

UNIVERSIDADE DE LISBOA

**INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ORDENAMENTO
DO TERRITÓRIO – IGOT**



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

**A GEOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO DA
POPULAÇÃO - OFERTA E PROCURA DE ESTRUTURAS
RESIDENCIAIS PARA IDOSOS. O CASO DO
CONCELHO DE BEJA**

Dissertação de Mestrado

MESTRADO EM GESTÃO DO TERRITÓRIO E URBANISMO

SÍLVIA CRISTINA LOURENÇO ALVES

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA

**INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ORDENAMENTO DO
TERRITÓRIO – IGOT**



**UNIVERSIDADE
DE LISBOA**

**A GEOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO
- OFERTA E PROCURA DE ESTRUTURAS
RESIDENCIAIS PARA IDOSOS. O CASO DO CONCELHO
DE BEJA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Geografia e Ordenamento do Território – Universidade de Lisboa, sob orientação Professora Doutora Alina Esteves e do Professor Doutor Jorge Gaspar, para a obtenção do grau de Mestre em Gestão do Território e Urbanismo.

SÍLVIA CRISTINA LOURENÇO ALVES

MESTRADO EM GESTÃO DO TERRITÓRIO E URBANISMO

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA

**INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ORDENAMENTO DO
TERRITÓRIO – IGOT**

**A GEOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO
- OFERTA E PROCURA DE ESTRUTURAS
RESIDENCIAIS PARA IDOSOS. O CASO DO CONCELHO
DE BEJA**

SÍLVIA LOURENÇO ALVES¹

Lisboa

¹ Licenciada em Geografia – especialização em Urbanismo pela Faculdade de Letras da Universidade de

À memória dos meus avós, estrelas que me iluminaram, em especial, à avó Mariana e ao avô Luís, pela sua incomensurável benquerença ... Ao longo deste percurso, pela lembrança, muitas vezes se tornaram presentes.

“Gosto de viver. Não tenho do que me queixar.

Os deuses têm sido bondosos para comigo.

Estou feliz por estar onde estou.

As alegrias e os prazeres não me faltaram e,

a despeito das frustrações e das tristezas

que visitam a todos os que vivem,

eu viveria de novo a minha vida

do jeitinho mesmo como a vivi.

E quero viver muitos anos ainda...”

(Alves, 2004: 89)

Agradecimentos

“Quando se sonha sozinho é apenas um sonho. Quando se sonha juntos é o começo da realidade.”

Cervantes

Nada na vida se consegue construir ou conquistar sozinho! A elaboração de um trabalho desta natureza requer dedicação, empenho e esforço, pelo que não poderia ser apenas obra e mérito de uma pessoa, a mestranda.

A presença de algumas pessoas no caminho que trilhamos pela estrada da vida é valiosíssima. Essas pessoas merecem ser reconhecidas pelo seu esforço, dedicação e apoio, e por vezes as palavras são vazias e áridas para comunicar a grandeza dos sentimentos que por elas sentimos.

Portanto, aproveito para agradecer, de forma sentida, a todos os que direta ou indiretamente contribuíram para que uma ideia se materializasse em obra. Estou grata aos que se fizeram presentes através da preocupação, do incentivo, dos conselhos e sugestões, da motivação e do estímulo, e até da admoestação, os professores, os amigos, colegas e familiares, todos foram verdadeiros companheiros de jornada.

Os professores, em particular, reforçaram o melhor entendimento da realidade que me rodeia, contribuindo para melhorar o meu trabalho com as suas críticas construtivas, e tiveram uma palavra de ânimo nos momentos em que a fadiga e o esmorecimento se instalaram.

A todos gostaria de agradecer de uma forma especial:

- ✓ À Professora Doutora Alina Esteves pelo saber partilhado, disponibilidade, dedicação, empenho, compreensão, ânimo e incentivo que sempre manifestou,
- ✓ Ao Professor Doutor Jorge Gaspar pela amizade, disponibilidade e amabilidade em me ajudar, e pelos conselhos e ensinamentos,
- ✓ À Professora Francisca Bicho (minha professora de História no Ensino Secundário), por todo o apoio prestado na realização deste trabalho, pela sua compreensão, empenho e disponibilidade em relação aos meus “desassossegos”, sem o seu apoio não teria sido possível chegar até aqui,

- ✓ À Professora Anabela Oliveira (minha professora de Geografia no Ensino Secundário), pelo salutar debate de ideias,
- ✓ À Fátima Jacinto, pela trocas de ideias e incentivo,
- ✓ Às amigas Ana Alfarela, Andreia Sousa, e Teresa Fortes pelo incentivo, apoio, ajuda e disponibilidade fundamental para a finalização da dissertação e do próprio mestrado,
- ✓ À amiga Paula Jacinto, pela compreensão nos momentos de ausência, e pela solicitude em ajudar,
- ✓ À Paula Salvador, pelas horas de companhia na biblioteca do Instituto Politécnico de Beja, e pela ajuda na construção da base de dados no SPSS,
- ✓ À Maria João Velhinho, pela sua prestabilidade em ajudar a codificar as questões qualitativas,
- ✓ À Andreia Rossio, pelas sugestões e constante motivação e pelos desabafos,
- ✓ À colega Leonor Brás, pelo auxílio na tradução,
- ✓ À D. Rosa Ferro, o seu apoio foi fundamental para a aplicação dos questionários,
- ✓ À D. Adelaide (“avó”), ao Sr. António Faustino (“avô”), e ao António Manuel Faustino (“primo”), pelas palavras de apoio, ânimo, carinho e incentivo,
- ✓ À minha família (pai, mãe, e irmão), pelo estímulo, compreensão e presença,
- ✓ À amiga Inês Gonçalves e à sua irmã Lúcia pela sua boa vontade,
- ✓ À amiga Helena Espadeiro, pela amizade e disponibilidade para fazer a tradução,
- ✓ À amiga Sandra Guerreiro Dias pela presença amiga e pela ajuda na revisão ortográfica,
- ✓ À amiga Cláudia Machado pelo encorajamento e ajuda na formatação da dissertação
- ✓ À amiga Ana Bartolomeu, por estar sempre disponível a ajudar,
- ✓ Aos colegas Jorge Grazina e Carlos Freitas pelo suporte informático,
- ✓ À junta de Freguesia de Quintos e ao Cabo Carlos Marques (GNR), sem esta ajuda e apoio seria muito difícil aplicar os questionários,
- ✓ À Engenheira Catarina Cerol, coordenadora da Universidade Sénior de Beja, pelos esclarecimentos simpaticamente prestados,
- ✓ A todas as Assistentes Sociais, e às auxiliares que participaram neste estudo, que me acolheram nas instituições onde trabalham e que se mostraram disponíveis para colaborar, partilhar as suas reflexões e as suas vivências. Lar Quinta da Navarra (Dr.^a Laurinda Salazar), Lar Nobre Freire (Dr.^a Cidália Guerreiro), Centro Social e

Paroquial do Salvador (Dr.^a Mónica Peralta e Dr.^a Otília Ferreira), Lar Casa de Repouso Quinta do Charro (Dr.^a Alexandra Machado e Dr.^a Marta Cristo),

✓ Aos idosos que participaram no estudo, pela confiança e pela partilha de vivências, das suas memórias, das suas alegrias e até algumas tristezas, a minha gratidão e respeito,

✓ A todos os meus amigos, por sempre demonstraram carinho, lealdade, cooperação e amizade,

✓ A todos que não estão aqui citados, mas que sempre acreditaram em mim e incessantemente me deram uma mão amiga.

Sumário

O envelhecimento é um tema que tem vindo a alcançar singular interesse, particularmente, a partir da segunda metade do século XX, e esta mudança é consequência do fenómeno do envelhecimento que tem vindo a acentuar-se nos países desenvolvidos, e que já se nota em alguns países em desenvolvimento.

O envelhecimento reveste-se de primordial relevância tanto no atual contexto de senescência das sociedades ocidentais, com particular incidência nas regiões economicamente menos dinâmicas como é o caso do interior de Portugal. De acordo com Maria João Valente Rosa (2012) apesar de o envelhecimento populacional poder ser entendido como uma história de sucesso, frequentemente é percebido como uma enorme ameaça ao futuro da sociedade em que vivemos.

Neste contexto, muitos dos idosos conseguem adaptar-se à velhice e a toda esta problemática, como mais uma fase na vida, independentemente das suas limitações físicas. Mas existem outros em que a situação é o inverso e têm alterações de tal ordem que necessitam de internamento em lares. Face a este cenário, é pertinente refletir/discutir o envelhecimento e as mudanças sociais que acompanham este processo.

A presente investigação debruçou-se sobre a oferta e a procura de estruturas residenciais para idosos no concelho de Beja, tendo sido aplicados questionários a idosos institucionalizados em quatro instituições diferentes nas freguesias urbanas de Salvador, Santiago Maior e São João Batista. No entanto, também tivemos em consideração os idosos que vivem em meio rural, na freguesia mais envelhecida do concelho de Beja (Quintos), e aqui também foram aplicados questionários. Podemos considerar este trabalho um estudo exploratório, no qual iremos estabelecer a comparação entre estes dois grupos de idosos.

Com este estudo pretendemos entender as características do envelhecimento no concelho de Beja, as condições em que este ocorre, a perceção que os idosos têm acerca das estruturas residenciais para os acolher, e estabelecer uma comparação com a visão dos idosos que vivem nas suas próprias casas, em meio rural.

Abstract

Aging is a topic that has achieved singular interest, particularly from the second half of the twentieth century, and this change is a consequence of the aging phenomenon that has become more pronounced in developed countries, and already observed in some developing nations.

Aging is of paramount importance in both the current context of senescence of Western societies, with particular focus on economically less dynamic regions as is the case in the interior of Portugal. According to Maria João Valente Rosa (2012) although the population aging can be seen as a success story, it is often perceived as a major threat to the future of the society in which we live.

In this context, many of the elderly can adapt to old age and to all the problems related to it and face it as another stage in life, regardless of their physical limitations. However, there are others whose situation is the reverse and they go through changes that require hospitalization in nursing homes. Considering this situation, it is pertinent to reflect / discuss aging and social changes which accompany this process.

This research focused on the supply and demand of residential structures for the elderly in the municipality of Beja. In order to reach the goals, the fieldwork included the application of questionnaires to institutionalized elderly in four different institutions in the urban parishes of Salvador, Santiago Maior and S. João Batista. However, the elderly living in rural areas were also considered relevant for the research, and questionnaires were also applied in the most aged parish of the municipality of Beja (Quintos). This can be considered an exploratory study in which a comparison between these two groups of elderly people will be established.

With this study we intend to understand the characteristics of aging among the residents in the municipality of Beja, analyzing the conditions under which this occurs, the perception that older people have about the residential structures to accommodate them, and establishing a comparison with the situation of the elderly living in their own homes in a rural setting.

Résumé

Le vieillissement est un sujet fortement étudié, en particulier depuis la seconde moitié du XIXe siècle, ce qui prouve l'action de ce phénomène, de plus en plus accentué dans les pays développés, et qui se vérifie aussi dans les pays en développement.

Actuellement, le vieillissement a un impact très important sur le plan de la sénescence des sociétés occidentales, notamment dans les régions économiquement défavorisées, telles que l'intérieur de Portugal. Selon Maria João Valente Rosa (2012), le vieillissement de la population peut être compris comme une histoire de succès, cependant, il est fréquemment conçu comme une menace à l'avenir de notre société.

De cette façon, la plupart des personnes âgées tend à s'adapter aux modifications provoquées par ce processus, comme s'il s'agissait d'une phase différente, indépendamment des défaillances et limites corporelles. Toutefois, il y a des personnes âgées qui envisagent ce processus d'une manière négative. C'est pourquoi, dans ces cas, il faut garantir l'accueil en institutions spécialisées. Il est donc fondamentale de discuter et comprendre ce phénomène biologique.

Cette étude est fondée sur l'offre et la recherche d'hébergements dirigées aux personnes âgées qui vivent près de Beja, en partant des questionnaires appliqués à des gens résidents en quatre foyers-logements (Salvador, Santiago Maior, São João Batista et Quintos).

On peut considérer ce travail comme une recherche exploratoire, au fil de laquelle on essaiera d'établir une comparaison entre les personnes âgées résidant dans des foyers situés à Beja et les personnes âgées résidant dans le foyer situé au milieu rural.

En somme, on veut comprendre les caractéristiques du vieillissement dans la région de Beja, en ce qui concerne les conditions dans lesquelles il se déroule, la perception des personnes âgées quant aux foyers-logements, en comparant la vision des gens qui vivent chez eux-mêmes au milieu rural.

Índice

| | |
|--|------|
| Agradecimentos | v |
| Sumário..... | viii |
| Abstract..... | ix |
| Résumé..... | x |
| Introdução | 1 |
| I – Metodologia, Fontes e Objetivos | 6 |
| 1.1 – Enquadramento e Justificação do tema | 6 |
| 1.2 – Metodologia e Fontes..... | 8 |
| 1.3 - Objetivos..... | 11 |
| II - Contextualização no âmbito das Ciências Sociais..... | 14 |
| III - Problematização da questão do envelhecimento e discussão de conceitos | 20 |
| 3.1 - O envelhecimento | 20 |
| 3.2 – Debate dos conceitos..... | 22 |
| 3.3 -Qualidade de vida e senescência | 29 |
| 3.4 -Envelhecimento e exclusão social | 31 |
| IV - O envelhecimento na atualidade..... | 38 |
| 4.1 – A família e as instituições: quem deve cuidar dos idosos? | 38 |
| 4.2 – Uma nova visão da senescência: O envelhecimento ativo e o envelhecimento produtivo | 45 |
| 4.3 – A velhice, as instituições que apoiam os idosos e o voluntariado sénior..... | 51 |
| 4.4 - Políticas de segurança social..... | 57 |
| 4.4.1 - A proteção da pessoa idosa a nível internacional..... | 57 |
| 4.4.2 - A proteção dos idosos em Portugal: medidas e instituições | 59 |

| | |
|--|-----|
| 4.4.3 – Ação Social – programas e equipamentos em Portugal..... | 66 |
| V – O envelhecimento populacional nos contextos mundial e europeu | 70 |
| 5.1 - Envelhecimento – perspetiva mundial..... | 70 |
| 5.2 - A realidade europeia: A União Europeia 27 e Portugal | 75 |
| VI – O envelhecimento em Portugal, no Alentejo e no concelho de Beja – um retrato dos últimos 20 anos | 82 |
| 6.1 – O lento e progressivo envelhecimento do país..... | 82 |
| 6.2 – O Alentejo e o concelho de Beja: um envelhecimento particularmente acentuado no contexto nacional..... | 91 |
| 6.3 – Reflexão sobre algumas consequências do envelhecimento no Alentejo..... | 94 |
| VII - Procura e oferta de estruturas de apoio a idosos no concelho de Beja | 99 |
| 7.1 – Idosos, família e institucionalização | 99 |
| 7.2 - Os idosos e os equipamentos | 104 |
| 7.3 - Ageing in place: uma nova forma de encarar o envelhecimento | 110 |
| 7.4 – Um estudo de caso – a cidade de Beja e a Freguesia de Quintos | 115 |
| 7.4.1 – Caracterização Demográfica | 115 |
| 7.4.2 – Apresentação do Estudo de Caso | 118 |
| 7.4.3 – A oferta / procura de serviços a idosos na cidade de Beja e na Freguesia de Quintos | 123 |
| VIII - Considerações finais..... | 152 |
| Bibliografia | 161 |
| Lista de acrónimos e siglas | 177 |
| Índice de tabelas..... | 179 |
| Índice de figuras..... | 183 |
| Índice de anexos | 184 |
| Anexos | 184 |
| CD-ROM | 198 |

Introdução

A presente dissertação, apresentada no âmbito do Mestrado de Ordenamento do Território e Urbanismo, tem como temática a oferta e procura de estruturas residenciais para idosos - O caso do concelho de Beja.

A pertinência e atualidade do tema são inequívocas, pois os dados recentes de diversas fontes estatísticas revelam que a população mundial está a envelhecer. Para além da sua relevância social, a escolha do tema, justifica-se, ainda, pela importância de todas as problemáticas que estão associadas à questão do envelhecimento, da dependência e da institucionalização.

Contrariamente a outros países da Europa, nomeadamente os países nórdicos, apenas recentemente, o nosso país se começou a inquietar com o impacto e com as consequências do envelhecimento nos mais diversos setores da sociedade. O acentuar do envelhecimento demográfico não tem sido devidamente acompanhado de programas e medidas que façam face aos problemas e aos desafios/oportunidades que estão intrínsecas ao envelhecimento.

O ritmo de envelhecimento é diferenciado, e apesar de ser nos países desenvolvidos que proporcionalmente mais se envelhece, nos países em desenvolvimento, nomeadamente do continente asiático o envelhecimento populacional está a tornar-se uma realidade preocupante. Na atualidade assistimos ao envelhecimento da própria população idosa, pois o escalão etário das pessoas com mais de 85 anos está a aumentar a um ritmo acelerado, e no que respeita à longevidade, podemos afirmar que a velhice tem um pendor feminino, pois as mulheres são mais longevas.

Paralelamente ao envelhecimento demográfico, também a sociedade se vai transfigurando, destacando as migrações para lugares que proporcionam melhores condições laborais, alterações a nível das dinâmicas familiares e a entrada/afirmação da mulher no mercado de trabalho. Este último aspeto afigura-se como crucial, pois a mulher era a cuidadora informal de referência e sem a presença desta, o apoio aos mais idosos pode ficar seriamente comprometido. Na cultura ocidental, o papel social do

idoso, tem vindo a sofrer alterações, na medida em que deixou de ser visto como o sustentáculo da sabedoria e um exemplo a seguir pela família, sendo em muitos casos institucionalizado ou até abandonado, e considerado como um empecilho que já teve o seu auge. As estruturas residenciais para idosos e a política para a terceira idade estão longe de ser as ideais. Porém, nos dias de hoje já se vai interiorizando a ideia de que o idoso deve viver num ambiente benéfico e ser o “ator” principal no processo de envelhecimento, tornando a sua velhice ativa e dinâmica, maximizando a qualidade de vida, e aproveitando-se o seu conhecimento e experiência para ensinar as gerações mais novas. Durante vários anos os lares de idosos (estruturas residenciais para idosos) afirmaram-se como a única solução. Nos dias que correm, muitos autores defendem que em nome do bem-estar físico e psicológico, que leva ao equilíbrio, se deve evitar a institucionalização, e que a família, os serviços locais, a comunidade onde o idoso está inserido devem ser responsáveis por assegurar as suas necessidades. Todavia, os serviços são ainda muito limitados e esta consciência está ainda a despertar.

A organização da dissertação procura dar resposta às questões de partida, propostas para a investigação, em conformidade com os objetivos previamente definidos. Quanto aos estudos que se relacionam com o tema do envelhecimento, tentámos proporcionar consistência e solidez teórica através da revisão da literatura. O corpo do estudo apresenta-se composto por oito capítulos principais, conclusões do estudo, referências bibliográficas e uma secção de anexos, obedecendo à seguinte estrutura:

Capítulo I – Metodologia, Fontes e Objetivos

Neste capítulo enquadrámos a temática, elucidámos a pertinência de estudar este tema numa perspetiva geográfica. Explicámos a metodologia do nosso estudo e referimos as várias fontes que foram consultadas para a realização do estudo. Finalmente, apresentámos os objetivos, as perguntas de partidas que sustentam a parte empírica e as hipóteses que lhe dão respostas.

Capítulo II - Contextualização no âmbito das Ciências Sociais

Neste capítulo iremos contextualizar o tema no seio das várias ciências sociais.

Capítulo III - Problematização da questão do envelhecimento e discussão de conceitos

Neste capítulo realizaremos a discussão dos conceitos e esclareceremos o que os vários autores entendem por envelhecimento, velhice e qualidade de vida. Discutimos ainda a existência da relação entre envelhecimento e exclusão social/pobreza,

Capítulo IV - O envelhecimento na atualidade

Neste capítulo iremos abordar o processo de envelhecimento na atualidade, pois no passado, o papel social do idoso tinha um significado diferente. Nos nossos dias especula-se muito acerca de quem deverá cuidar do idoso: a família ou as instituições. Geralmente associa-se a idade da reforma à velhice, mas cada vez menos essa associação tem sentido. Hoje faz-se apologia ao envelhecimento ativo e produtivo de modo a que o idoso se possa valorizar e enaltecer a sociedade onde está inserido. Nesta secção passaremos ainda em revista as políticas de segurança social que têm vindo a ser desenvolvidas e as instituições que apoiam os idosos.

Capítulo V – O envelhecimento populacional nos contextos mundial e europeu

Neste capítulo vamos aferir o ritmo a que o envelhecimento tem vindo a decorrer numa perspetiva mundial. Posteriormente iremos comparar o envelhecimento em Portugal no contexto da União Europeia – 27.

Capítulo VI – O envelhecimento em Portugal, no Alentejo e no concelho de Beja – um retrato dos últimos 20 anos

Neste capítulo iremos analisar o lento e progressivo envelhecimento de Portugal, enquadrar o Alentejo, e particularmente o concelho de Beja, num país cada vez mais envelhecido. Faremos uma reflexão acerca das consequências do envelhecimento para o Alentejo.

Capítulo VII - Relação procura – oferta de estruturas de apoio a idosos no concelho de Beja, por valências

Neste capítulo apresentaremos o estudo empírico. Iniciamos com uma reflexão acerca da família e institucionalização, bem como os equipamentos vocacionados para

os idosos no concelho de Beja. Será igualmente feita uma reflexão acerca do envelhecimento no seio da família/ou na comunidade onde o idoso sempre residiu.

Posteriormente passamos a apresentar o caso de estudo, elaborando, primeiramente uma caracterização do concelho de Beja e da freguesia de Quintos. Segue-se a caracterização da amostra, e das estruturas residenciais para idosos onde foram aplicados os questionários. Finalmente, serão apresentados os resultados apurados através dos questionários aplicados nas instituições e na freguesia de Quintos a idosos não-institucionalizados.

Capítulo VIII - Considerações finais

Neste capítulo serão apresentadas as principais conclusões do estudo, tendo em conta os resultados obtidos na investigação e as hipóteses formuladas. Ainda neste capítulo, teremos em atenção as limitações do trabalho e o nosso espírito crítico. Apresentaremos linhas estratégicas para o futuro.

CAPÍTULO I

Metodologia, Fontes e Objetivos

I – Metodologia, Fontes e Objetivos

A metodologia é “ *a arte de dirigir o espírito na investigação*”.

Sousa (1998:28), citando Costa e Melo (1979)

Com este primeiro capítulo pretendemos obviamente traçar o quadro geral da Metodologia e Fontes utilizadas no nosso trabalho visando a consecução dos Objetivos definidos, as questões de partida, e as hipóteses de resposta equacionadas e que procuramos validar.

Para tal, e tendo presente que o investigador inicia sempre a pesquisa a partir do seu interesse específico por um problema que marca a realidade em que se insere, faremos uma prévia contextualização e justificação do tema que escolhemos.

1.1 – Enquadramento e Justificação do tema

A nossa grande motivação para o tema em estudo resulta do facto de vivermos numa região fortemente desertificada e envelhecida, Beja e o Alentejo, no contexto de Portugal e da Europa, sendo do senso comum que os nossos idosos atravessam um complexo processo de isolamento, dificuldades financeiras e todo um conjunto de fragilidades e dependências que os confinam à solidão da casa ou vivida em grupo nas instituições vocacionadas para os receber.

Do senso comum passámos ao patamar de querer conhecer a problemática do envelhecimento, individual e social, equacionar a forma como a sociedade e os políticos encaram e protegem os seus idosos, e por outro lado compreender a dinâmica da relação procura – oferta de *Estruturas Residenciais para Idosos em Beja*, que constituiu o nosso *estudo de caso*.

Numa sociedade marcada por um progressivo envelhecimento ao longo as últimas décadas, como é a portuguesa, os estudos que se relacionam com o mesmo

são necessários, tanto mais quanto o envelhecimento tem implicações de várias ordens, económica, social e política.

Com efeito, todos os estudos que venham a surgir têm a pertinência de aprofundar o conhecimento da situação demográfica e social do país, bem como da situação real desse grupo populacional em crescimento, que é o dos nossos idosos, até pelo facto de tais estudos poderem fundamentar as políticas de apoio social que devem ser tomadas.

A finalidade máxima das medidas a implementar deverá ser sempre garantir aos idosos níveis superiores de qualidade de vida, em casa, nas famílias, ou nas instituições, e para tal impõe-se melhorar os recursos existentes na área social e da saúde, multiplicar apoios sociais de natureza humana e financeira, e fomentar a criação de estruturas de apoio à terceira idade que conduzam ao bem-estar físico-social e psicológico dos mais velhos, colmatando as faltas e evitando a exclusão.

Não sendo a velhice uma doença, mas sim uma fase do desenvolvimento do ser humano que apresenta necessidades específicas, estas carecem de resposta urgente. Como o processo de envelhecimento é contínuo, complexo e essencialmente individual, muitas vezes é percebido em estado avançado. Nesta fase da vida, a primeira linha de apoio e ajuda ao idoso é a família, e a mulher como principal cuidadora, as redes informais de potenciais cuidadores podem não estar aptas a responder às situações.

Na verdade, os laços familiares foram-se fragilizando, os mais novos partiram em busca de trabalho, as dificuldades financeiras afetam sobremaneira os orçamentos familiares, enfim, uma multiplicidade de razões justifica o facto do envelhecimento não poder muitas vezes ocorrer no contexto desejável, que é o da família, constatando-se que a institucionalização acaba por ser a melhor opção. É nesta linha que de acordo com Jacob (2001), as estruturas residenciais para idosos se afirmam como a terceira resposta social a idosos, dentro das várias valências de apoio a esta população.

Tendo em conta que nós próprios conhecemos idosos que permanecem nas suas casas, famílias e comunidades rurais de vizinhança, e outros que foram institucionalizados (por vontade própria ou por condicionalismos vários) e aí prosseguem o envelhecimento, e podendo avaliar-se que os processos são

necessariamente distintos nas suas experiências, considerámos pertinente que o nosso estudo abordasse não apenas idosos de algumas instituições, mas também os de uma freguesia rural de Beja, uma amostra ilustrativa de pessoas não institucionalizados.

Com o nosso estudo de terreno procurámos compreender as características do envelhecimento no caso de Beja, as condições em que este ocorre, a perceção que os cidadãos mais velhos têm acerca das estruturas residenciais para idosos, estabelecer uma comparação com a visão dos idosos que vivem nas suas próprias casas, em meio rural, e em última instância foi nosso objetivo relacionar procura – oferta de Estruturas Residenciais para Idosos.

