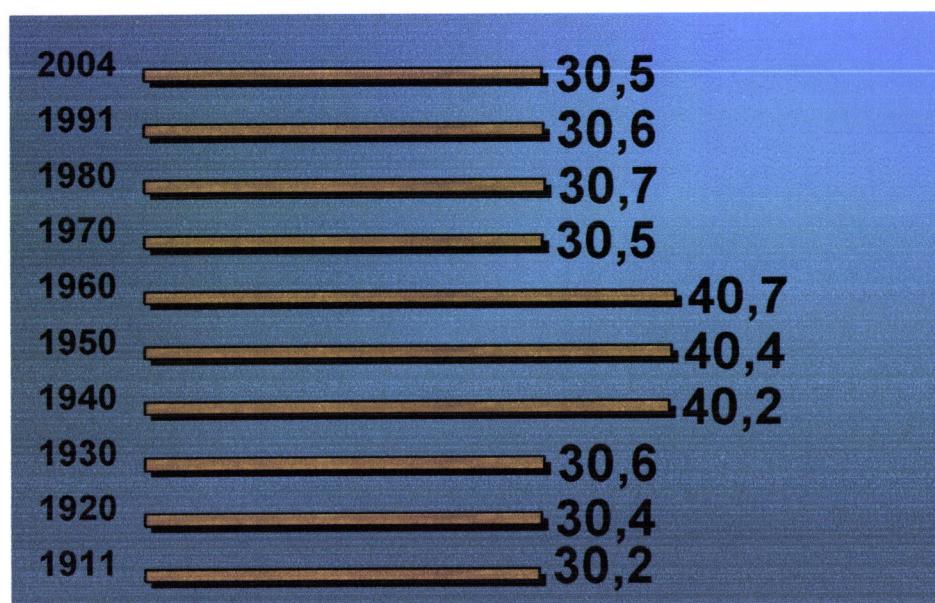
Fonte : Câmara Municipal de Beja, 2003

A taxa de natalidade tem vindo a decrescer, sendo este um resultado entre outros factores, da tendência manifesta de os casais terem menos filhos e do forte envelhecimento da população. A taxa de mortalidade registou uma descida acentuada até 1950, mantendo-se relativamente estável a partir daí, devido especialmente à melhoria das condições de vida e acesso aos cuidados médicos, conduzindo à diminuição da mortalidade infantil e ao aumento da longevidade. A população masculina do concelho é mais jovem que a feminina, onde 52% do número total dos homens tem menos de 35 anos, contra 47,1% das mulheres. Para idades superiores a 60 anos, verifica-se um número superior de mulheres resultado da sobre-mortalidade masculina. A presença mais acentuada de homens faz-se sentir apenas no grupo etário dos 20 aos 24 anos, enquanto a ausência parece atingir sobretudo idades compreendidas entre os 35 e os 40 anos. Em todos os aglomerados populacionais verifica-se uma superioridade da população feminina em relação à população masculina.

2.1.4 - População do Concelho de Beja

Mais de metade da população do concelho está concentrada na cidade de Beja; 35,7% reside em lugares com menos de 2.000 habitantes; 5,2% em lugares entre 2.000 e 5.000 habitantes e 8% está isolada, ou temporariamente ausente.

Figura. nº3: População do Concelho de Beja



Fonte: Câmara Municipal de Beja, 2003

2.1.5 - Evolução da população por freguesias

Tabela nº 4: Evolução da população por freguesias

FREGUESIAS	ANOS									
	1911	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
Albernoa	1533	1595	2101	3525	2267	1879	1331	1105	953	890
Baleizão	2896	2628	3200	2736	3028	3083	1869	1564	1236	1056
Beringel	2772	2995	3336	3744	3374	3554	2774	2763	1729	1525
Cabeça Gorda	2355	2358	2510	2638	2761	2509	1958	1829	1621	1575
Mombeja	792	820	855	999	1065	1002	775	554	510	445
N. SR ^a Neves	1638	1376	1835	2261	2497	2666	2280	2486	2147	1895
Quintos	1040	1189	1317	1674	1535	1516	1002	641	470	310
Salvada	2050	2255	2282	2710	2702	2510	1590	1510	1410	1245
Salvador	2477	2895	3471	2941	4438	5189	4932	5300	5412	5774
S. Maria da Feira	2291	2301	2791	3463	3418	3975	3947	4187	3544	3577
Santiago Maior	2463	2818	3748	3637	5438	5251	5551	7153	7331	7855
S. João Batista	2799	2501	3094	3104	3599	3625	3934	5553	5774	6269
S. Clara do Louredo	1038	916	1125	1216	1165	1189	1023	931	884	960
Santa Vitória	1545	1794	2931	2396	2383	2240	1495	1092	817	750
S. Brissos	----	----		424	437	374	234	160	136	101
S. Matias	1302	1205	1232	1275	1272	1299	976	852	753	654
Trindade	1067	1164	1315	2370	1324	1258	713	566	438	345
Trigaches									662	540
Total Concelho	30058	30810	37143	42113	42703	43119	36384	38246	35827	35766
Total F ^a Urbanas	10030	10515	13064	14145	16893	18040	18364	22193	22061	23475
Total F ^a Rurais	20028	20295	24079	27968	25810	25079	18020	16053	13766	12291

As sedes de freguesia aglomeraram, na sua generalidade, grande parte da população, constituindo excepção os lugares de Penedo Gordo e Trigaches que, não constituindo sedes de freguesia, têm mais de 700 habitantes.

2.1.6 - Taxa de analfabetismo por freguesias

Tabela nº 5: Taxa de analfabetismo por freguesias

FREGUESIAS	POPULAÇÃO		
	TOTAL	ANALFABETA	%
ALBERNOA	1105	365	33,03
BALEIZÃO	1533	570	37,18
BERINGEL	2657	875	32,79
CABEÇA GORDA	1790	632	35,30
MOMBEJA	549	183	33,33
NEVES	2499	768	30,73
QUINTOS	622	259	41,63
SALVADA	1531	529	34,35
SALVADOR	5479	640	11,68
SÃO BRISSOS	165	94	56,96
S. JOÃO BATISTA	5698	802	14,68
SÃO MATIAS	851	234	27,49
ST ^a CLARA LOUREDO	913	254	27,82
ST ^a MARIA DA FEIRA	4287	1346	31,39
SANTA VITÓRIA	1095	313	28,58
SANTIAGO MAIOR	7472	1064	14,23
TRINDADE	559	216	38,64

Fonte: Câmara Municipal de Beja, 2003.

3 - OS SECTORES DE ACTIVIDADE ECONÓMICA

O Alentejo, sendo uma das regiões mais pobres da União Europeia, segundo o seu indicador “PIB per capita”, conseguiu ultrapassar os 37% da média comunitária, em 1986, para 59,7% em 1996. Contudo, o “PIB per capita” da região Alentejo continua a manter ainda uma discrepância, relativamente à média nacional, sendo apenas ultrapassada no Alentejo Litoral. No Distrito de Beja, o Sector de Actividade que detém maior peso na actividade económica, é o terciário, que veio gradualmente a ocupar o lugar do sector Primário.

Nas últimas décadas tem-se verificado uma quebra no emprego agrícola no Continente, entre 1960 – 1981 (-47,8%) que foi compensada pela expansão do emprego, no Sector Secundário (+62%) e dos serviços (+74,8%). No Distrito de Beja, aquela quebra (-66,3%) só parcialmente foi absorvida pela indústria (21,4%) e pelo Terciário (26,80/0). Há, de qualquer modo, um processo de terciarização e de desenvolvimento do Sector dos Serviços como resultado do aumento quantitativo e qualitativo das curvas de consumo e também uma maior e melhor intervenção do Sector Público na Região, apresentando uma dinâmica de crescimento idêntica à do País.

A agricultura manteve-se no topo das actividades que ocupavam maior número de pessoas activas, 64,4% em 1970 e 41,8% em 1981, seguido pelos Serviços e Colectividades (10,8% e 19,6%), vindo a perder gradualmente o seu peso no sector económico. Quando levamos a nossa análise ao nível do Concelho, de acordo com o PIDDBeja, verifica-se que em 1981 existiam algumas diferenças que, no entanto, só serviram para marcar a condição mais "urbana" de Beja e a especialização de um dos Concelhos (indústria extractiva em Aljustrel).

Assim, dos 14 Concelhos, só em Beja é que a população activa agrícola não tinha a percentagem mais elevada. O segundo lugar, que, na maioria dos Concelhos (com excepção das indústrias extractivas em Aljustrel e das indiferenciadas em Odemira) era ocupada em 1970 pelos Serviços Prestados à Colectividade, mantém-se essa posição em

1981 em 8 Concelhos. Em 5 dos Concelhos mais pobres (Almodôvar, Castro Verde, Mértola, Odemira e Ourique), o segundo maior sector empregador era a Construção Civil e Obras Públicas. Numa região onde o cenário de desenvolvimento limitado tem sido a norma, a mobilidade das populações locais também é fraca. Assim, da população activa no Distrito de Beja, só 27% se deslocou para trabalhar dentro do Distrito e para fora do Concelho de residência; 0.8% é para Concelhos de outros Distritos; apesar da sua importância, para o Concelho de Beja, só se deslocaram directamente 676 trabalhadores.

Se compararmos os indicadores que o quadro nº 5 nos fornece (ainda que referentes à região), verifica-se que tem havido uma aproximação dos indicadores em relação aos valores do País.

QUADRO n.º 5: Indicadores socio-económicos da Região Alentejo

INDICADORES ECONÓMICOS	FONTE	ANO	UNIDADE	ALENTEJO	PORTUGAL
VABpm	d)	1995	10^6 Esc.	635277,0	14491385,0
Distribuição do VAB por sectores					
Agricultura, Silvicultura e Pescas	e)	1997	%	15,1	3,9 .
Indústria, Construção, Energia e Água	e)	1997	%	32,2	34,4
Serviços	e)	1997	%	52,7	61,7
Área irrigada	j)	1989	ha	62400,0	472641,0
Unidades agro-alimentares	a)	1996	N.o	984	9702,0
PIB/hab.	e)	1997	10^3 Esc.	1574,0	1797,0
Rendimento disponível das famílias	e)	1995	10^9 Esc.	506,0	11270,0

d) Contas regionais

e) Iufoline - Instituto Nacional de Estatística

j) RAC -1999

Fonte: Programa Operacional da Região Alentejo, CCRA, Évora: 1999

3.1 - A AGRICULTURA

A agricultura regional apresenta algumas fragilidades de natureza económica e estrutural. A sua grande dependência relativamente às ajudas comunitárias associada a uma população rural envelhecida e a desertificação humana no meio rural são o cerne desta fragilidade.

Outros factores que contribuem para esta situação são a fraca dinâmica empresarial associada a uma formação profissional desajustada, o que dificulta as regras do funcionamento, face a um contexto de abertura ao exterior e de progressiva liberalização das políticas, o impacto das alterações das tecnologias e dos padrões de consumo têm provocado mudanças rápidas no quadro de competitividade das actividades agrícolas.

Este quadro pressupõe a adopção de alterações profundas e complexas, uma vez que as culturas são essencialmente de sequeiro e de pecuária extensiva, o que leva a que o sector seja sensível à influência dos factores externos como a PAC e a liberalização dos mercados.

Para alterar a situação actual, é preciso reconverter o sistema cerealífero com base no trigo, só possível a médio/longo prazo e com a introdução do regadio, através dos benefícios do Empreendimento de Fins Múltiplos do Alqueva.

Apesar do cenário exposto, a agricultura no Alentejo apresenta também fortes potencialidades que poderão rentabilizar e renovar este sector, nomeadamente os solos e as condições climatéricas, bem como o montado de sobro e azinho, as produções vitivinícolas de qualidade, a olivicultura e as agro-industriais.

3.1.1 – A Agricultura no concelho de Beja

A agricultura, actividade tradicionalmente dominante na área do município, possui enormes potencialidades a nível físico (solos de boa qualidade, possibilidade futura de expansão da área de regadio, etc.), e está extremamente condicionada pelas relações sociais de produção existentes, pela estrutura fundiária e pela Política Agrícola Comum.

A revitalização da Agricultura pode contribuir para intensificar o desenvolvimento económico do município, tendo em atenção as possibilidades naturais que possui, o efeito estabilizador que proporcionará aos outros sectores económicos as possibilidades de retenção da população no concelho.

É a cultura dos cereais que desde sempre se encontra generalizada a todos os terrenos cultivados (76,904 das culturas temporárias não forrageiras), mesmo sob olival ou sob montados de sobreiro e azinho.

Por ordem decrescente de importância a cultura arvense de sequeiro reparte-se pelas seguintes espécies: trigo, aveia e cevada. Entre as outras culturas arvenses distinguem-se as oleaginosas (18,504) e algumas leguminosas (3,30) - grão de bico, fava e tremoço.

Representa ainda uma área importante no Concelho a ocupada por espécies florestais, a saber: o azinho, o sobreiro e o eucalipto. O olival ocupa entre as culturas arborícolas a maior extensão e está na origem de rendimentos apreciáveis para a região. Relativamente às culturas de regadio, elas verificam-se com muito pouca expressão.

Os ovinos, que representam 37,8% das cabeças normais (CN), predominam no Concelho, seguem-se-lhes os bovinos que representam 31,4% e o terceiro lugar é ocupado pelos suínos, que representam 24,2% do resto das CN. A relação entre os efectivos pecuários e a superfície agrícola útil (SAU) é de 0,24 CN.

A forma de exploração da terra mais corrente no Concelho é a por conta própria. A estrutura fundiária constitui um processo que, ao longo do tempo, raramente manifestou fases de estabilidade, enfrentando permanentemente, com maior ou menor intensidade, situações de mudança.

3.2 - A INDÚSTRIA

O Alentejo é umas das regiões mais ricas do País em recursos do subsolo, dos quais se destacam o mármore, com maior concentração no Alto Alentejo, e a faixa piritosa que se desenvolve nos concelhos de Aljustrel – Castro Verde – Almodôvar, e ainda uma faixa zincífera localizada junto à fronteira, entre o Alentejo Central e o Baixo Alentejo. Esta actividade provoca a dependência da flutuação das cotações dos metais, criando dificuldades na viabilização da sua exploração, o que provoca problemas sociais e desequilíbrios na economia da região.