No sentido de desenvolver o nosso trabalho, importaria elaborar uma caracterização do concelho de Beja, em particular da freguesia rural em estudo – Quintos, o que apresentaremos no ponto 7.4.1. Os índices de envelhecimento calculados e que caracterizam o território objeto de estudo justificam plenamente a nossa motivação para o mesmo, podemos afirmar que definiram o ‘fio condutor’ da nossa investigação, pois como menciona Santos e Clos (1998:2), *“toda a pesquisa tem origem em uma questão a ser respondida ou em um problema a ser resolvido pelo pesquisador”*.

1.2 – Metodologia e Fontes

A metodologia utilizada num trabalho de investigação é da maior importância para atingirmos os resultados finais a que nos propomos, no fundo estamos a trilhar as etapas de um ‘caminho que se faz caminhando’.

Assim, definido o objeto de estudo, uma primeira fase do nosso trabalho consistiu na pesquisa bibliográfica no sentido de obter a perceção do *estado da arte* e desta forma poder afinar e consolidar o plano inicialmente traçado.

Este processo estendeu-se a sítios da internet, bem como a fontes estatísticas, fundamentais para reunir elementos de natureza demográfica, indicadores, termos de comparação por anos e/ou regiões, etc.

A opção por um estudo de caso, abordando o envelhecimento na área de Beja, a procura – oferta de Estruturas Residenciais para Idosos, impunha uma recolha de informação com base em técnicas específicas, em particular Questionários e Entrevistas, a elaborar visando obter dados para tratamento e interpretação de modo a responder às nossas questões iniciais e a validar as hipóteses equacionadas.

A consciência da realidade envolvente e da tarefa de tratamento da informação, levou-nos a reduzir o âmbito geográfico de estudo, não abordando o concelho de Beja na sua totalidade, mas apenas o caso das freguesias urbanas, e considerando assim um menor número de estruturas residenciais para idosos a inquirir (quatro instituições), optando ainda pela aplicação de questionários na freguesia do concelho com maior índice de envelhecimento, Quintos, num ambiente claramente rural ouvindo idosos não institucionalizados.

Desta feita, e quando aplicamos as técnicas de questionário e entrevista, estamos a recorrer a fontes orais, constituídas pelo conjunto dos intervenientes que voluntariamente aceitaram dialogar connosco num processo participativo acerca do seu próprio envelhecimento, ou do acompanhamento do mesmo por parte de técnicos em serviço nas instituições.

Em síntese, para que a opção colaborativa, assente no método de observação direta e na disponibilidade dos inquiridos, conduzisse a resultados significativos, impunha-se construir os instrumentos de recolha de informação, pois que sendo em geral grelhas de observação, inquéritos / questionários, entrevistas, devem ser adequados aos objetivos do estudo em causa, logo, terão de ser criados pelo próprio investigador.

Assim, concebemos um breve questionário a aplicar junto dos idosos de algumas instituições de Beja, que seleccionámos. O referido questionário continha perguntas abertas e fechadas, e para além das questões sociodemográficas abordava as relações sociais e familiares, e o grau de satisfação com a sua vida no lar. No caso, os inquéritos por questionários foram por nós administrados, o próprio inquiridor que enunciava a pergunta e registava as respostas dos idosos, já que a maior parte deles apresentava dificuldade em ler os enunciados. A fim de aplicarmos os questionários,

estabelecemos contacto com cinco instituições, dessas, quatro responderam prontamente. Averiguamos que estas entidades são uma referência na cidade, duas pelo seu prestígio e antiguidade (Centro Paroquial e Social do Salvador – Lar de Nossa Senhora do Carmo - lar misto e a Fundação de Solidariedade Social Lar e Centro de Dia Nobre Freire - lar masculino), as outras duas opções são equipamentos mais recentes, e munidos de todas as condições que um lar deve possuir (Lar Quinta da Navarra - lar feminino e Casa de Repouso da Quinta do Charro - lar misto).

Na mesma linha, criámos um outro questionário a utilizar com os idosos não institucionalizados e a viverem na freguesia rural de Quintos. Para fazer a aplicação dos questionários (porta-a-porta) contamos com o apoio da Junta de Freguesia de Quintos, que estabeleceu contato com a GNR, que nos acompanhou. Um cabo que está no ativo, que trabalhou anos nesta localidade, indicou-nos quais as habitações onde residiam os idosos que se encontravam em condições de responder ao questionário.

Também decidimos aplicar a técnica da entrevista, em particular ao técnico de serviço social de cada instituição. A entrevista é uma das mais divulgadas e utilizadas técnicas de recolha de dados em ciências sociais e humanas, e geralmente desencadeia-se com uma conversa propositada entre duas pessoas, visando colher informação útil ao estudo que se está a desenvolver. O inquérito por entrevista é caracterizado pela interação entre os dois intervenientes, com o claro objetivo de *“(..) abrir a área livre dos dois interlocutores no que respeita à matéria da entrevista, reduzindo por consequência a área secreta do entrevistado e a área cega do entrevistador.”* (Carmo & Ferreira, 1998:126). Optámos por administrar a entrevista semiestruturada, pois sendo aquela que combina perguntas fechadas e abertas, revelava-se-nos como a de mais interesse para o nosso estudo.

Depois da criação dos instrumentos foi realizado um teste a fim de verificar se era necessário fazer algum ajustamento. Após correções necessárias e constatada a eficácia, procedeu-se à recolha dos dados, que foram posteriormente codificados de modo a permitir a análise.

Para analisar os dados quantitativos recolhidos através dos questionários foi utilizado SPSS versão 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Assim, foram

realizados cruzamentos de variáveis com o objectivo de efetuar um estudo estatístico descritivo e analítico dos dados

Para o tratamento da entrevista semiestruturada utilizámos a análise de conteúdo para obtermos algumas conclusões. De acordo com Jorge Vala a análise de conteúdo executa a “*desmontagem de um discurso e da produção de novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise.*” (Vala, 1986:114).

Relativamente à amostra, locais de aplicação dos instrumentos de recolha de informação e sua caracterização, variáveis, questões de ética e outras, são matérias que abordaremos no ponto 7.4.2.

1.3 - Objetivos

Tendo presente os *objetivos gerais* (I) e *específicos* (II) que definimos para orientação do nosso estudo exploratório, cabe aqui recordá-los para uma posterior relação com o enunciado das *questões de partida* e *hipóteses* colocadas para validação.

I – Objetivos Gerais

Em primeiro lugar, com o estudo procuramos compreender as diferentes características do envelhecimento, que nos remete para um segundo objetivo, analisar as condições de envelhecimento no concelho de Beja.

Estes dois objetivos gerais conduziram-nos, ainda, a objetivos específicos:

II – Objetivos Específicos

Com os objetivos específicos pretendemos identificar fatores que contribuem para a procura de estruturas de apoio a idosos, relacionar o envelhecimento da população no concelho de Beja com a crescente oferta de estruturas de apoio à terceira idade, avaliar o equilíbrio entre oferta e procura de lares, analisar as estruturas residenciais para seniores numa perspetiva quantitativa e numa ótica qualitativa, e

finalmente, entender como é que as estruturas residenciais de idosos são vistas pelos mesmos.

Assim, iniciamos o nosso estudo com as seguintes questões de partida:

P1 - A oferta de estruturas residenciais para idosos, no concelho de Beja, responde à procura?

P2 - As estruturas residenciais para idosos são procuradas maioritariamente pelos próprios idosos, em situação de dependência?

P3 - Que perceção têm os idosos sobre as estruturas residenciais que a eles se destinam?

P4 - Em que circunstâncias de vida é considerado por idosos e/ou família que as estruturas residenciais são a melhor opção?

Para respondermos às questões de partida, colocamos algumas hipóteses que para o presente estudo indicaremos abaixo e que resultam de leituras e análises bibliográficas já realizadas.

Sem esquecer Marconi e Lakatos (2001:161) hipótese é *“um enunciado geral de relações entre variáveis (facto, fenómeno), formulado como solução provisória para determinado problema, apresentando carácter explicativo ou preditivo, compatível com o conhecimento científico (coerência externa) e revelando consistência lógica (coerência interna), sendo passível de verificação empírica nas suas consequências”*.

H1 - A oferta de estruturas residenciais para idosos, no concelho de Beja, é insuficiente para responder à procura.

H2 - Não são os próprios idosos dependentes que procuram as estruturas residenciais para idosos

H3 - Os idosos têm a perceção de que são bem tratados pelas funcionárias.

H4 - A procura de estruturas residenciais para idosos é a melhor opção no caso de estes viverem sozinhos e dependentes.

CAPÍTULO II

Contextualização no âmbito das Ciências Sociais

II - Contextualização no âmbito das Ciências Sociais

O aumento da idade média da população conjugado com a redução da natalidade que se vem registando, leva-nos a afirmar que se vive uma situação de envelhecimento demográfico.

Ora, este fenómeno coloca novas e diferentes questões, digamos desafios, à sociedade em geral, designadamente quanto à forma como se relaciona com os “seus velhos”, aos próprios idosos, que cada vez mais pretendem compreender o seu processo de envelhecimento, vivê-lo com qualidade e interagindo com os demais grupos sociais, e também aos governantes que têm de saber responder aos reptos colocados pela elevada proporção de pessoas não-contribuintes para a Segurança Social (SS). Contudo, o que nos propomos tratar neste ponto tem especialmente a ver com o interesse das Ciências Sociais, e particularmente da Geografia Humana, pelo estudo do envelhecimento demográfico sob diversas perspetivas e novas abordagens.

Um relatório elaborado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), acerca de Portugal, que incide sobre a “situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas”, aponta no sentido de que *“Este fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema de segurança social e de saúde, e sobre o próprio modelo social vigente”* (INE, 2002:5).

Com efeito, o desafio apontado e a reflexão proposta, justificam que os estudos tenham vindo a ser reforçados (Cabral, 2007), mas não deixa de ser interessante referir que a Psicologia e a Sociologia, já na década de trinta do século XX, considerassem que a complexa e rica experiência de envelhecer, em termos emocionais e sociais, constituía matéria relevante e digna de estudo.

Assim, vamos traçar um breve quadro sobre as abordagens ao envelhecimento em âmbito diverso daquele que mais recentemente assumiu a Geografia Humana.

No ano de 1909, Ignatz Leo Nascher, médico austríaco radicado nos Estados Unidos da América, criou e colocou no vocabulário da medicina o termo Geriatria – do grego ger(o)n (= velho) + iatrikos (= tratamento). A Geriatria é pois um ramo da medicina, e dedica-se ao diagnóstico, bem como ao tratamento e reabilitação das doenças que atingem os idosos.

Por seu turno, a Gerontologia – do grego géron, gérontos, “velho”, e logia, “teoria”, termo criado por Ília Metchikoff, cientista russo, em 1904, é considerada uma ciência desde o início do século XX, mas só alcançou o estatuto académico na década de 50. Trata-se de uma ciência de carácter multidisciplinar, pois nela confluem várias áreas do saber, como a Psicologia, Sociologia, Serviço Social, Economia, Biologia, Filosofia, Demografia, e dedica-se ao estudo do processo de envelhecimento no seu todo. Em termos gerais, a Gerontologia estuda as manifestações morfológicas, fisiológicas, sociais e psicológicas, que são uma consequência da passagem do tempo no corpo.

Para Nicholas Zay (1981:240), a Gerontologia define-se como “o ramo da medicina que trata os aspetos médicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença nos idosos”. É uma disciplina que “situa-se no ponto de encontro de várias disciplinas e permite uma visão mais global do fenómeno da velhice”. De acordo com Paúl (2005b: 275) *“A perspectiva multidisciplinar do envelhecimento abriu caminho à gerontologia, ainda que com raízes anteriores, emerge de forma clara a partir da segunda metade do século XX e ganha visibilidade na década de oitenta.”*

O investigador russo N. A. Rybnikov descreve a Gerontologia como um *“(…) ramo de especialização dentro das ciências do comportamento. A finalidade desta ciência é a investigação das causas e condições do envelhecimento, assim como o estudo e descrição cuidadosa das mudanças do comportamento regularmente progressivo e que se estejam relacionados com a idade.”* (Streib e Orbach, 1966 citado por Lehr, 1988:31).

A dimensão do envelhecimento demográfico e as suas repercussões, que afetam a sociedade a vários níveis, geram a necessidade de estudar e contextualizar tais problemáticas sob diferentes e variadas perspetivas de análise, e impõem a definição de políticas e estratégias que vão ao encontro desta nova realidade social.

Assim, a Gerontologia Social desenvolveu o postulado de que devem ser desenvolvidos os meios para que os gerontes sejam capazes de se adaptar a uma ideia de envelhecimento que passe pelo bem-estar e harmonia pessoal, bem como por uma boa relação com o ambiente social em que estão inseridos.

Sendo a Gerontologia uma área pluridisciplinar, é a conjugação de esforços que poderá assegurar ao idoso a dignidade e qualidade de vida que merece, e tal só é possível através da implementação de medidas e estratégias conjuntas, tendentes a uma mudança de atitudes e mentalidades que venha a permitir encarar o envelhecimento como um “desafio” correspondente a essa nova fase da vida.

Contudo, a mudança de atitude e mentalidade não é suficiente para garantir uma vida digna e com qualidade, também é necessário que o idoso possua condições materiais favoráveis, pois o fato de dispor de alguns recursos pode dar-lhe acesso a bons equipamentos de saúde (e sabemos que na terceira idade a saúde começa a mostrar-se débil), à cultura e ao lazer. O que um idoso mais teme, depois de vários anos a trabalhar, é aposenta-se e ter dificuldades em suprir as suas necessidades de alimentação, saúde, e habitação. Os familiares poderão dar algum suporte, porém, além das próprias dificuldades financeiras pelas quais muitos idosos passam, atualmente a preocupação com os filhos desempregados é constante, e o descontentamento do idoso por ter de trabalhar para sustentar a família pode ser uma realidade.

A Sociologia tem uma perspetiva segundo a qual o processo de envelhecimento deve ser analisado em função do estado civil, do local de residência (urbano ou rural), da constituição do agregado familiar (se o idoso vive com a família, ou sozinho), do sexo, e da comunidade envolvente, fatores que esta ciência considera determinantes. Esta disciplina estuda o envelhecimento enquanto fenómeno social: o envelhecimento é também social e diz respeito *“aos papéis sociais, apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário”* (Schroots e Birren, 1890, citado por Fonseca,

2006:55). Não nos esqueçamos de que a velhice é percebida de forma diferente, que varia com o tempo e com o espaço geográfico.

Podemos afirmar que o envelhecimento é um conceito socialmente construído, e o estatuto que o idoso ocupa na sociedade tem vindo a alterar-se ao longo do tempo, e de cultura para cultura. Existe atualmente nas sociedades ocidentais mais abastadas, uma recente preocupação com a qualidade, dignidade e bem-estar dos idosos, demonstrada numa nítida valorização do papel do idoso. Cada vez mais as diferentes áreas do saber estão interessadas em investigar o envelhecimento e no século XX deixou-se de olhar apenas para o envelhecimento como um processo biológico, atribuindo importância ao estudo das condições de vida que estão associadas à terceira idade.

Até aos anos setenta do século XX, a Geografia e os geógrafos colaboraram com a Gerontologia de uma forma muito pontual, enquanto hoje o fazem com outra profundidade e consistência. Nas últimas décadas, a Geografia portuguesa comportou alterações substanciais, especialmente a partir da década de oitenta do século passado, sendo que uma das mais importantes mudanças residiu na abertura da ciência geográfica a outras áreas de investigação, como por exemplo o envelhecimento populacional, que já há muito tempo era tido pela Sociologia, pela Demografia e pela Economia como objeto de estudo.

Por outro lado, se a partir dessa década a Geografia começou a produzir estudos acerca da caracterização da população envelhecida e do envelhecimento, com base na ligação entre o indivíduo e o meio, passou gradualmente a analisar de forma pertinente os processos migratórios, as variações da qualidade de vida e a sua relação com o espaço, a localização dos equipamentos de apoio aos idosos, e a evolução demográfica. De acordo com Ferreira (1993:18), *“com os anos 80 assiste-se a uma diversificação dos temas trabalhados pelos geógrafos que, desde então, têm elaborado e publicado diversos estudos relacionados com a distribuição geográfica, processos migratórios, variações espaciais de níveis de bem-estar ou prestação de serviços a idosos”*.

O envelhecimento demográfico abriu uma área de investigação nova para a Geografia Humana, constituindo. A visão do geógrafo, aproxima-se da visão de outros investigadores das ciências sociais e humanas diferenciando-se pela relevância da componente territorial.

A abordagem da Geografia ao fenómeno do envelhecimento deve ter como objetivo tornar o fenómeno mais compreensível, entender a relação existente entre os padrões espaciais do envelhecimento e a evolução temporal., contribuindo dessa forma para a criação de medidas, como por exemplo a reorganização do espaço urbano, de modo a facilitar a integração da população idosa e assegurar a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida.

No entanto, o geógrafo tem ainda muito a explorar e estudar no âmbito da investigação sobre o envelhecimento, e a perspetiva geográfica, se aprofundada, deve ser mais utilizada para a tomada de decisões. Carlos Ferreira (1993:18) defende que:” *(...) algo mais pode ser feito no domínio da geografia da terceira idade. A quantidade de estudos publicados é ainda pequena em comparação com o contributo de outras ciências ou mesmo face a outros assuntos da preferência dos geógrafos*”. O envelhecimento demográfico, é sem sombra de dúvidas, um tema que carece de aprofundamento científico por parte da Geografia.

CAPÍTULO III

Problematização da questão do envelhecimento e discussão de conceitos

III - Problematização da questão do envelhecimento e discussão de conceitos

3.1 - O envelhecimento

O envelhecimento é um tema que tem vindo a ser objeto de particular interesse, particularmente, a partir da segunda metade do século XX. De facto, o assunto é abordado no *media*, pelos governantes, nos fóruns nacionais e internacionais, mas qualquer cidadão comum, que viva num país da Europa Ocidental, pode constatar tal fenómeno nas localidades e regiões onde vive. Podemos pois considerar que, de facto, *“Mudanças demográficas sem precedentes estão a transformar o mundo de hoje. Os números são estarrecedores, mas fora do campo das políticas sociais, dos meios académicos e dos organismos intergovernamentais, o tema do envelhecimento da população não suscitará muito provavelmente senão um grande bocejo. Este facto é só por si surpreendente, pois as mudanças referidas num novo relatório das Nações Unidas – World Population Ageing: 1950-2050 (Envelhecimento da População Mundial: 1950-2050) e respetivo gráfico, Population Ageing 2002 – terão grandes repercussões na vida de todos nós.”* (UN,2002:1).

A evolução da estrutura demográfica da generalidade dos países da Europa, incluindo Portugal, revela de facto esse forte envelhecimento populacional, deixando de fazer sentido falar de pirâmide demográfica representativa da estrutura etária da população, pois esta forma geométrica não configura mais uma pirâmide, dado que a base se tornou visivelmente estreita, em virtude da descida da natalidade, enquanto o topo alargou substancialmente. Não tardará muito (até 2050) para que, em Portugal, os indivíduos com mais de 65 anos correspondam a 31,9% do total, e Portugal será o quarto país europeu com a população mais idosa (Nogueira, 2006).

Segundo o relatório do INE (2009) – *Projeções da população residente – Portugal 2008-2060*, optando pelo cenário central², estima-se que a população residente em Portugal, com 65 anos ou mais anos atinja os 27% em 2037 e os 32,3% em 2060. Para estas mesmas datas, a população com 80 ou mais anos deverá ser 8,2% e 13,3%, respetivamente.

Neste contexto, podemos dizer que, nos países da Europa Ocidental, é recente um “*grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político etc.*” (Requejo *et al.*, 2007:11), estamos pois a referir-nos à categoria conhecida como ‘grupo dos velhos’.

Ora, este envelhecimento das sociedades atuais poderá ter repercussões graves nas estruturas sociais, e originar transformações profundas na estrutura económica dos países mais desenvolvidos. Contudo, e de acordo com uma afirmação proferida na Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento³, as pessoas e os governos não atribuem o devido valor à questão do envelhecimento, que doravante constituirá mesmo um problema, e simultaneamente um desafio à adaptação e reestruturação.

De acordo com Fontaine (2000) todas as estruturas da sociedade vão ser influenciadas pelo progressivo aumento do envelhecimento populacional. No âmbito da economia, iremos assistir a um aumento galopante do número de reformados, com fortes implicações na economia e até para o sistema de segurança social, que assegura a reforma. Em termos sociais, tal transformação impõe a construção de mais equipamentos. Ao nível cultural, o aumento do tempo de lazer irá requerer respostas adequadas para o seu preenchimento. Na área do conhecimento biológico e médico, surgem desafios para os cientistas e investigadores, que estarão motivados para desenvolver estudos acerca do envelhecimento, no sentido de melhor conhecer este processo. Em última instância, e aos diversos níveis, interessará compreender a

² Segundo o mesmo relatório, o “cenário central” conjuga um conjunto de hipóteses consideradas como mais possíveis face aos recentes desenvolvimentos demográficos (p.5).

³ Teve lugar em Madrid, de 8 a 12 de abril de 2002, com o objetivo de avaliar os resultados da I Assembleia Mundial realizada em 1982, em Viena, de adotar um plano internacional para o envelhecimento e traçar uma estratégia a longo prazo.

realidade do aumento da esperança de vida tendo presente que as pessoas vivem mais anos, mas que os devem viver com qualidade.

Como sabemos, envelhecer é neste momento como que um drama social, quando o que importa é que não constitua um problema, pois efetivamente *“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio pronta a explodir em qualquer altura”*. (Kofi Annan, citado por Magalhães, 2005:20).

Apesar dos países desenvolvidos serem os mais atingidos pelo envelhecimento populacional, e os que maior número de idosos registam, prevendo-se que entre 2007 e 2050 o maior aumento da população idosa ocorra no mundo desenvolvido, os países em desenvolvimento também começam a ser afetados, e no futuro, o peso da população idosa será mesmo muito expressivo (António, 2008).

Alguns autores, como Gorman (2000:7), sustentam que o envelhecimento no mundo assume facetas diversas, pois, nas suas palavras, *“O processo de envelhecimento é, naturalmente, uma realidade biológica que tem a sua dinâmica própria, em grande parte fora do controle humano. No entanto, ele também está sujeito às construções pelas quais em cada sociedade faz sentido a velhice. No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos, está legislada ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. Mas em muitas regiões do mundo em desenvolvimento, o tempo cronológico tem pouca ou nenhuma importância no sentido da velhice”*.

3.2 – Debate dos conceitos

Se é importante a análise do conceito de envelhecimento em termos gerais e das sociedades, não menos relevante é uma abordagem ao envelhecimento enquanto processo individual.

O vocábulo velho deriva do latim *veclu, vetu, vetuludim*. O sufixo *mento* que se junta para formar a palavra envelhecimento, denomina a ação. Facilmente, num dicionário ou enciclopédia podemos deparar-nos com a seguinte definição de velho: adj., avançado em idade, antigo, que já não está em uso; fora de moda; antiquado; muito usado, gasto; ou s. m., homem de idade avançada, ancião, homem velho. De acordo com Fontaine (2000), nunca devemos confundir envelhecimento com velhice, pois são conceitos diferentes e não são sinónimos. A velhice consiste numa situação que qualifica um grupo etário, e geralmente possui uma conotação negativa e depreciativa, ao passo que o envelhecimento se traduz num processo.

Filho e Alencar (1998) definem a velhice como um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levá-lo à morte.

Na opinião de Simone de Beauvoir (1970), podemos caracterizar o envelhecimento como um fenómeno biológico, logo, que tem efeitos biológicos, que vão acabar por se manifestar em certas condutas e modos de agir. Muitas vezes, esses comportamentos alteram a relação do indivíduo idoso com o mundo que o rodeia e com o seu próprio “eu”.

A ancianidade é uma fase de mudança, em que podemos verificar que existem alterações/perdas afetivas (Garcia, 2002), há uma irreversível modificação da estrutura familiar, em que se salienta, ao longo dos anos, uma perda do papel do indivíduo. Assim, por exemplo a viuvez, a reforma, o casamento, a saída dos filhos, a doença... “*O indivíduo que era competente, bem-sucedido e independente, pode tornar-se dependente e impotente para enfrentar a relação quer com a família, quer com a sociedade em que se encontra inserido.*” (Fernandes, 2002:26).

Para além da discussão em torno do envelhecimento, importa saber em que momento é que este processo se inicia. Não há uma norma ou um padrão que aponte uma determinada idade para o início do envelhecimento, e os diversos autores e estudiosos que se dedicam ao tema não são unânimes em apontar uma data. Os pontos de vista divergem, e se há entendidos que assumem que o envelhecimento se inicia com a conceção, como por exemplo, Fernández-Ballesteros (2000) (envelhece-se a partir do momento em que se começa a viver), ou como defende Fernandes (2000:24)

“*nascer, é começar a envelhecer, seguindo-se uma evolução geneticamente programada*”. Existem autores que pensam que o envelhecimento tem início por volta dos 20/30 anos, e finalmente outros, que afirmam que o envelhecimento surge na fase mais dianteira da vida (Paschoal, 2002).

Melhor será que a definição da condição de idoso não seja simplista e em associação a determinada idade, podendo ser imprudente considerar idosa uma pessoa com 60 ou 65 anos, por exemplo, pois o processo de envelhecimento é progressivo. De acordo com Albou (1999) a terceira idade continua a ser algo subjetivo. No renascimento, por exemplo, era considerada como uma época onde o envelhecimento se sentia particularmente cedo: Montaigne afirmava que se era idoso a partir dos 40 anos, Erasmo escreveu o seu poema sobre o envelhecimento aos 37 anos, Ronsard afirma que se sentia velho aos 38 anos. Nos dias de hoje, é cada vez mais tardio o sentimento de velhice que assola as pessoas, um indivíduo com 65 anos hoje sente-se vigoroso e jovial. Podemos assim afirmar que o sentimento de velhice tem vindo a ser retardado.

O estabelecimento de qualquer categoria para incluir as pessoas idosas, deve ser tido como algo que foi convencionado e é abstrato (Pimentel, 2001), e devemos considerar o envelhecimento como um processo, que é natural, e pressupõe uma alteração gradual da condição psicológica, social e física de cada indivíduo (Eliopoulos, 2001). Como refere Albou (1999:34) “*a velhice não é apenas um estado estático, pois é uma parte da vida em que existe uma evolução, nomeadamente a passagem da primeira etapa da velhice (denominado outono da vida) ao estado de decrepitude*”.

Perante a dificuldade em definir o momento em que se inicia o envelhecimento, Purificação Fernandes (2002) aponta quatro noções que se devem ter em conta, assim, a *idade cronológica*, a que vigora nos documentos e que é condicionada pelo avançar do tempo, a *idade biológica*, que equivale à funcionalidade das estruturas, sistemas e órgãos do corpo humano. Muitas vezes, a idade cronológica não coincide com a idade biológica. Mais, a mesma autora aponta ainda a *idade social*, que tem a ver com os costumes e função da pessoa perante o grupo social a que pertence, e finalmente a *idade psicológica*, que não se relaciona com nenhuma das anteriores, mas que tem em linha de conta a capacidade de integração e de adaptação que cada indivíduo tem em relação ao meio que o envolve.

Assim, não é correta a referência, de forma isolada, à idade cronológica, pois esta é apenas uma das partes da equação que calcula o início do processo de envelhecimento, podendo reconhecer-se desiguais idades biológicas, em pessoas com a mesma idade cronológica. Se utilizarmos unicamente este critério para classificarmos que determinada pessoa é idosa, adulta ou jovem, não estamos a ser rigorosos nessa definição, devemos ter um horizonte mais amplo e considerar condições funcionais, físicas, mentais/psicológicas e de saúde de cada sujeito.

Portanto, o conceito que podemos estabelecer acerca do envelhecimento é o de que consiste num processo inevitável e irreversível, que de acordo com Suzana Medeiros (2003), não acontece com uma data predefinida, pelo contrário, é um acontecimento que decorre durante toda a vida do ser humano.

Por outro lado, a problematização idoso / idade levanta também algumas questões, pois embora seja essa ligação que maioritariamente acabamos por estabelecer, Micael Pereira (2002) é um dos autores que se interroga acerca da existência de uma relação entre idoso e idade. Na mesma linha, sustenta (García, 2002) a ideia de que o envelhecimento baseado na idade do Bilhete de Identidade (idade cronológica) é um mito.

O especialista no estudo dos tecidos conjuntivos e da gerontologia Ladislav Robert (1995:7) sustenta que *“O envelhecimento é, certamente, o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de forma muito mais lenta e outros, ainda, pareçam não sofrer de senescência. O envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam.”*

Anabela Simões (1999:121) dá-nos uma outra perspetiva acerca do conceito de envelhecimento, onde enfatiza a complexidade e diversidade. *“O envelhecimento é um processo revestido de complexidade e diversidade. Complexidade porque durante o processo de envelhecimento o indivíduo coloca em jogo diferentes mecanismos de adaptação e/ou compensação para fazer face ao declínio de algumas capacidades funcionais, e diversidade pois as pessoas não envelhecem todas ao mesmo ritmo nem com a mesma idade cronológica, na medida em que todo o processo de envelhecimento*

é influenciado pelo património genético, pelos acontecimentos ao longo da vida e pelas condições de vida e trabalho”.

Podemos ainda encarar o envelhecimento como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes, (...) e de instabilidades dinâmicas, e por fim resulta a morte (Yates, 1993, citado por Fonseca, 2005). Embora não exista consenso, e haja uma multiplicidade de critérios para determinar o início do processo de envelhecimento, vamos tomar a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que em 2003 considerou a pessoa idosa qualquer pessoa com mais de 65 anos.

Serrão (2006) afirma que devemos admitir o vocábulo “seniores”, que será aplicado a mulheres e homens, que não exerçam profissão formal, que preservem as capacidades, que sejam independentes/autónomos, ativos e saudáveis, e que se localizem na faixa etária dos 65 aos 95 anos. Se a partir dos 65 anos um indivíduo “sénior” é considerado inativo, mesmo estando em perfeitas condições para desempenhar a sua atividade profissional, dentro de alguns anos, poderemos estar perante um problema de sustentabilidade do sistema de Segurança Social. Em Portugal, para Mendes (2011:274) *“Até 2020 serão cerca de três milhões (de beneficiários), numa população que continuará a rondar os dez milhões de pessoas”.*

A Segurança Social foi criada num contexto, em que a população, considerada idosa, era diminuta, e a população jovem apresentava um compasso crescente, o que demonstrava um bom ritmo para a economia, pois são os jovens/adultos trabalhadores que através dos seus impostos e contribuições sociais financiam o sistema, mas dos anos 90 para cá a realidade teve importantes alterações. Mendes (2011:17) refere que *“Nos anos de 1980-90, o contexto económico, social e político muda, e os mais velhos pesam cada vez mais no conjunto da população. As políticas sociais focalizadas nos velhos tendem a ser mais caras dado o aumento do número de beneficiários, a sua maior longevidade e a complexidade dos seus estados mórbidos, causados por doenças que até há pouco tempo quase nem tinham incidência. Os que estão na atividade económica são relativamente menos...”* É necessário que exista um equilíbrio entre os ativos (que pagam) e os pensionistas (que recebem), e à semelhança de

muitos países europeus, em Portugal, o aumento do número de ativos, não é proporcional ao crescimento do número de pensionistas.

Talvez seja importante implementar, paralelamente, à própria reformulação das regras de atribuição de pensões pelo Sistema de Segurança Social, e para mitigar o problema/situação, criar sistemas de pensões privados, conjugado com o aumento da idade da reforma, atualmente associada aos 65 anos de idade, para conseguir acompanhar o crescimento da esperança de vida. De acordo com o estudo do INE (2002:3), que incide sobre o envelhecimento em Portugal, *Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*, afirma-se que: “*torna-se cada vez mais necessário adaptar a idade da reforma ao prolongamento da vida e da forma saudável dos indivíduos idosos, adaptar os postos de trabalho, modificando regras e práticas em matéria de emprego, assegurar modalidades de trabalho mais flexíveis, incluindo a passagem gradual para a reforma, maximizar as potencialidades dos idosos, melhorar os ambientes de trabalho para tornar uma vida ativa mais longa e, entre outros, eliminar atitudes e práticas de discriminação de idosos*”.

Na linha do que já afirmámos, e considerando que o envelhecimento deve ser abordado em duas vertentes, temos então o envelhecimento enquanto processo individual e natural de mudança progressiva, conduzindo a uma maior longevidade, e o envelhecimento como fenómeno coletivo, que se traduz no envelhecimento demográfico e que se define pelo aumento da proporção dos idosos numa determinada população. Esta transformação tem causas e consequências que devem ser analisadas. Paralelamente ao envelhecimento temos o gerontocrescimento (ou crescimento geriátrico), que se manifesta pelo aumento do número de pessoas idosas numa população. De acordo com Dumont (2006), o gerontocrescimento é potenciado pela longevidade (crescimento de pessoas idosas), saldo migratório das pessoas idosas, e efeitos da herança demográfica, que a partir de 2006, em França, conduzirá a mudanças demográficas e estruturais graves. Por seu lado, o envelhecimento populacional é agravado pela diminuição da fecundidade, aumento da longevidade, as alterações da composição etária devido às migrações (sobretudo à emigração dos mais jovens) e aos efeitos da herança demográfica.

De acordo com Nazareth (1994) importa analisar a estreita relação entre a diminuição do número de jovens e o aumento das restantes classes etárias, levando

assim a um acréscimo do número de pessoas idosas na população total. O mesmo autor refere-se a uma explosão demográfica da terceira idade como efeito do progresso da esperança média de vida.

Tendo em conta os efeitos da mortalidade e natalidade no envelhecimento, não é o decréscimo da mortalidade o principal fator que contribuiu para o envelhecimento demográfico registado em Portugal e nos países desenvolvidos. Pelo contrário, a diminuição da natalidade é a causa que mais tem contribuído para acelerar o envelhecimento, sendo possível observar que uma redução das classes etárias jovens leva a uma diminuição da base da pirâmide etária, e a um acréscimo do número dos mais idosos, que se manifesta por um alargamento do topo da pirâmide.

Para Oliveira (2005) apresentam-se dois tipos de envelhecimento, o envelhecimento da base da pirâmide etária – que se liga à diminuição, cada vez maior, do número de crianças e jovens - e o envelhecimento do topo da pirâmide etária, que se prende com o acréscimo da esperança média de vida.

Podemos afirmar que *“A própria população idosa está a envelhecer”*. Tal é o aumento da esperança média de vida, que a classe etária dos idosos (com 80 ou mais anos) está em subida muito rápida, tal como foi apresentado pelas Nações Unidas (UN), no relatório *World Population Ageing: 1950-2050* apresentado na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento que decorreu em Madrid em 2002.

Nesta linha de argumentação, podemos estabelecer no grupo dos idosos várias subclasses. *“A Demografia coloca-nos perante o grande grupo da 3ª e 4ª Idades. Hoje coabitamos com “velhos jovens” (65-75 anos), “velhos velhos” (acima dos 75 anos), “velhos muito velhos” (acima dos 85 anos) e “ultravelhos” ou centenários. Esta inflação de idades, nada tem a ver com a Velhice propriamente dita, quando analisada à luz da estatística: o aumento é a resultante do fenómeno negativo (diminuição da natalidade), contrabalançado por um fenómeno positivo (recuo da mortalidade infantil)”* (Carvalho, 1989: 213 e 214). De salientar que a noção de “4ª idade” foi proposta em França, para todos os que tivessem 75 e mais anos (INE, 2002).

O aumento da longevidade em tão curto espaço de tempo, veio superar as expectativas dos mais otimistas e de todos os cenários traçados. Para tal evolução, existem fatores que contribuíram de uma forma determinante, tais como a diminuição e controlo da morbilidade e mortalidade, que jamais seria possível sem o amplo acesso e

melhoria dos cuidados de saúde. O desenvolvimento socioeconómico, acompanhado pela revolução nos fármacos, a par da evolução da medicina, das técnicas de intervenção e diagnóstico, contribuíram para atingirmos um elevado patamar a nível da longevidade.

Perante este cenário, deduzimos que o envelhecimento é tido como um mal, uma espécie de doença que atormenta os países desenvolvidos, numa perspetiva depreciativa de compreender o envelhecimento populacional (ou demográfico).

Vários países da Europa, como por exemplo a Itália (em 2011, 20,5% do total da população tinha 65 ou mais anos) e a Alemanha (em 2011, 20,6% do total da população tinha 65 ou mais anos) tentam impedir uma mais forte ocorrência desse fenómeno tomando políticas natalistas, portanto, medidas que fazem a apologia do aumento da natalidade. No entanto, os resultados ambicionados não estão a ser atingidos. A maior parte dos casais continua a ter um baixo número de filhos, pelo que o índice sintético de fecundidade (ISF), que tem em conta que 2,1 criança por mulher é considerado o nível mínimo de substituição de gerações, é neste momento mais reduzido que o esperado, não permitindo por isso a tão necessária renovação. No caso da Itália, as políticas natalistas; a presença de imigrantes jovens, muitos oriundos do Norte de África; e o apoio dado às famílias e às mães, não têm permitido manter o ISF próximo de 2,1. Segundo o Eurostat, este tem vindo a diminuir, de 1,42 em 2008; para 1,41 em 2010 e 1,40 em 2011.

3.3 -Qualidade de vida e senescência

Quando pensamos no processo de envelhecimento impõe-se associá-lo à noção de Qualidade de Vida, pois como sabemos e é facilmente observável, uma pessoa idosa tende a perder capacidades. A capacidade de adaptação diminui e surge uma infinidade de dificuldades, portanto, é necessário que se esteja atento e se criem condições para minimizar os impactos dessas perdas. Segundo Duarte e Pavarini (1997), a qualidade de vida nos idosos é geralmente associada a problemas que se prendem com a autonomia versus dependência.

Os idosos podem apresentar situações de dependência que resultam de alterações biológicas (dificuldade em ver, em andar, ou até mesmo em orientar-se no espaço), mas também de alterações sociais (diminuição dos contactos sociais, fraca adesão a organizações socioculturais) (Baltes e Silvenberg, 1995).

Perante esta situação, é necessário que exista uma resposta ao nível das instituições e organizações, estruturas de apoio social, alterações de políticas sociais, e sobretudo uma mudança das mentalidades, por forma a garantir uma qualidade de vida e uma dignidade para os mais idosos, só possíveis se houver a perceção das necessidades e a adequabilidade das políticas sociais e de saúde à vida da população mais idosa. O conceito de Qualidade de Vida tem vindo a ganhar importância na área das ciências sociais e humanas, mas também na área da saúde (Hortelão, 2003).

A referida ideia é encarada de diferentes perspectivas, de acordo com os autores que nos dão os seus contributos. Discutir e definir qualidade de vida é algo vago, de acordo com Fallowfield (1990), é variável de sujeito para sujeito, e aborda facetas que vão desde o que é material e mensurável, até ao espiritual.

De acordo com o Whoqol Group (1994:28) a qualidade de vida é: "*a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*". Temos assim subjacente a ideia de que avaliar a qualidade de vida é subjetivo, e varia de acordo com o âmbito social, ambiental e cultural. Assim, a noção de qualidade de vida, encerra em si a saúde física, bem como a saúde mental/psicológica, as relações sociais, o sistema de crenças, o meio envolvente e o grau de independência (Whoqol Group, 1995, citado por Canavarro, Simões, Pereira e Pintassilgo, 2005). Já para Fernandes (1996) a qualidade de vida do idoso relaciona-se com a forma como o indivíduo experiencia o seu envelhecimento e a velhice. De acordo com Hortelão (2003), existe qualidade de vida quando se verifica a ausência de doenças, quando física e cognitivamente existe uma boa atividade, e ainda quando permanece um bom suporte social.

Para a Organização Mundial de Saúde (1994:8), a qualidade de vida consiste na "*perceção que o indivíduo tem da sua atitude na vida, no contexto onde está inserido,*

tendo em conta a cultura, os valores, objetivo de vida, relações sociais e perspectivas de vida.” Já Cramer (1994) afirma que a qualidade de vida não se avalia apenas pela inexistência de doenças, mas que este é um conceito muito mais profundo e implica a presença de bem-estar mental, físico e social.

De acordo com a Direção Geral de Saúde - DGS (2003), a qualidade de vida passa pelo entendimento, por parte do sujeito e/ou grupos, de que as suas necessidades são colmatadas, bem como pela noção de que não existe uma barreira às oportunidades, através das quais é possível aceder à felicidade e à realização pessoal, ou seja, sem que haja apenas uma sobrevivência.

Para Coste, a qualidade de vida nas populações idosas depende da “(...) *preparação física, psicológica e social para a reforma, prolongando o período de atividade e capacidade para viver autónomo; minimização nas dificuldades e desconforto que as doenças crónicas possam provocar e promoção de um suporte emocional à pessoa idosa e família, assegurando menor stress físico e mental perante doenças terminais*” (Coste, 1993:33).

Para a grande parte dos idosos, ter qualidade de vida no seu processo de envelhecimento tem uma relação direta com o grau de autonomia, assim: “*apesar da perceção da qualidade de vida de cada um de nós depender de muitas variáveis, no envelhecimento o mais valorizado é o nível de autonomia*” (Nunes, 2008:23).

3.4 -Envelhecimento e exclusão social

Interessa, ainda, salientar uma outra ideia que se relaciona com o envelhecimento demográfico, a exclusão social. São vários os estudos e os autores que apontam a população idosa como uma das mais passíveis de sofrer de situações de exclusão social e pobreza. Deveria ser o Estado Social, ou o Estado-Providência, concebido no final da Segunda-Guerra Mundial que, no passado, assumiu como responsabilidade não só a proteção dos trabalhadores, mas também o apoio na área da saúde, da educação, dos transportes e da habitação, a zelar, na atualidade, pelos mais

vulneráveis à pobreza/exclusão social: os idosos. Também a velhice mereceu um novo olhar, e os idosos foram valorizados, passando a ser protegidos pelo Estado, que tomou para si um papel tradicionalmente reservado à família. De modo a concretizar deste princípio, foram criadas reformas, serviços e equipamentos de apoio à velhice, apoios estes que nem sempre protegem os mais velhos da pobreza e da miséria.

Podemos definir o Estado-Providência como *“a forma política dominante nos países centrais na fase de “capitalismo organizado”, constituindo, por isso, parte integrante do modo de regulação fordista. Baseia-se em quatro elementos estruturais: um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado, com o objetivo fundamental de compatibilizar capitalismo e democracia; uma relação constante, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação; um elevado nível de despesas em investimentos e consumos sociais; e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produtos da benevolência estatal”* (Santos, 1993:43-44). Apesar do Estado-Providência deixar de ter única e exclusivamente o papel de regular e controlar os cidadãos, e passar a proteger os mesmos através de direitos, em Portugal, o Estado-Social teve um desenvolvimento tardio e a sua eficácia é reduzida, as redes de apoio informal, sobretudo família e vizinhos, paralelamente às instituições religiosas, continuam a ser um valorizado apoio para os idosos, e evitam que os mesmos possam cair em situações de pobreza e exclusão social. Estamos desta forma perante uma desresponsabilização do Estado e a uma maior responsabilização da sociedade civil, famílias, amigos, voluntários, organizações não-governamentais.

As ciências sociais e humanas, bem como as ciências médicas, poderão dar um importante contributo para a criação de planos e medidas que possam impulsionar uma melhoria da qualidade de vida e comodidade dos mais idosos (Paúl, 1997). Geralmente, o idoso e a velhice são vistos de uma forma pouco positiva, o idoso é visto como alguém débil e que se encontra numa condição de *“pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência”* (Mauritti 2004:340). Num estudo que se intitula *O Futuro Demográfico da Europa* (2005), que incide sobre o papel do idoso na sociedade, é colocada a hipótese dos pais idosos viverem com os filhos, e uma parte substancial dos países da Europa de Leste como por exemplo a Roménia (85,9%), Polónia (85,1%) e Lituânia (82,9%) aprovam esta ideia. No que respeita aos países da Europa Ocidental,

essa ideia não é bem acolhida, pois apenas uma pequena percentagem da população aceitaria essa condição: Alemanha (16,4%) e Bélgica (23,5%). Por outro lado temos a chamada “geração sanduíche” a quem compete cuidar e amparar a geração ascendente e continuar a cuidar, com zelo e devoção da geração descendente que ainda permanece em casa, ou que pela idade, ainda necessita de muita supervisão. Neste caso, em alguns países, há discordância quanto à ideia de que se um casal tiver filhos, não deve cuidar dos seus pais idosos. Na Bélgica observaram-se 46,3% e na Finlândia 43,5% de respostas, respetivamente, que acham incompatível, e um “fardo” muito pesado, cuidar dos pais idosos e das crianças. Em sentido contrário temos a Lituânia em que 6,6% concordam que não devem prestar apoio aos pais, Eslovénia (8,2%), Estónia (8,9%) e a Roménia (12,9%).

De acordo, ainda, com o mesmo estudo, é referido que embora o envelhecimento demográfico seja considerado aspeto negativo, o papel dos idosos na sociedade foi avaliado positivamente, portanto, em alguns países não existe a tendência de rejeitar os idosos. A maior parte dos países europeus considera que a sociedade deve dar uma maior atenção aos direitos e aos problemas das pessoas idosas. No fundo, os idosos são importantes para a sociedade devido à sua enorme e diversificada experiência, e os jovens podem beneficiar desse conhecimento e dessa sabedoria.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Silva (2001) afirma que o idoso é sensível à exclusão social devido à sua posição de reformado, que gera a supressão da relação com o trabalho e com os colegas, a relutância em estabelecer relações e comunicar com as novas gerações, grande dificuldade em se apropriar das tecnologias de informação e comunicação (TIC). As TIC poderão ser um instrumento de ligação dos idosos com o exterior, sobretudo para aqueles que estão em situação de dependência e não podem sair de casa, e portanto, estão, à partida excluídos. De acordo com Pereira e Neves (2011:15), *“os idosos têm manifestado uma dificuldade enorme em compreender e acompanhar esta nova realidade, sentindo-se imediatamente excluídos e à margem desta evolução. Perdem, assim, a oportunidade de conhecer um novo mundo, com infinitas possibilidades ao nível da comunicação e da transformação do seu tempo em tempo de lazer, de convívio e de felicidade”*.

Porém há autores que defendem o aumento da utilização das TIC por parte dos idosos para serem mais autónomos, evitarem a exclusão e o isolamento, no entanto insuficiente para chegar ao universo de idosos, pois nem todos conseguem ter acesso à internet ou até fazer o processo de adaptação. Num estudo efetuado à população idosa de alguns países da União Europeia (UE), entre 2002 e 2007, foi evidente que o uso da *Internet* pela população sénior se tem ampliado. Constatou-se que a utilização da *Internet* entre os idosos praticamente duplicou, pois em 2001 verificou-se 27% de utilizadores, em 2007 registou-se 44% (Seniorwatch, 2008). Não são raras as vezes em que os idosos são classificados como pessoas incapazes de se adaptarem às novas tecnologias. Na verdade poderão ter uma aprendizagem a um ritmo mais lento, decorrente de algumas limitações físicas e cognitivas, que advêm do avanço da idade, mas estas, não serão certamente impeditivas a que os idosos possam ocupar o seu tempo livre e de lazer com as TIC. A propósito, Machado e Sousa, (2006:402) afirmam que: *“Acompanhar a evolução das ferramentas da Internet não é uma atividade apenas para jovens de idade, mas para todos aqueles que se mantêm com pensamento jovem pela busca constante de conhecimento, importante a sua idade cronológica”*.

Um dos exemplos da divulgação e procura dos cursos de informática, é a Universidade Sénior de Beja, que tem várias unidades curriculares, entre as quais, a de informática. Das 32 unidades curriculares disponíveis, ministradas por 37 professores em regime voluntário, a disciplina de TIC é uma das mais procuradas. Em 2012 frequentaram a Universidade Sénior de Beja 170 alunos, e estavam inscritos 48 alunos, nos três níveis da disciplina de TIC. O que estes alunos mais frequentemente procuram aprender é como utilizar a Internet, principalmente para uso do Skype, participação em redes sociais (nomeadamente o Facebook), e a gestão do correio eletrónico, muitas vezes para comunicar com os netos que estão longe.

Na atual sociedade o isolamento, e o desaparecimento da autonomia física, tornam-se problemas evidentes nas classes etárias mais envelhecidas, sobretudo nos meios rurais, e que inevitavelmente, levam à exclusão social.

De acordo com Bruto da Costa (1998:22), o envelhecimento pode constituir-se como um fator de exclusão social. *“É uma situação de privação de tipo relacional, caracterizada pelo isolamento, e por vezes associada à falta de autossuficiência e*

autonomia pessoal". Podemos constatar vários exemplos de pessoas idosas que conhecemos e vivem sozinhas e doentes, que muitas vezes precisam de cuidados de vária ordem e não têm acesso aos mesmos. Segundo este autor, existem vários idosos que vivem em condições de grande pobreza, em virtude dos escassos recursos económicos, chegando a viver carências que atingem as necessidades básicas, como a alimentação, o vestuário, os cuidados de saúde e as condições do alojamento.

Para Branco e Gonçalves (2001:32), os idosos são o grupo social mais fustigado pela pobreza. Na opinião destes autores, a situação deve-se sobretudo às reformas e rendimento reduzidos. Afirmam ainda que a pobreza e a exclusão social podem estar na retaguarda dos casos de solidão. Citando os autores "*como seria também de se esperar, as famílias monoparentais, os idosos, a viver só ou em casal (ambos idosos) e as famílias alargadas, são as categorias mais vulneráveis a qualquer tipo de pobreza*".

No decorrer deste capítulo analisamos o fenómeno do envelhecimento das sociedades modernas, caracterizamos o envelhecimento enquanto processo individual, percebemos que não existe unanimidade de opiniões acerca do seu início, nem uma definição que se deva considerar totalmente correta. No entanto, devemos ter em consideração os fatores ambientais, sociais, económicos e culturais que se associam e influenciam o processo de envelhecimento.

É certo que o envelhecimento conduz a uma maior longevidade, e conseqüentemente ao envelhecimento como fenómeno coletivo, que se traduz no envelhecimento demográfico. Este poderá trazer alguns problemas para a sustentabilidade do sistema de Segurança Social, uma vez que o número de beneficiários, associados à cada vez maior longevidade, não pára de aumentar, e por outro lado, o número de ativos tem vindo a diminuir. Torna-se cada vez mais imperioso que os países adaptem as estruturas da sociedade, pois não importa, apenas, que as pessoas vivam mais tempo, é vital que os idosos se sintam parte de uma sociedade que os acolhe, que os inclui, e que toma medidas para que envelheçam de uma forma digna e com qualidade de vida. Para tal é importante fomentar a ideia de envelhecimento ativo, da interação com o lazer e a cultura, e é vulgar encontrarmos idosos que se adaptam de uma forma muito fácil às novas tecnologias de informação e comunicação (TIC). Estas, podem ser fundamentais para evitar o isolamento dos idosos, e podem

funcionar como uma janela para o mundo e uma porta de entrada para o relacionamento familiar, apesar da distância que os separa. Um idoso ativo, dinâmico, é um idoso que não é um “fardo” para a família, tanto os mais jovens como a sociedade em geral, têm muito a aprender com os conhecimentos que os mais velhos possam transmitir.

CAPÍTULO IV

O envelhecimento na atualidade

IV - O envelhecimento na atualidade

4.1 – A família e as instituições: quem deve cuidar dos idosos?

Os conceitos de envelhecimento e processo de envelhecimento têm sofrido alterações. Assim, se nas sociedades ocidentais de início do século XX, o idoso era visto como um símbolo de continuidade, assegurada por esse detentor de sabedoria que os mais novos ouviam e respeitavam, tal não acontece na atualidade. Pimentel, (2001:55) nota que a sociedade premeia “*a beleza, a vitalidade a juventude ou o materialismo, a velhice é sinónimo de incapacidade e rejeição*”.

Tendo ainda em conta o que é afirmado por este autor, apesar de não reunir unanimidade, o reconhecimento e estatuto do idoso nas sociedades pré-industriais era de maior importância e realce, o que se fundamentava na “*reconhecida sabedoria e prudência*”. Deste modo, era comum que o idoso assumisse funções de relevo na sociedade em que estava inserido, enquanto a família correspondia ao primeiro pilar, já que a pessoa idosa era respeitada e amparada no núcleo familiar, ocorrendo sempre o respeito e reconhecimento pela “*hierarquia de papéis*”.

Até ao século XIX, a quantidade de pessoas a quem se podia chamar “velho” era diminuta. Assim, a velhice não era encarada como um problema social, a assistência que os idosos necessitavam era fornecida pela família, ou por instituições de caridade, geralmente ligada a institutos religiosos. Atualmente a situação é bem diferente, com os familiares a distanciarem-se dos cuidados aos idosos e as instituições de caridade a desaparecerem, surgindo no seu lugar instituições que procuram o lucro.

No final da Segunda Guerra Mundial, o apoio aos idosos era prestado pela família, ou por vizinhos. Caso estes agentes não assegurassem as necessidades, os cuidados ao idoso passariam para a responsabilidade de lares ou até mesmo de hospitais, que na sua maioria eram financiados e regulamentados pelo Estado.

No início da década de 60 do século XX, em Inglaterra, aparecem críticas pouco abonatórias ao modo de funcionamento dos equipamentos que prestavam apoio a idosos com doenças mentais. Surge então, em Inglaterra, a ideia de integrar os idosos de uma forma diferente, substituindo os asilos por serviços de apoio domiciliário e famílias de acolhimento.