Alguns estrangulamentos deste sector devem-se à elevada concentração sectorial e

territorial associada aos baixos níveis de produtividade e de rendimento. A estrutura industrial não está muito desenvolvida e existe uma fraca dinâmica empresarial endógena, predominando ainda muitas empresas de pequena e média dimensão. A falta de infra-estruturas para a implementação e suporte do tecido industrial e a escassez de mão-de-obra qualificada estrangula ainda mais este sector económico. Em termos de crescimento, destaca-se a indústria agro-alimentar, quer ao nível nacional e internacional, apresentando produtos de qualidade originários desta região que proporcionam o reforço das especificidades regionais.

3.2.1 – A Indústria no Concelho de Beja

As principais condicionantes ao desenvolvimento industrial são devidas não só às causas de índole estrutural relacionadas com a localização de Beja no contexto nacional, mas também ao factor de inexistência de investimentos do sector a nível local.

Mais de 2/3 das unidades industriais localizadas no Concelho de Beja tem ao seu serviço cerca de 2 trabalhadores. A indústria transformadora respondia, em 1971, por mais de 4/5 (81,1%) das unidades industriais no Concelho, tendo este valor baixado recentemente para 62,9%.

Na estrutura das actividades transformadoras, o lugar hegemónico pertence, tradicionalmente, à indústria alimentar, seguida do sector metalúrgico e metalomecânico e da fabricação de produtos minerais não metálicos. A dimensão das indústrias que laboram na área geográfica é baixa, tendo esta característica vindo a acentuar-se.

3.3 - O DESEMPREGO

A taxa de desemprego era, em 1991, mais elevada no Alentejo do que no Continente. Passadas quase duas décadas, dados mais recentes mostram que o desemprego aumentou em volume e em percentagem de população activa, afectando sobretudo o grupo das mulheres.

Segundo dados sobre o Distrito (PIDDBeja), a área do Centro de Emprego de Ourique registava, em Dezembro 1991, a taxa de desemprego mais elevada (30,8%), seguida de Moura (21,2%) e Beja (17,9%). Estes dados demonstram a fragilidade desta região, face ao desemprego. Em 1991, dos 543.442 habitantes apenas 200.484 se encontravam empregados, representando 89,8% da população em idade activa e com uma taxa de desemprego de 10,2%.

QUADRO n.º 6: População residente e economicamente activa, segundo o sexo e taxas de actividade e desemprego.

ANOS	EMPREGADA			DESEMPREGADA			TAXA DE ACTIVIDADE (%)			TAXA DE DESEMPREGO (%)		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	HM	H	M	HM
1991	133.636	66.848	200.484	7.338	15.449	22.787	53	29,6	41,1	5,2	18,8	10,2

Fonte: Recenseamento Geral da População, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa: 2001

Os Sectores Profissionais, onde o desemprego no Distrito é maior, têm sido a agricultura, a silvicultura e a pecuária que têm vindo constantemente a verificar uma redução drástica, em termos de população activa e de peso, no sector económico, perdendo o papel que historicamente representava como o sector de maior importância na região.

Este estrangulamento, no sector primário, contribuiu para o aumento da taxa de desemprego e a procura em outros sectores, nomeadamente na indústria (o caso das pirites, segundo dados de 2001) e o sector dos serviços.

A elevada taxa de desemprego que se faz sentir no Alentejo, nomeadamente no Distrito de Beja, está associada, essencialmente, a uma fraca estrutura empresarial, onde a falta de dinamismo e diversificação associados ao peso do sector primário permitem um desequilíbrio e tornam o tecido empregador mais vulnerável.

Outro factor que contribui para a manutenção da elevada taxa de desemprego é falta de mão-de-obra qualificada, uma vez que a população residente se caracteriza pelo seu envelhecimento. A implantação de novos estabelecimentos de ensino, nomeadamente o superior, permite formar os mais jovens, mas depois o tecido empresarial não tem condições para os absorver, o que permite que estes acabem saindo para outras regiões do País. Deste modo, resta-nos afirmar que a criação de oportunidades de emprego,

estará associado, sobretudo à promoção de procura de qualidade e em quantidade, no mercado de Emprego.

3.4 - O EMPREGO

Apesar da redução dos efectivos populacionais, quer no Distrito, quer no Alentejo (1), tem-se verificado um ligeiro aumento da população activa, para tal basta atender na taxa de actividade que passa de 41,1% em 1991 para 45,8% em 1998. Tal facto deve-se a uma maior participação da mulher no mercado de trabalho, cuja taxa para o mesmo período, ascende de 29,95% a 36,6%.

No que concerne ao emprego por sectores de actividade: a agricultura, a silvicultura e as pescas registam a maior quebra, centrando-se a mesma taxa em 13%, valor já inferior à média do País (13,5%).

A nível da indústria, regista-se uma empregabilidade que ronda os 26,9%, contra os 35,8 % da média nacional. Enquanto se verifica este deficitário desequilíbrio na indústria, nos serviços regista-se um avassalador *superavit*, isto é, representa 60,1%, contra os 50,7% da representação nacional. Se, no sector anterior, os homens detém maior participação, aqui as mulheres representam 77,9%, facto que se prende com o forte peso da Administração Pública.

3.4.1 – O Emprego e Empresas no Concelho de Beja

A taxa de assalariamento é, no Concelho de Beja, uma das mais elevadas registadas no Continente. Para tal, contribui decisivamente a elevada percentagem de trabalho assalariado existente na agricultura. O significado de tão elevada taxa decorre da diminuta presença do trabalhador por conta própria, isto é, do pequeno proprietário rural.

Situação inversa verifica-se no sector das indústrias transformadoras, devido à grande dispersão das unidades industriais, com pequeníssima dimensão e onde o proprietário trabalha a par com os operários. Também a nível da construção e do comércio se

verifica uma forte presença de não assalariados. No primeiro caso a explicação está no trabalho por conta própria e na pequena dimensão das unidades e no segundo está na natureza familiar de muitos negócios comerciais. Globalmente e de acordo com os elementos mais recentes, o conjunto das actividades terciárias - comércio, banca, seguros e outros serviços - ocuparam mais de metade da mão de obra empregue no Concelho, concentrando quase 2/3 da totalidade dos estabelecimentos ali existentes.

Um dos mais interessantes movimentos registados é o crescimento relativo e absoluto da actividade de seguros. Igualmente os serviços prestados a empresas evoluíram.

De referir ainda a redução acentuada registada na taxa de masculinidade da população activa, que ocorreu pela conjugação do crescimento de quase 50% da população activa feminina com a forte redução da presença da parte masculina no mundo dos activos. A este fenómeno não será estranho o crescimento do sector do comércio e serviços.

4 - CARACTERIZAÇÃO BIOFÍSICA

4.1 - SOLO

No Distrito de Beja, 60% da área total do Distrito é constituída por solos esqueléticos, com elevado risco de erosão, de muito baixa fertilidade e aglomerados rochosos, são excepção os concelhos de Aljustrel, Ferreira do Alentejo, Alvito, Cuba e Beja que apresentam superfícies, onde esta unidade não é dominante, de resto em todos os outros concelhos estes solos representam mais de 50% da sua área.

4.2 - CLIMA

O clima pode-se considerar mediterrâneo com influência atlântica do litoral e continental na zona centro interior.

A precipitação, para além de baixa, coincide por sua vez com os meses, onde a temperatura também é mais baixa; registam-se grandes amplitudes térmicas; ocorrência de algumas geadas; os nevoeiros são mais frequentes nos vales, a maior nebulosidade ocorre mais a norte do Distrito; o vento é variável e nunca superior a 55 km/h; a humidade relativa é bastante fraca.

O clima temperado, derivado das influências mediterrânicas, continentais e atlânticas, resulta em Verões quentes e secos, e Invernos frios e chuvosos, sendo as outras estações de clima moderado.

4.3 - RELEVO

O Distrito de Beja é fundamentalmente constituído por extensas áreas planas e onduladas (peneplanícies) que se desenvolvem a cotas inferiores a 400m. Existem algumas superfícies accidentadas que se situam na transição para a província do Algarve,

a Sul e na transição para a província do Alto Alentejo, a Norte. Dentro do Distrito, encontramos um obstáculo físico significativo - é o vale encaixado do Rio Guadiana, que individualiza assim duas zonas, criando condições fisiográficas e edofoclimáticas e perspectivas particulares.

4.4 - GEOLOGIA, RECURSOS MINERAIS

O Distrito localiza-se, na sua maior parte, no Maciço Hespérico ou Maciço Antigo, apenas a Noroeste ocupa alguns terrenos pertencentes à bacia sedimentar do Rio Sado.

É também aqui, que se localiza uma parte importante da faixa piritosa Ibérica, com concentração de ferro, zinco, chumbo e cobre, destacando-se as Minas de Aljustrel e Neves Corvo.

4.5 - PATRIMÓNIO NATURAL, PAISAGÍSTICO

Por este, entende-se "*o conjunto de valores estéticos, paisagísticos, ecológicos, científicos e/ou culturais que se encontram no seu estado natural (ou próximo do natural) ou que tenham resultado duma intervenção humana e equilibrada no território*" (PIDD Beja – Sistema Biofísico p. 194)

Em termos de ambiente natural, o Distrito de Beja goza de uma situação favorável, quer pela riqueza da sua paisagem quer pelo grau de conservação em que se encontra. No que concerne à paisagem, contém em si traços fortemente distintos – uma paisagem única no país, tendo um carácter tipicamente mediterrânico, cujo manto vegetal lhe dá uma imagem própria, com novas contenções de espécies exóticas.

Destaque-se algumas espécies autóctones: a azinheira, o sobreiro, a oliveira, o zambujeiro, com importante papel na economia agrária da zona; enquanto a vegetação silvestre exibe a esteva, aroeira, o aloendro e outras plantas aromáticas como o rosmaninho, a urze, alfazema, etc. Considere-se ainda a paisagem aperfeiçoada pelo homem que forneceu a estas terras outros traços peculiares – ex. a cultura cerealífera. Não obstante os traços comuns, a paisagem do Distrito detém elementos que a diferenciam pelas suas características, evidenciando a variedade da paisagem, meios humanos e potencialidades da região.

Assim temos:

- Barros de Beja e Serpa (zona cerealífera por excelência);
- Triângulo Vidigueira – Cuba - Alvito (pequena propriedade vinhateira);
- Campo de Ourique - "Campo Branco" (Aljustrel, Ourique, Almodôvar, Castro Verde). A zona mais primitiva dotada de uma riqueza faunística - cegonha branca, abetarda, faisão, barrigas negras, aves de rapina e outras espécies em vias de extinção na Europa;
- “Serra” (Mértola, Serpa, Barrancos, Almodôvar), riqueza de flora e fauna e de grandes aptidões cinegéticas;
- Faixa Litoral (Odemira), inclusive na área Protegida do Litoral Alentejano e Costa Vicentina, uma das costas mais valiosas e mais ricas em espécies na Península Ibérica, destacam-se os sistemas dunares e arribas costeiras, e o estuário do Rio Mira.

Existem ainda: sistemas fluviais e suas áreas ribeirinhas nas bacias hidrográficas do Mira e do Guadiana e de albufeiras e charcos temporários.

4.6 - OUTROS VALORES PAISAGÍSTICOS PRESENTES:

Existem sítios de interesse Europeu para a conservação da natureza, os quais passamos a destacar no quadro seguinte:

QUADRO n.º 7: População residente e economicamente activa, segundo o sexo e taxas de actividade e desemprego.

Sítios	Motivação							Área (ha)
	Paisagem Geológica ou Geomorfológica	Ecologia	Flora	Fauna	Presença de Espécies Raras! Ameaçadas.	Presença de Espécies Endes.	Imp. da Esp. Migrat	
043-000 Vale do Rio Guadiana (INF)	*	*		*	*			41300 (a)
048-000 Costa Alentejana	*	*	*	*	*		*	8500 (a)
051-048 Vila Nova de Milfontes (Foz Mira)	*		*	*	*	*		834
052-048 Foz Rio ouriço / Cabo Sardão	*	*	*	**	**	*	**	613
053-048 Zambujeira do Mar	*	*		*	*	*		307
109-000 Serra do Cereal			*	*	*			4280 (a)
110-000 Serra do Caldeirão / Barranco do Velho		*	*	*	*			8800 (a)
121-000 Serra de Portel		*	*	*	*			39 850 (a)
122-000 Contenda / Serra da Adiça			*	*	**			20 800
154-000 Alvito			*	*	*			850
155-000 Moura	.		*	**	*			600
156-000 Castro Verde / Almodôvar			*	*	*			25 650
162-000 Safara (Rio Ardila)			*	*	*			1100
163-000 Baleizão			**	*	**			1250
164-000 Messeiana			*	*	*			1800
165-043 Moinho das Fazendas		*	*	*	*			2850
166-043 Pulo do Lobo	*	*	*	*	*	*		7900
167-043 Mértola Foz do Rio Vascão	*		*	*	*	*		15760 (a)
187-000 Albufeira de Odivelas				*	*		*	4520
193-000 Albufeira do Monte da Rocha				*	*		*	5500
273-000 Ribeira do Torgal		*	*	**	*			2 300
274-000 Colos / Rib. De Gama		*	*	*	*			6650

(a) Estas áreas abrangem Concelhos que não pertencem ao Distrito de Beja

5 - PATRIMÓNIO CONSTRUÍDO E INFRA-ESTRUTURAS COLECTIVAS

5.1 -PATRIMÓNIO CONSTRUÍDO

Refere-se a todos os testemunhos que documentam a criação por parte do homem do seu habitat edificado, tais como vestígios arqueológicos, arquitectura e urbanismo, sejam eles de origem popular ou erudita e a sua motivação de carácter funcional ou simbólico.

5.1.1 - Património Arqueológico

É um distrito rico em vestígios arqueológicos abrangendo todas as épocas: megalítico, idade do bronze e ferro, época romana, época paleo-cristã e medieval e existência de alguns museus arqueológicos.

5.1.2 - Património Monumental, Arquitectura e Urbanismo

O modo como as Comunidades se apropriam do espaço colectivo, sedimentando uma cultura urbana e como foram construindo, em cada momento, o espaço provido de habitação, em função das necessidades individuais, integram o homem num determinado contexto socio-económico, que vai constituir, assim uma das expressões mais evidentes da cultura de um povo.