Em Inglaterra, nos anos 80, emergiu a filosofia que deviam ser as famílias e os serviços comunitários a ministrar os cuidados aos idosos, e o papel do Estado era apenas de coordenação dos serviços que eram prestados por profissionais e voluntários, a esta política chamamos *Welfare-Mix*. Por um lado esta filosofia faz com que o Estado diminua os custos, uma vez que são as famílias, muitas vezes com dificuldades financeiras, quem trata e assegura resposta às necessidades dos idosos dependentes. Por outro lado, coloca em causa a igualdade de oportunidades, pois as mulheres, que regra geral asseguram as tarefas domésticas e tratam dos idosos, ficam deste modo sobrecarregadas de trabalho.

A família continua a ser fundamental no apoio ao idoso, pois são os elementos familiares que têm com ele os laços mais sólidos, e é neles que o idoso mais acredita e confia. Contudo, foi-se operando uma profunda alteração na estrutura familiar, em particular no que toca à progressiva redução da sua dimensão, pelo que as famílias são hoje mais frequentemente nucleares e o idoso tem vindo a perder nelas o seu lugar. Os laços familiares enfraqueceram e é reduzido o auxílio aos idosos, que em geral vivem sozinhos.

De acordo com os Censos de 2011, em Portugal existiam 823.365 (20,6%) famílias com uma pessoa, num total de 3.991.112. No que respeita às famílias clássicas, existiam 93.022 (2,3%) com uma pessoa do sexo masculino e com 65 ou mais anos, e 312.734 (7,8%) para o sexo feminino, num total de 4.033.121 famílias clássicas em alojamentos familiares clássicos.

Em concordância com Carvalho, (2009:78) a *“estrutura familiar alterou-se com a passagem do domínio das famílias múltiplas e extensas para as famílias tendencialmente formadas por um só núcleo, o dos pais e dos filhos, e de famílias recompostas, de famílias “não convencionais”, como as mulheres com filhos ou pessoas do mesmo sexo com filhos ou pessoas a viverem sós”*.

Uma outra transformação que tem vindo a ocorrer prende-se com a feminização do mercado de trabalho. A mulher, apontada como a principal cuidadora dos idosos, cada vez mais encontra o seu trabalho fora de casa, o que poderá, também, constituir um entrave à permanência dos idosos no seio da família, que não é mais a família tradicional.

Apesar de tudo, e de acordo com Melo (1998) a família deve ser, por excelência, um espaço de realização, de progresso, aperfeiçoamento e consolidação do ser humano, espaço em que se devem completar os saberes e transmitir os valores, mas que de todo não tem hoje lugar garantido para o idoso. Segundo aquele autor, as causas que concorrem para esta realidade, residem no facto dos filhos serem absorvidos pelo mercado de trabalho, o que leva a que não tenham tempo para prestar apoio físico e psicológico aos pais, que tanto precisam. Cumulativamente, por vezes a residência de pais e filhos dista vários quilómetros, situação que em nada ajuda à aproximação familiar que assegura o apoio aos mais idosos e o fortalecimento de laços afetivos.

Face a tal contexto, cada vez mais o idoso se encaminha para a solidão e isolamento, referindo o mesmo autor que as grandes concentrações urbanas não são favoráveis à velhice, pois facilmente podem levar a uma marginalização, tão comum nas sociedades modernas, com a crescente desresponsabilização da família, o que em parte se explica pelo stress, falta de tempo, e pelo individualismo.

Assim, face ao crescente acumular de fatores relacionados com a vida urbana, à quebra dos laços familiares e ao gradual aumento do envelhecimento populacional, tornou-se mais premente a criação de equipamentos (de apoio social e de serviços de saúde) que consigam de forma eficiente colmatar as necessidades da população idosa (Azeredo, 2009). Também Fernandes (1996), defende que se torna indispensável que os serviços de saúde respondam de forma adequada às necessidades dos mais idosos.

O estudo de Carvalho (2010:6) refere que “*Apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora.*” E de facto, a família articula-se ainda de modo a criar dinâmicas que levem a uma assistência eficaz nos cuidados aos seus familiares idosos, embora o acréscimo da população envelhecida tenha levado à reorganização dos serviços de saúde, a fim de poderem os mesmos solucionar os novos desafios (Rebelo, 2007).

O ideal é que os idosos possam passar a sua velhice na companhia dos familiares e amigos mais chegados, pois são as pessoas com quem mantiveram laços mais fortes ao longo da vida (e continuam a manter), e que podem ser definidas como integrantes da rede de suporte social, como afirma Sousa *et al.* (2006).

Para Paúl (1997), as redes de suporte, constituídas por familiares e amigos, são fundamentais para que o idoso possa usufruir de qualidade de vida, na medida em que o apoiam e lhe dão conforto para lidar com as adversidades, diminuindo desta forma as situações de stress. É junto da família que qualquer pessoa deseja envelhecer.

Enquanto existir saúde, maior será a probabilidade dos idosos manterem a independência e a autonomia, bem como a facilidade e disposição para preencher tempo, manter relações sociais e familiares, e realizar várias atividades. Com o avançar da idade surge a doença, que para além de acarretar sofrimento, provoca o estado de dependência e de inutilidade, e a consequente necessidade de cuidados especializados. Mesmo a família estando fortalecida pela convivência e por laços afetivos, a doença e as dificuldades que dela advêm podem provocar, no idoso, tristeza, amargura, desânimo, por sentir ser um “fardo” para a família, que tem de abdicar do seu tempo para lhe prestar os devidos cuidados.

Para Lawton *et al.* (1982) a longevidade não é de modo algum sinónimo de qualidade de vida e bem-estar. Pelo contrário, com o passar dos anos, os idosos perdem capacidades e funcionalidades, podendo chegar a uma altura em que sejam incapazes de desenvolver as tarefas e atividades do quotidiano, ou até mesmo ficarem na situação de dependentes. Paralelamente à diminuição das capacidades, o comportamento e os afetos do idoso vão sendo condicionados por fatores extrínsecos à sua vontade. Portanto, de acordo com Fonseca *et al.* (2005) uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, amigos e vizinhos, é tida como de extrema importância, funciona como um garante do bem-estar do idoso e é apontada como um bom indicador de saúde mental.

O processo de envelhecimento pode decorrer em meio rural ou em meio urbano, e para os dois casos existem vantagens e desvantagens, que não podem ser generalizadas. Se o meio urbano oferece, para alguns, um melhor nível educacional e uma situação financeira mais confortável, sem que viver na cidade seja, obrigatoriamente sinónimo de abundância económica, na cidade, pode-se ter acesso,

facilitado a bens e serviços (saúde, cultura, lazer). Por outro lado, o meio rural pode proporcionar uma maior autonomia e uma rede social mais densa e eficaz. No entanto se esse meio for desprovido de assistência e cuidados de saúde direcionados para os mais idosos, certamente que a autonomia, a qualidade de vida e o bem-estar do idoso serão reduzidos.

Como explica Fonseca (2005), a vida nas cidades sustenta-se, para grande parte dos idosos, num escasso suporte social, e quando ele existe, as redes são fracas e não oferecem visibilidade social, o que leva algumas vezes a casos de desprezo e marginalização.

Envelhecer num meio rural pode proporcionar aos idosos uma atitude e uma postura menos negativa face ao envelhecimento, mesmo que existam situações de carência económica/material. Ainda subsistem relações de vizinhança e estarão mais por perto familiares e amigos, o que pode colmatar a carência, pelo que em regra os idosos que vivem nos meios rurais são menos dependentes, mais ativos e o seu suporte social é maior (Sequeira e Silva, 2002).

Tendo em conta o estudo de Sequeira e Silva (2002), no qual participaram 40 idosos de ambos os sexos, residentes em meio rural, no concelho de Mação, que teve como objetivo aferir quais os fatores que contribuíam para a satisfação com a vida em idosos residentes em meios rurais, podemos concluir que o contexto rural é um meio excecional e distinto para o processo de envelhecimento, o que se prende com benefícios que passamos a apresentar. As mudanças no meio/contexto físico são graduais e pautadas, não exigindo uma adaptação radical por parte do idoso. O ritmo é menos acelerado que o ritmo de vida de uma cidade e a população não tem grandes oscilações, mantendo-se os números da população presente relativamente estáveis. Estes fatores conduzem à conservação dos laços afetivos, a uma densa rede social que funciona como um suporte emocional, físico e psicológico. Face a este equilíbrio, quando as capacidades funcionais do idoso diminuem, ele pode sentir-se vinculado e identificado com o contexto, que acaba por lhe proporcionar um meio familiar, em que é conhecido por todos e que lhe confere um sentimento de identidade.

Hespanha (1990, citado por Lopes, 2004) afirma que a enorme diferença entre o meio rural e o meio citadino reside na atividade agrícola familiar, que pelas suas

características e organização levam a particularidades, como por exemplo o reforço dos laços com os vizinhos, bem como à solidariedade e importância da família.

Também Lopes (2004) efetuou um estudo onde comparava a qualidade de vida e o suporte social de idosos que viviam em meio urbano e em meio rural. As dimensões de análise “funcionamento físico” e “papel físico”, em relação à qualidade de vida, mostravam valores mais elevados no meio rural. O meio rural também propicia uma maior noção de suporte social recebido.

Paúl *et al.* (2005b), que efetuaram um estudo acerca da população idosa que vive em meio rural e da população idosa que vive nas cidades, chegaram à conclusão que os idosos rurais são mais autónomos (vida mais ativa, devido à ocupação na agricultura e criação de animais) e têm a perceção de um suporte social mais elevado.

No entanto, envelhecer em meio rural pode ter também desvantagens, já que em algumas pequenas aldeias ou lugares, a família está longe, geralmente nas cidades, as aldeias apresentam sinais de desertificação, os jovens saem em busca de melhores condições de vida e os idosos ficam, o que leva Fonseca *et al.*, (2005:106) a afirmar que, “*Há como que um sentimento de fim, não só de vida mas de uma terra...*”.

O envelhecimento da população está frequentemente relacionado com a elevada probabilidade de aparecerem situações associadas a casos de dependência física, social e psíquica, às quais, muitas vezes, não se responde de forma adequada.

Nos últimos anos têm vindo a aumentar as redes de serviço de apoio às pessoas idosas, no entanto, estão ainda muito aquém das necessidades da população envelhecida (Trincadeiro *et al.*, 2009). De acordo com o mesmo autor, o avanço tecnológico e na medicina tem conduzido a uma extensão da vida em sujeitos que padecem de doenças crónicas, o que necessariamente conduz a um aumento das necessidades, a nível de saúde, entre os idosos. Deste modo é urgente criar/desenvolver planos que levem a uma melhoria da qualidade de vida dos idosos através de soluções de cariz social.

Não são raras as vezes que visitamos aldeias e constatamos que para além de estarem despovoadas, restando apenas os idosos (os jovens migraram em busca de melhores condições de vida), há também um défice de equipamentos e infraestruturas. A vantagem do envelhecimento no meio rural pode residir na proximidade de alguns familiares e nos laços de vizinhança. Fonseca (2004:3) segue esta linha de pensamento

quando afirma:” *É globalmente neste tipo de contextos que os idosos permanecem, ora entregues a si próprios, aos seus cônjuges e companheiros de uma vida, ora institucionalizados. A figura dos cuidadores informais não tem expressão, porque não está presente a geração dos filhos e o cuidado entre pares é mútuo dentro do casal, refletindo a divisão de tarefas praticada ao longo da vida. O suporte dos vizinhos é sobretudo instrumental e também ele existente na sequência de uma troca habitual que se estendeu ao longo dos anos de convivência e proximidade*”.

De acordo com este autor, e tendo presente o meio rural, a institucionalização de idosos é a última opção. Apenas quando falha o apoio/ajuda do cônjuge, da família próxima, ou dos vizinhos é que se equaciona a ida dos idosos para uma instituição que preste o apoio necessário.

A institucionalização é abordada por Paúl (1991) para referir que quando um idoso é colocado numa instituição, tal se deve fundamentalmente a problemas graves de saúde ou incapacidade funcional, perda do cônjuge, perda da casa ou degradação da mesma, além disso, os filhos podem não conseguir ou poder tomar conta do idoso. Já Nina e Paiva (2001) consideram que, sempre que possível, muitas famílias preferem institucionalizar o idoso com o objetivo de resolver os problemas.

De acordo com Worobey e Angel (1991:95), e reportando-se à década de 90, do século XX, os idosos que tinham poucos filhos, ou cujos filhos estivessem a residir longe, apresentavam uma maior probabilidade de serem institucionalizados. As escolhas que estes idosos podiam fazer passavam por *”continuar a viver sós, ir viver para a casa de outra pessoa, ou trazer alguém para viver consigo, entrar para um lar*”.

Para que não exista institucionalização é necessária a presença de um bom suporte familiar. Já Martins Correia (2003), refere que Portugal é um dos países menos adaptados ao envelhecimento, pois as estruturas de apoio social, particularmente, no que se refere aos cuidados de saúde a pessoas idosas, são insuficientes.

No século passado, criar muitos filhos garantia que no futuro estariam assegurados cuidados aos pais idosos. Hoje, dadas as condições familiares, com o declínio da fecundidade o acréscimo do índice de dependência de idosos e os horários de trabalho dos ativos, há cada vez menos familiares dispostos e disponíveis a prestar cuidados aos idosos, ainda que comportando frequentemente a pressão social, pois moralmente, e aos olhos da sociedade, quem deve cuidar do idoso é a sua família. Na

presença deste cenário, resta apenas a ajuda de vizinhos ou amigos, e o recurso a instituições.

Consultando os Censos 2011, em Portugal, existiam 4832 famílias institucionais⁴, no Baixo Alentejo 81 famílias, o concelho de Beja na mesma data totalizava 27 famílias institucionais. No concelho de Beja, as freguesias que mais número de famílias institucionais apresentava, em 2011, era Beja Santa Maria da Feira e Santiago Maior (ambas com 7 famílias).

4.2 – Uma nova visão da senescência: O envelhecimento ativo e o envelhecimento produtivo

O envelhecimento da população tem-se vindo a manifestar de forma acentuada nas duas últimas décadas, e é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades desenvolvidas e modernas, estimando a Organização Mundial de Saúde (OMS) que em 2025 se venha a contabilizar cerca de 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos de idade (OMS, 2001 citado. por Sousa, *et al*, 2003), e que corresponde a cerca de 15% da população mundial. Segundo o *The world health report*, o grupo que regista um maior crescimento é o dos idosos com 80 e mais anos, vivendo cerca de 75% desses idosos em países industrializados ou desenvolvidos (OMS, 2001).

Em Portugal, e de acordo com as projeções demográficas, a população idosa não irá parar de aumentar. Assim, em 2020 o peso do grupo etário dos idosos será de 18,1% do total da população, enquanto o dos jovens se reduzirá para 16,1%. No grupo dos mais velhos, a faixa com idade superior a 75 anos corresponderá a 7,7% no mesmo período, suplantando o ano de 1995, em que se registou 5,6%, segundo o Instituto Nacional de Estatística (1999).

⁴ Conjunto de pessoas residentes num alojamento coletivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objetivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo.

Entre 2001 e 2011, a proporção de jovens decresceu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa também se reduziu de 67,3% para 66,0%, verificando-se concomitantemente o aumento da percentagem de idosos de 16,6% para 19,0%. Será também expectável o aumento do índice de envelhecimento demográfico e o decréscimo do índice de sustentabilidade potencial.

Quanto ao índice de envelhecimento, que em 2001 se situava em 102, o mesmo aumentou para 128 em 2011, significando este acréscimo que se alterou bastante a relação entre o número de idosos por cada 100 jovens, passando este de 102 para 128 idosos.

Durante muitos anos foi aceite que a "explosão demográfica da terceira idade" se devia, em primeira linha, ao aumento da esperança média de vida, ora, atualmente sabemos que essa suposição não se confirma, e tal "explosão" deve-se, fundamentalmente, ao decréscimo da taxa de natalidade (Nazareth, 1994).

O estreitamento da base da pirâmide, que demonstra o envelhecimento da base, resulta em particular das baixas taxas de fecundidade, que levam a uma diminuição da população jovem. O alargamento do topo da pirâmide etária traduz um aumento da população idosa, que é consequência direta do aumento da esperança média de vida.

Perante a inevitabilidade de envelhecer, coloca-se então a questão de compreender o processo de envelhecimento, ou seja, é importante equacionar as problemáticas de como se envelhece, e que qualidade de vida está associada ao envelhecimento.

O processo de envelhecimento é individual, cada um envelhece à sua própria maneira e ao seu ritmo, muito de acordo com um projeto e história de vida, o meio que o envolve e os hábitos e costumes que pratica. Assim, cabe a cada pessoa, assumir ações que lhe possam garantir um envelhecimento com qualidade (Ramos, 2001).

Porém, na nossa opinião o envelhecimento com qualidade não respeita apenas ao idoso, que é o primeiro visado. Em primeiro lugar a sociedade condiciona a visão que temos da velhice, essa conceção dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, a partir dos quais ela construirá sua visão dessa última etapa

da vida, e que certamente influenciará a qualidade de vida dos mais idosos. Aos profissionais de saúde e operacionais que trabalham nos lares, que são os cuidadores das pessoas dependentes é fundamental que façam o seu trabalho de forma exemplar para que os idosos institucionalizados possam sentir-se úteis e acarinhados. Temos ainda o papel da família que é determinante para que cada idoso sinta o apoio e o elo afetivo da parte daqueles que toda a vida o rodearam. Pensamos que o papel da família é fulcral para o envelhecimento com qualidade.

Como algo pessoal e subjetivo, a qualidade no envelhecimento relaciona-se com a intervenção mais ou menos ativa que cada pessoa assumiu ao longo do percurso de vida, já que cada sujeito é o impulsionador da sua saúde e do seu desenvolvimento pessoal (Paúl e Fonseca, 2005). As boas condições de vida em termos pessoais e sociais, que incluem uma melhor alimentação, cuidados de saúde, inclusão social e participação na sociedade, potenciam um envelhecimento com qualidade, um “envelhecimento com êxito” ou “ativo”, dessa forma podendo ser prevenido e retardado o envelhecimento patológico (Fernández-Ballesteros, 2002).

É a própria OMS a recomendar que o envelhecimento decorra como um processo ativo, e como uma experiência positiva em que cada sujeito tire o melhor proveito das oportunidades, designadamente das que oferecem saúde, segurança, participação na sociedade, bem-estar mental e físico. Para atingir estes objetivos é necessário assumir estilos de vida saudáveis, que levem a um aumento da esperança média de vida, à qualidade de vida e à possibilidade de ser produtivo. Por outro lado, o envelhecimento que é bem-sucedido pode possibilitar uma qualidade superior de saúde, pois a pessoa procura, de forma ativa, aperfeiçoar o seu desempenho (Silva, *in* Paúl e Fonseca, 2005; WHO, 2002). De acordo com Fernandes (2007) são fundamentais os comportamentos ao longo da vida, os hábitos/estilos de vida que são adotados, a postura participativa, fatores indispensáveis para viver mais anos, mas também com mais e melhor saúde.

Tomando em linha de conta Rowe e Kalm (1997), para que o envelhecimento seja bem-sucedido deve existir a prevenção da doença e de eventuais incapacidades, bem como uma maximização do aproveitamento das funções cognitivas e físicas, num verdadeiro compromisso com a própria vida.

É certo que nem todas as pessoas conseguem manter-se saudáveis ao longo do processo de envelhecimento, mas admite-se que um reformado aos 65 anos, e com uma esperança média de vida que se situa próximo dos 80 anos (tome-se Portugal), ainda estará em condições de ser produtivo e participativo na sociedade. Face a este quadro, surge a noção de *envelhecimento produtivo*.

Na década de setenta do século XX surgiu no meio social, académico e político esse conceito de envelhecimento produtivo, muito como oposição à ideia pré-concebida de que os idosos seriam pessoas frágeis, doentes, dependentes, pouco produtivas, e em última análise, um peso para a sociedade (Martin *et al.*, 2006).

Assim, consideramos um idoso produtivo aquele que voluntariamente produz serviços e bens, como por exemplo cuidar e educar os netos, ou uma qualquer outra atividade, que pode até ser remunerada, o que resultaria num contributo positivo para a sua vida familiar e para o próprio idoso. Martin considera (Martin *et al.*, 2006:139) que poderá falar-se “*de uma atividade significativa e satisfatória (quando) o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida*”

A par deste conceito surge o de *envelhecimento ativo*, que a Organização das Nações Unidas (ONU) define como “(...) o *processo de otimização das oportunidades de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, a fim de aumentar a esperança de vida, a produtividade e a qualidade da vida na velhice...*” (OMS,2002: 2007), citado por Pereira (2012), o que pressupõe que o sujeito envelheça mantendo-se ativo e participante na sociedade.

A noção de envelhecimento ativo, criada pela *World Health Organization* (WHO) em 1997, preconiza como ideia principal a integração social e laboral, acompanhada de motivação e satisfação (OMS, 2005), e com a clarificação do conceito passa a OMS a encarar a velhice de uma forma diferente. Com efeito, começa a ter em conta que o processo de envelhecimento deve ser bem-sucedido e pressupõe que a qualidade de vida da população idosa não depende apenas da sua saúde, e ausência de doenças, mas também dos papéis que o idoso consegue desempenhar na sociedade e na família (Cassiano, 2008).

Ainda de acordo com a OMS, o envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002:12).

A participação do idoso na vida da sociedade é fundamental, e é um dos principais vetores (para além da autonomia e do emprego) do envelhecimento ativo. A finalidade do envelhecimento ativo é, sobretudo, maximizar a qualidade de vida da pessoa idosa e a esperança de vida saudável, mesmo das pessoas que se encontram mais fragilizadas ou que são acometidas de alguma doença incapacitante (Fernandes e Botelho, 2007).

Apesar da apologia ao envelhecimento ativo, é provável que no processo de envelhecimento ocorram situações de incapacidade física, alterações cognitivas, isolamento, que podem levar a um afastamento e a uma perda de participação na sociedade, até porque as dependências corresponderão em regra a uma perda de autonomia do idoso. O cumular destas realidades poderá potenciar a institucionalização da população idosa (Alcântara, 2004; Chaimowicz e Greco, 2004, citados por Freitas, 2010).

A postura que o idoso tem perante a vida e a sociedade é fundamental para que se mantenha autónomo. De acordo com Zimmerman (2000) e Redman (2003) constata-se que os mais idosos que são otimistas, que mantêm uma posição positiva face à vida, que cuidam de si próprios, apesar dos problemas de saúde que os atingem, conseguem manter-se independentes.

Apesar do muito que há a fazer no âmbito do envelhecimento demográfico nas sociedades modernas, o fenómeno tem sido alvo de atenção por parte de algumas organizações e organismos. Assim, 1993 foi declarado pela União Europeia o “Ano Europeu das pessoas de idade avançada e de solidariedade entre as gerações”, 1996 foi assinalado como o “Ano Europeu da educação e formação permanentes”, incluindo também a faixa etária dos mais idosos, em 1999 as Nações Unidas assinalaram o Ano Internacional da Pessoa Idosa, e 2012 foi estabelecido como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações”.

De novo se impõe clarificar o que é ser ativo, para o que recorreremos às palavras de Castilho quando se lhe refere como “ (...) a participação contínua nas questões

sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas (...) podem continuar a contribuir ativamente para os seus familiares, companheiros, comunidades e países. (...)” (Castilho, 2010:33).

O Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, fixado para o ano de 2012, teve como objetivos salientar a importância dos idosos na sociedade e o contributo que podem dar para a construção da mesma, bem como despertar a consciência dos decisores políticos para desenvolverem políticas e ações que propiciem um desenvolvimento ativo e uma maior solidariedade intergeracional.

O Ano Europeu 2012 propôs-se fomentar o envelhecimento ativo em três áreas, de acordo com o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da solidariedade entre Gerações⁵ – 2012:

1. Emprego - à medida que a esperança média de vida se eleva, a idade da reforma também aumenta, mas muitas pessoas receiam não conseguir manter o emprego ou não encontrar outro de forma a poderem usufruir de uma reforma decente, e que lhes permita ter uma velhice com dignidade. É imprescindível dar melhores perspetivas de emprego aos trabalhadores mais idosos.

2. Participação na sociedade - sair do mercado laboral não significa ficar inativo. A cooperação dos mais idosos para com a sociedade é muitas vezes desconhecida e desvalorizada. Muitas vezes esquecemo-nos de que são eles quem cuidam frequentemente dos netos e até dos próprios pais ou do cônjuge, para além de realizarem um trabalho de voluntariado. Ambiciona-se assegurar um superior reconhecimento do contributo dos idosos para a sociedade e criar condições para lhes dar mais apoio.

3. Autonomia - a saúde tende a deteriora-se com a idade, mas os efeitos dessa deterioração podem ser atenuados de várias formas, de modo a poder beneficiar expressivamente a vida das pessoas com deficiência ou problemas de saúde. O

⁵ O ano de 2012 foi definido pela Comissão Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, dando seguimento a um percurso de eleição de temáticas relacionadas com a questão geral do envelhecimento demográfico inaugurado em 1999, ano pela primeira vez definido, pelas Nações Unidas, como Ano Internacional da Pessoa Idosa. Um pouco por todo o país, e nos vários países da União Europeia, multiplicam-se iniciativas promovidas por um leque diversificado de agentes que respondem ao repto lançado pela Comissão Europeia: o da criação de uma cultura europeia de envelhecimento ativo numa sociedade amiga de todas as idades.

envelhecimento ativo significa também desenvolver a capacidade dos idosos para manterem o mais possível a autonomia/independência.

(fonte: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?langId=pt&catId=971>)

O envelhecimento tornou-se inevitavelmente um tema das agendas políticas, e mesmo da discussão social, é verdadeiramente o grande desafio para o mundo ocidental no século XXI e impõe um olhar pluridisciplinar. Citando Carvalho (1989:250) *“Alguém deixou escrito: “abandonar a criança é contra natura, mas abandonar o velho é contra a Humanidade”. A sociedade tem que se adaptar aos novos padrões da velhice, deixando para trás o quotidiano do banal, o ser-se nada, para vir a ser-se alguma coisa.*

4.3 – A velhice, as instituições que apoiam os idosos e o voluntariado sénior

Nos países desenvolvidos as crianças e jovens aprendem, os adultos trabalham e os idosos, já não fazem parte do sistema produtivo e passam à reforma. A maior parte das vezes o que interessa é a maximização dos lucros, a diminuição dos custos, e conseguir cada vez mais riqueza, o idoso, reformado, e detentor do conhecimento empírico, acaba por não transmitir/ensinar os seus saberes e às gerações trabalhadoras e mais novas (Grande, 1994).

Citando Carvalho (1999:189) *“A reforma é um dos grandes cataclismos que se abate implacavelmente sobre o homem, precipitando-o numa velhice prematura. O reformado antes de o ser, já vive a “ansiedade de previsão” face a perdas dos padrões familiares, profissional e social, que podem abalar-lhe os alicerces da saúde, fazendo-o resvalar para atos negativos do seu quotidiano. Ficam mais prisioneiros das malhas do stress. Daí à doença psicossomática é um passo, com um calvário arrastado de queixas, que escondem ou mascaram os traumatismos do social e do relacionamento.”*

Quando chegam à idade da reforma muitos idosos conseguem “descobrir” artes e talentos ocultos, é fundamental o apoio e a integração dessas artes e ofícios que vão surgindo, pois muitas vezes dão identidade a cada local, o idoso e as suas habilidades e

capacidade devem ser, sempre valorizadas. Referindo o autor supracitado (1999:189) *“O velho reclama que certos talentos e vocações não se manifestam senão em certas idades, mas só encontra ouvidos nos teóricos da realidade social. (...) Enquanto se olhar para a pirâmide das idades, como o meio mais realista do confronto entre grupos etários que crescem a ritmos diferentes, que cada vez se afasta mais dos extremos, o reformado continuará a ser o indivíduo improdutivo duma sociedade”*.

Em vários países, nos quais se inclui Portugal, a idade da reforma é atualmente aos 65 anos. Esta idade encerra em si uma carga simbólica, e marca a saída/afastamento do sujeito do ciclo produtivo, do mercado laboral, e no fundo, do ritmo que pautava a sua vida. De acordo com Guimarães (1999), o abandono do trabalho e a passagem à condição de reformado/aposentado, é encarada com preocupação pelos que atingem essa situação, pois muitas vezes a reforma é tão reduzida que não lhes permite anteverem uma qualidade de vida digna.

Mas não existe apenas esta dificuldade, pois de acordo com Costa, (1999:9) *“Mercê de progressivas alterações, mutações sociais e reformas, começaram a surgir não só os problemas relacionados com a “inatividade pensionada”, em que as pessoas com determinada idade são pagas para ficarem inativas, o que lhes assegura algum bem-estar económico, mas os custos refletem-se na população ativa”*.

O fenómeno da velhice também deve ser equacionado no âmbito da família. Outrora, a família alargada, coabitavam os pais, os filhos, os netos e os avós, e algumas vezes também integrava tios e sobrinhos. Ora, a família resume-se hoje a pais e filhos (família nuclear) deixando de existir espaço para acarinhar os idosos.

De acordo com Squire (2005) a natalidade na Europa tem vindo a diminuir, incluindo em Portugal, sendo acompanhada de um aumento da esperança de vida o que conduz a um acentuar do envelhecimento populacional. Atualmente na Europa, uma em cada três pessoas tem mais de 50 anos. Estes fatos evidenciam a problemática do envelhecimento. De acordo com dados do EUROSTAT, em 2007 16,9% da população da UE27 tinha mais de 65 anos, em 2012 o valor aumentou para 17,8%.

A OMS demonstra preocupação relativamente ao resultado do envelhecimento, sobretudo nos países desenvolvidos, em particular nos setores da saúde, social e

económico. Neste sentido, a OMS foi levada a promover programas e políticas que conduzam ao envelhecimento ativo, que promovam a saúde e a qualidade de vida da população idosa. Como defende Squire (2005) o envelhecimento da população tem inerente uma grande preocupação e desafio, tanto económico, como político.

Sem que o processo de envelhecimento revele perspectivas de abrandamento, é necessário que todos os setores da sociedade se adaptem às alterações provocadas pelo mesmo, pois como afirma Fontaine (1999) o envelhecimento é uma questão que afeta, todos os domínios da sociedade, da economia à ação social, das infraestruturas aos equipamentos.

Assim sendo, impõe-se prosseguir a investigação por forma a que no campo da saúde, física e psicológica, melhor se compreenda o processo de envelhecimento e o mecanismo que o desencadeia e o torna irreversível, e como em última instância o principal objetivo é que as pessoas vivam o mais possível, mas que essa longevidade seja associada a uma vida digna e com qualidade. É essencial que ocorram mudanças profundas a nível das mentalidades, com uma maior predisposição de todos para que o idoso se possa dedicar ao lazer, mas ser simultaneamente ativo, mesmo não sendo remunerado. Um exemplo disto é o voluntariado em hospitais, instituições de apoio a crianças, onde as horas disponibilizadas pelos idosos são muito relevantes no apoio ao bom funcionamento destas instituições.

De acordo com Carvalho (2002:8) *“a velhice é um direito com que nascemos e que, como tal, deve ser garantida, usufruída e respeitada.”* Contudo na sociedade atual não é fácil respeitar esta ideia, pois na generalidade percebemos que as pessoas vivem voltadas para o hedonismo, isto é, para o que lhes proporciona prazer, alegria, preocupadas com a sua imagem e com o que particularmente lhes interessa. Uma sociedade baseada nestes pressupostos não convive bem com a velhice, com as doenças, a debilidade, a deterioração e o sofrimento.

Ora, como apesar de tudo não se pode, nem se deve ignorar, esconder, desprezar a velhice, ou encará-la como um peso ou retrocesso social, a nova sociedade envelhecida vê-se obrigada a criar equipamentos, por exemplo sociais, culturais ou até científicos, que possam estudar o fenómeno, “absorver” os idosos e preencher lacunas

a que as famílias não respondem, por falta de interesse ou por manifesta ausência de recursos.

Em qualquer dos casos, a família e os amigos são sempre fundamentais para os idosos, particularmente em termos emocionais e da denominada rede de apoio social, pois permitem-lhes a partilha de confidências e um certo “amparo” emocional, social e muitas vezes económico. Nessa linha, Kofi Annan, antigo Secretário-Geral das Nações Unidas, refere a importância da ligação entre os vários membros da família, e a relevância da relação entre gerações, afirmando exatamente que *“as famílias são fundamentais para socializar e educar as gerações jovens e para prestar cuidados e apoio às gerações idosas... devemos basear-nos na ideia de que a sabedoria e experiência das pessoas idosas são um elemento realmente vital, tanto para as famílias como para as sociedades. Os idosos são o elo de ligação entre o passado, o presente e o futuro”* (Lopes et al., 2004:16).

Seguindo Machado (2003), afirmamos que do século XX para o XXI, e com o crescente fenómeno do envelhecimento, podemos estar a assistir a um “novo perfil” de franjas significativas de idosos, que tendo ou não formação académica, revelam repúdio pelo isolamento, manifestam propensão para o consumo cultural e atividades de lazer, dispõem eventualmente de melhores rendimentos e condições de saúde e podem de facto ser mais ativos, profissionalmente e ao nível da participação cívica e comunitária.

Ana Fernandes (2001) chama a atenção para as alterações sociais que começarão a ocorrer e para as quais os atores que produzem as políticas sociais devem estar preparados. O modelo tradicional de acolhimento de idosos em lares, centros de dia, centros de noite, apoio domiciliário, centros de convívio, é muitas vezes desadequado e não consegue responder às solicitações e necessidades. Portanto é importante uma maior ampliação para fazer face à crescente procura, envolvendo instituições privadas e públicas.

E em síntese, diremos que a velhice “produz” atualmente várias abordagens por parte de estudiosos e políticos, como por exemplo no que se refere às despesas sociais para custear as pensões dos idosos reformados.

A forma como a análise é apresentada em Portugal, pode gerar incompreensão por parte das gerações mais novas e levar a uma tensão social, em muito provocada pelo discurso e práticas dominantes, que abrem caminho a situações de pobreza e exclusão social (para os idosos afetados) e conflitualidade intergeracional. Parece-nos importante que exista uma reflexão coletiva no sentido da análise profunda das várias componentes da realidade económico-social do nosso país, tendente a um desenvolvimento económico que reponha a equidade entre gerações.

Os idosos terão sempre uma palavra a acrescentar, isto é um contributo para a construção da sociedade e para a elevação da cidadania. Como refere o autor supra citado (Carvalho, 1989:190) *“A velhice do futuro imediato, não vai olhar para o chão medindo os passos, nem assistir impávida e de pijama às riscas por detrás da cortina. Vai olhar de frente um mundo que já lhe pertenceu, voltar a ter cidadania de primeira e acreditar nela própria. É forjando pequenas ideias que elas se tornam grandes. Não será admiração ver que a velhice irá ter muito a dizer no próximo presente, já que o futuro poderá ser curto, mas não se deseja encurtado.”*

Geralmente associamos os idosos, que estão aposentados, a pessoas com bastante tempo livre. Muitos não decidem apenas utilizar o tempo em proveito próprio ou da família, mas também prestam apoio em várias instituições, como hospitais, jardins-de-infância, lares, centros de saúde.

Os idosos que fazem voluntariado em lares de terceira idade têm uma noção mais clara e realista dos problemas dos idosos institucionalizados, bem como das suas dificuldades e anseios, e como sofrem com o desapego em relação ao seu lar. Os idosos voluntários podem prestar apoio a vários níveis: no sentido de minorar, aliviar e humanizar os dias, sempre muito longos, dos idosos institucionalizados que se encontram na última etapa da vida.

Uma faceta importante dos idosos que se voluntariam prende-se com a promoção do envelhecimento ativo, sobretudo no plano mental, de maneira a evitar, que o idoso, caia na depressão causada, no autoisolamento, que é muitas vezes provocada pela separação dos familiares e sensação de inutilidade que levam à perda de vontade de viver. Para evitar estas situações basta a presença, a atenção e umas palavras por

parte do voluntário. Mas esta relação entre o voluntário e o idoso institucionalizado não é apenas benéfico para o idoso que está na instituição, existe uma valorização para o voluntário, sobretudo a nível de relações humanas. Através desta atitude, os idosos voluntários contribuem para quebra de preconceitos e estereótipos em relação aos idosos, tomam uma posição na sociedade, e apesar da idade e de estarem reformados, dão um significado altruísta à velhice e ao pós-trabalho. Existe, intrínseca, nesta ação uma atitude solidária e que permite ao voluntário fomentar a autoestima e a utilidade.

Os voluntários seniores realizam voluntariado nas áreas da ação social (auxiliam jovens e adolescentes em dificuldades, idosos, visitam pessoas doentes), na área da educação (desenvolvem programas de alfabetização para idosos, executam atividades lúdicas, trabalhos manuais, auxiliam na formação profissional e educação de crianças, jovens e adultos), na área da saúde (programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, desenvolvem atividades que promovam o bem-estar e as necessidades das pessoas hospitalizadas).

O voluntariado sénior possibilita o convívio entre gerações e a transmissão de valores morais, éticos, e de cidadania às gerações mais jovens. Como o bem-estar não se relaciona apenas com questões financeiras, mas também com questões éticas e morais, as instituições de apoio social, tais como escolas, infantários, lares de idosos, hospitais, devem impulsionar o voluntariado sénior.

O voluntariado revela-se a expressão de solidariedade mais importante que um ser humano pode ter para com o seu semelhante, assim, o voluntário sénior pode cooperar com a sua vasta experiência e sabedoria, adquirida ao longo de toda uma vida, para a educação e a transmissão de princípios, valores e costumes considerados intemporais e esquecidos pelo consumismo e banalização do dia-a-dia.

4.4 - Políticas de segurança social

4.4.1 - A proteção da pessoa idosa a nível internacional

A relação entre gerações vai-se transformando, com um particular efeito na forma como os mais novos encaram os mais velhos e a própria velhice, quer se trate das relações que estabelecem ao nível familiar ou social, quer a níveis superiores de responsabilidade política e/ou social em que os primeiros exercem funções.

Assim, e dado o 'peso' numérico e social do grupo dos mais velhos, as sociedades e os governantes passaram a equacionar a necessidade de criar medidas orientadas para apoiar a velhice, as chamadas "*políticas de velhice*", com as quais é assumido que o problema ultrapassou a família e passou também a ser objeto das instituições públicas. As políticas referidas encerram "*o conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, cujo objetivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade*" (Fernandes,1997:139), pois esta reconhece o envelhecimento da população como um problema merecedor de atenção.

Com efeito, vários problemas convergem originando um desafio à sustentabilidade das finanças públicas dos países mais envelhecidos, nomeadamente quando a recessão económica afeta quase todos os países ocidentais, e se repercute no desemprego, enquanto paralelamente se verifica o óbvio aumento das despesas em saúde e benefícios sociais a suportar.

Neste contexto, e mesmo antes de deflagrar a presente crise, vários países, como Portugal, começaram a refletir sobre a questão e a encetar uma série de iniciativas para colmatar o que definem como um problema alegadamente irreversível, pois apresentam-no apenas na ótica da sustentabilidade do sistema da segurança social, e raramente colocando a questão do desenvolvimento económico e do emprego. Internacionalmente, e ao mais alto nível, o da Organização das Nações Unidas.

Assim, devemos chamar a atenção para o Plano de Ação Internacional de Viena Sobre o Envelhecimento, que foi elaborado pela Organização das Nações Unidas na

sequência da Resolução 33/52, e que originou a convocação de uma Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que teve lugar em 1982 na cidade de Viena, na Áustria. Foi concebido um Plano Internacional sobre o Envelhecimento com as seguintes metas: *“fortalecer a capacidade dos países para abordar de maneira efetiva o envelhecimento da sua população e atender às preocupações e necessidades especiais das pessoas de mais idade, e fomentar uma resposta internacional adequada aos problemas do envelhecimento com medidas para o estabelecimento da nova ordem económica internacional e o aumento das atividades internacionais de cooperação técnica, em particular entre os próprios países em desenvolvimento.”* (ONU, 1982).

Este plano foi o primeiro documento da ONU sobre a questão do envelhecimento e tinha como objetivo colocar na agenda internacional as questões relacionadas com o envelhecimento individual e da população em geral, particularmente nas sociedades em que o mesmo mais se fizesse sentir. Posteriormente, surgiu o Plano de Ação Internacional sobre os Idosos, adotado pela Assembleia Mundial da ONU e recomendado pela Assembleia Geral na sua Resolução 37/51, de 3 de dezembro de 1982. Seguindo a resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991 são adotados os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, documento que consigna 18 princípios em favor da população idosa, tais como princípios de independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade, e apela ao respeito e à inclusão desses princípios nas diversas políticas nacionais.

Em 1992, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento reuniu-se para criar um Plano de Ação, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Seguindo a recomendação da Conferência, a Assembleia Geral da ONU declarou 1999 o Ano Internacional do Idoso. (Camarano e Pasinato, 2004).

O Ano Internacional do Idoso⁶ decorreu em 1999, e os países membros das Nações Unidas foram incentivados a aplicar os cinco princípios básicos em favor dos

⁶ Em 1999 consagrou-se o Ano Internacional do Idoso, iniciativa concretizada pelas Nações Unidas, na sequência da Assembleia Mundial sobre o envelhecimento de 1982. Esta iniciativa passou então a constituir um marco fundamental para avaliação das políticas implementadas no âmbito do envelhecimento da população, bem como das relações de desenvolvimento/envelhecimento. O qual teve como tema o conceito “uma sociedade para todas as idades”, sob quatro dimensões: a) desenvolvimento individual durante toda a vida; b) relações entre várias gerações; c) relação mútua entre envelhecimento e desenvolvimento (tendo em conta sobretudo as necessidades e perspetivas dos países em desenvolvimento); e, d) situação dos idosos.

idosos, já adotados na Assembleia Geral de 1991. A II Assembleia Mundial do Envelhecimento promovida pela ONU em abril de 2002 aprovou o Plano de Ação internacional sobre o envelhecimento, bem como uma nova declaração política, documentos que deveriam servir de orientação às medidas a tomar sobre o envelhecimento no início do século XXI. Assim, esperava-se que esse Plano de Ação pudesse influenciar as políticas e programas destinados à população idosa em geral.

4.4.2 - A proteção dos idosos em Portugal: medidas e instituições

Para nos centrarmos em Portugal, interessa passar em revista as políticas sociais que foram sendo definidas para a velhice, sendo certo que de acordo com Maria de Lurdes Quaresma (1998:127) *“até ao final da década de 60 [do século XX] os problemas da população idosa não foram objeto de uma política social específica, pelo que a proteção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente”*, o que justifica ainda mais a gravidade do problema na atualidade.

Contudo, se recuarmos, situamos os primeiros equipamentos para apoio aos idosos, os asilos, no Portugal do século XV, quando são criadas as Misericórdias, no sentido da prestação de assistência aos necessitados. Tais asilos passaram a designar-se por lares de idosos nas décadas de cinquenta - sessenta do século XX e hoje podemos afirmar que a gestão pública da velhice é assegurada pelos lares, que são oferta das Misericórdias e outras entidades, com a designação de IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), havendo todo um outro conjunto de tipologias que prestam serviços à população idosa, como por exemplo os centros de dia, o serviço de apoio domiciliário, os centros de noite e os centros de convívio.

A este nível, e tendo presente o forte envelhecimento da população, bem como a necessidade de recurso a instituições de acolhimento, vão surgindo tipologias diversas e de natureza privada. Reforçam o papel das IPSS, e crescem em paralelo com as mesmas, em alguns casos recebendo mesmo apoios da Segurança Social.

No que toca aos sistemas de apoio ao nível da reforma, ainda em Portugal vigorava a Monarquia, os trabalhadores do Arsenal da Marinha passaram a usufruir de reforma garantida pelo Estado em 1870. Esta medida foi alargada aos operários das fábricas ligadas ao Estado, através da Caixa Económica Portuguesa e do pagamento de cotas, o que permitia garantir o sistema introduzido. Em 1896 foi fundada a Caixa de Aposentações dos Trabalhadores Assalariados cuja gestão foi cedida à Caixa Geral de Depósitos. Em 1907 teve lugar a criação da Caixa de Aposentações para as Classes Operárias e Trabalhadoras. Contudo, nenhuma destas instituições chegou a desempenhar o papel para que foram criadas. No decurso da Primeira República, em 1919, o governo vigente delibera instituir os chamados seguros sociais obrigatórios, que tinham como objetivo apoiar situações de fragilidade, como por exemplo a invalidez ou a velhice (Pereirinha e Carolo, 2008).

No início do Estado Novo, e entrando em vigor a Constituição de 1933, o Estado mostra-se pouco interventivo no que respeita à previdência social, e não assume encargos financeiros com participação monetária para as instituições ou reformas, no entanto, cria instituições e legislação que as devem orientar. Assim, a sua intervenção *“limita-se à criação de instituições, especificamente criadas para suprir situações como doença, desemprego, velhice, deixando para os trabalhadores e os empregadores o encargo de contribuir, através de quotas mensais, para o funcionamento das instituições de previdência que vai criando”* (Fernandes, 1997:16).

Dois anos mais tarde, em 1935, é aprovada e publicada a Lei da Previdência que regulamentava toda a atuação que se relacionava com a previdência social. Esta estava organizada em Caixas: Caixa Reforma, também conhecidas como Caixas de Previdência, Caixas de Previdência das Casas do Povo, Casas dos Pescadores que ofereciam proteção na doença, no caso de invalidez e velhice dos seus trabalhadores, no entanto, só uma parte dos trabalhadores era abrangida.

Apenas em 1969, já no início da ‘era marcelista’, e de acordo com Gomes (citado por Martins, 1999), é que a Assembleia Nacional enceta o debate acerca do envelhecimento populacional e as políticas de velhice. Na fase final do Estado Novo, em 1971, com Marcelo Caetano, foi implementado o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Ação Social, inserido na

Direção Geral da Assistência Social, que vinha substituir o antigo Instituto de Assistência aos Inválidos. Foi um passo importante, pois tratou-se de um primeiro organismo, agregado ao Estado, que tinha como objetivo procurar a resolução dos problemas das pessoas idosas.

De acordo com Ana Fernandes (1997: 136), é nos anos 70 do século XX que as *“instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade”*. Estas medidas respeitam a lares, misericórdias e a todas as instituições que são responsáveis pela gestão pública da velhice.

Após a queda do regime ditatorial português, em 1974, o programa de ação dos primeiros Governos Provisórios não atribui grande importância à criação de medidas eficazes para os casos de invalidez e velhice, e é a Constituição de 2 de abril de 1976 que consagra importantes direitos sociais, e abre caminho para que venha a ser publicada legislação regulamentar no que toca à terceira idade.

Assim, através do decreto de 10 de abril de 1976, o *“Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade.”* (Constituição da República Portuguesa, 1976).

A Constituição da República Portuguesa, entretanto revista, contempla vários artigos que respeitam à proteção na velhice e à promoção de vida na terceira idade. Assim, o nº. 3 do Artigo 63.º- Segurança social e solidariedade, assegura que *“o sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, (...)”*; o artigo 64.º- Saúde, nº 2 b) pugna *“pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice(...)”*. Também o artigo 67.º - Família, nº 2 b) defende que o Estado deve *“promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira*

idade.” O artigo 72.º - Terceira idade - tem dois números que se referem aos direitos que devem merecer o respeito do Estado: 1. *“As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. 2. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.”* Portanto, a Constituição em vigor consagra o direito à Solidariedade e Segurança Social, e ao Estado cabe atualmente um papel ativo na proteção social e no sistema de segurança social, com base na dignidade da pessoa humana e nos direitos sociais.

A Segurança Social é no nosso país um serviço central da administração direta do Estado, que integra o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (MSESS), cabendo-lhe a proteção social dos membros da sociedade. Para além dos Serviços Centrais, e do Centro Nacional de Pensões, existem os Centros Distritais, que são serviços do Instituto da Segurança Social, responsáveis em cada um dos distritos pela execução das medidas necessárias ao desenvolvimento e gestão das prestações, das contribuições e da ação social.

De entre as inúmeras competências que respeitam à Segurança Social, interessa-nos particularmente a que respeita à proteção social aos idosos, que se pode expressar por reformas de velhice ou doença, pensões sociais, complemento solidário e complemento por dependência. Para lá dessas prestações, temos ainda a destacar o papel social que o Instituto de Segurança Social desempenha, pois através do sistema de ação social são coordenados vários equipamentos e serviços de cariz social, como por exemplo as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Misericórdias, Lares, Residências Comunitárias, Unidades de Cuidados Continuados, Acolhimento Familiar, etc.

Importa ainda referir que em 1988 foi criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade – CNAPTI (Resolução do Conselho de Ministros n.º15/88) integrada no Ministério do Emprego e Segurança Social, visando analisar a situação da terceira idade, e elencar as necessidades deste grupo etário. Do trabalho desenvolvido por esta comissão, surgiram documentos tendentes a regulamentar algumas instituições de

apoio necessárias à terceira idade. Assim, por exemplo, o Decreto-Lei n.º 141/89, que estabelece as normas de funcionamento do serviço de apoio domiciliário, voluntariado social e ajudantes familiares e o Despacho Normativo n.º 67/89 que expõe as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento de lares com fins lucrativos (CNAPTI, 1995).

O Estado português tem vindo a dar forma a políticas de velhice através de medidas setoriais (cultura, saúde, lazer, justiça...), que visam facilitar e proteger os idosos. Por exemplo, a legislação que respeita ao arrendamento, Lei n.º 55/79, modificou o regime, não podendo o senhorio denunciar o contrato no caso de o inquilino ter 65 ou mais anos de idade. No que se refere à prisão, também foram salvaguardados direitos dos idosos, como por exemplo, o Decreto-Lei n.º 265/79, no n.º 3 do artigo 64.º menciona que *“podem ser isentos do dever de trabalhar os reclusos de idade superior a 65 anos”* (Simões *et al.*, 2012). No campo da participação social e cultural, os idosos gozam de redução de tarifa nos transportes públicos e do acesso a espetáculos e a museus a preços inferiores.

Foi instituído o subsídio de assistência à terceira pessoa (Decreto-lei nº 29, de 23 de janeiro de 1989), com a finalidade de aumentar o rendimento das famílias que tinham dependentes a seu cargo, como por exemplo idosos. Assim, foi definido que se encontram em situação de dependência os deficientes que, por causas exclusivamente imputáveis à deficiência, não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas; integra o disposto na parte final do número anterior a impossibilidade de executar, sem o apoio de terceiro, os atos relativos a cuidados de higiene pessoal, uso das instalações sanitárias, alimentação, vestuário e locomoção.

Nos anos 90 do século passado foram criadas as primeiras residências para idosos, que se afirmaram como uma opção aos lares de terceira idade (estes têm normalmente um maior número de pessoas). Ainda que a adesão tenha sido diminuta, surgiu também uma modalidade pioneira designada Acolhimento Familiar, e que supõe o acolhimento de idosos, com caráter permanente ou temporário, em casas de famílias de competência reconhecida. Na mesma altura emergem os Centros de Noite, os

Centros de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário é ampliado para a área da saúde (Jacob, 2002).

Pelo Decreto-lei nº 329, de 25 de setembro de 1993 foi criado o complemento social para apoio a idosos do regime não contributivo, com situações de pensão aquém do valor da pensão social mínima estabelecida.

De modo semelhante, e acompanhando esta tendência de criação de mecanismos de proteção à terceira idade, visando a inclusão e a longevidade, bem como o bem-estar e a qualidade de vida, o Estado tem vindo a ser impulsionador e criador de projetos. Assim, foi criado o Programa de Apoio Integrado a Idosos – PAII (Despacho Conjunto MS/MESS, de 01.07.1994, DR n.º 166, II Série, 20.07.1994 e Despacho Conjunto MS/MSSS, de 03.09.1996, DR n.º 204, II Série, de 04.07.1996), com o objetivo de impulsionar diversos projetos e ações de apoio às pessoas idosas e suas famílias, como Serviço de Apoio Domiciliário – SAD, Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos – CAD, Serviço TeleAlarme – STA, Saúde e Termalismo Sénior; Passes Terceira Idade. Um exemplo, fruto destas medidas, é o Projeto Recriar o Futuro, que consiste em preparar previamente a reforma com o propósito de acautelar situações de dependência e isolamento, sensibilizando, de alguma forma, as entidades empregadoras.

O Programa Idosos em Lar – PILAR (Despacho da Secretaria de Estado da Inserção Social de 20 de fevereiro de 1997) foi definido para motivar a oferta de residências e lares para pessoas idosas. O Plano Nacional de Ação para a Inclusão – PNAI (Resolução do Conselho de Ministros de 12 de julho de 2001), tinha como intuito incrementar a área dos serviços de apoio domiciliário, para que se tornassem mais eficientes, se expandisse a rede e alargassem os horários de funcionamento durante o dia e fim de semana.

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de novembro de 1997, é criado o Programa “Rede Social” para a implementação de redes sociais de apoio integrado, que visam acautelar a continuidade dos cuidados às pessoas em situação de dependência.

Podemos dizer que nos últimos anos temos assistido em Portugal ao reforço das medidas de política na área da terceira idade, com a produção de legislação no que se reporta aos cuidados aos idosos, nomeadamente com o despacho nº 62 de 1999 (aprova as normas que regulam as condições de implantação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário), o decreto-lei nº 101, de 2006 (cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e as medidas para a promoção da qualidade das respostas sociais (MTS, 2005).

O Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), criado em 2006, tem permitido o aumento do número de equipamentos existentes na rede solidária através do financiamento de projetos e o alargamento do número de lugares em equipamentos para idosos e para crianças (PNAI, 2006). O PARES tem por finalidade apoiar o desenvolvimento e consolidação da rede de equipamentos sociais no território continental, através do reforço dos Serviços de Apoio Domiciliário e dos Centros de Dia, promovendo as condições de autonomia das pessoas idosas, do aumento do número de lugares em Lares de Idosos associados a situações de maior dependência, contemplando ainda a integração de pessoas com deficiência pelo incremento da rede de Respostas Residenciais e de Centros de Atividades Ocupacionais (Portaria n.º 426/2006).