Para além do valor subjacente aos aspectos social e cultural, o património construído constitui hoje um suporte fundamental que leva ao aparecimento de certas actividades económicas que poderão vir a potenciar o desenvolvimento do Distrito.

Remonta ao período romano o suporte físico da actual ocupação do território, é uma cultura fortemente urbana, apoiada por uma estrutura agrária de grande propriedade (latifúndio) e associada à implantação de uma rede viária de ligação dos maiores centros urbanos, consolidando a forma do povoamento que se manteve até hoje.

5.2- PATRIMÓNIO CULTURAL DE BEJA

5.2.1- Monumentos

CASTELO

De provável origem romana sofreu ao longo dos séculos sucessivas reconstruções, quer visigóticas, quer árabes. Cabe, no entanto, ao período de fundação da nacionalidade a reconstrução que hoje apresenta assim como a das suas muralhas. A “Torre de Menagem” do castelo, que tem aproximadamente 40 metros, foi mandada construir por D. Dinis.

ERMIDA DE SANTO ANDRÉ

Fica situada à entrada da cidade, para quem vem de Lisboa, foi mandada edificar por D. Sancho I, em comemoração da tomada de Beja aos mouros, em 1162.

IGREJA DE SANTO AMARO

É uma das mais preciosas relíquias artístico-arqueológicas do país, e até à Península. Foi o primeiro templo visigótico de Beja.

IGREJA DE SANTA MARIA

Foi construída por volta do ano de 1259 e doada à Ordem de Avis, por D. Afonso III no ano de 1308. O seu interior está dividido por 3 naves.

IGREJA DO PÉ DA CRUZ

Foi mandada edificar em 1499 e reconstruída em 1696.

No seu interior existe um belo altar-mor com trono e arco triunfal de talha barroca. A nave está revestida de azulejos do século XVII.

IGREJA DA MISERICÓRDIA

Foi mandada edificar pelo Duque de Beja, Infante D. Luís, no século XVI. Este belíssimo templo, evoca a arquitectura de uma “loggia” do estilo rústico- vitruviano, exemplar único em Portugal.

CONVENTO DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Foi mandado edificar em 1459 pelos Infantes D. Fernando e D^a. Brites, pais da rainha D^a. Leonor. Do primitivo, restam apenas a igreja e a sala do Capítulo, dependências onde se encontra instalado o Museu regional de Beja. No primeiro andar do edifício pode-se admirar a “Janela de Mértola”, onde segundo a tradição, Mariana Alcoforado, viu pela primeira vez o cavaleiro francês por quem se viria a apaixonar.

CONVENTO DE S. FRANCISCO

Fundado no ano de 1268 pelo Alcaide-Mor de Beja, é um dos melhores monumentos de arquitectura religiosa da cidade. De admirar no seu claustro e no refeitório dos frades as magníficas abóbadas artesoadas e os belos azulejos de xadrez do século XVI. Menções especiais merecem a Capela dos Túmulos e a Sala do Capítulo.

ARCOS ROMANOS

São belos exemplares do período romano os arcos das Portas de Évora e de Avis que conservam ainda parte da carçada original.

PELOURINHO

Situado na Praça da República, é de estilo manuelino.

“VILLA” ROMANA DE PISÕES

Situa-se na Herdade de Algramaça, perto da aldeia do Penedo Gordo, a 7 Km de Beja. Esta “villa” é composta por 48 salas, várias piscinas, balneários, lagos, jardins interiores e exteriores e um columbário. Possui as três partes constituintes de uma instalação agrícola romana perfeita: villa urbana, villa rústica e villa frutuária. A sua ocupação data do século I ao século IV.

5.2.2 – Artesanato

O artesanato alentejano encontra-se sobretudo ligado às actividades agro-pecuárias. Assenta nos materiais ligados ao campo como sejam: a cortiça, a madeira, o barro, a cana e o chifre.

Existem núcleos de artesanato espalhados um pouco por todo o concelho nas seguintes áreas: olaria, barros artísticos, miniaturas em madeira e cortiça, cestos de cana, cobres martelados, tecelagem, tapetes, rendas, embalsamentos, esculturas em pedra, calçado, arreio de pele, fero forjado, etc.

5.2.3 - Gastronomia

De entre os pratos regionais mais conhecidos, salientam-se os seguintes:

O gaspacho, as migas com carne de porco ou chouriço, a açorda, o ensopado de borrego, a moleira com lombinhos e ovos, a moleja, a sopa de beldroegas com queijinho e a açorda de poejos.

Os queijos de cabra e de ovelha bem como os seus enchidos (paio, linguiças e presuntos) são dos mais apreciados no país.

5.3 - INFRA-ESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS COLECTIVOS

5.3.1 - Saúde

A O.M.S. considera que saúde é não só a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, psíquico, mental, moral e social. Deste modo, a saúde é um elemento essencial na vida das pessoas. Vejamos então alguns indicadores

referentes ao Distrito de Beja. Actualmente, existem duas unidades de cuidados diferenciados (Hospital Distrital de Beja, Hospital Distrital de Serpa nível I), 14 Centros de Saúde (cuidados de saúde primários) com 102 extensões, 10 unidades de internamento e 13 serviços de atendimento permanente e ainda, um centro de saúde mental (concelho de Beja).

Em síntese: Relativamente aos cuidados diferenciados, julga-se que o facto de existirem no Distrito 2 unidades hospitalares, coloca o distrito num nível capaz de satisfazer as necessidades da população, por outro lado o reforço dos cuidados primários e sobretudo o estreitar da relação entre eles e os cuidados diferenciados poderão proporcionar condições de saúde aceitáveis à população deste Distrito.

QUADRO n.º 8: Estabelecimentos de Cuidados de Saúde Primários – Centro de Saúde – nos Concelhos do Distrito de Beja em 2000.

DISTRITO DE BEJA	Número	Com Unidade de Internamento		Com serviço Atend. Permanente	Número Extensões
		N.º	Lotação		
Distrito de Beja	14	10	130	13	102
Alentejo (c)	47	33	691	37	285
Aljustrel	1	1	10	1	8
Almodôvar	1	1	12	1	8
Alvito	1	---	---	---	1
Barrancos	1	---	---	1 (a)	---
Beja	1	---	---	1 (a)	16
Castro Verde	1	1	12	1	4
Cuba	1	1	6	1	4
Ferreira do Alentejo	1	1	15	1	8
Mértola	1	1	16	1	14
Moura	1	1	14	1	7
Odemira	1	1	23	1	14
Ourique	1	1	10	1	6
Serpa	1	---	---	1 (b)	7
Vidigueira	1	1	12	1	5

Fonte: Administração Regional de Saúde de Beja Estatísticas e Indicadores Regionais, CCRA, Évora, 2000.

5.3.2 - Cobertura de Infra-estruturas de Saneamento Básico no Distrito de Beja

QUADRO n.º 9: Grau de Cobertura das Infra-estruturas de Saneamento Básico nos Concelhos do Distrito de Beja, em 2000

Concelhos	Infra-estruturas	População presente em 1990, servida por (%)			
		Redes		Etar's	Recolha de Resíduos Sólidos
		Domiciliárias de água	de esgoto doméstico		
Aljustrel	99	100	0	100	
Almodôvar	79	76	55	70	
Alvito	100	100	100	100	
Barrancos	90	90	90	100	
Beja	.95	95	95	100	
Castro Verde	89	82	69	90	
Cuba	100	100	15	100	
Ferreira do Alentejo	91	91	73	100	
Mértola	15	15	15	95	
Moura	89	89	0	100	
Odemira	37	37	37	49	
Ourique	56	56	49	85	
Serpa	99	77	0	85	
Vidigueira	100	100	100	100	

Fonte: PIDDBeja, Cap. II. - Sistema Físico-Económico, Sub-Cap. II. - Sistema de Infra-estruturas, Tomo II., Beja, 2001, p.77

A rede de abastecimento de água no Distrito, como podemos constatar, é elevada, se bem que as pequenas povoações sejam abastecidos por fontanários, o caso de Mértola em que o seu valor é baixo, relativamente aos vários Concelhos, não é surpreendente porque a população do Concelho é de 9.693 habitantes, distribuída por 9 freguesias, 105 lugares, o que dificulta o investimento de base.

A cobertura das redes de esgotos domésticos é um pouco inferior às das redes de distribuição de água, tal facto deve-se por vezes à dispersão de pequenas bacias de drenagem, que, por razões técnico-financeiras, não são beneficiadas.

Relativamente às Etar's (estações de tratamento de águas residuais), a sua taxa de cobertura é muito variável de Concelho para Concelho, as mesmas como é óbvio estão condicionadas pelas dotações orçamentadas pelos diferentes municípios.

Quanto aos resíduos sólidos, atendendo a que em 1981 a população do Continente estava abrangida pela recolha dos resíduos sólidos urbanos a 64%, assim os níveis dos Concelhos estão bastante aceitáveis. Para o efeito, a AMDB criou recentemente uma Associação de Municípios para a Gestão do Ambiente, a qual será responsável pela construção de um aterro sanitário, quatro estações de transferência, encerramento de todas as lixeiras do Distrito, e conclusão do todo o sistema complementar.

5.4. - TURISMO E LAZER

O desenvolvimento do turismo é certamente uma das vias estratégicas para activar um processo de reequilíbrio e de prevenção da região e das suas populações. Este constitui-se como factor de dinamização económica, social e corrector de desequilíbrios estruturais regionais. Hoje, mais do que nunca, o Distrito de Beja representa uma alternativa turística àquelas zonas saturadas e, de certo modo atípicas. Mas para tal concretização, muitos esforços terão que ser reunidos.

5.4.1 – O Turismo no Concelho de Beja

O concelho de Beja dispõe de enormes potencialidades turísticas que possibilitam o desenvolvimento de um turismo essencialmente rural e histórico, se bem que até hoje tenha sido uma actividade pouco incrementada, encontrando-se em estudo acções para o aproveitamento e desenvolvimento turístico da região.

No Concelho permanece intacta uma vincada ruralidade que assenta num equilíbrio ecológico, na ausência de grandes concentrações populacionais (a cidade comporta cerca de 25 000 habitantes), dispondo de uma população, por excelência, afável.

O património monumental e outros vestígios de civilizações antigas transmitem-lhe uma identidade cultural diferenciada de outras regiões do País.

5.5 – FORMAÇÃO/ENSINO

A existência de várias Instituições de Ensino Superior Público e Privado Instituto Politécnico de Beja, Instituto Superior de Psicologia Aplicada e Serviço Social e Universidade Moderna, as quais constituem um verdadeiro motor para a formação de recursos humanos, com vista à formação, à qualidade e à modernização.

Ao nível do ensino técnico – profissional, há a destacar também a criação de algumas Escolas – profissionais, nomeadamente a Escola Bento de Jesus (Beja e Mértola); a Escola Profissional Fialho de Almeida (Vidigueira e Cuba); a Escola Profissional de Alvito; a Escola Profissional de Serpa.

5.5.1 – O Ensino no Concelho de Beja

Nos últimos anos têm-se concentrado no Concelho de Beja vários Estabelecimentos de Ensino que se encontram actualmente organizados em Agrupamentos.

Agrupamento nº 1 de Beja (Santa Maria)

Escola sede: E.B.2,3 Santa Maria	EB.1 nº2 de Beja
EB.1 nº6 de Beja	EB.1 nº7 de Beja
EB.1 nº8 de Beja	EB.1/JI nº1 de Beja
EB.1 de São Matias	EB.1/JI de Baleizão
EB.1/JI de Neves	JI de Beja nº4
JI de São Matias	

Agrupamento nº2 de Beja (Mário Beirão)

- Escola sede: E.B.2,3 Mário Beirão
- EB.1 nº1 de Beja
- EB.1/JI de Cabeça Gorda
- EB.1/JI de Santa Clara do Louredo
- EB.1 de Vale de Rocins
- EPEI de Quintos
- EB.1/JI nº2 de Beja
- EB.1/JI de Albernoa
- EB.1/JI de Salvada
- EB.1 de Trindade
- EB.1 de Quintos
- EPEI de Trindade

Agrupamento nº3 de Beja (Santiago Maior)

- Escola sede : E.B.2,3 Santiago Maior
- EB.1 de Mombeja
- JI nº3 de Beja
- EB.1 de Mina da Juliana
- EB.1 nº2 de Beringel
- EB.1 de Trigaches
- EPEI de Mombeja
- EB.1 nº4 de Beja
- EB.1/JI de Penedo Gordo
- EB.1/JI de Santa Vitória
- EB.1 nº1 de Beringel
- JI de Beringel
- EPEI de Trigaches

Estabelecimentos de Ensino Particulares

- Jardim-de-infância N ª Senhora da Conceição
- Jardim-de-infância O Avião
- Centro de Infância Coronel Sousa Tavares
- Fundação Joaquim Honório Raposo
- Infantário Seara Nova
- Centro Paroquial e Social do Salvador
- Escola Aberta
- Externato António Sérgio
- Conservatório Regional do Baixo Alentejo

Estabelecimentos de Ensino Secundário

- Escola Secundária D. Manuel I
- Escola Secundária Diogo de Gouveia

Estabelecimentos de Ensino Superior

- Escola Superior Agrária
- Escola Superior de Educação
- Escola Superior de Enfermagem
- Escola Superior de Tecnologia e Gestão
- Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Instituto Superior de Serviço Social
- Universidade Moderna (Pólo de Beja)

Formação Profissional

- Escola Profissional Bento de Jesus caraça
- Centro de Formação Profissional

Ensino Especial

- Centro de Paralisia Cerebral

Estabelecimento de Ensino Especial

- CERCIBEJA
- Equipa de Ensino especial

5.6 – COMÉRCIO E SERVIÇOS

São o comércio e serviços os sectores de actividade que apresentam maior dinamismo em termos de mobilização de emprego (60,4% da população activa). O peso crescente dos sectores do comércio e serviços é explicado pela acentuação do perfil administrativo-burocrático da Capital do Distrito e sede do Concelho.

Assim, o concelho de Beja assistiu nos últimos anos a um processo intenso de terciarização da sua actividade económica, que não foi acompanhado de um crescimento efectivo das actividades económicas directamente produtivas.