4.4.3 – Ação Social – programas e equipamentos em Portugal

Os encargos sociais com a velhice não se referem apenas às pensões, à assistência médica, mas também ao alojamento dos idosos. Apesar do esforço financeiro, da constante legislação que salvaguarda as regras de funcionamento dos equipamentos de apoio a idosos, existe ainda uma forte conotação negativa em relação aos lares de terceira idade, facilmente associados aos antigos asilos ou hospícios, que têm outro intuito.

A Portaria n.º 67/2012 fundiu os conceitos de lar de idosos e residência para idosos que vigoravam na Carta Social de 2011, passando, a partir de 21 de março de 2012, a ser utilizado o conceito de estrutura residencial para pessoas idosas. Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem (Carta Social 2011).

A mesma Portaria esclarece quais são os objetivos de tais equipamentos: a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; d) Potenciar a integração social. A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento: 1) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; 2) Quartos e 3) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

Como nos explica Anne Marie Guillemard (citado por Correia, 2003), as políticas de velhice manifestam-se por um conjunto de medidas que podem ser públicas ou ações coletivas que regulam os contactos entre a sociedade e a velhice. Ainda de acordo com esta autora, existem três dimensões presentes nas políticas de velhice: a) as políticas de carácter social concretizadas através das pensões, b) as políticas que se

concretizam através dos cuidados sociais, c) as políticas direcionadas para trabalhadores idosos.

As políticas direcionadas para a velhice têm sempre como objetivo minimizar e intervir publicamente nos problemas com que se debatem os mais idosos. Estas políticas além de medidas que visam resolver os problemas sociais relacionados com o envelhecimento, vão no sentido de organizar e dar sentido à relação que existe entre a sociedade e os idosos.

De acordo com Alain Tourraine, citado por Fernandes (1997:139) *“conhecer as políticas significa conhecer a construção pelos atores diversos, grupos sociais, agentes políticos, poderes centrais, mas também correntes de ideias, crenças e representações, de formas de organização da experiência, de maneiras de gerir o tempo e o espaço, a idade e o sexo, o trabalho e o dinheiro, a festa e o luto.”* Esta ideia tem subjacente a articulação que deve existir entre os vários atores que atuam no domínio da velhice, como o Estado, a sociedade, as famílias, as instituições. É necessário que os agentes funcionem de forma simbiótica em relação aos idosos, os conheçam e os respeitem.

A aposentação é porventura a primeira definição e sintoma da velhice, como categoria social. A velhice, sentida como problema social, relaciona-se de forma muito estreita com a institucionalização da reforma e das mudanças no relacionamento com a família. Assim, como refere Fernandes (1997:2) *“A solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte, parece estar comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo do nosso século.”*

Se o respeito e a proteção na velhice são salvaguardados na Constituição da República Portuguesa em vários artigos, também o são na Lei de Bases da Saúde, que tem em vista a aplicação das indicações da Resolução “Saúde para Todos no ano 2000”. Relativamente às pessoas com idade mais avançada, foi criada em 1988 a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, havendo uma tendência para a articulação entre setores, de modo a promover políticas e medidas que proporcionem um bem-estar aos idosos em todas as vertentes da sua vida.

No ano de 2006 é instituído o Complemento Solidário para Idosos (Decreto-Lei nº236/06, de 11 de dezembro de 2006, atualizado pela Portaria nº1547/08, de 31 de

dezembro de 2008), com o desígnio de garantir aos mais idosos o rendimento de pelo menos 300 euros.

Sendo conhecidas as dificuldades da maioria dos idosos portugueses, com baixas reformas, risco de pobreza e exclusão social, todas as políticas de salvaguarda social do idoso se revestem de grande importância. Se as mesmas pretendem minorar a situação insustentável em que vivem, por outro lado são verdadeiro estandarte político, como tem sido o CSI – Complemento Solidário ao Idoso – o primeiro benefício social que tem em linha de conta a pobreza monetária a que os idosos estão sujeitos.

A Lei nº. 11/08, de 20 de fevereiro de 2008 (altera a Lei nº53/06, de 7 de dezembro de 2006, o Decreto-lei nº 498/72, de 9 de dezembro de 1972 e a Lei nº52/07, de 31 de agosto de 2007) aprova o Estatuto da Aposentação, e através do Decreto-Lei nº26/08, de 22 de fevereiro de 2008 e Portaria nº211/08, de 29 de fevereiro de 2008 é conferido o acesso a direitos complementares à pensão de reforma e aposentação para os que aderirem ao regime de capitalização.

As diversas medidas que fomos referindo têm vindo a ser implementadas com caráter de apoio social e no sentido de que os idosos possam viver com mais dignidade, entendendo-se por apoio social.

Na mesma linha de apoio social aos idosos, salientamos ainda a criação do Programa de Conforto Habitacional para Idosos (PCHI), destinado aos que são proprietários da casa onde habitam, e que simultaneamente beneficiam do serviço de apoio domiciliário ou frequentam um centro de dia. Este programa tem por finalidade melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade dos idosos de forma a prevenir e a evitar a institucionalização.

Se os cuidados a idosos dependentes, prestados através da rede formal, são de extrema importância, não menos importante é a contribuição dos cuidadores informais (membros integrantes da rede de apoio informal), pelo que os mesmos são tidos como fundamentais e reconhecidos oficialmente. Os voluntários desempenham igualmente papel relevante, e em complementaridade com o setor privado dão agilidade e eficiência aos serviços públicos de assistência, que por si só não conseguiriam fazer face às cada vez maiores necessidades de assistência (Caldas, 2003).

CAPÍTULO V

O envelhecimento populacional nos contextos mundial e europeu

V – O envelhecimento populacional nos contextos mundial e europeu

5.1 - Envelhecimento – perspetiva mundial

O envelhecimento é uma temática que se reveste de extrema importância nas sociedades modernas, pois as alterações provocadas pelo aumento da população idosa nas estruturas demográficas dos países, terão consequências nos planos social, económico, político e cultural a nível mundial.

Nos anos 70 do século XX associava-se o envelhecimento demográfico a países industrializados, no entanto, nos dias de hoje, este fenómeno é discutido em todo o mundo. Citando Jorge Gaspar (2009:54) *“O envelhecimento, que até há umas décadas constituía uma preocupação dos países industrializados ou pós-industriais, está hoje na agenda da maioria dos países do mundo, sendo alvo de estudos e monitorizações por parte das agências competentes das Nações Unidas”*.

Questão que está hoje na ordem do dia, só a partir de 1950 é que o fenómeno do envelhecimento populacional emergiu, resultado do aumento da esperança de vida e da diminuição da natalidade. De acordo com Gaspar (2009:53) *“Tudo indica que o futuro do Mundo e dos países será determinado por duas surpreendentes alterações que se verificaram na Demografia: aumento da esperança de vida e redução generalizada das taxas de fecundidade, o que, combinado, resulta no envelhecimento da população”*.

De fato, a população mundial com mais de 65 anos tem vindo sempre a aumentar e não se espera que regreda. De acordo com dados das Nações Unidas, em 1950 compreendia 5,2% da população, em 2010 já representava 7,6%, e estima-se que em 2100, 22,3% da população do mundo tenha mais de 65 anos (tabela 5.1).

Tabela nº 5.1 - Evolução da população mundial com mais de 65 anos, 1950 – 2100 (valor absoluto e percentual)

| Ano | Milhares | % | Ano | Milhares | % |
|------|----------|-----|------|-----------|------|
| 1950 | 130 489 | 5.2 | 2030 | 976 111 | 11.7 |
| 1960 | 154 136 | 5.1 | 2040 | 1 267 361 | 14.3 |
| 1970 | 197 646 | 5.3 | 2050 | 1 510 567 | 16.2 |
| 1980 | 265 356 | 6.0 | 2060 | 1 761 250 | 18.3 |
| 1990 | 328 951 | 6.2 | 2070 | 1 913 284 | 19.5 |
| 2000 | 421 684 | 6.9 | 2080 | 2 051 063 | 20.6 |
| 2010 | 524 364 | 7.6 | 2090 | 2 166 949 | 21.5 |
| 2020 | 717 797 | 9.4 | 2100 | 2 259 972 | 22.3 |

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat - elaboração própria.

A evolução da população mundial com mais de 65 anos, a par da longevidade cada vez maior, levou à criação do conceito de *Quarta Idade*, que se aplica a idosos com mais de 80 anos. Esta faixa etária tem ganho uma importância cada vez maior e agrega os chamados “grandes idosos” ou “idosos de idade mais avançada”. Com efeito, esses idosos representavam 0,6% da população mundial em 1950, enquanto em 2010 já tinham um peso de 1,5% do total, projetando-se para 2100 que 7,8% dos habitantes da Terra tenham mais de 80 anos (tabela 5.2).

Tabela nº 5.2 - Evolução da população mundial com mais de 80 anos 1950 – 2100 (valor absoluto e percentual)

| Ano | Milhares | % | Ano | Milhares | % |
|------|----------|-----|------|----------|-----|
| 1950 | 14 677 | 0.6 | 2030 | 195 407 | 2.3 |
| 1960 | 18 807 | 0.6 | 2040 | 293 708 | 3.3 |
| 1970 | 25 543 | 0.7 | 2050 | 402 467 | 4.3 |
| 1980 | 37 593 | 0.8 | 2060 | 488 696 | 5.1 |
| 1990 | 56 166 | 1.1 | 2070 | 597 167 | 6.1 |
| 2000 | 72 282 | 1.2 | 2080 | 665 173 | 6.7 |
| 2010 | 105 252 | 1.5 | 2090 | 721 402 | 7.2 |
| 2020 | 143 144 | 1.9 | 2100 | 792 333 | 7.8 |

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat - elaboração própria

A par do envelhecimento relacionado com o aumento do número de pessoas com mais de 65 anos no total da população, devemos ainda salientar que o mesmo é reforçado pela baixa natalidade, e também pela diminuta mortalidade. A combinação destes três fatores (baixa natalidade e mortalidade, e longevidade) não permite que exista um rejuvenescimento populacional.

Quanto à população com idades compreendidas entre os 0-4 anos na população mundial, regista-se um decréscimo do seu peso percentual. Se em 1990 correspondia a 12,1%, em 2010 verifica-se uma descida para 9,38%, e em 2050 calcula-se que possa atingir 6,7%.

No que se refere aos idosos, verificamos aumentos substanciais em todas as faixas etárias. No grupo etário dos 65-69 anos, tínhamos, em 1990, 2,3% da população mundial, em 2010 esse número passou para 2,6%, e em 2050 existirão 4,7% de pessoas entre os 65-69 anos. Desta observação é possível afirmar que a população idosa cresce a um ritmo muito acelerado em termos mundiais, o que certamente trará novos desafios aos países mais afetados por este fenómeno demográfico. No grupo etário dos 70-74 anos (1,6% em 1990 e em 2050 estima-se que existam 3,8%), à semelhança dos restantes grupos apresentados na tabela, a percentagem de idosos de 1990 para 2050 demonstra um aumento significativo. Os escalões etários que menos aumento demonstram são o 95-99 e mais de 100 anos (tabela 5.3).

Tabela nº 5.3 - Evolução da população mundial por faixa etária decenal, 1990-2050 (%)

| População por faixa etária decenal, ambos os sexos (%) | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Idade | Ano | | | | | | |
| | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
| HM | | | | | | | |
| 0-4 | 12,12 | 9,86 | 9,28 | 8,66 | 7,88 | 7,49 | 6,72 |
| 5-64 | 81,67 | 83,24 | 83,04 | 82,06 | 80,57 | 78,65 | 77,61 |
| 65-69 | 2,34 | 2,49 | 2,56 | 3,45 | 3,99 | 4,34 | 4,70 |
| 70-74 | 1,61 | 1,93 | 2,08 | 2,40 | 3,04 | 3,64 | 3,77 |
| 75-79 | 1,19 | 1,29 | 1,47 | 1,58 | 2,24 | 2,71 | 3,08 |
| 80-84 | 0,68 | 0,69 | 0,93 | 1,04 | 1,30 | 1,72 | 2,17 |
| 85-89 | 0,29 | 0,36 | 0,45 | 0,54 | 0,63 | 0,95 | 1,23 |
| 90-94 | 0,08 | 0,12 | 0,14 | 0,21 | 0,26 | 0,37 | 0,52 |
| 95-99 | 0,02 | 0,02 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,10 | 0,16 |
| 100+ | 0,00 | 0,00 | 0,01 | 0,01 | 0,01 | 0,02 | 0,04 |
| Total | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat - elaboração própria.

Para além do declínio da natalidade no mundo, já referido, devemos reafirmar também o aumento da esperança de vida, o que conduz a um duplo envelhecimento (na

base e no topo da pirâmide etária), situação que irá seguramente causar um desequilíbrio entre o peso das diferentes gerações e conduzir a vários desafios sociais.

É certo que a população mundial está a envelhecer, no entanto, o envelhecimento dá-se de forma diferente nos diferentes continentes.

Tabela nº 5.4 - População por continente e grupos etários, ambos os sexos (%)

| Grupos etários | Continente | | | | | Continente | | | | |
|----------------|------------|----------|------|--------|---------|------------|---------|------|--------|---------|
| | 1990 | | | | | 2050 | | | | |
| | África | América* | Ásia | Europa | Oceânia | África | América | Ásia | Europa | Oceânia |
| 0-14 | 44.5 | 30,4 | 34.0 | 20.5 | 26.7 | 32.2 | 17,7 | 17.9 | 15.4 | 20.4 |
| 15-64 | 52.4 | 61,7 | 61.0 | 66.7 | 64.2 | 61.9 | 62,1 | 64.6 | 57.7 | 61.7 |
| 65 + | 3.2 | 7,9 | 5.0 | 12.7 | 9.1 | 5.9 | 20,2 | 17.4 | 26.9 | 17.9 |

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat-tratamento próprio - * (somatório da América do Norte, América Central e América do Sul)

É notório que os continentes onde mais diminui o grupo etário 0-14 anos é na Ásia e em África. Em 1990 o continente em que habitava o maior número de pessoas com mais de 65 anos (12,7%) era no continente Europeu, em 2050, esta tendência será a mesma, África será, em 2050 o continente com o menor número de pessoas com idade superior a 65 anos (tabela 5.4).

Segundo as projeções elaboradas pela ONU: *“O envelhecimento demográfico gradual da população mundial nas próximas décadas é uma certeza. As razões desta tendência refletem os substanciais progressos humanos alcançados neste século – uma mortalidade infantil e de crianças mais baixa; melhor nutrição, educação, cuidados de saúde e acesso ao planeamento familiar; e uma esperança de vida mais elevada. Esta transição já está há muito em curso nas regiões mais desenvolvidas, onde a média etária subiu de cerca de 29 anos, em 1950, para os atuais 38 anos; as projeções apontam para que estabilize em 46 anos, até 2050”* (ONU, 1999:22).

De facto, a esperança de vida tem vindo a aumentar, tanto para os homens como para as mulheres, ainda que em geral, esta seja maior entre os elementos do género feminino. Assim, no período de 2010-2015 a média mundial para Homem+Mulher é de 69,3 anos, com um comportamento ascendente, e estima-se que

no período 2095-2100 a expectativa de vida à nascença seja de 81,1 anos. Quanto às mulheres, elas devem viver até aos 71,6 anos de idade no período 2010-2015, calculando-se que vivam 83,3 anos em 2095-2100, ou seja, num período de 90 anos, a esperança de vida terá aumentado aproximadamente 12 anos (tabela 5.5).

Tabela nº5.5 - Evolução da expectativa de vida mundial, 2010-15 a 2095-2100, por sexo

| | Expectativa de vida ao nascer por sexo (anos) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Anos | 2010-2015 | 2015-2020 | 2020-2025 | 2025-2030 | 2030-2035 | 2035-2040 | 2040-2045 | 2045-2050 | 2050-2055 | 2055-2060 | 2060-2065 | 2065-2070 | 2070-2075 | 2075-2080 | 2080-2085 | 2085-2090 | 2090-2095 | 2095-2100 |
| HM | 69.3 | 70.4 | 71.4 | 72.4 | 73.3 | 74.1 | 74.9 | 75.6 | 76.3 | 76.9 | 77.5 | 78.0 | 78.6 | 79.1 | 79.6 | 80.1 | 80.6 | 81.1 |
| H | 67.1 | 68.2 | 69.2 | 70.1 | 71.0 | 71.8 | 72.5 | 73.2 | 73.9 | 74.6 | 75.2 | 75.8 | 76.3 | 76.9 | 77.4 | 78.0 | 78.5 | 79.0 |
| M | 71.6 | 72.8 | 73.8 | 74.8 | 75.7 | 76.5 | 77.3 | 78.0 | 78.7 | 79.3 | 79.9 | 80.4 | 80.9 | 81.4 | 81.9 | 82.4 | 82.9 | 83.3 |

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat - elaboração própria.

Outros indicadores relevantes são os índices de dependência dos jovens e dos idosos que registam uma evolução em sentido contrário entre si. O índice de dependência de jovens diminui ao passo que o índice de dependência de idosos aumenta. O índice de dependência total, ou seja, o número de jovens e de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa, aumenta entre 1950 e 1980, momento em que diminui até 2010 devido à redução do peso das pessoas jovens e irá aumentar a partir de 2020 (tabela 5.6). O índice de dependência dos idosos, que demonstra a relação entre a população idosa e a população em idade ativa, tem vindo a aumentar, tendência que continuará até 2100. Já o índice de dependência dos jovens tem vindo a registar decréscimos, desde 1990, o que representará num futuro muito próximo o declínio da população ativa. De realçar que em 1950 o índice de dependência de idosos era de 9, em 2010, de 12, e em 2100 será de 37, ou seja, no espaço de 90 anos o valor triplicou (tabela 5.6).

Tabela nº5.6 - Evolução dos ratios de dependência no mundo, 1950 – 2100

| Ano | Ratios de dependência - 1950 a 2100 | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 | 2060 | 2070 | 2080 | 2090 | 2100 |
| Total | 65 | 73 | 75 | 70 | 64 | 59 | 52 | 52 | 53 | 55 | 58 | 61 | 63 | 65 | 66 | 67 |
| Jovens | 57 | 64 | 65 | 60 | 54 | 48 | 41 | 38 | 35 | 33 | 32 | 32 | 31 | 31 | 30 | 30 |
| Idosos | 9 | 9 | 9 | 10 | 10 | 11 | 12 | 14 | 18 | 22 | 26 | 30 | 32 | 34 | 36 | 37 |

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat - elaboração própria.

O envelhecimento populacional no mundo de hoje não tem paralelo na história. O acréscimo percentual no número idosos, com 65 anos ou mais, é seguido pela queda no número de jovens com menos de 14 anos. Até 2050, o número de idosos no planeta excederá o de jovens, um fato inédito que se regista desde que há estatísticas. Em 2050 perto de 50% das pessoas com 65 ou mais anos viverão na Europa e na Ásia. Colocamos uma questão: Envelhecer é um problema?! Não nos parece um problema, mas sim um avanço! É uma das maiores conquistas da humanidade no século XX. Mas como todas as revoluções, implicará mudanças importantes em muitos setores da ação política referentes a trabalho, saúde, proteção social, urbanismo e muitas outras esferas da vida social e cultural de cada país.

5.2 - A realidade europeia: A União Europeia 27 e Portugal

A Europa ilustra, em geral, o cenário típico de uma realidade socioeconómica e demográfica caracterizada pelo crescente envelhecimento, associada a progressos significativos em diversos domínios ligados ao comportamento humano como a (nutrição, higiene, medicina), bem como à melhoria do nível de qualidade de vida proporcionado a todos, e aos idosos em particular. Contudo, o envelhecimento demográfico será um enorme desafio para as políticas sociais e orçamentais da maior parte dos países europeus, tanto mais quando se estima que no ano 2025 a população idosa europeia represente 25% da população total.

Numa primeira abordagem observamos que a população residente em Portugal e na União Europeia 27 (UE27)⁷ mostra um comportamento oscilante. No que respeita ao grupo etário dos 0-14 anos, a UE27, em 1991 tinha aproximadamente 90 milhões de pessoas (19,2%), em 2011 registava cerca de 78 milhões de indivíduos (15,6%), portanto perdeu população jovem (tabela 5.7).

Relativamente ao grupo etário com mais de 65 anos, verificou-se o oposto, tanto na UE27, como em Portugal, os valores têm vindo a aumentar. Em Portugal no espaço de 20 anos, a população idosa aumentou aproximadamente 2 milhões (em 1991 a percentagem era de 13,8%, em 2011 já era 19,2%), na UE27, no mesmo período de tempo, este grupo etário aumentou cerca de 22 milhões de pessoas, (em 1991 a percentagem era de 14%, em 2011 aumentou para 17,6%). Assim, Portugal apresentava-se numa situação menos favorável comparativamente à UE27, pois tinha percentualmente menos jovens e proporcionalmente mais idosos.

Tabela nº5.7 - Evolução da população residente em Portugal e na UE27, segundo grandes grupos etários, 1991-2011 (%)

| Anos | Grandes grupos etários | | | | | | | |
|------|------------------------|----------|--------|----------|---------|------|------|----------|
| | Total | | 0 - 14 | | 15 - 64 | | 65 + | |
| | UE27 | Portugal | UE27 | Portugal | UE27 | PT | UE27 | Portugal |
| 1991 | 100,0 | 100,0 | 19,2 | 19,7 | 66,8 | 66,6 | 14,0 | 13,8 |
| 2001 | 100,0 | 100,0 | 16,9 | 15,9 | 67,2 | 67,6 | 15,9 | 16,4 |
| 2011 | 100,0 | 100,0 | 15,6 | 14,9 | 66,7 | 65,9 | 17,7 | 19,2 |

Fonte de Dados: Eurostat / NU / Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast
Fonte: PORDATA

Também o índice de envelhecimento (IE; relação entre a população idosa e a população jovem, definido habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) tem vindo a aumentar, em Portugal e na UE27. Num intervalo de 20 anos o índice de envelhecimento subiu 40% na UE27, e em Portugal, desde 2001 está acima da média europeia (Tabela 5.8).

⁷ 1 de janeiro de 2007 - 30 de junho de 2013: EU-25 + Bulgária, Roménia.

Tabela nº5.8 - Evolução do Índice de envelhecimento em Portugal e na UE27, 1991-2011

| Anos | Índice de envelhecimento (Rácio - %) | |
|------|--------------------------------------|----------|
| | UE27 | Portugal |
| 1991 | 73,2 | 70,0 |
| 2001 | 94,0 | 103,2 |
| 2011 | 113,2 | 129,6 |

Fonte de Dados: Eurostat / NU / Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast
Fonte: PORDATA

No plano da longevidade, a relação entre a população mais idosa e a população idosa, confirma o crescimento da população dos indivíduos longevos, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos, mostra que a percentagem de pessoas tem vindo a aumentar progressivamente. Na UE27 passou de 23,1% para 27,6%, entre 1991 e 2011, e Portugal também acompanha o ritmo de crescimento ascendente (tabela 5.9).

Tabela nº 5.9 - Evolução do Índice de longevidade em Portugal e na UE27, 1991-2011

| Anos | Índice de longevidade (Proporção - %) | |
|------|---------------------------------------|----------|
| | UE27 | Portugal |
| 1991 | 23,1 | 19,3 |
| 2001 | 22,3 | 21,0 |
| 2011 | 27,6 | 26,8 |

Fonte de Dados: Eurostat / NU / Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast
Fonte: PORDATA

Uma das consequências do envelhecimento reside no aumento da população em estado de inatividade. Este indicador está particularmente relacionado com o crescente peso colocado sobre a população ativa, pois é esta que assegura o sustento dos idosos dependentes. Podemos verificar esse fato através da evolução do índice de dependência de idosos (relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) que tem vindo a aumentar. Na UE27, num período de 20 anos, cresceu 5,5%, e Portugal

tem vindo a acompanhar a tendência, mas com uma posição ainda mais crítica (Tabela 5.10).

Tabela nº5.10 - Evolução Índice de dependência de idosos em Portugal e na UE27

| Tempo | Índice de dependência de idosos (Rácio - %) | |
|-------|---|----------|
| | UE27 | Portugal |
| 1991 | 21,0 | 20,7 |
| 2001 | 23,7 | 24,3 |
| 2011 | 26,5 | 29,2 |

Fonte de Dados: Eurostat / NU / Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast
Fonte: PORDATA

Outro rácio que ilustra bem as consequências do envelhecimento demográfico nos sistemas de proteção social é o índice de sustentabilidade potencial [quociente entre o número de pessoas em idade ativa (15-64 anos) por cada indivíduo idoso (65 e mais anos)]. Na UE27 este indicador tem vindo a diminuir, pois em 1991 havia 4,8 pessoas ativas por cada idoso e em 2011 esse número passou para 3,8. Portugal acompanha a mesma orientação, mas com um desempenho pior, pois em 2011 existiam apenas 3,4 pessoas ativas por idoso. Estes valores serão um problema, a médio prazo, para os serviços de proteção social, na medida em que há cada vez menos pessoas em idade ativa, ou seja contribuintes líquidos para o sistema, por idoso (tabela 5.11).

Tabela nº5.11 - Evolução Índice de Sustentabilidade Potencial em Portugal e na UE27

| Tempo | Índice de Sustentabilidade Potencial (Rácio) - Número de indivíduos em idade ativa por idoso | |
|-------|--|----------|
| | UE27 | Portugal |
| 1991 | 4,8 | 4,8 |
| 2001 | 4,2 | 4,1 |
| 2011 | 3,8 | 3,4 |

Fonte de Dados: Eurostat / NU / Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast
Fonte: PORDATA

Em resultado destes valores os diversos governos europeus têm manifestado as suas preocupações em relação à passagem de rendimentos entre as gerações, podendo mesmo ocorrer um colapso do sistema cujo modelo de contrato social se alicerça no Estado-Providência (Machado, 2007).

Comungando desta ideia, Henrique Medina Carreira (1996:466) aponta as razões que esclarecem a “crise” do Estado-Providência:

- *“A crise é financeira porque existe um incessante aumento da diferença entre o ritmo do crescimento económico e o das despesas sociais;*
- *A crise é de legitimidade porque o Estado-Providência já não assegura a sua função de proteção dos mais desfavorecidos; pelo contrário, reforça os privilégios dos mais informados e melhor instalados na sociedade;*
- *A crise é de eficácia do funcionamento porque se verifica um rendimento decréscimo das despesas sociais, devido à complexidade e proliferação regulamentar que o tornam cada vez mais dispendioso.”*

Este autor defende que “o maior bloqueamento atual das políticas sociais tem como causa principal a crise económica e financeira e os seus efeitos de incerteza sobre a sustentabilidade dos mecanismos de funcionamento do Estado-Providência”.