A tendência geral indica uma consolidação das actividades essencialmente vocacionadas para apoio e suporte ao bem-estar das populações e os serviços às empresas.

5.7 – CULTURA E DESPORTO

Beja tem vindo a ser animada, nos últimos tempos, com a realização de diversas iniciativas culturais e recreativas.

Tal situação deve-se à criação e/ou reactivação de alguns agentes culturais locais que, em conjunto com o Departamento Sócio Cultural da Câmara Municipal, têm vindo progressivamente a contribuir, com as suas realizações, para a dinamização cultural do concelho.

Beja dispõe, entre outros, dos seguintes equipamentos:

- Biblioteca Municipal;
- Casa da Cultura;
- Museu Regional;
- Casa das Arte "Jorge Vieira";
- Galeria dos Escudeiros;
- Várias salas de Exposições e para outras práticas de colectividades e privados.

Nas aldeias há Casas do Povo que dispõem de Salões com capacidade para 150 a 400 lugares sentados e centros de convívio dispondo também de amplas salas.

Mantêm-se em actividade clubes que dinamizam o futebol (a modalidade mais popular, à semelhança do que acontece em todo o País), o andebol, o Karaté, o tiro, o atletismo, o basquetebol, o judo, o hóquei em patins e a patinagem artística, além de outras modalidades e disciplinas.

A caça e a pesca, aliando a prática desportiva ao contacto com a natureza e ao convívio, têm cada vez mais aderentes.

Apesar disso, a Câmara Municipal continua a procurar criar melhores condições para a prática desportiva, quer introduzindo melhoramentos nas infra-estruturas existentes,

quer projectando e construindo novos espaços, como uma piscina coberta e uma pista de "tartan".

Além das provas que constam dos calendários das respectivas modalidades, realizam-se algumas jornadas desportivas que visam a divulgação e, consequentemente, a captação de mais gente para a prática desportiva.

5.8 – ACESSIBILIDADES E TRANSPORTES

O Distrito de Beja encontra-se dotado de uma boa rede viária (em fase de apetrechamento) – desde a Auto-estrada do Sul, IP2 e IP8 que permitem a ligação para todo o País e ligam o Litoral à Espanha.

Por outro lado, a localização geográfica desta região permite um acesso rápido quer a Lisboa, a Espanha ou ao Litoral, estando situado no centro destes destinos e existindo já todas as condições de acessibilidades.

Para além destas infra-estruturas, saliente-se o Porto de Sines, a Base Aérea de Beja e existência de todas as condicionantes para facilitar o tráfego ferroviário.

5.9 – TERCEIRA IDADE

A 3^a Idade (população com 60 e mais anos) representa no distrito de Beja 25,0% do total da população (ver quadro n.º 4), o que nos revela um envelhecimento acentuado.

Este fenómeno impõe que se tomem medidas adequadas, pois implica o financiamento de pensões de reforma, as quais dependem da população potencialmente activa (20-59 anos de idade). Daí, a necessidade de evitar que os idosos se transformem nos excluídos e revoltados do Distrito de Beja. Para isso, e atendendo na esperança média de vida, que está a aumentar – passando de 73.67 HM para 75.19 HM. (Pereira, O., 2000, p. 89)

Este grupo etário não pretende mais anos para a vida, mas sim, mais vida para os anos. Logo será necessário conjugar esforços, a fim de proporcionar condições ao grupo dos idosos, apostando na criação de espaços para tempos livres, onde eles possam ser aproveitados através de programas de apoio, de modo a sentirem-se úteis à sociedade.

Vejamos, alguma evolução registada ao longo desta última década no Distrito, apesar dos números, apresentados, muito haverá que fazer ainda.

QUADRO n.º 10: Infra-estruturas de Apoio à Terceira Idade no Distrito de Beja, em 1990 e 2000

DISTRITO DE BEJA	Lar				Centro de Dia				Apoio Domiciliário			
	1980		1990		1980		1990		1980		1990	
	Unidades	Utentes	Unidades	Utentes	Unidades	Utentes	Unidades	Utentes	Unidades	Utentes	Unidades	Utentes
Aljustrel	1	32	3	135	1		3	120			1	20
Almodôvar	0		2	59	0		1	40		-	1	20
Alvito	0		2	95	0		2	90			1	10
Barrancos	0		1	25	0		1	16			---	u
Beja	5	173	6	353	2		2	65			1	30
Castro Verde	1		1	50	1		- 1	35			---	---
Cuba	1	24	2	107	0		1	30			---	---
Ferreira do Alentejo	1	14	1	57	1		1	40			---	---
Mértola	1		1	40	0		1	40			1	25
Moura	1	18	2	136	0						---	---
Odemira	2	42	2	115	0		1	30			---	---
Ourique	-.-		1	70	0		1	80			---	---
Serva	3	145	3	207	2		1	40			---	---
Vidigueira	1	36	1	40	0		1	20			u	..
Distrito												

Fonte: Centro Regional de Segurança Social, 2002

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso estudo, ao incidir sobre a ecologia do envelhecimento, não ficaria completo se não fizéssemos a caracterização ecológica da região de Beja, na dimensão local/regional, do meio onde os idosos estão inseridos. A escolha da região – o distrito de Beja – reflecte uma grande proximidade afectiva e profissional da nossa parte, bem como um conhecimento desta realidade.

O conceito de região é, nos dias de hoje, entendido como um fenómeno dinâmico, aplicado a diferentes campos de acções simultâneas e de intensidades variáveis, sendo que, os limites regionais são múltiplos e dinâmicos (Casas Novas, 2001).

Nesta linha de pensamento, a mesma autora refere que, geograficamente, são evidenciados os contornos físicos da região e, esta porção de espaço, é definida pelos laços existentes entre os seus habitantes, entendendo-se por laços, as relações entre as pessoas e também as características comuns, bem como, as estruturas sociais especiais que definem algumas dessas relações entre os habitantes de determinada área. Estes laços imprimem ao espaço uma certa homogeneidade que, por si só, não é suficiente para produzir uma região, sendo necessária a organização que é determinante para a existência da mesma (Casas Novas, 2001).

Esta organização, através dos seus mecanismos próprios, comanda o espaço envolvente, encerrando-o numa rede de relações comerciais, administrativas, sociais e políticas, na qual a cidade núcleo ocupa o centro, na situação concreta o distrito de Beja.

Sendo uma entidade única, a região, é um espaço harmónico, possuidor de determinados traços de relevo, clima e vegetação, com uma “personalidade própria”, conseguida através de um longo ajustamento que as sucessivas gerações foram moldando em consonância com o ambiente. Se por um lado é a natureza que define a região, por outro, é o homem que lhe dá figura e expressão, como se de um molde se tratasse, uma vez que ela é um produto da história e da técnica, uma criação humana. Na perspectiva

de Nazereth (1996) o envelhecimento demográfico, não é só um processo natural. Se tivermos presente o conceito de “nicho ecológico humano” e, sendo o homem dotado de grande mobilidade, os processos de migração causam importantes impactos estruturais nos países ou regiões onde acontecem estes fenómenos.

Segundo o mesmo autor, este envelhecimento estudado à luz da demografia, indicam mudanças em vários sistemas que induzem modificações nas variáveis microdemográficas, na estrutura etária, mais explicitamente estas alterações uma vez que são um processo social irão influenciar toda a organização do sistema social (Nazereth, 1988).

Neste capítulo, colocamos em evidência alguns dados demográficos, onde é notório o envelhecimento demográfico no distrito de Beja e gostaríamos de apresentar algumas conclusões:

- Se até aos finais dos anos 50 todas estas condições constituíram atractivo, com o advento dos anos 60 a situação altera-se profundamente, são as migrações internas com destino aos grandes centros do Litoral Sul (Lisboa e Setúbal).
- Hoje, o Distrito de Beja, como todo o interior português, vê-se confrontado com a desertificação humana, cujo comportamento demográfico revela valores extremamente baixos, desde a densidade populacional (16,4 hab/km²), ao duplo envelhecimento (redução dos jovens (25,2%) e aumento dos idosos (25,0%). Daí, que as taxas de natalidade sejam baixas (9,9%), tal como a mortalidade infantil (5,60%).
- Por outro lado, o fraco investimento em infra-estruturas de suporte à actividade económica e a sua fragilidade são responsáveis pelo fraco peso que esta exerce sobre a população potencialmente activa.
- Em relação ao emprego, de acordo com os dados do Ministério do Emprego, houve um ligeiro aumento (embora estes níveis sejam discutíveis), registando-se sobretudo no Sector terciário. Enquanto que o desemprego também conheceu alguns acréscimos na actividade agrícola e sobretudo nas mulheres.
- O Distrito de Beja ocupa 11,5% do total da área do Continente, assente em extensas

áreas planas e onduladas; com a dominância de solos esqueléticos (60%) e sobretudo a sul; um subsolo de certo modo rico em minério (ferro, zinco, chumbo e cobre); o clima é do tipo mediterrânico e um património natural e paisagístico ímpar.

- Independentemente de todas as condicionantes, quer físicas quer humanas, o Distrito possui potencialidades, para além do património natural já referido, há o construído, arqueológico, monumental, gastronómico, urbanístico, artesanal, turístico, cinegético, entre outros, que aproveitados poderão tomar esta zona um espaço mais atractivo e menos assimétrico. Assimetrias essas que são visíveis ao nível das infra-estruturas de apoio às populações, desde a saúde, transportes e acessibilidades, comunicação, segurança social, desporto, educação, desemprego, terceira idade, entre outros. Se, no entanto, têm conhecido algumas melhorias que são visíveis, quando comparadas a 1980, muito se deve à acção das autarquias, cujos esforços não param de crescer, para atenuar todos estes problemas sociais que são graves num Distrito cujos índices de desenvolvimento, nos colocam ao lado das regiões menos desenvolvidas do Espaço Comunitário.

Por isso, importa criar um novo modelo de desenvolvimento, uma maior prioridade à política social como elemento desse modelo, a abertura a novos valores, em especial à solidariedade, a práticas profissionais e institucionais com maiores níveis de responsabilidade, coordenação e interdisciplinaridade, bem como a mobilização dos recursos necessários à efectivação dos direitos e das aspirações dos idosos (Rodrigues, 2002).

A responsabilidade desta situação não é dos alentejanos, mas talvez por falta de políticas e processos de desenvolvimento que permitam às partes, dar o seu contributo para o desenvolvimento que terá que ser global e integrado. Caso contrário, teremos num País, uma comunidade em crescimento, mas profundamente assimétrica. Na verdade, quando existem recursos, numa região com uma matriz cultural forte e uma identificação profunda, existem certamente condições para o desenvolvimento.

PARTE II

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO I

1- TIPO DE PESQUISA

Idealmente seria um trabalho de investigação prospectivo, uma vez que assim se identificariam senão a totalidade, pelo menos um grande número de factores que estão associados à institucionalização dos idosos no nosso contexto social. Tipicamente estes dados, pela forma como foram recolhidos, constituem um estudo de case-control, em que se controla não apenas a variável resposta de interesse “situação residencial” como também outros factores como sendo o sexo, o estado civil, a idade e o grau de escolaridade dos idosos envolvidos. Foram registados 150 casos e 150 controles (1 para cada caso), num estudo do tipo retrospectivo.

“Como todo o estudo não experimental, a principal desvantagem reside na deficiência em revelar relações causais e ainda por trabalhar com grupos preexistentes, o pesquisador recorre a um processo não aleatório, mas sim auto – selectivo.” (Polit & Hungler, 1995, p.120)

Procura-se identificar através da revisão da literatura os factores predictivos mais comuns para a institucionalização, e a partir daqui, verificar se eles também conduzem à institucionalização no nosso contexto social.

Segundo Ayçaguer (1997) consider, para que um factor possa chamar-se causa de certo efeito, deverá ele próprio ser suficiente e necessário:”...tal como podemos sospechar intuitivamente, el terminio necesario se refiere al hecho de que el factor debe estar presente para que determinada situation possa ocurrir.” (p. 168)

2- MÉTODO DE PESQUISA

“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimento rigoroso que assenta num processo racional e que é dotado de um poder descriptivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos.” (Fortin, 1996, p. 17)

O enquadramento teórico serviu para a actualização dos conhecimentos sobre o tema de investigação, bem como para a clarificação dos conceitos. Segue-se a escolha do método de pesquisa que foi o quantitativo afim de poder medir e analisar os dados colhidos e, segundo o mesmo autor, a definição do conceito de método de investigação quantitativo é: *“um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”* (Fortin, 1996, p. 22)

Seguindo a linha de pensamento de Fortin, o homem adquire conhecimento de várias formas, pode ser pela intuição, pelas tradições, experiência pessoal, pelo raciocínio lógico e através da investigação científica. O raciocínio lógico relaciona experiências com faculdades intelectuais e elabora o pensamento. Deste raciocínio deriva o dedutivo e o indutivo.

“A ênfase indutiva estabelece, por um lado, que uma teoria pode e deve emergir da observação e, por outro lado, esta teoria há – de ser verificada, através da contrasteção com a prática das suas derivações. Uma teoria capaz de fazer previsões terá mais valor científico, se as previsões se cumprem, então, é concedida à teoria um sólido valor explicativo.” (Fortin, 1996, p. 28)

Nesta investigação, uma vez que é de índole quantitativa, optámos pelo raciocínio indutivo que é o mais indicado, quando se pretendem verificar situações e resultados de pesquisa numa amostragem e inferi-los na população alvo ou geral.

3- PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

No sentido amplo, a investigação sempre tem finalidade explicativa. Estas pesquisas têm como preocupação central identificar os factores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenómenos (Gil, 1989).

Deste modo, por se tratar de um estudo de ordem quantitativa, transversal e comparativo, delineámos como pergunta de partida desta investigação:

- Quais são os factores de risco de institucionalização do idoso?

Mais especificamente pretendemos responder às seguintes questões:

- O grau de dependência física e psicossocial é factor de risco para a institucionalização dos idosos num lar?
- O tipo de ajuda que os idosos têm influencia a ida para um lar?
- O facto do idoso viver só no nosso contexto, influencia a entrada para um lar?
- Os contactos com a família, e, em especial com os filhos, diminuem o risco de entrada para um lar?