O envelhecimento da população mundial, e sobretudo da população da Europa está a fomentar modificações no tecido social. Todos os indicadores que analisámos mostram um aumento bastante significativo do número de idosos no período de 1991 a 2011, e não se espera uma mudança que venha contrariar esta tendência. Além disso, as estimativas apontam para uma intensificação do ritmo de envelhecimento da população até 2100.

Os incentivos que têm sido dirigidos ao aumento da natalidade e a combater a maternidade tardia na Europa, parecem não estar a ser totalmente eficazes e a conseguir os objetivos pretendidos para travar o envelhecimento. De acordo com Lutz, citado por Jorge Gaspar (2009:54) “ *Alguns autores não têm dúvidas em afirmar que se o século XX foi o século do crescimento demográfico, o século XXI será o século do envelhecimento*”.

Não será pela base da pirâmide que iremos contornar o problema, cada país deve alterar as políticas de proteção social, de modo a torna-las mais eficientes, concomitantemente, deve interferir-se no mercado de trabalho, criando emprego para os mais idosos (em que se tire partido da experiência adquirida), bem como adaptar os serviços de saúde e os serviços sociais.

De acordo com Machado (2003), sabe-se que o envelhecimento populacional irá ter implicações nas relações que se estabelecem no seio da família, nos estilos de vida, e na equidade intergeracional.

É certo, que o problema do envelhecimento populacional não diz respeito apenas aos idosos, é um fenómeno que se reflete em toda a sociedade, e será necessário o esforço e o empenho de todos para que se promova uma relação sustentável entre as gerações, que passará certamente por uma mudança na política social e uma postura mais consciente por parte da sociedade.

CAPÍTULO VI

O envelhecimento em Portugal, no Alentejo e no concelho de Beja – um retrato dos últimos 20 anos

VI – O envelhecimento em Portugal, no Alentejo e no concelho de Beja – um retrato dos últimos 20 anos

6.1 – O lento e progressivo envelhecimento do país

6.2

“No início do século XXI, Portugal aparece como uma das populações mais envelhecidas da Europa, assimilando-se aos países latinos do Mediterrâneo”

Jorge Gaspar (2009:63)

Como afirma Jorge Gaspar (2009:63), Portugal segue um cenário muito semelhante aos restantes países do Sul da Europa no que diz respeito ao envelhecimento, com os indicadores a mostrarem um progressivo envelhecimento populacional. O mesmo autor adverte também que *“Ainda no final do século XX, a percentagem da população com mais de 65 anos ultrapassou a dos menores de 15 anos. Assim, a curto prazo, o país terá problemas com a redução da população em idade ativa e ao mesmo tempo, com os baixos índices de sustentabilidade potencial (ativos/idosos) que coloca graves problemas ao Sistema de Segurança Social”*.

Ora, tendo sempre presente o envelhecimento populacional, será de todo o interesse que abordemos elementos estatísticos e indicadores de diversa natureza, que em tudo se relacionam com a mesma problemática e fundamentam o lento e progressivo envelhecimento do nosso País.

Assim, de acordo com Patrício e Carrilho (2002), e numa breve retrospectiva, passamos a referir-nos às fases mais importantes para caracterizar a evolução demográfica no nosso País:

- Entre 1864 (primeiro recenseamento) e 1911 verificou-se um crescimento populacional contínuo, com uma taxa média anual de 0,72%.

- De 1911 a 1920 constatou-se uma diminuição na taxa média anual de crescimento (0,15%), cujas causas se relacionam com os efeitos da Primeira Guerra Mundial, com o aparecimento da gripe espanhola, e com a primeira vaga de emigração, principalmente para Brasil.

- Dos anos 1920 a 1940 assinala-se um grande crescimento, com taxas médias superiores a 1% ao ano.

- A partir de 1940 inicia-se um abrandamento do crescimento populacional, que teve reflexos na diminuição da população entre os anos 60 e 70. Os fatores que explicam este decréscimo são a emigração para a Europa e a baixa da natalidade.

- No período de 1970 a 1981 as taxas médias de crescimento anual são elevadas (1,3%), facto que se deve particularmente à entrada, entre 1974 e 1975 de quase 500 mil cidadãos portugueses que residiam nas ex-colónias. Pode afirmar-se que a partir de 1976 o crescimento estabiliza, pois ainda que se verifique uma diminuição da fecundidade, a mesma é compensada pelo reduzido número de emigrantes e pelo regresso de alguns de outros países da Europa.

- Entre 1981 e 1991 os valores absolutos da população portuguesa tornam-se estáveis, fruto de um crescimento natural fraco e do saldo migratório negativo. Nesta fase, o Índice Sintético de Fecundidade⁸ desce abaixo de 2,1, número de filhos que cada mulher deve ter para permitir a renovação de gerações.

- Os Censos de 2001 apontam para uma população superior a 10 milhões de habitantes, o que resulta de uma ténue subida da natalidade, do acréscimo da imigração e de uma quebra na emigração.

- Os Censos de 2011 mostram um ligeiro aumento da população em comparação com os censos de 2001, sendo a variação equivalente a 1,99%. Comparativamente a 2001, a taxa de natalidade desceu e a emigração aumentou bastante.

Quanto à população residente em Portugal, esta sofreu um ligeiro aumento entre 2001 e 2011 (206.061 pessoas), o que se deve ao aumento do número de imigrantes no

⁸ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade).

País já que o saldo natural é muito reduzido. Analisando a tabela 6.1 podemos constatar que o grupo etário com uma das maiores variações nesse período de 10 anos foi o das pessoas com mais de 65 anos, que aumentou 18,69%. Contrariamente, a faixa etária dos 0 -14 anos teve uma variação negativa de -5,09% e o grupo etário dos 15 - 24 anos teve um decréscimo de -22,46%. Estes valores são sintomáticos de um duplo envelhecimento populacional, que se traduz num aumento dos idosos e numa diminuição de crianças e jovens, ou seja, nesta década a evolução demográfica portuguesa revela sinais de um progressivo envelhecimento, e o mesmo justifica-se pela conjugação da diminuição da natalidade com o aumento da esperança de vida.

Tabela nº 6.1- Evolução da população residente em Portugal entre 2001 e 2011, segundo grandes grupos etários

| Grupos etários | 2001 | 2011 | Taxa de variação 2001-2011 |
|----------------|------------|------------|----------------------------|
| 0-14 | 1 656 602 | 1 572 329 | -5,09 |
| 15-24 | 1 479 587 | 1 147 315 | -22,46 |
| 25-64 | 5 526 435 | 5 832 470 | 5,54 |
| 65 ou mais | 1 693 493 | 2 010 064 | 18,69 |
| Total | 1 035 6117 | 1 056 2178 | 1,99 |

Fonte - Censos 2011. Resultados definitivos: Portugal. Quadros Resumo - elaboração própria

Com efeito, a análise da distribuição da população por grupos etários permite-nos confirmar a diminuição da natalidade, pois os grupos de idades inferiores aos 10-14 anos têm vindo a perder população, sobretudo a partir de 1981, por outro lado, desde 1981 que a população com 65 anos ou mais tem vindo a aumentar. Se em 1991, 19,4% dos residentes em Portugal tinham menos de 14 anos, esse valor passou para 16,2% em 2001, registando apenas 14,9 % em 2011, portanto, em duas décadas houve uma redução de 4,5%. Em sentido inverso temos o grupo etário das pessoas com 65 ou mais anos, que tem vindo progressivamente a aumentar. Assim, em 1991, 13,9% dos residentes tinham 65 ou mais anos, ao passo que em 2001 o valor alcançava já 16,6%. De acordo com o recenseamento de 2011 os idosos representavam 19,1% do total da população.

Em duas dezenas de anos houve um acréscimo de 5,2% neste escalão etário. Pela análise da evolução dos grandes grupos etários, constatamos que o grupo dos 0-

14 anos, isto é o dos indivíduos mais jovens mostra uma descida substancial desde 1970. Contrariamente ao grupo etário das pessoas com mais de 65 anos, que tem vindo a aumentar de uma forma progressiva (tabelas 6.2 e 6.3).

Tabela nº 6.2 - Evolução da distribuição da população residente em Portugal por grupos etários quinquenais

| Distribuição da população residente (%) por Grupo etário; Anual | | | | | |
|---|---------------------------------|------|------|------|------|
| Grupo etário | Período de referência dos dados | | | | |
| | 1971 | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 |
| Total | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 0 - 4 anos | 9 | 7,8 | 5,5 | 5,4 | 4,6 |
| 5 - 9 anos | 9,9 | 8,7 | 6,3 | 5,3 | 5 |
| 10 - 14 anos | 9,7 | 8,6 | 7,6 | 5,5 | 5,3 |
| 15 - 19 anos | 9 | 8,8 | 8,6 | 6,4 | 5,3 |
| 20 - 24 anos | 7,5 | 8 | 7,8 | 7,4 | 5,5 |
| 25 - 29 anos | 6,2 | 7 | 7,4 | 7,9 | 6 |
| 30 - 34 anos | 5,8 | 6,5 | 7,1 | 7,4 | 7,1 |
| 35 - 39 anos | 6,3 | 5,8 | 6,7 | 7,4 | 7,9 |
| 40 - 44 anos | 6,2 | 5,6 | 6,6 | 7,1 | 7,4 |
| 45 - 49 anos | 5,9 | 5,9 | 5,9 | 6,6 | 7,4 |
| 50 - 54 anos | 5,1 | 5,7 | 5,5 | 6,3 | 7 |
| 55 - 59 anos | 5 | 5,5 | 5,7 | 5,6 | 6,4 |
| 60 - 64 anos | 4,7 | 4,5 | 5,4 | 5,2 | 6 |
| 65 - 69 anos | 3,9 | 4,1 | 4,9 | 5,2 | 5,2 |
| 70 - 74 anos | 2,7 | 3,4 | 3,6 | 4,4 | 4,6 |
| 75 - 79 anos | 1,7 | 2,3 | 2,7 | 3,4 | 4,1 |
| 80 - 84 anos | 0,9 | 1,2 | 1,7 | 2 | 2,9 |
| 85 e mais anos | 0,5 | 0,6 | 1 | 1,6 | 2,3 |

Fonte- INE, Estimativas Anuais da População Residente

Tabela nº 6.3- Evolução da população residente em Portugal por grandes grupos etários, 1970-2011 (%)

| Ano | Grandes grupos etários (%) | | | |
|------|----------------------------|------|-------|------|
| | Total | 0-14 | 15-64 | 65+ |
| 1970 | 100,0 | 28,5 | 61,9 | 9,7 |
| 1981 | 100,0 | 25,5 | 63,0 | 11,4 |
| 1991 | 100,0 | 20,0 | 66,4 | 13,6 |
| 2001 | 100,0 | 16,0 | 67,7 | 16,4 |
| 2011 | 100,0 | 14,9 | 66,1 | 19,0 |

Fonte de Dados: INE - X a XV Recenseamentos Gerais da População
Fonte: PORDATA

Dado o reflexo do comportamento da natalidade e mortalidade sobre o envelhecimento populacional, passamos a referir alguns elementos para uma avaliação breve, com recurso a indicadores relacionados com ambas.

Pela observação da tabela, em que apresentamos indicadores que influenciam a natalidade, constatamos uma descida das taxas de fecundidade e do índice sintético de fecundidade. De acordo com Oliveira (2008), a redução dos níveis de fecundidade entronca num conjunto de transformações sociais e demográficas que se caracterizam pela conservação da taxa de fecundidade abaixo do nível de substituição de gerações (ISF= 2,1), pelo protelar da idade do casamento e do adiamento do nascimento do primeiro filho, pelo acréscimo do divórcio, pela coabitação em união de facto, e ainda pelo número de filhos nascidos fora do casamento.

Os casais decidem procriar em idade cada vez mais tardia, pelo que a idade média das mães ao nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar de forma progressiva desde os anos oitenta. Convém salientar que em Portugal o ISF está abaixo do valor que assegura a renovação de gerações desde 1982, e que esse índice tem vindo a diminuir, tendo atingido 1,35 em 2011. A idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, em 1991 era de aproximadamente 25 anos e em 2011 esse valor passou para 30 anos (tabela 6.4).

Tabela nº6.4 - Evolução de vários indicadores respeitantes à natalidade em Portugal, 1971-2011

| Anos | Índice Sintético de Fecundidade | Idade média ⁹ (anos) | Taxa de fecundidade geral ¹⁰ (‰) | Taxa bruta de natalidade ¹¹ (‰) |
|------|---------------------------------|---------------------------------|---|--|
| 1971 | 2,99 | 24,4 | 84,6 | 21,0 |
| 1981 | 2,13 | 23,6 | 63,7 | 15,4 |
| 1991 | 1,56 | 24,9 | 46,3 | 11,7 |
| 2001 | 1,45 | 26,8 | 43,0 | 10,9 |
| 2011 | 1,35 | 29,2 | 38,6 | 9,2 |

Fonte- INE, Indicadores Demográficos

⁹ Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho.

¹⁰ Número de nados-vivos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efetivo médio de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) desse período mulheres em idade fértil).

¹¹ Número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 habitantes).

Em consonância com estes comportamentos descendentes (nem todos são descendentes pois a idade média da mãe tem aumentado), a taxa de fecundidade geral segue a mesma tendência, como podemos observar na tabela 6.4. De facto, a taxa bruta de natalidade desce de forma acentuada, pois em 1971 registávamos 21 nados-vivos, por cada mil habitantes, em 1991 o valor passou para 11,7 e, para 9,2 nados-vivos em 2011, o que mostra uma descida contínua da natalidade.

Uma das causas que explica o envelhecimento populacional prende-se com a mortalidade. Podemos constatar que a taxa bruta de mortalidade tem vindo a registar uma ligeira diminuição, de 10,4 óbitos por cada mil habitantes em 1991 para 9,7 óbitos em 2011 (tabela 6.5). A taxa de mortalidade infantil, que em 1971 era elevada, desceu em duas décadas (1991-2011) 7,7‰, sendo atualmente pouco superior a 3 por mil, o que coloca Portugal entre os países do mundo com melhor desempenho. Os progressos sanitários, o avanço na ciência e as práticas de profilaxia, acessíveis a uma elevada proporção da população, tendem a favorecer os níveis de saúde da população adulta e idosa, e se contribuem para a diminuição da mortalidade em geral, também, e como é óbvio, se repercutem sobre a mortalidade infantil, reduzindo-a.

Tabela nº6.5 - Evolução da taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil

| Ano | Taxa bruta de mortalidade ¹² (‰) | Taxa de mortalidade infantil ¹³ (‰) |
|------|---|--|
| 1971 | 11,4 | 51,9 |
| 1981 | 9,7 | 21,8 |
| 1991 | 10,4 | 10,8 |
| 2001 | 10,1 | 5,0 |
| 2011 | 9,7 | 3,1 |

Fonte: PORDATA

Fonte de Dados: INE - Estatísticas de nados-vivos, INE - Estatísticas de óbitos, INE - Estimativas Anuais da População Residente

¹² Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000 (habitantes).

¹³ Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 nados-vivos).

Do que acabamos de referir sobre natalidade e mortalidade se pode inferir que o comportamento de ambas é condição de agravamento do envelhecimento da população. Se a Taxa Bruta de Mortalidade é um indicador importante para o estudo do envelhecimento, há que equacionar um outro que igualmente o é. Trata-se da previsão da esperança de vida à nascença. Ruiz Sáiz (2000:1) refere que *“a esperança de vida à nascença tem variado ao longo dos tempos e o limite máximo de vida pode variar entre os 120-125 anos. Entre os Romanos era de 18 anos, no século XVII, de 25 anos, e no século XVIII, de 30”*. Desde 1971 que a esperança de vida, em Portugal, tem vindo a aumentar de forma acentuada. No período de 20 anos (1991-2011) este indicador, aumentou 5 anos de vida à nascença, passando de 74 anos em 1991 para 79 anos em 2011, o que obviamente influencia o envelhecimento populacional. Apesar da esperança de vida à nascença ter vindo a aumentar para ambos os sexos, uma análise mais cuidada da tabela 6.6 permite concluir que as mulheres têm uma maior esperança de vida, rondando os 78 anos em 1991 e 82 anos em 2011, enquanto para os homens ocorre uma variação entre cerca de 71 e 76 anos.

Assim, e dado que as mulheres são em número superior aos homens, o facto de terem uma maior esperança de vida, justifica um cenário de envelhecimento maioritariamente no feminino. Por outro lado, as mulheres têm o nível da viuvez mais elevado, apresentando os Censos de 2011 uma percentagem de 11% de viúvas contra 3% de homens viúvos.

Prosseguindo numa análise específica do envelhecimento demográfico, tendente à observação do ritmo acelerado a que este fenómeno tem ocorrido, passarmos ainda em revista alguns dos principais indicadores que ao mesmo respeitam e o fundamentam. Em duas décadas (1991-2011) o Índice de envelhecimento registou um acréscimo de 59,7 idosos, por cada 100 jovens, alcançando, em 2011 registava o valor de 127,8 idosos por cada 100 jovens (tabela 6.6). O índice de envelhecimento evidencia o predomínio da população idosa sobre a população jovem, significa ainda isto que há mais população idosa que jovem.

Tabela nº 6.6 - Evolução dos indicadores de envelhecimento, em Portugal, 1970-2011

| Ano | Índice de envelhecimento ¹⁴ Rácio - % | Índice de dependência total ¹⁵ Rácio - % | Índice de dependência jovens ¹⁶ Rácio - % | Índice de dependência idosos ¹⁷ Rácio - % | Índice de longevidade ¹⁸ Proporção(%) |
|------|---|--|---|---|---|
| 1970 | 34,0 | 61,7 | 46,0 | 15,6 | 32,8 |
| 1981 | 44,9 | 58,6 | 40,5 | 18,2 | 34,2 |
| 1991 | 68,1 | 50,6 | 30,1 | 20,5 | 39,3 |
| 2001 | 102,2 | 47,8 | 23,6 | 24,2 | 41,4 |
| 2011 | 127,8 | 51,3 | 22,5 | 28,8 | 47,9 |

Fonte: PORDATA

Fonte de Dados: INE - X a XV Recenseamentos Gerais da População

Também o índice de dependência total sofreu um agravamento, o que é resultado do aumento do índice de dependência de idosos. Já o índice de dependência de jovens teve um comportamento contrário, registando um aumento, sinónimo de uma diminuição da população em idade ativa, ao qual se contrapõe o índice de dependência de idosos, que registou uma subida entre 1991 e 2011, isto significa que o “peso” da população idosa sobre a população ativa é maior.

Verificamos ainda o aumento do índice de longevidade, que em 1991 era de 39,3 e em 2011 passou para 47,9%. Tal índice relaciona-se com o aumento da esperança de vida e ambos espelham o acréscimo dos mais idosos, refletindo “... *o facto dos idosos estarem não apenas a aumentar como também, eles próprios, a envelhecer...*” (Pestana, 2003:20).

¹⁴ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos).

¹⁵ Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

¹⁶ Relação entre a população jovem e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 15-64 anos).

¹⁷ Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (pessoas com 15-64 anos).

¹⁸ Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 65 ou mais anos).

Associado à longevidade, temos a esperança de vida aos 65 anos, indicador que permite avaliar quantos anos será possível viver após atingir essa idade. De acordo com a tabela 6.7, verificamos que em duas décadas esse indicador aumentou três anos no total, ainda que se registem diferenças por sexo, pois para as mulheres há um maior aumento, o que indicia a probabilidade de sobrevivência em idades mais avançadas.

Tabela nº 6.7- Evolução da esperança de vida aos 65 anos em Portugal 1991-2011 (anos)

| Tempo | Sexo | | |
|-------|-------|-----------|----------|
| | Total | Masculino | Feminino |
| 1991 | 15,8 | 14,1 | 17,2 |
| 2001 | 17,1 | 15,2 | 18,6 |
| 2011 | 18,8 | 16,9 | 20,2 |

Fonte: PORDATA

Fonte de Dados: INE - Estatísticas de óbitos

Através da análise de vários indicadores estatísticos constatamos que Portugal tem vindo a traçar uma trajetória de envelhecimento demográfico. É cada vez mais nítido que os jovens vão diminuindo e a população com 65 ou mais anos vai aumentando. A população ativa é cada vez menos, e a população dependente, nomeadamente pensionistas são cada vez mais, este fato pode constituir-se como um problema para o Sistema de Segurança Social.

Assim, torna-se imperioso, que, entre outras, através de políticas natalistas (subsídio de nascimento, abonos em função do número de filhos, trabalho a tempo parcial para as mães, licença de maternidade/paternidade mais alargada, benefícios fiscais para famílias numerosas, etc.) exista um aumento da natalidade em Portugal, pois é urgente que o ISF possa aumentar de forma a existir um equilíbrio demográfico.

6.3 – O Alentejo e o concelho de Beja: um envelhecimento particularmente acentuado no contexto nacional

6.4

O fenómeno do envelhecimento demográfico não é uniforme em todo o país. O Alentejo é uma das regiões mais envelhecidas, nomeadamente o interior, onde o envelhecimento se faz sentir de uma forma mais acutilante. No que respeita à evolução do índice de envelhecimento, por local de residência, entre 2001 e 2011, e de acordo com a tabela 6.8, podemos apurar que o valor respeitante à NUT II do Alentejo e à NUT III do Baixo Alentejo é superior à média do país, e que os valores aumentaram na década enunciada. Das 18 freguesias do concelho de Beja, a mais envelhecida em 2011 é Quintos, com 311 idosos por cada 100 jovens. Por exemplo a freguesia de São Brissos, numa década diminuiu o índice de envelhecimento para cerca de metade, pois em 2011 tinha apenas 108 habitantes (a freguesia com menos habitantes do concelho), mas grande parte eram jovens.

Tabela nº6.8 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal e no Alentejo, 2001 e 2011

| | Região | Ano | |
|------------|-----------------------------|-------|-------|
| | | 2001 | 2011 |
| | | N.º | |
| | Portugal | 102,2 | 127,8 |
| NUT II | Alentejo | 162,6 | 179 |
| NUT III | Baixo Alentejo | 175,9 | 190 |
| Concelho | Beja | 140,9 | 141 |
| Freguesias | Albernoa | 327,2 | 310 |
| | Baleizão | 246,7 | 216 |
| | Beringel | 206,5 | 219 |
| | Cabeça Gorda | 150,0 | 191 |
| | Mombeja | 271,4 | 207 |
| | Nossa Senhora das Neves | 170,0 | 183 |
| | Quintos | 321,8 | 311 |
| | Salvada | 184,4 | 199 |
| | Beja (Salvador) | 113,1 | 111 |
| | Santa Clara de Louredo | 297,1 | 284 |
| | Beja (Santa Maria da Feira) | 109,7 | 80 |
| | Santa Vitória | 262,9 | 289 |
| | Beja (Santiago Maior) | 100,3 | 125 |
| | São Brissos | 133,3 | 67 |
| | Beja (São João Batista) | 126,4 | 147 |
| | São Matias | 149,5 | 158 |
| | Trindade | 186,3 | 233 |
| | Trigaches | 223,7 | 203 |

Fonte- INE, Recenseamento da População e Habitação

A tabela 6.9 mostra que o índice de dependência de idosos, entre 1991 e 2011, tem vindo sempre a intensificar-se, no País, no Alentejo, Baixo Alentejo e Beja, registando este concelho valores acima dos nacionais, com um quantitativo de 27 idosos por cada 100 jovens em 1991 e 32 idosos por cada 100 jovens em 2011.

Tabela nº 6.9- Evolução do Índice de dependência de idosos em Portugal e no Alentejo, 2001 e 2011

| Região | Ano | | |
|----------------|------|------|------|
| | 1991 | 2001 | 2011 |
| | N.º | N.º | N.º |
| Portugal | 20,9 | 24,6 | 28,8 |
| Alentejo | 29,8 | 35,6 | 37,9 |
| Baixo Alentejo | 33,4 | 39,2 | 38,9 |
| Beja | 27,3 | 31,7 | 32,0 |

Fonte- INE, Estimativas Anuais da População Residente

No que diz respeito à evolução do índice de longevidade, e como havíamos referido anteriormente, desde 1991 até 2011 que a sua trajetória tem sido ascendente. O concelho de Beja surge com valores superiores aos registados em Portugal e situa-se próximo de valores para o Alentejo, que em 2011 ultrapassa os 50%, o que significa que a maioria da população idosa tem mais de 75 anos (tabela 6.10).

Tabela nº 6.10- Evolução do índice de longevidade em Portugal e no Alentejo – 1991-2011

| Região | Ano | | |
|----------------|------|------|------|
| | 1991 | 2001 | 2011 |
| | % | % | % |
| Portugal | 39,1 | 42,2 | 48,6 |
| Alentejo | 40,0 | 43,7 | 53,2 |
| Baixo Alentejo | 41,6 | 44,6 | 54,3 |
| Beja | 43,5 | 42,6 | 52,4 |

Fonte- INE, Estimativas Anuais da População Residente

Quanto ao índice de sustentabilidade potencial, o mesmo aumentou no país nos últimos anos. Em 2011 este índice era de 3,5 indivíduos contra 5,5, em 1981. O Alentejo e o Baixo Alentejo apresentam índices baixos comparativamente a Portugal,

respetivamente 2,6 pessoas e 2,4, em 2011, enquanto Beja regista valores sempre superiores à região e um decréscimo de 1981 para 2011. Conclui-se assim que há cada vez menos ativos por cada indivíduo com 65 ou mais anos, e que a importância da população idosa, na estrutura etária, é significativa (tabela 6.11).

Tabela nº 6.11 - Número de indivíduos em idade ativa por idoso segundo os Censos (1981 – 2011)

| Regiões | Índice de Sustentabilidade Potencial ¹⁹ - Rácio | | |
|----------------|--|------|------|
| | 1981 | 2001 | 2011 |
| Anos | | | |
| Portugal | 5,5 | 4,1 | 3,5 |
| Alentejo | 4,1 | 2,9 | 2,6 |
| Baixo Alentejo | 3,6 | 2,6 | 2,4 |
| Beja | 4,2 | 3,2 | 3,0 |

Fonte de Dados: INE - X a XV Recenseamentos Gerais da População -Fonte: PORDATA

Nota: não foi possível encontrar valores para 1991

Em Portugal, tomando em linha de conta os indicadores que temos vindo a analisar, constatamos que nos últimos 20 anos a estrutura demográfica envelheceu a um ritmo acelerado, sendo previsível que o envelhecimento demográfico se mantenha no futuro. O Instituto Nacional de Estatística (INE) produziu em 2009 algumas projeções para a população residente em Portugal 2008-2060, com vários cenários de evolução, e prevê que esse fenómeno efetivamente se mantenha pois “*qualquer que seja o cenário considerado, o índice de envelhecimento da população aumentará. Tal resulta da combinação de um decréscimo esperado da população jovem em simultâneo com um aumento da população idosa*” (INE, 2009:28).