4- HIPÓTESES

Hipótese para Goode e Hatt (1969), “é uma proposição que pode ser posta à prova para determinar a sua validade” (p. 75). Neste sentido, hipótese é uma suposta resposta ao problema a ser investigado. É uma proposição que se forma e que será aceite ou rejeitada, somente depois de devidamente testada.

De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada traçámos as seguintes hipóteses:

- A) Existe associação entre a situação residencial do idoso e o tipo de apoio que recebe.
- B) Existe associação entre o facto do idoso viver só e a sua entrada num lar.
- C) Os idosos que residem no domicílio são visitados mais frequentemente pelos filhos do que os idosos que aguardavam “entrada” para um lar.”.
- D) Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Katz do que os idosos que aguardam entrada para um lar.
- E) Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Lawton que os idosos que aguardam entrada para um lar..

5 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A pesquisa científica possui a sua própria linguagem e terminologia. “*Os conceitos são os elementos de base da linguagem que transmitem os pensamentos, as ideias e as noções abstractas, sendo o próprio termo “conceito” a base da investigação, uma vez que são os conceitos e as suas relações mútuas que constituem as proposições teóricas que são verificadas, sob a forma de hipóteses, pela investigação*” (Fortin, 1996, p. 36). Uma variante da noção de conceito é a de “*construto*”. Segundo nos diz Kerlinguer (1973), citado por Fortin (1996) “*o construto é um conceito especialmente inventado pelo investigador ou adaptado por ele, com um objectivo científico preciso.*” (p. 36)

A variável é o termo privilegiado, no contexto das aplicações da medida. Quando um conceito é colocado em acção, numa investigação, ele toma o nome de “*variável*”. “*As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.*” (Fortin 1996, p. 36)

Polit e Hungler (1995) citados por Fortin (1996), precisam que a actividade de investigação é empreendida, a fim de compreender como e porquê os valores de uma variável mudam, e como estes estão associados aos diferentes valores de outras variáveis.

5.1 – VARIÁVEL DEPENDENTE

“*A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente*” (Fortin, 1996, p. 37). É a variável influenciada pelas variáveis independentes. No nosso estudo é a “*situação residencial*” do idoso, cujas categorias são: domicílio ou lar.

Assim, quando atribuímos um determinado valor na escala, sabemos que o idoso é independente em todas as actividades que se encontram num nível abaixo desse (por exemplo, se atribuímos um grau de dependência 4, partimos do princípio que o idoso é independente, nas tarefas de utilizar a casa de banho, mobilizar-se, ter continência de esfincteres e alimentação)

- Dependência psicossocial para a escala de Lawton (Anexo II) que já referimos na nossa revisão da literatura para avaliar o grau de dependência dos idosos em tarefas mais ligadas a actividades psico – sociais. Nesta escala, consideram-se totalmente dependentes os idosos, cujo total de pontos seja igual a 9 e totalmente independentes os idosos que tenham um *score* total igual a 27. Os idosos que tenham uma pontuação compreendida entre estes dois valores, classificam-se como tendo algum grau de dependência. Este grau de dependência é tanto maior, quanto menor for a pontuação total.

5.3 – VARIÁVEIS DE CONTROLO

“O controlo é o conjunto de meios ou de métodos utilizados para reduzir o mais possível a introdução de fontes de erros de medida, aquando de uma investigação científica” (Fortin, 1996, p.366).

Como variáveis de controlo do nosso estudo teremos:

- Sexo, dicotomizada em duas categorias: masculino e feminino.
- Estado civil, que apontamos como categorias as seguintes: Solteiro, casado, viúvo e divorciado.
- Idade, que categorizamos em duas classes: 75 - 85 e 85 e mais anos.
- O grau de escolaridade que apontamos como categorias as seguintes: analfabeto, sabe ler e escrever, primária, secundária, média e superior.
- O local de residência será emparelhado, segundo o local de residência que os idosos tinham, quando se encontravam no domicílio.
- São estas variáveis que vão constituir os nossos critérios de emparelhamento das duas sub – amostras: lar e domicílio.

6 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Polit e Hungler (1995), “*uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios*” (p.143). Para Wood & Haber (2001) “*uma população é um conjunto bem definido que tem certas propriedades específicas*” (p.141). Segundo este autor, toda a pesquisa deve obedecer a critérios de elegibilidade que também podem ser vistos como delimitações, ou seja, as características que restringem a população a um grupo homogéneo de sujeitos de pesquisa (Wood & Haber, 2001).

De acordo com este pressuposto, a população alvo deste estudo são os idosos com mais de 75 anos. Os casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador, representam a população de acesso e que neste estudo é: os idosos com mais de 75 anos do Distrito de Beja.

A partir da população de acesso, foi extraída uma amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 300 idosos do Distrito de Beja, dividida em duas sub – amostras emparelhadas: 150 com futura residência nos lares do distrito de Beja e 150 a residir no domicílio do mesmo distrito. Todos estes idosos completam até final de 2006, 75 e mais anos de idade, momento, a partir do qual, o risco de institucionalização aumenta consideravelmente.

A sub – amostra dos 150 idosos que residiam no domicílio (grupo B) foi apurada, a partir das características (sexo, idade, escolaridade e local de residência) do grupo dos 150 idosos que residiam no lar (grupo A). Utilizámos portanto uma amostra emparelhada e intencional, a partir do grupo A.

O segundo grupo foi conseguido, através de uma escolha aleatória, por sorteio, nas situações em que houve mais de um indivíduo a reunir as condições de entrada no estudo, isto é, quando houve mais que um indivíduo com a mesma idade, sexo, escolaridade e local de residência no domicílio.

7- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A recolha dos dados efectua-se, segundo um plano preestabelecido, com ajuda de métodos que apresentam características básicas. A estrutura, a possibilidade de quantificação, a imposição e a objectividade são os aspectos mais importantes dos métodos de recolha de dados, embora possam variar nestas mesmas dimensões (Fortin, 1999) e Polit e Hungler (1995).

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista por formulário (em Anexo). As razões que nos levaram a escolher este tipo de instrumento prendem-se, essencialmente, com a facto da população em estudo ser idosa, porque estamos em presença de muitos indivíduos analfabetos, por haver uma série de dados colhidos a partir dos processos dos idosos que se encontram no lar ou se necessário junto de quem presta apoio aos idosos que se encontram no domicílio, como foi o caso dos Centros de Saúde.

Os dados colhidos, no caso dos idosos que se encontram a residir no lar, reportam-se à altura em que ainda estavam no domicílio – ano anterior à entrada no lar – e não à sua situação actual, pois só assim será possível fazer uma comparação, em relação aos factores de risco para a institucionalização.

8 – ELABORAÇÃO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Para a elaboração do formulário, partimos das variáveis apontadas e que fundamentamos na revisão da literatura que efectuamos.

A estrutura do formulário foi traçada, a partir dos diferentes tipos de variáveis, isto é, primeiro teremos as variáveis de emparelhamento (sexo, idade, residência anterior *e/ou* actual e escolaridade), já anteriormente referidas, após o que se seguirá a variável independente (situação residencial), já anteriormente apontada e, por fim, a variável dependente (factores de institucionalização), através dos indicadores que nos permitirão medi-la e que também já mencionámos.

9 – PRÉ-TESTE DO FORMULÁRIO

Um pré – teste consiste no preenchimento do formulário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população (10 a 30 sujeitos). Esta etapa constitui uma tentativa para verificar se o instrumento está enunciado de forma clara, livre das principais tendências e se solicita o tipo de informação que se deseja. (Polit e Hungler (1995), Fortin, (1999))

A sua versão final está apresentada em anexo. Procurámos assegurar a sua validade de constructo fundamentando-nos na revisão da literatura.

Houve uma informação prévia aos idosos, por parte da investigadora, acerca do objectivo do estudo e das suas implicações, sendo garantida a confidencialidade e o anonimato.

Para se apreciar a fidelidade do instrumento, recorreremos a técnica do teste-reteste. Três semanas após a primeira aplicação procedemos a uma segunda aos mesmos 10 idosos, 5 do lar e 5 do domicílio.

A inspecção visual dos itens: Idade; sexo; estado civil; escolaridade; residência; Vive em; coabita com; porquê, localidade; recebe; visitas dos filhos permitiu detectar uma coincidência perfeita entre as duas ocasiões de aplicação.

Para os índices de Katz e Lwton, aplicámos o coeficiente de correlação de Spearman e foi obtido o valor 1 que se deve ao facto de não ter havido qualquer diferença entre as respostas obtidas no teste e no teste-reteste.

10 – APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO E ASPECTOS ÉTICOS

O formulário, através da entrevista, foi aplicado aos 150 idosos que se encontram no domicílio e aguardavam entrada para o lar, na 3^a semana de Março de 2006. Na 4^a semana de Abril de 2006, foi aplicado aos idosos que se encontram no domicílio, no seu local de residência.

De referir que foi dada informação acerca dos objectivos do estudo e pedida autorização para se colherem os dados junto dos idosos, ao Coordenador da Sub – Região de Saúde de Beja (Anexo III). Pedimos a colaboração dos Enfermeiros dos Centros de saúde do Distrito de Beja, afim de facilitar a recolha da informação, dada a proximidade que têm com estes utentes e respectivas famílias.

Aos idosos e seus familiares foi dada informação acerca dos objectivos do estudo, e garantida a confidencialidade e o anonimato, foi explicada a não obrigatoriedade em entrar no estudo e foi dada a informação para que, em caso de dúvidas, estas sejam colocadas. Expressámos o nosso agradecimento pela colaboração no estudo.

11- TÉCNICAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS

Os dados, primeiramente foram introduzidos no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 14.0, tendo sido criada uma base de dados, a partir da qual foi efectuado o tratamento estatístico através do Software R/Project for Statistical Computing.

PARTE III

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

CAPÍTULO I

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1.1- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS FACTORES DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

Nesta análise estamos interessados em investigar alguns dos factores mais determinantes para a institucionalização de idosos, com base num conjunto de dados recolhidos a partir dos processos dos idosos que se encontram no lar ou se necessário junto de quem presta apoio aos idosos que se encontram no domicílio, como foi o caso dos Centros de Saúde. Os dados colhidos, no caso dos idosos que se encontram a residir no lar, reportam-se à altura em que ainda estavam no domicílio – ano anterior à entrada no lar – e não à sua situação actual, pois só assim será possível fazer uma comparação, em relação aos factores de risco para a institucionalização.

Tipicamente estes dados, pela forma como foram recolhidos, constituem um estudo de case-contol, em que se controla não apenas a variável resposta de interesse “situação residencial” como também outros factores como sendo o sexo, o estado civil, a idade e o grau de escolaridade dos idosos envolvidos. Foram registados 150 casos e 150 controles (1 para cada caso), num estudo do tipo retrospectivo.

O objectivo então é averiguar a pertinência na explicação da situação residencial dos idosos dos chamados “factores de institucionalização”, que consistem no tipo de apoio que os idosos recebem (5 níveis), na existência de coabitação com outras pessoas (em 3 níveis), a existência de visitas aos idosos (5 níveis) e duas medidas ordinais de graus de

dependência dos idosos – escalas de Katz (7 níveis) que mede dependência física e Lawton (19 níveis) que mede dependência psicosocial.

Mesmo tendo em atenção o emparelhamento das observações pelas variáveis controle salientamos que os factores a usar como variáveis explicativas têm muitos níveis, pelo que a tabela de contingência resultante a analisar é muito esparsa. Como tal é proposto, numa primeira fase, a agregação de alguns dos níveis das variáveis explicativas. Em particular, propomos:

1. A substituição do factor “coabitação” pelo facto “só”, que indica se o idoso vive só ou acompanhado;
2. A junção dos níveis “férias” e “visitas anuais” numa única categoria para o factor “visitas”;
3. A transformação das 2 escalas ordinais de tal forma que passem apenas a ter 3 ordens – “totalmente dependente”, “semi-dependente” e “independente”.

Acrescentamos ainda que não é possível avaliar o factor “tipo de apoio” na institucionalização dos idosos já que os idosos que estão no lar, tinham todos o mesmo tipo de ajuda (institucional e familiar).

Portanto neste estudo a distribuição marginal da variável resposta, situação residencial, está fixa por delineamento e o que foi medido foram os valores das covariáveis, se o idoso vive só ou não, que visitas recebe e quanto valem as escalas de dependência – ao contrário do que é habitual.

Ou seja, apesar de estarmos interessados em comparar os idosos que vivem sós com os que vivem acompanhados em termos da proporção que foi institucionalizada (proporções estas que se referem à distribuição condicional da situação residencial dado o idoso viver só ou não) as proporções que na verdade conseguimos obter com um estudo deste tipo são na direcção contrária – referentes à distribuição condicional de viver só ou não dada a situação residencial.

Por exemplo, de entre aqueles que vivem no lar a proporção dos que viviam sós é de $87/150=0.58$ enquanto que para os que vivem em casa a proporção é de $67/150=0.45$. Adicionalmente:

Tabela nº 6: Tabela de contingência

DE ENTRE OS QUE VIVEM NO LAR:	DE ENTRE OS QUE VIVEM EM DOMICÍLIO PRÓPRIO:
0.58 vivem sós	0.45 viviam sós
Praticamente todos são ajudados por profissionais e familiares (0.99)	0.43 são apoiados pela família, 0.15 são apoiados por outros e 0.15 são apoiados por profissionais e familiares, 0.17 são apoiados exclusivamente por profissionais e 0.11 não têm qualquer espécie de apoio
0.07 têm visitas anuais, 0.19 visitas mensais, 0.53 visitas semanais e 0.21 não tem visitas.	0.13 têm visitas anuais, 0.13 visitas mensais, 0.31 visitas semanais e 0.43 não tem visitas.
Fisicamente falando, 0.14 são totalmente dependentes, 0.55 são semi-dependentes e 0.31 são independentes.	Fisicamente falando, 0.04 são totalmente dependentes, 0.32 são semi-dependentes e 0.64 são independentes.
Psico-socialmente falando, 0.31 são totalmente dependentes, 0.67 são semi-dependentes e 0.03 são independentes.	Psico-socialmente falando, 0.05 são totalmente dependentes, 0.81 são semi-dependentes e 0.13 são independentes.

Se soubéssemos a verdadeira proporção de todos os idosos que vivem em lares poderíamos, através do teorema de Bayes, reverter estas proporções nas que nos interessam. Como tal não é possível, temos de pensar noutras formas de abordar o problema.

A nossa estratégia para descrever esta tabela de contingência vai passar assim por considerar razões de chances (odds ratios) entre os diferentes níveis de cada um dos factores e os dois níveis da variável resposta. Lembramos que, para um acontecimento dicotómico, definimos chance (odds) como o quociente entre a probabilidade de sucesso desse acontecimento e a probabilidade de insucesso. No nosso caso concreto estamos interessados na chance de um idoso estar alojado no lar (= sucesso).

Assim, estas quantidades que nos propomos determinar representam a razão entre as chances de cada idoso estar alojado no lar para cada dois níveis diferentes de cada um dos factores.

Razões de chances igual a 1 para todos os diferentes níveis das covariáveis indicam iguais chances de estar no lar em cada um dos níveis da covariável, indicando que há independência entre a probabilidade de estar alojado no lar e a referida covariável.

Razões de chances maiores que 1 indicam que é mais provável termos um sucesso (= estar alojado no lar) para os indivíduos que correspondam ao nível da covariável que foi considerada no numerador do que os correspondentes ao nível do denominador.

Claro que os valores da razão de chances distantes de 1 significam a existência de associação forte entre a resposta e a covariável.

A vantagem de usar estas razões de chances é que, da forma como são definidas, é indiferente se a variável resposta é aleatória ou se foi fixa por delineamento (como é aqui o caso) – estimam-se da mesma forma através do quociente do produto cruzado das contagens que formam a sub-tabela de contingência dada pela variável resposta e pelos 2 níveis a considerar da covariável.

Obtivemos então os seguintes resultados:

A chance de residir num lar para quem vive só é cerca de 1.71 a chance de residir em lar para quem vive acompanhado, o que não constitui surpresa.

A chance de residir num lar para quem tem visitas anuais é cerca de 0.41 a chance de residir num lar para quem tem visitas mensais, 0.34 para quem tem visitas semanais e 1.18 para quem não tem visitas. A chance de residir num lar para quem tem visitas mensais é cerca de 0.82 a chance de residir num lar para quem tem visitas semanais e 2.84 para quem não tem visitas. A chance de residir num lar para quem tem visitas semanais é cerca de 3.49 a chance de residir num lar para quem não tem visitas.

A chance de residir num lar para quem é totalmente fisicamente dependente é cerca de 2.05 a chance de residir em lar para quem é fisicamente semi-dependente e é cerca de 7.15 a chance de residir em lar para quem é fisicamente independente. A chance de

residir num lar para quem é totalmente fisicamente semi-dependente é cerca de 3.49 a chance de residir em lar para quem é fisicamente independente.

A chance de residir num lar para quem é totalmente psico-socialmente dependente é cerca de 7.02 a chance de residir em lar para quem é psico-socialmente semi-dependente e é cerca de 28.75 a chance de residir em lar para quem é psico-socialmente independente. A chance de residir num lar para quem é totalmente psico-socialmente semi-dependente é cerca de 4.10 a chance de residir em lar para quem é psico-socialmente independente.

Em resumo somos levados a concluir que todos os factores considerados parecem ter importância na institucionalização dos idosos sendo sem dúvida o factor mais preponderante a dependência psico-social, seguida da dependência física.

Foi-se ainda investigar a relação entre a resposta “situação domiciliar” com cada um dos factores (viver só, visitas, escalas de KATZ e LAWT) controlando por sua vez por cada um dos outros factores. Salientam-se as seguintes observações:

Condicionalmente ao facto do idoso viver só ou acompanhado verifica-se continuar a não haver independência entre a institucionalização do idoso e o seu grau de dependência física. No entanto também não se verifica homogeneidade no comportamento destas razões de chances (de um idoso viver no lar com os diferentes graus de dependência física) entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem acompanhados, sendo notório que são muito maiores as chances dos idosos serem institucionalizados com o agravo do seu grau de dependência física entre os idosos que vivem sós:

Tabela nº 7: Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor KATZ enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais

		Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor KATZ enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais		
Níveis do factor KATZ do numerador (esquerda) e do denominador (direita)		Vive acompanhado	Vive só	Marginal
Dependente	Semi-Dependente	1.87	4.09	2.05
Dependente	Independente	4.45	20.68	7.15
Semi-Dependente	Independente	2.38	5.05	3.49

Condisionalmente ao facto do idoso viver só ou acompanhado verifica-se continuar a não haver independência entre a institucionalização do idoso e o seu grau de dependência psico-social. No entanto também não se verifica homogeneidade no comportamento destas razões de chances (de um idoso viver no lar com os diferentes graus de psico-social) entre os idosos que vivem sozinhos e os que vivem acompanhados, sendo notório que são muito maiores as chances dos idosos serem institucionalizados com o agravo do seu grau de dependência psico-social entre os idosos que vivem só:

Tabela nº 8: Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor LAWT enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais

		Razão de chances estimada entre viver no lar e os níveis do factor LAWT enunciados condicionais em viver só ou acompanhado e marginais		
Níveis do factor LAWT do numerador (esquerda) e do denominador (direita)		Vive acompanhado	Vive só	Marginal
Dependente	Semi-Dependente	4.95	23.33	7.02
Dependente	Independente	15.00	125.00	28.75
Semi-Dependente	Independente	3.03	5.36	4.10

1.2- ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES DO ESTUDO

A partir do nosso enquadramento teórico foi-nos possível identificar vários factores que de uma forma ou de outra contribuem para que os idosos recorram ao internamento nos lares. No entanto, a maioria desses estudos foram realizados em situações socioeconómicas e culturais diferentes da nossa realidade. Tornou-se por isso necessário saber se também, no nosso contexto social, esses factores têm influência na institucionalização dos idosos. Traçamos de inicio cinco hipóteses que discutimos em seguida:

H1: “*Existe associação entre a situação residencial do idoso e o tipo de ajuda que recebe*

Os recursos em termos de ajuda disponíveis para os idosos têm aumentado no nosso distrito. Foram criadas algumas alternativas de ajuda, entre as quais, o apoio domiciliário que permite em especial aos idosos que vivem sós ter quem os ajude, em tarefas para as quais eles apresentam dificuldades. Este tipo de apoio tem como objectivo facilitar e prolongar a permanência dos idosos em casa.

Concordamos com Jacob (2001), que refere que, para além das grandes dificuldades que se verificam, na maioria dos casos, por parte da família para cuidar do idoso, existe, igualmente, por parte do Estado uma grande dificuldade em criar estruturas de apoio que garantam todos os direitos fundamentais do idoso. Na realidade, as políticas gerontológicas em Portugal, e um pouco por toda a Europa, apoiam-se, essencialmente em dois pilares: instituições e apoio domiciliário, relegando para segundo plano as famílias cuidadoras. A falta de articulação entre as redes de suporte formal e das políticas municipais de apoio ao idoso, às respectivas famílias cuidadoras leva a que, com frequência, pelas razões apontadas, as famílias se vejam obrigadas a recorrer a estas instituições de apoio aos idosos, como último recurso.

A rede de suporte tem como objectivo a ajuda concreta às pessoas idosas e pode ser definida como sendo “*o apoio que os membros de uma rede dão às pessoas em caso de necessidade, principalmente, nos cuidados de saúde, trabalhos domésticos, ajuda nos assuntos administrativos e ajuda financeira, assim como os contactos estabelecidos no sentido rede – pessoa de idade.*” (Ilhéu, 1999, p. 48).

Esta pode dividir-se em rede informal e rede formal. A rede informal compreende as redes de família, da vizinhança e de amizade e de certa forma podem ser consideradas redes naturais de solidariedade, na medida em que surgem espontaneamente na sociedade e se situam num plano individual.

Para sabermos se este objectivo estava a ser alcançado, traçamos a primeira hipótese do nosso estudo. Na análise efectuada ao factor de institucionalização “*tipo de ajuda*”, verificamos que todos os idosos que aguardavam a entrada no lar tinham, todos eles, apoio da rede formal e informal, contrariamente ao esperado, uma vez que esse apoio deveria ser suficiente para a sua permanência no domicílio. Percebemos que pelo facto de se encontrarem em situação de grande ou moderada dependência, careciam de muitas ajudas na medida em que apresentavam, todos eles, algum grau de dependência, quer física quer psicossocial.

Parreira et al. (1993) realizaram também um estudo em duas comunidades alentejanas, uma rural e outra urbana, com o objectivo de analisar qual a importância atribuída pelos idosos às redes informais de solidariedade e que tinha como hipóteses de partida: “*«a existência de redes naturais (família, vizinhos, e amigos) condiciona a procura de redes formais (instituições de apoio)»*; *«as estratégias desenvolvidas pelos idosos vão no sentido de manter e reforçar enquanto possível as redes naturais»*” (p. 73). Os resultados que obtiveram confirmaram estas hipóteses de partida, uma vez que concluíram que a existência de redes informais leva a que os idosos não recorram tanto às redes formais, procurando auxílio nas redes de suporte natural. Este auxílio pode ser material, afectivo, de informação entre outros.

H2: “*Existe associação entre o facto do idoso viver só e a sua entrada num lar*”

Pela análise que efectuamos, verificámos estatisticamente no que respeita ao factor “viver só” há uma grande probabilidade do idoso ser institucionalizado, o que nos leva a aceitar a nossa segunda hipótese.

Malveiro (1997) no seu trabalho acerca dos lares de terceira idade em Beja, refere que

"Para colmatar a solidão, alguns idosos apropriam o lar como um novo ambiente institucional de sobrevivência, retratando-o como um espaço familiar, e sede de apoio material e de protecção." (p. 156-157). Segundo este autor, as razões de ordem material e de carência afectiva, bem como a ausência de apoio familiar e/ou de presença de conflitualidade intergeracional, assim como os sentimentos de solidão constituem os principais fundamentos da procura dos lares."

Por seu turno, Netto (1996) diz-nos que *"morar sozinho, não ter filhos, ou não estar casado são factores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração"* (p. 316).

O facto dos idosos viverem sós, é desta forma, um factor de risco, pois leva a que se percam ligações com o meio social que os envolve. Daqui resultam rupturas relacionais com o meio envolvente, sem que o indivíduo encontre formas de restabelecer o equilíbrio e a inserção social ou, quando as encontra, estas podem exigir um maior esforço do que o habitual, aquém do que o idoso julga possível. Quando estas perdas e estas rupturas não são colmatadas, criam-se condições para que exista, para além de um isolamento objectivo, um sentimento de solidão (Ilhéu, 1999).

Assim, não devemos definir isolamento como a mera ausência física e próxima de um elemento da rede familiar, sem juntarmos a esta situação a percepção que o idoso pode ter de não poder contar com ninguém. Por isolamento designa-se a situação em que se encontram as pessoas, em consequência de diversos acontecimentos: uma reforma forçada, mobilidade geográfica de filhos e familiares, morte do cônjuge, e amigos, afastamento de diversos organismos a que pertenciam. A solidão é algo subjectivo, algo que se sente, um fenómeno individual, provocado por diversas razões de difícil combate, das quais podemos salientar: a actual estrutura familiar, os baixos rendimentos dos idosos, a reduzida capacidade de participação sócio-cultural, o ambiente hostil, etc.

Nos idosos do nosso estudo, verificamos também que o estado de saúde em que se encontram e a sua reduzida capacidade física, a par tantas vezes de uma inactividade forçada, provoca nestes idosos o aparecimento de um sentimento de inutilidade social, primeiro passo para que se isolem e se sintam sós.

H3: "Os idosos que residem no domicílio são visitados mais frequentemente pelos filhos do que os idosos que aguardavam "entrada" para um lar. "

Com o objectivo de verificarmos se no nosso meio cultural o facto dos idosos não terem visitas, faz com que corram maior risco de serem institucionalizados, traçamos a terceira hipótese deste estudo. Pela análise feita ao factor "visitas" concluímos que quanto mais frequentemente estes são visitados, menos riscos correm de entrar para uma instituição. As visitas são importantes porque levam a que se sintam mais seguros, no caso de uma possível necessidade de ajuda. Por outro lado, os idosos que não são frequentemente visitados principalmente por parte dos filhos, têm receio de, em caso de uma situação de dependência surgir, não terem a quem recorrer.

O facto dos idosos manterem o contacto com a família, já nos permitiu concluir que é um factor que "previne" a institucionalização. Para interpretarmos o que sucede no nosso contexto, retomamos à revisão da literatura para realçar que na família, aconteceram e acontecem alterações resultantes da evolução da sociedade (família nuclear, afastamento precoce dos filhos por exigência dos estudos, desejo de emancipação ou necessidades decorrentes do mercado de trabalho, emigração, etc.) que conduzem à existência de um maior número de casais a viver sós ou com relações difusas com os filhos quando chegam à velhice.

Malveiro (1997) aponta "*razões de ordem material e de carência afectiva,... ausência de apoio familiar e/ou de presença de conflitualidade intergeracional, assim como os sentimentos de solidão constituem os principais fundamentos da procura dos lares.*" (p.152). Assim, muitas vezes, os idosos experimentam sentimentos de desalento e de abandono, por parte dos filhos, em quem investiram emocionalmente e com quem deixam de poder contar procurando as instituições, como forma de compensação afectiva e de apoio.

Pimentel (2001), no estudo que realizou, centrou-se nas relações intergeracionais nomeadamente no lugar que o idoso ocupa no contexto familiar e nas redes de interacção, donde pode concluir que a experiência da institucionalização não é determinante na definição do tipo de interacção que se estabelece, entre o idoso e a sua rede relacional.

Segundo Pimentel (2001) os idosos têm consciência de que os seus familiares não têm disponibilidade para lhes prestarem apoio e tentam mesmo desculpabilizá-los, referindo que têm de trabalhar. Eis que a alternativa é o recurso a redes formais. Contudo, a mesma autora refere que “*apesar das dificuldades que as redes de parentesco enfrentam para garantir um apoio próximo e continuado aos idosos, os laços afectivos e as interacções mantêm-se com alguma intensidade*” (Pimentel, 2001, p. 231).

Contrapondo um pouco a autora e pelas nossas constatações estatísticas, existem evidências de que a estrutura familiar tem sofrido violentos abalos e consequentes transformações, mesmo num distrito alentejano. As nossas famílias tornaram-se mais “individualistas”. A mobilidade social ligada à necessidade de procurar trabalho longe de casa e a alteração do papel da mulher na sociedade, estabelece uma clivagem no seio familiar, fazendo com que a família tradicional não seja capaz de resolver os problemas que se colocam hoje aos idosos. As visitas são o continuar da vida em família e contribuem para fortalecer as ligações entre a vida familiar e a qualidade de vida. Além disso, há mesmo quem defenda que a manutenção dos laços não só com os filhos mas também com os amigos é um importante elemento de prevenção de múltiplas doenças, quer físicas, quer psíquicas.

H4: “Os idosos que residem no domicílio tem um menor grau de dependência para a escala de Katz do que os idosos que aguardavam “entrada” para um lar.”

A dependência pode também ser analisada em diferentes níveis, como sejam o comportamental, pessoal, situacional, ou interpessoal estando, pois, qualquer análise que se faça da dependência mais centrada em aspectos específicos desta do que na sua análise global. Este facto pode verificar-se também na sequência de uma análise em que as dependências podem estar interligadas ou podem ocorrer independentemente umas das outras, podendo, por exemplo uma pessoa ser dependente fisicamente e sê-lo ou não psicologicamente. Para percebermos se o grau de dependência física influencia, na nossa realidade social, a entrada para uma instituição, traçamos a quarta hipótese e que aceitamos, ao verificarmos pela análise estatística a forte associação que existe, entre o ir para um lar à medida que o grau de dependência física aumenta. Podemos concluir

que o grau de dependência física é, no nosso distrito, um factor que muito contribui para a institucionalização dos idosos.

Cormier citado por Berger (1994), afirma que “*Na população idosa, a incapacidade funcional aumenta com a idade: 5,5% das pessoas de 65 a 69 anos; 6,2% de 70 a 74 anos; 10,1 % dos 75 aos 79 anos; 9,4% dos 80 aos 84 anos; 35,5% nos que têm mais de 85 anos.*” (p.21) Sabe-se que o envelhecimento se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação, registando-se uma baixa na capacidade funcional que é agravada com a presença de doença. “*Os problemas crónicos e suas consequências obrigam tarde ou cedo a modificar o ritmo de vida e a aceitar a baixa da capacidade funcional sobretudo a partir dos 80 anos...após os 85 anos, a capacidade funcional da maioria das pessoas (69%) revela pelo menos uma incapacidade importante.*” (Berger, 1994, p. 142)

A perda de autonomia, neste caso pelo aumento da dependência física, cria sentimentos de inutilidade nas pessoas. Nota-se por outro lado que quando os idosos perdem a destreza manual e a força física que lhes permitia desenvolver actividades típicas do nosso meio, ligadas à agricultura e ao espaço doméstico, dificilmente conseguem adaptar-se a novas tarefas, aderir a novos interesses ou desenvolver novas capacidades. Existe um certo conformismo quando sentem que, fisicamente, surgiram limitações que os impedem de fazer aquilo para que foram treinados e no qual investiram todas as suas potencialidades.

Há, no entanto, correntes que querem contrariar esta crença cultural, procurando que a dependência seja vista como algo a não ser sancionado e a pôr-se de parte, mas como algo a integrar numa sociedade que se quer justa e igualitária. Isto, porque uma cultura humana, respeita a doença, a incapacidade, a dependência como factores de alívio de outras responsabilidades.

Contudo, este tipo de protecção resulta frequentemente na perda de poder por parte de quem a usufrui, uma vez que numa sociedade que prima pela necessidade de pagamentos e de trocas dos bens que põe à disposição dos seus cidadãos, quem é, de alguma forma, dependente não tem muita capacidade de negociação.

Como nos diz Goldfarb (1969) “*as relações dependentes não são retrocessos, elas persistem através da vida da maioria das pessoas. São no entanto mais problemáticas*

na idade avançada, principalmente porque são menos elaboradas, menos disfarçadas e são expressas de formas menos aceites socialmente do que eram antigamente.” (p. 3)

Deste modo, as perdas consideradas pouco significativas no plano biológico podem revelar-se dramáticas, ao nível dos comportamentos, contribuindo para a redução da actividade, muitas das vezes de uma forma permanente.

HS: “*Os idosos que residem no domicílio, têm um menor grau de dependência para a escala de Lawton do que os idosos que aguardam “entrada” para um lar.*”

Também a dependência psicossocial é apontada em muitos trabalhos, como sendo um factor que leva à institucionalização. Neste contexto traçamos a quinta hipótese e pela análise estatística efectuada concluímos que este tipo de dependência é sem dúvida o factor mais preponderante no processo de institucionalização, dada a fortíssima associação que existe entre, o facto de viver num lar e o aumento da dependência psicossocial.

Estas incapacidades funcionais estão sobretudo ligadas a actividades, como sejam o sair à rua, manutenção da casa e preparação de refeições, gestão do dinheiro, etc., Estas tarefas avaliadas pela escala de Lawton, são complexas, compostas por vários componentes, e vão determinar a capacidade do idoso para continuar a viver sozinho e sem ajuda. Este tipo de actividades reflecte a capacidade que os idosos possuem para se adaptarem ao meio que os rodeia e que incluem o usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, ser capaz de usar transportes, tomar medicamentos e gerir dinheiro, representando cada item uma tarefa complexa, composta por vários componentes, e que vão determinar a capacidade do idoso para continuar a viver sozinho e sem ajuda. No entanto, quando aplicamos esta escala, devemos ter em conta o contexto socio-económico do idoso, pois estas actividades podem ser fortemente influenciadas por outros factores que não a dificuldade actual para desempenhá-las. Como exemplo, temos os idosos do nosso distrito que muitas vezes não são capazes de utilizar o telefone, não por incapacidade intelectual, mas sim porque são analfabetos ou simplesmente porque nunca tiveram oportunidade de o aprender.

As razões da decisão pela institucionalização estão relacionadas, como podemos comprovar, com a perda da autonomia física, com o agravar do seu estado de saúde e, consequentemente, a incapacidade de desempenhar as suas actividades diárias. Assim a capacidade de decidir e de fazer opções está condicionada por todos os factores que até agora comprovamos e revela a incapacidade do idoso em actividades críticas, necessárias à permanência no seu meio, sendo capaz de se auto-cuidar.

Relativamente às condições ambientais, físicas e sociais responsáveis pela dependência, Townsend (1981), Walker (1980) e Johnson (1989), afirmam que, devido à estrutura da sociedade com a sua estratificação social e económica, certos grupos, entre os quais os idosos, são muito cedo rotulados como dependentes de outros. Noutros sistemas sociais possuidores de valores, expectativas e objectivos diferentes, os idosos podem ser indivíduos com grande poder de decisão em diversos aspectos como sejam os sociais e os económicos.

Na nossa realidade social, os responsáveis pela gestão da maioria das reformas dos idosos são os filhos, quando com eles coabitam, passando a tutela para os lares aquando a sua institucionalização, para pagamento da mensalidade. O restante é entregue aos idosos, se psiquicamente estiverem aptos, para pagar todas as suas despesas de medicamentos, vestuário e outras, perdendo também aqui o seu poder de decisão e de independência.

.

2- CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Os conceitos teóricos abordados situam-se no campo da Ecologia Humana e da Enfermagem, numa perspectiva de integração dos vários aspectos relacionados com o envelhecimento, numa abordagem holística da pessoa como ser bio-psico-social e espiritual, tendo em consideração a realidade histórico temporal do comportamento em contexto. Todos estes elementos de suporte, embora distintos, dão-nos uma perspectiva sistémica, pois estão em constante interacção e complementando-se uns aos outros. Neste cenário, tentamos compreender a dinâmica da velhice partindo do pressuposto que o ambiente exerce efeitos significativos no comportamento humano.

Ao pretendermos contextualizar o envelhecimento numa perspectiva ecológica, percebemos a complexidade deste fenómeno social, enquanto processo multifacetado, nas suas múltiplas dimensões, resultado das alterações que ocorrem ao longo da vida. A capacidade de adaptação do idoso passa pela relação de interdependência entre o ecossistema social e o ecossistema natural.

O envelhecimento demográfico das sociedades ocidentais é uma realidade, com tendência a aumentar. As mudanças ocorridas na estrutura populacional acarretam uma série de consequências a nível social, cultural, económico e político, para as quais, a sociedade parece não estar preparada, influenciando desta forma, a dimensão e a complexidade desta problemática. Parece ser consensual que, longe de terminar, o processo de envelhecimento demográfico continuará em expansão e a produzir mudanças na organização do sistema social, donde decorrerão, certamente e de entre outras, a perspectiva institucional da velhice.

As rápidas mudanças a vários níveis que ocorrem na nossa sociedade influenciam, fortemente, o problema da velhice e vão desde a desqualificação dos trabalhadores mais velhos, dado o acelerado desenvolvimento tecnológico, até às mais profundas alterações ao nível das relações familiares.

O envelhecimento da população, no Alentejo, está associado a alterações das variáveis micro demográficas, diminuição da fecundidade, aumento da esperança de vida e migrações. No espaço rural, a desertificação continuada, está relacionada com as condições socio-económicas e é bem elevado o índice de envelhecimento.

Tendo como pano de fundo as anteriores reflexões e com base nos objectivos percebemos como podemos caracterizar o estatuto social, actual, de muitos idosos do distrito de Beja, que está na base do seu internamento nos lares e que deveria merecer a atenção de todos nós.

No nosso estudo, pretendemos analisar alguns dos factores de risco que mais contribuíram para a institucionalização dos idosos, do distrito de Beja e identificar aqueles onde os profissionais de enfermagem, em colaboração com outros profissionais, podem intervir, bem como, apresentar algumas propostas de intervenção. Procuramos então adoptar um desenho de investigação metodologicamente adequado à problemática em estudo. A reflexão empreendida e as conclusões a que chegámos permitiram-nos verificar que atingimos os objectivos inicialmente delineados.

Deste modo concluímos que:

A – O facto dos idosos viverem sós e a diminuição das visitas dos filhos provoca o sentimento de isolamento e solidão. Múltiplas são as causas que contribuem para estas duas situações, no nosso contexto:

- Uma reforma forçada, mobilidade geográfica de filhos e familiares, morte do cônjuge, e amigos, afastamento de diversos organismos a que pertenciam.
- A actual estrutura familiar, a urbanização, o anonimato nos contactos humanos, a mobilidade da população, a evolução acelerada da sociedade, o ambiente hostil, são elementos com muita influência neste acontecimento.
- Os baixos rendimentos dos idosos acarretando um baixo nível de vida, o débil estado de saúde, a par tantas vezes com uma inactividade forçada, provocam no idoso sentimentos de inutilidade social, primeiro passo para que se isole, se sinta só e recorra a instituições como ultima alternativa.
- A reduzida capacidade de participação sócio-cultural que é permitida aos idosos, também faz com que se sintam marginais na sociedade em que vivem.

Julgamos importante sugerir que a resolução deste problema deverá basear-se no esforço que a sociedade deve realizar, para não permitir que o indivíduo idoso se desintegre do seu meio. As acções decorrentes deverão centrar-se, não na sua integração, mas sim na sua não-desintegração, no envolvimento destes como participantes activos na vida social em geral.

B – O tipo de ajuda que os idosos têm, relacionado com o grau de dependência quer física quer psico – social, é insuficiente para prolongar o mais possível a sua independência quer no seio da família, quer perante a sociedade. O grau de envolvimento da rede de parentesco na prestação de cuidados, varia também em função do grau de autonomia do idoso, como tivemos oportunidade de demonstrar. Quando as necessidades do idoso exigem uma maior disponibilidade de recursos (tempo, trabalho, bens materiais) surgem frequentemente conflitos, pois os critérios ou normas que poderão estar na base da negociação são imprecisos e não estão previamente definidos, o que pode conduzir a uma certa ambiguidade e sentimentos de injustiça. O internamento num equipamento de apoio à população idosa surge como única alternativa viável face ao jogo de interesses subjacente e à ausência de princípios de justiça que permitam respeitar os condicionalismos que afectam os vários agentes envolvidos.

A reabilitação destes idosos, para que se consiga restituir-lhes a sua autonomia, é ainda hoje, em pleno século XXI, uma árdua tarefa. Na elaboração deste estudo detectamos a existência de situações de grande paralelismo entre as várias redes de apoio aos idosos, como são os casos das políticas municipais preconizadas como de apoio aos idosos e o apoio domiciliário. A participação da família como único garante do bem-estar dos idosos está assim comprometida.

Uma vez que a saúde é resultante de um equilíbrio delicado entre as partes biológica, psíquica e social do indivíduo, não podemos aceitar que as medidas de apoio adoptadas no campo sanitário, não estejam interligadas, ou, dito de outra forma que não exista uma complementaridade entre os vários actores sociais que passe a ser uma via para que a família se envolva, prestando um apoio que não comprometa a sua estabilidade, mas que complemente, essencialmente a nível expressivo, as respostas institucionais. Devemos referir que existe muita falta de inter e pluridisciplinaridade na abordagem

deste problema, decorrente de um não-profissionalismo existente entre nós, dando origem a uma assistência de má qualidade sem coordenação nas acções empreendidas.

A importância da prevenção, cura e reabilitação, apostando na educação, não só para os profissionais que cuidarão dos idosos mas para os próprios idosos e para a sua família, parece ser uma saída, para trabalhar melhor os estigmas que a sociedade e o próprio idoso insistem em assumir em relação à velhice. Não é uma educação qualquer, direcionada aos idosos que provocará as transformações necessárias, para que estes idosos e a sociedade mudem de atitude. É através de uma educação permanente, bem planeada e com base num alicerce de equilíbrio dinâmico entre os vários ecossistemas que interagem com o ser humano que, provavelmente, encontraremos as soluções para as respostas da sociedade conseguirem ir ao encontro das expectativas daqueles a quem se dirigem.

Só uma acção combinada, aos níveis preventivo, curativo e de reabilitação, poderá dar resposta adequada ao direito do idoso em receber a assistência que merece e que salvaguarde a sua identidade e dignidade. Isto requer, todavia, uma nova forma de pensar por parte de cada um de nós, da sociedade e da humanidade, como um todo.

Urge, pois, uma renovação cultural baseada:

- No valor do ser humano, enquanto entidade espiritual e física, e
- No valor existencial da vida humana.

De forma a permitir aos idosos desempenhar um papel importante nos últimos anos da sua existência e, com eles, aprendermos a viver uma vida mais plena.

3 – BIBLIOGRAFIA

- Abraham, I. et al. (1994, Agosto) - Risk profiles for nursing home placement of rural elderly: A cluster analysis of psychogeriatric indicators. *Archives of Psychiatric Nursing*. 8 (4), 262-271.
- Baltes, M.M., & Silverberg, M., (1996). *The many faces of dependency in old age* cambridge: University Press, 123-150.
- Badia, X., Salamero, M., Alonso, J., Ollé, A. (1996). *La medida de la salud – Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: PPU (Promociones e Publicaciones Publicitarias).
- Béland, F.(1984, Abril). *The decision of elderly persons to leave their homes*. *Gerontologist*, 24 (2), 179-185.
- Berger, L., & Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas - Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bronfenbrenner, U. (1986). *The ecology of the family as a context for human development. Research perspectives developmental psychology*. 22 (6), 723-742.
- Campbell, B. (1995). *Human Ecology* (2^a Ed.). New York: Aldine de Gruyter.
- Carapeto, C., (1994). *Ecologia princípios e conceitos*. Universidade Aberta, Lisboa.
- Carvalho, A. C. (1996). Modelo de Enfermagem Co-Activo. *Enfermagem em foco*. Lisboa: SEP, N.^o 23, 36-42.
- Carvalho, P. (1989). A magia da idade. Coimbra. Edição do autor.
- Casas Novas, M. (2001). *Ecologia do envelhecimento: o caso particular do meio rural de Évora*. Tese de mestrado em Ecologia Humana, Universidade de Évora, Évora.
- Carrilho, M. (1993). *O processo de envelhecimento em Portugal: que perspectiva....*

Estudos Demográficos, INE.

Claval, P. (1980). *Éléments de Géographie Humaine*. Paris: Éditions –TH. Génin.

Claval, P. (1987). *Geografia do Homem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Collière, M. F. (1990). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros.

Dubos, R. (1979). *Human Ecology*. In S. D. Sobel (Ed.), *Ways of health: holistics approaches to ancient and contemporary medicine* (p. 387-396). New York: Harcourt Brace Javanovich.

Ducan, O. D. (1964). Socialorganizations and the ecosystem. In R.E.L. Faris, (Ed.). *Handbook of Modern Sociology*. Chicago: Rand McNally & company.

Duvigneaud, P. (1996). *A síntese ecológica*. Lisboa: Instituto Piaget.

Flanagan, J. et al. (1999, Março). Facing the issue of dependence: some implications from the literature for the hospice and hospice nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (3), 592-599.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

Finch, J. (1989). *Family obligations and social change*. London: Polit Press.

Freedman, V. A., et al. (1994, Maio) - Family networks: predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health*. 84 (5), 843-845.

Fortin, M. F. (1996). *O Processo de investigação – da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Gil, A. (1991). *Método e técnicas de pesquisa social*. (3^aEd) São Paulo: Editora Atlas S.A.

Hawley, A. H. (1975). *Ecologia Humana*, (J. J. Blanco, trad.). Madrid: Editorial Tecnos.

Hawley, A. H. (1986). *Human Ecology – A theoretical essay*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Hawley, A. H. (1991). *Teoria de la Ecología Humana*. Madrid: Editorial Tecnos, S.A.
- Ilhéu, J. R. (1993). Estratégias de participação social na população idosa no Alentejo. *Economia e Sociologia*, Universidade de Évora, Nº 56, 27-50, Évora.
- Ilhéu, J. R. (1993). Isolamento e solidão na população idosa no Alentejo. *Economia e Sociologia*, Universidade de Évora, Nº 56, 27-50, Évora.
- Ilhéu, J. R., Parreira, A. & Gomes, M. C. (1995). *As Famílias da Diocese de Évora – Resultados de um inquérito*. Lisboa: Direcção Geral da Família.
- Instituto Nacional de Estatística (1991). *Recenseamento geral da População*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). As gerações mais idosas, *série de estudos*: Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Recenseamento geral da população*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). População e condições sociais. *Revista de Estudos Demográficos*, 32 Lisboa.
- Jacelon, C. et al. (1995, Setembro) - The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (3), 539-546.
- Jekel, J. F., Elmore, J. G. & Katz, D. L. (1999). *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva*. Brasil, Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Lda.
- Kathryn M. C. (1997). *Teorías e modelos de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
- Katz, S., Ford, A.B. & Moskowitz, R.W. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL a standarized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, Nº 185, 914 – 919.
- Klein, T. & Salaske, I. (1994, Novembro, Dezembro). Determinants of nursing home admission of elderly patients and chances for prevention. A longitudinal study in Germany. *Zeitschrift für gerontologie*. 27 (6), 442-455.

- Lamy, M. (1996). *As camadas ecológicas do homem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lamy, M. (2001). *Introduction à l'écology humaine*. Paris, France: Ellipses Édition Marketing S. A.
- Lawrence, R. (2003). Human Ecology and its applications. *Landscape and Urban Planning*. Nº 65, p. 31-40.
- Lima, A. & Viegas, S. (1998). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria da velhice. *Psicologia VI*, Nº 1, 149-158.
- Malveiro, A. B. (1997). *Ser velho no Alentejo*. Tese de Mestrado em Sociologia. Universidade de Évora. Évora.
- Marín, P. P. et al. (1997, Maio). Estudio comparativo de nonagenários que vivem en sus propios hogares versus los institucionalizados. *Revista Medicina Chilena*, 125 (5), 539-543.
- Marten, G. (2001). *Human Ecology: Basic concepts for sustainable development*. London: Earthcan publications, Lda.
- Mausner, J. & Kramer, S. S. (2004). *Introdução à Epidemiologia* (3^a Ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Metzger, M. H. et al. (1997, Junho). Predictive factors for institutionalization in the context of gerontological planning in the Gironde Area (France). *Revi. Epidemiol Santé Publique*. 43 (3), 203-213.
- Morán, E. F. (1990). *A Ecologia Humana das populações da Amazónia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Morin, E. (1975). *O paradigma perdido: A natureza humana*. Lisboa: Europa América.
- Nazareth, J. M. (1979). O envelhecimento da população portuguesa. *Colecção Análise Social*, Nº 6. Lisboa: Editorial Presença.
- Nazareth, J. M. (1985) – A demografia portuguesa do séc. XX. *Análise Social*, XXI (87-89), Lisboa.

- Nazareth, J. M. (1988). *Princípios e métodos de análise da demografia portuguesa*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nazareth, J. M. (1993). *Demografia e Ecologia Humana. Análise Social* (vol.XXVIII), Lisboa.
- Nazareth, J. M. (1996). *Introdução à Demografia – Teoria e prática*. Lisboa: Editorial Presença.
- Netto, M. P. (1999). *Gerontologia : A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.
- Nielsen, J. et al. (1996, Maio). Characteristics of caregivers and factors contributing to institutionalization. *Geriatr Nurs*, 17 (3), 124-127.
- Odum, E. P. (1997). *Fundamentos da Ecologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pité, M. T. & Avelar, T. (1996). *Ecologia das populações e das comunidades. Uma abordagem evolutiva do estudo da biodiversidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Polit, D. & Hungler, B. (1994). *Investigacion científica en ciencias de la salud* (9^a ed.) México: Internamericana Mcgraw - Hill.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Relvas, A. P. & Alarcão, M. (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio – moral*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Educa.

- Roberto, J. (1996). Ecologia Humana: uma filosofia da existência. In: J. Roberto (coord). *Ecologia Humana uma nova maneira de pensar* (23-54). Lisboa: Edições ITAU.
- Salomon, D. V. (1991). *Como fazer uma monografia* (2^a ed.). Lisboa: Martins Fontes.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.
- Shorter, E. (1995). *A formação da família moderna*. Lisboa: Terramar
- Sub-região de Saúde de Beja (2001). *Quadro de referência da profissão de Enfermagem*. Beja: Sub-região de saúde de Beja.
- Steiner, F. (2002). *Human Ecology: following nature's lead*. Washington: Island Press.
- Tomey, A. M. & Alligod, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra. In J. George. *Modelos e teorias de Enfermagem* (5^a ed.), (114-121). Loures: Lusociencia.
- Vernooi, J. & Dassen, M. (1997, Julho). Predictors of change and continuity in home care for dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 12 (6), 671-677.
- Vieira, E. B. (1996). *Manual de Gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Waldon, V. R. et al. (1995). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*: Brasil, Porto Alegre: Editora Artes Medicas Sul, Lda.
- Weissert, W. G. et al. (1989, Outubro). Toward a model for improved targeting of aged at risk of institutionalization. *Health Services Research*. 24 (4). 485-510.
- Wilden, A. (1972). *System and structure*. Londres: Ed.Tavistock
- Whittle, H. et al. (1996, Fevereiro) - Functional health status and instrumental activities of living performance in noninstitutionalized elderly people. *Journal of Advanced Nursing*. 23 (2). 220-227.
- William, B., Abrams, M.D. & Robert Berkow, M. D. (1990). *The Merck Manual of Geriatrics*. London: Merck&Dohme Research Laboratoires.

ANEXOS

Anexo I

<i>Idade</i>	<input type="text"/>	<i>anos</i>	<i>Sexo</i>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<i>Estado Civil</i>	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> D	<i>N.º</i>	
<i>Escolaridade:</i>	Analíabeto	<input type="checkbox"/>	Lê e Escreve	<input type="checkbox"/>	Primária	<input type="checkbox"/>	Secundária	<input type="checkbox"/>	Média	<input type="checkbox"/>	Superior	<input type="checkbox"/>
<i>Residência:</i> _____												
<i>Vive em:</i>				<i>Localidade com:</i>				<i>Recebe:</i>				
No domicílio	<input type="checkbox"/>	< 10 habitantes			<input type="checkbox"/>	Apolo por profissionais de IPSS			<input type="checkbox"/>			
Com Telefone	<input type="checkbox"/>	>= 10 habitantes			<input type="checkbox"/>	Apolo de familiares			<input type="checkbox"/>			
<i>Coabita com:</i>							Apolo de outros			<input type="checkbox"/>		
Cônjugue	<input type="checkbox"/>							Sem apoio			<input type="checkbox"/>	
Filhos	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	
Vive só	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	
<i>Em lar</i>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>	
<i>Visitas dos filhos:</i>												
Todas as semanas												
Todos os meses												
Todas as férias												
Uma vez por ano												
<i>Porquê ?</i> _____												

Katz

Actividades	Independente	
	Sim	Não
1. Banho Não precisa de ajuda para tomar banho (de imersão ou de chuveiro) ou só precisa de ajuda para lavar uma parte do corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vestir-se Veste-se e despe-se sem ajuda (pode precisar de ajuda para atar os atacadores dos sapatos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ir à casa de banho Vai à casa de banho, usa a retrete, arranja a roupa e regressa sem ajuda (pode usar bengala ou andarilho e pode usar bacio, urinol ou arrastadeira à noite).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mobilidade Deita-se e levanta-se da cama e cadeiras sem ajuda (pode usar bengala ou andarilho).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Continência de esfincteres Autocontrola os esfincteres completamente (sem "acidentes" ocasionais).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Alimentação Alimenta-se sem ajuda (pode necessitar de ajuda para cortar carne ou barrar com manteiga ou similares).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação (N.º de "Sims")		

Anexo II

N.º _____

Lawton

1. É capaz de usar o telefone ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de usar o telefone

3	
2	
1	

2. É capaz de ir para lugares além da distância de marcha ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de viajar a não ser com arranjos especiais

3	
2	
1	

3. É capaz de ir comprar as mercearias ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de fazer compras

3	
2	
1	

4. É capaz de preparar as suas refeições ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de preparar uma refeição

3	
2	
1	

5. É capaz de fazer a lida da casa ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de fazer a lida da casa

3	
2	
1	

6. É capaz de fazer pequenos trabalhos domésticos (arranjos, reparações, ...) ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de fazer pequenos trabalhos em casa

3	
2	
1	

7. É capaz de tratar da roupa (lavar, secar,...) ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de tratar da lavagem da roupa

3	
2	
1	

8. É capaz de tomar a medicação (quando necessário) ?

- . Sem ajuda (dose certa no horário certo)
- . Com alguma ajuda (capaz se alguém a preparar e/ou lembrar a toma)
- . Completamente incapaz de tomar a medicação

3	
2	
1	

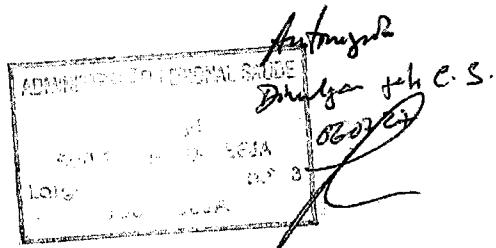
9. É capaz de fazer a gestão do dinheiro próprio ?

- . Sem ajuda
- . Com alguma ajuda
- . Completamente incapaz de fazer a gestão do dinheiro

3	
2	
1	

Total _____

Anexo III



**EX° SR. COORDENADOR
DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BEJA**

Maria Margarida da Palma Goes, docente na Escola Superior de Saúde de Beja, vem solicitar a V. Exa. que lhe seja autorizada a recolha da informação necessária, para proceder à aplicação de um questionário a alguns utentes, idosos, a partir dos 75 anos, do Distrito de Beja, para uma investigação que pretende fazer, no âmbito do Mestrado em Ecologia Humana da Universidade de Évora.

Há dados que tem que ser colhidos a partir da consulta dos processos dos idosos, junto dos profissionais que prestam apoio aos mesmos, no domicílio, como é o caso dos enfermeiros dos Centros de Saúde, daí pedir a vossa colaboração.

Os Centros de Saúde são: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira.

O objectivo do estudo será perceber, de entre determinado grupo de factores, quais são os que mais contribuem para a institucionalização dos idosos, no Distrito de Beja. É garantida a confidencialidade e o anonimato, será explicada a não obrigatoriedade em entrar no estudo e, em caso de dúvidas, estará ao dispor para as esclarecer. Expresso o nosso agradecimento, a todos, pela colaboração.

Pede deferimento

Maria Margarida da Palma Goes