De acordo com estas projeções do INE, antevê-se que a população portuguesa, num cenário central²⁰ aumente até 2034, atingindo nesse ano as 10 897 700 pessoas. Porém, em 2053 é previsto que a população se situe num nível mais baixo que o do ano de 2008, continuando depois com a tendência de decréscimo até 2060, ano para o qual é prognosticado que atinja os 10 364 200 de indivíduos. O índice de envelhecimento

¹⁹ Relação entre a população em idade ativa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por cada pessoa com 65 ou mais anos).

²⁰ O cenário central, que conjuga um conjunto de hipóteses consideradas como mais prováveis face aos recentes desenvolvimentos demográficos

umentará neste último ano para uma proporção bastante elevada, estimando-se que existam 271 idosos por cada 100 jovens.

6.5 – Reflexão sobre algumas consequências do envelhecimento no Alentejo

Os comportamentos de vários indicadores, como as taxas de mortalidade e natalidade, o índice sintético de fecundidade (decréscimo), bem como a esperança de vida (aumento), ao longo das últimas décadas, quer em Portugal quer nos restantes países da Europa, sobretudo da Europa Mediterrânica, estão associados a um significativo aumento das populações idosas face à diminuição da população ativa, o que se traduz no progressivo envelhecimento das sociedades em questão, e da portuguesa em particular.

Em Portugal, e de acordo com os resultados definitivos dos Censos 2011, o índice de envelhecimento ascendia a 129, o que significar a existência de 129 idosos por cada 100 jovens. Tomamos uma maior consciência do problema quando constatamos que o mesmo índice rondava os 27 em 1960, e que em 50 anos atingiu um valor cinco vezes superior. Acresce que a interpretação deste índice pode ainda ser articulada com os números da população residente em Portugal com 65 ou mais anos, e tal reforça a afirmação sobre o envelhecimento demográfico do nosso país.

Com efeito, e ainda de acordo com o INE, Portugal apresentava no ano de 2001 uma população residente de 1.693.493 indivíduos com 65 ou mais anos (16,4%), tendo a mesma passado para 2.010.064 indivíduos no ano 2011 (19,0%), ou seja, a comparação traduz um aumento de 316 571 pessoas com 65 ou mais anos, com uma taxa de variação de 18,7%. Portanto, e como tem vindo a ser várias vezes repetido, o envelhecimento demográfico é notório e não se antevê que aconteça uma regressão desse fenómeno, que no contexto nacional é particularmente acentuado no Alentejo e na região de Beja.

Ora, este cenário tem necessariamente consequências de diversa natureza, desde logo em termos individuais, podendo implicar novas escolhas de estilos de vida, mas sobretudo ao nível dos impactos no campo social e económico, e em outro patamar no que respeita à conceção de políticas sociais, e de ordenamento do território que devem ser equacionadas com preocupações de sustentabilidade.

Uma das consequências do acentuar do envelhecimento populacional numa região já envelhecida será certamente um menor empreendedorismo e grau de inovação (ainda que hoje já se fale de empreendedorismo sénior), pois estes indicadores associam-se a populações mais jovens, havendo em geral um menor dinamismo da economia, e podendo afirmar-se que a fragilização das estruturas etárias e do volume demográfico é um dos principais obstáculos ao desenvolvimento dessa região.

Acresce ainda que não há disponibilidade de recursos humanos, (quantidade e qualidade), pois os efetivos situam-se em estratos cada vez mais envelhecidos, há uma diminuta atração de investimentos económicos, e a capacidade para fixar e atrair população é mínima. Por outro lado, a substituição de gerações torna-se muito lenta e difícil, pois o envelhecimento gera mais envelhecimento. Este é um cenário possível para Portugal e particularmente para o concelho de Beja. Com o envelhecimento da população, assiste-se a novos hábitos e necessidades de consumo, alimentares, de serviços e seguros de saúde, aquisição de medicamentos, etc., mas também ao agravamento dos encargos sociais com reformas, pensões e assistência médica, o que é neste momento objeto de muitos comentários, mas pouca reflexão e debate sério.

De facto, é posta em causa a sustentabilidade do sistema de segurança social, pois refere-se o peso de tais encargos na estrutura da despesa pública, mas não é evidenciado claramente o contributo que os mais velhos já deram ao país, incluindo os valores que “entregaram à guarda” do Estado em função do que este lhes exigiu. Por outro lado, não são estimuladas a natalidade, a economia e o emprego, por forma a criar mecanismos de resposta à nova realidade social, marcada pelo elevado número de idosos.

O envelhecimento pode ocorrer em termos do casal, com ambos os cônjuges envelhecendo juntos, em casa, com a atenção da família, ou institucionalizados, enquanto casal ou separadamente (de acordo com as condições existentes), ou então, ocorrendo a morte de um dos cônjuges, há a considerar também o processo de isolamento que pode ser iniciado por aquele que não querendo deixar o seu lar, prefere viver só.

Estas e outras situações diversas que caracterizam a vida dos idosos no dia a dia, geram a necessidade de implementar alternativas ao estilo de vida isolado, o que implica gastos sociais em equipamentos e recursos de institucionalização, ou em serviços de apoio domiciliário, ou que monitorizem os idosos à distância (teleassistência), opções que constituem investimentos que devem ser valorizados.

Não é somente importante ter alguém que se responsabilize pelo bem-estar do idoso, há também necessidade de criar as condições necessárias para que este possa viver com dignidade e segurança, e certas alterações a introduzir nesse sentido podem, inclusive, movimentar a economia. Não são raras as vezes que as casas deverão ser adaptadas, de modo a permitir ou facilitar a vivência diária dos idosos. Por outro lado, é fundamental garantir a segurança em deslocações, substituir, por exemplo, escadas por rampas.

O que estamos a abordar relaciona-se com a ideia, que se generaliza, segundo a qual o envelhecimento não deve ser visto única e exclusivamente como um problema, pois este poderá constituir um desafio/opportunidade no que ao investimento respeita. Jorge Gaspar (2009:69) vai ao encontro a esta ideia quando afirma: " *...os agentes económicos do setor privado também deverão rever as suas opções de investimento, tanto no sentido de obviar a algumas ameaças, como no posicionamento para aproveitar novas oportunidades*".

Continuando a seguir o mesmo autor, nele encontramos a referência quanto à atenção a prestar às necessidades dos mais idosos, que impõem a importância de repensar o padrão dos transportes e o próprio comércio de bairro/proximidade. De facto, os transportes são um obstáculo à deslocação de muitos idosos e a substituição do comércio tradicional de bairro por grandes centros comerciais constituiu uma profunda

alteração, negativa, ao abastecimento de tantos outros. Beja é ainda uma cidade de província com algumas mercearias e estabelecimentos comerciais antigos, mas estes já vão dando lugar a grandes superfícies comerciais.

Um aspeto a referir, e que não pode ser desvalorizado em termos de consequências positivas do estado de velhice, é a capacidade de trabalho que encontramos nos idosos, e que deve ser potenciada, por exemplo em termos de voluntariado, na cultura, educação ou outras áreas, o que iria contribuir de forma bastante positiva para o seu próprio bem-estar e enriquecimento do meio envolvente. A confirmá-lo, e referindo-se à população idosa, Gaspar (2009:69) afirma que *“outra questão-chave (...) é a do seu potencial de trabalho/de atividade, que deve ser canalizado para segmentos da economia, que não conflituam/compitam com o mercado de trabalho central”*.

Se tivermos em conta que o Alentejo é uma região tradicionalmente agrícola, e que os jovens agricultores são os que normalmente recebem incentivos financeiros ao investimento, importante seria que estes não esquecessem os saberes dos mais velhos, que podendo não ter escolaridade elevada e conhecimentos em tecnologias, têm a cultura própria que lhes vem da idade e que nada consegue substituir, pelo que os programas de revitalização dos campos deveriam contemplar uma aliança entre jovens e idosos, ou serem até mesmo vocacionados para mais idosos. Como refere Gaspar (2009:70) *“assim como se lançam iniciativas orientadas para os jovens agricultores, deveriam ser criados programas para agricultores e outros tipos de produtores idosos; nalgumas situações, os programas devem ser articulados de molde a que o impulso a dar aos idosos não gere conflitos a nível geracional/familiar.”*

Em síntese, o envelhecimento e a velhice não podem ser encarados como preconceito e problema, e em Portugal, no Alentejo e em Beja, a sociedade, o Estado, o Poder Local devem tomar em mãos o desafio de aceitar e aprender a coabitar com o envelhecimento demográfico, respeitando os idosos e os seus saberes, valorizando as formas de lhes facultar qualidade de vida, fomentando medidas que possam contribuir para mitigar o declínio populacional, impulsionando o desenvolvimento económico e aprofundando o Estado Social.

CAPÍTULO VII

Procura e oferta de estruturas de apoio a idosos no concelho de Beja

VII - Procura e oferta de estruturas de apoio a idosos no concelho de Beja

7.1 - Idosos, família e institucionalização

Segundo Ribeiro, (1999:48) o envelhecimento pode ser definido como um processo que *“é progressivo e degenerativo, caracterizado por menor eficiência funcional, com enfraquecimento dos mecanismos de defesa face às variações ambientais e perda de reservas funcionais. É universal nas espécies, é intrínseco, ou seja, não é determinado por fatores ambientais, apesar de ser influenciado por eles. Distingue-se das doenças e patologias que são muitas vezes reversíveis e não observadas igualmente em todas as pessoas”*.

De acordo com Goes *et al.*, (2009:704) referindo-se aos idosos institucionalizados no distrito de Beja afirma que *“Os dados recolhidos junto do Centro Regional de Segurança Social de Beja revelam que entre 1980 e 2008 o número de idosos em lares passou de 489 (em 17 estabelecimentos) para 2911 (em 51 lares)”*. Há, porém, uma enorme lista de utentes em espera para a sua institucionalização.

A integração nesse processo é variável, e se há muitos idosos que encaram a velhice, e todos os problemas a ela inerentes, como mais uma etapa natural da vida, outros há em que a adaptação à situação de envelhecimento é bastante complexa. Então, para os primeiros, que assumem uma postura positiva, a velhice é aceite como uma fase de ventura, felicidade, plenitude e amadurecimento, enquanto para os outros, a fase da senescência é vista com pessimismo, como uma etapa de declínio e deterioração, terminando com a morte.

O que acabamos de notar é confirmado pelas palavras de Osório e Pinto (2007:191) *“a velhice traz tantas possibilidades de crescimento qualitativo, como de deterioração progressiva e irreversível”*, bem como através de Palmeirão (2002:44) *“Os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à sua vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade, melhorando a sua*

auto imagem e olhando-se de forma mais positiva.” Também Berger (1995), citado por Fernandes (2000), atesta que os idosos que percebem a velhice como um processo natural, encontram mais sentido na sua vida, são mais satisfeitos e felizes, e receiam menos a morte.

Se passarmos da esfera individual para a social, diremos que no século XIX e até meados do século XX, a velhice não era entendida como um problema social. O bem-estar, e os cuidados aos idosos eram, fundamentalmente, mantidos pela família e por instituições de cariz religioso, ajudas que muitas das vezes, não eram suficientes para apoiar os necessitados. Pimentel (2005:74) expõe que *“por vezes, ocorriam casos que os idosos eram entregues a si mesmos, morriam muitas vezes abandonados”*.

Nos dias de hoje, o papel das famílias, sem dúvida que continua a ser indispensável, porém, cada vez mais, a rede de cuidados formais, constituída por instituições - estruturas residenciais, centros de dia, centros de noite ou apoio domiciliário - afirma-se como um forte complemento, que em colaboração com os familiares do idoso, contribuem para uma velhice com uma maior dignidade e qualidade de vida.

Institucionalizar um idoso não é certamente uma decisão fácil para a maioria das famílias, nem será decerto tomada com leveza de espírito, pois existe o amor e como que um sentimento de gratidão dos filhos para com os pais, um dever de cuidar dos mesmos, além de que a própria sociedade pressiona as famílias para serem eles a cuidar dos idosos, pelo que as decisões impõem sempre uma profunda reflexão. O idoso é o principal visado e que será o mais afetado por uma eventual institucionalização, dado que a sua individualidade é colocada em causa, e a sua autonomia condicionada, o que pode conduzir ao sentimento de abandono, de insegurança e depressão.

De acordo com Cardão (2009:11), *“a institucionalização pode ser entendida como um duplo processo: como recurso a serviços sociais de internamento do idoso em lares, em casas de repouso, onde recebe assistência, por outro lado, pode entender-se a institucionalização como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, com sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família”*.

Quando existe a perda do meio familiar, por vezes com sentimentos de abandono por parte da família, o idoso vai sentir não apenas a perda dos laços familiares, mas também da independência, e do desempenho da sua plena vontade, que se deve à normalização/padronização que existe dentro da instituição (Cardão, 2009).

A maior parte dos especialistas comunga da ideia de que o ideal é envelhecer em casa, no espaço que é familiar ao idoso, ao qual esteve ligado e continua a estar, por laços afetivos e de identidade. Assim, cada vez mais o apoio domiciliário é o serviço mais requisitado por parte dos idosos ou famílias, uma vez que este serviço se desloca à residência do idoso e presta apoio. No entanto, em caso de inexistência de família, perda total da autonomia, ou doença grave, o lar poderá afigurar-se como a melhor opção. Esta é uma ideia defendida por vários autores, como por exemplo Nunes (2008:24) ao afirmar que “*muitas vezes garanto-vos que o Lar é a melhor das soluções (...) praticamente geral à vontade de envelhecer em nossa casa, rodeados dos nossos objetos, memórias e conhecidos*”.

Convém, pois, clarificarmos o que é a institucionalização. De acordo com Pereira (2012:133) entende-se que há “*(...) institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição*”. São considerados idosos institucionalizados residentes os que vivem 24 horas por dia numa instituição. A mesma autora, citando Goffman, (2012:133) refere que “*as instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rotura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulados por uma única entidade*”.

Importa ainda referir que o processo de institucionalização não é pacífico para os familiares e muito menos para os idosos. Para Born (2002), citado por Cardão (2009:41), os idosos são acometidos por um enorme sofrimento no momento da institucionalização, pois é aí que veem consubstanciada a separação e a quebra/enfraquecimento dos laços familiares, além de sofrerem por alguns receios e insegurança, associados à “*perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, receio do tratamento que irão receber*”.

As problemáticas do isolamento e solidão estão normalmente associadas aos idosos, que tendemos muitas vezes a ver como pessoas isoladas e que vivem na solidão, ainda que isolamento e solidão não sejam sinónimos, como afirma Holmes (1993), citado por Hess (2004). A solidão inclui uma noção de falta e um sentimento de ansiedade perante o vazio sentido, é um sentimento indesejado, ao passo que o isolamento pode ser facultativo, uma forma de estar livre e de viver, ainda que estar isolado possa incluir o ter pouco contacto com a família e com os amigos. Estar sozinho pode ser uma opção que configura certa felicidade vivida nesses momentos (afirmação sempre relativa no que respeita aos idosos), e isso não significa sentimento de solidão. Por outro lado, um sentimento desta natureza pode ser a hipótese explicativa para o estar infeliz e só.

Se o idoso sofre de isolamento e/ou solidão, estados de vida voluntários, ou a que foi de certo modo forçado, institucionalizá-lo pode constituir ou não uma solução para o problema. Em muitos casos emergem dificuldades de adaptação, e o idoso pode assumir relutância em dividir o seu espaço (principalmente o quarto) com uma pessoa que lhe é estranha, atitude que muitas vezes prossegue até ao limite, assim se confirmando a convicção de Netto (2002), citado por Cardão (2009:43), de que *“a solidão e o isolamento social em contexto institucional acentuam uma série de perdas ao nível da identidade e da autoestima, fatores que promovem, muitas vezes, a renúncia da própria vida”*.

Para que se opte por internar uma pessoa idosa numa instituição, seja temporariamente, ou com intuito definitivo, é, certamente, porque não se consegue encontrar uma resposta adequada, às suas necessidades, na comunidade onde está inserida, e este ato é a derradeira saída para quem se encontra debilitado e dependente. A institucionalização pode ser a pedido do próprio idoso, ou por sugestão de familiares, amigos, ou até vizinhos, e não deve ser entendida como algo forçosamente negativo, mas de acordo com o grau de dependência do idoso, até poderá ser um ganho e uma contribuição positiva para a qualidade de vida

Para Pimentel (2001) as principais causas que levam à institucionalização de idosos prendem-se com o gradual envelhecimento populacional, a cada vez maior mobilidade geográfica que se associa a uma estrutura familiar que muitas vezes longe

do idoso, não se responsabiliza pela proteção e apoio aos mais velhos, mas também a solidão em que o idoso vive, derivado, na maior parte das vezes ao falecimento do cônjuge. Além disso, não são raras as vezes que os idosos não conseguem tomar conta de si próprios, em virtude da doença que, com a idade, tem tendência a progredir: Por vezes as casas não estão devidamente adaptadas às necessidades dos seniores, associado ao fato de os serviços que poderiam ser uma alternativa à institucionalização, como por exemplo os Centros de Dia, Centros de Convívio e o Apoio Domiciliário serem insuficientes ou inexistentes para possibilitar a permanência do idoso no seu domicílio.

Pimentel (2001:71) defende que “*o progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração na estrutura familiar, a mobilidade geográfica, a degradação das condições de habitação, a desadaptação das casas às necessidades dos idosos, a degradação das condições de saúde destes, têm provocado um aumento da procura dos lares de 3ª idade*”.

No estudo elaborado por Paúl (1997) acerca das residências para idosos, esta autora concluiu quanto às razões para a institucionalização que não é a insatisfação em relação à casa de habitação, ou a área onde se localiza a residência que leva o idoso a ser inserido numa instituição. As principais causas relacionam-se com os problemas de saúde, que confinam a autonomia; e com a escassez de recursos económicos.

As redes de suporte formal e informal são de particular importância no quadro do galopante envelhecimento populacional, assim como as respostas que devem ser dadas a este problema. Entenda-se por *rede de suporte formal ou institucional*, um conjunto de equipamentos e serviços que estão organizados e vocacionados de forma a servir a população idosa. Por *rede informal* podemos entender o apoio prestado pela família, amigos e vizinhos ao idoso que permanece na sua própria casa ou na casa de familiares. O objetivo de tais redes é principalmente prestar serviços de apoio a idosos, tendo em vista a satisfação das necessidades básicas e o aumento da sua qualidade de vida, e para tal, ambas as redes devem agir de forma complementar.

Como é sabido, e se tomarmos em conta o mundo ocidental, o conceito de velhice, a sua proteção e apoios têm variado em termos históricos e socioculturais, e nesse quadro, o Estado foi ganhando um papel cada vez mais interventivo, apoiando,

estimulando, desenvolvendo vários equipamentos, e criando serviços para os mais idosos. A propósito, Pimentel (2005:78) refere que “o *Estado tornou-se o grande impulsionador de bem-estar social, dando origem a agentes intervenientes que vieram melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas que necessitavam de apoio*”.

No contexto mais geral das medidas tomadas em Portugal, no pós-25 de Abril surgem os serviços de Segurança Social orientados para a proteção aos mais velhos, enquanto entidades a nível local que encetam o processo de criação de estruturas diversas vocacionadas para o mesmo fim. Temos como exemplo, lares para idosos, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio. Tais entidades são de diversa natureza jurídica, as chamadas IPSS - Instituições Privadas (Particulares) de Solidariedade Social, muitas vezes ligadas à Igreja Católica, ou às Misericórdias, etc. que apesar de privadas podem usufruir de total ou parcial apoio do Estado, podendo mesmo ser entidades única e exclusivamente privadas.

7.2 - Os idosos e os equipamentos

De acordo com a Carta Social de 2011, a rede de suporte formal em Portugal é constituída por diversas respostas de apoio à população idosa. A Carta Social consubstancia-se num estudo de análise da dinâmica da RSES (Rede de Serviços e Equipamentos Sociais) pretendendo dar a conhecer as respostas sociais, no âmbito da ação social, tuteladas pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, em funcionamento no Continente, a sua caracterização, localização territorial, equipamentos e entidades de suporte.

A Carta Social pretende ser simultaneamente um instrumento multiusos de extrema flexibilidade nos domínios da informação social, de suporte no apoio à tomada de decisão aos diversos níveis, de apoio à cooperação institucional e, em particular, de informação ao cidadão. Passamos agora a enunciar que equipamentos de apoio aos idosos que são enumerados na Carta Social.

Tabela 7.1 – Equipamentos de apoio aos idosos - Carta Social de 2011

| Designação do equipamento | Definição |
|---|--|
| I - SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO – SAD | Resposta social desenvolvida a partir de um equipamento organizado para a prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias, quando a doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária. |
| II - CENTRO DE CONVÍVIO - CC | Resposta social desenvolvida em equipamento de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade. |
| III - CENTRO DE DIA – CD | Resposta social desenvolvida em equipamento, e que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar. |
| IV - CENTRO DE NOITE – CN | Resposta social desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente a pessoas idosas com autonomia, que por viverem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite. |
| V - ACOLHIMENTO FAMILIAR PARA PESSOAS IDOSAS | Resposta social que consiste em integrar pessoas idosas, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, quando por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio. |
| VI - RESIDÊNCIA PARA IDOSOS (designação alterada para Estrutura Residencial para Idosos: Apartamentos/Moradias) | Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial. |
| VII - LAR DE IDOSOS (designação alterada para Estrutura Residencial para Idosos: Quartos) | Resposta social desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo de pessoas idosas, ou outras, em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia, e de utilização temporária ou permanente. |
| VIII - ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS (lar de idosos e residência) - A Portaria n.º 67/2012 veio juntar o conceito de lar de idosos e de residência para idosos, a partir de 21 de março de 2012, começou a vigorar o conceito de Estrutura Residencial para Idosos. | Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento: a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias; b) Quartos e c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos. |

Fonte: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social - Carta Social de 2011

De acordo com Sousa *et al.* (2004) desde os anos sessenta do século passado que se regista em Portugal um aumento gradual dos vários equipamentos e serviços formais, mas como a população idosa também tem vindo a aumentar de forma rápida, o balanço é de manifesta insuficiência desse tipo de apoios para resposta às necessidades.

No concelho de Beja existem várias freguesias que dão resposta às necessidades dos idosos através de equipamentos não residenciais. Os dados apresentados na tabela 7.2 foram retirados da Carta Social, e a maioria dos dados foi atualizada em janeiro de 2013. Para além das estruturas residenciais para idosos, no concelho existem centros de dia, centros de convívio e serviço de apoio domiciliário.

Este serviço é o que tem uma maior abrangência territorial, está presente em seis freguesias (rurais e urbanas), tem uma capacidade para 501 utentes, mas no início do ano de 2013, assegurava apoio a 408 idosos. Esta valência permite ao idoso permanecer no seu lar e integrado na comunidade. Em segundo lugar, apresenta-se os centros de dia, que têm representatividade em 4 freguesias (urbanas e rurais). Este serviço tem capacidade para servir 120 utentes, usufruíam deste serviço 72 pessoas. Os centros de dia permitem que o idoso permaneça no meio sociofamiliar, e fomenta as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros escalões etários, para evitar o isolamento e a solidão.

Finalmente surgem os centros de convívio, podemos encontrar este serviço em duas freguesias (rural e urbana), tem uma capacidade para 40 utentes, mas assegura o serviço a 39 pessoas. Este serviço tem como objetivo apoiar atividades recreativas e culturais, organizadas e por pessoas idosas. Estas três respostas sociais tentam satisfazer as carências e apoiar o cuidador informal, complementando, em parceria a prestação de cuidados ao idoso.

Tabela 7.2 – Equipamentos não residenciais de apoio aos idosos no concelho de Beja

| | Resposta Social | Equipamento | Instituição | Capacidade | Número de Utentes |
|-----------------------------|-------------------------------|---|--|------------|-------------------|
| Baleizão | Centro de Dia | Centro Social Nossa Senhora Da Graça | Centro Social Nossa Senhora Da Graça | 20 | 9 |
| Beja (Santa Maria da Feira) | | Centro Comunitário | Centro Social Cultural e Recreativo Bairro Esperança | 15 | 15 |
| Salvada | | Fundação Joaquim Honório Raposo | Fundação Joaquim Honório Raposo | 15 | 15 |
| Beja (São João Batista) | | Fundação De Solidariedade Social Lar E E Centro De Dia Nobre Freire | Fundação Solidariedade Social Lar E Centro De Dia Nobre Freire | 40 | 11 |
| Salvada | | Centro Dia Centro Social E Cultural Da Imaculada Conceição Da Salvada | Centro Social E Cultural Imaculada Conceição Da Salvada | 30 | 22 |
| Total | | | | 120 | 72 |
| Beja (Santa Maria da Feira) | Serviço de Apoio Domiciliário | Tratacomigo (Serhogarsystem Beja) | Tratacomigo, Lda (Serhogarsystem - Beja) | 40 | 2 |
| Beja (Santa Maria da Feira) | | Equip. Soc. Cáritas Diocesana De Beja | Cáritas Diocesana De Beja | 76 | 58 |
| Beja (São João Batista) | | Fundação De Solidariedade Social Lar E Centro De Dia Nobre Freire | Fundação Solidariedade Social Lar E Centro De Dia Nobre Freire | 100 | 80 |
| Beringel | | Centro De Apoio Social - Polo De Beringel | Centro De Apoio Social Do Concelho De Beja | 140 | 125 |
| Beja (Santa Maria da Feira) | | Casa Repouso Henry Dunant | Cruz Vermelha Portuguesa | 50 | 38 |
| Salvada | | Fundação Joaquim Honório Raposo | Fundação Joaquim Honório Raposo | 60 | 42 |
| Salvada | | Centro Dia Centro Social E Cultural Da Imaculada Conceição Da Salvada | Centro Social E Cultural Imaculada Conceição Da Salvada | 40 | 24 |
| Trigaches | | Associação De Solidariedade Social "Os Amigos De Trigaches" | Associação de Solidariedade Social "Os Amigos De Trigaches" | 25 | 25 |
| Baleizão | | Centro Social Nossa Senhora Da Graça | Centro Social Nossa Senhora Da Graça | 30 | 14 |
| Total | | | | 561 | 408 |
| Beja (Santa Maria da Feira) | Centro de Convívio | Centro Comunitário | Centro Social Cultural e Recreativo Bairro Esperança | 10 | 10 |
| Salvada | | Centro Dia Centro Social E Cultural Da Imaculada Conceição Da Salvada | Centro Social E Cultural Imaculada Conceição Da Salvada | 30 | 29 |
| Total | | | | 40 | 39 |
| Somatório | | | | 721 | 519 |

Fonte: elaboração própria – com base Rede de Serviços e Equipamentos - <http://www.cartasocial.pt/index1.php>

Na tabela 7.3 apresentamos as estruturas residências para idosos no concelho de Beja. A cinzento destacamos as estruturas residenciais para idosos estudadas. As

estruturas residenciais estão distribuídas por 7 freguesias do concelho, num total de 14 equipamentos. Tem uma capacidade 832 pessoas, mas acolhem 789 utentes. Tem uma taxa de ocupação de 95%, no entanto, as 4 instituições que estudamos tinham vários idosos em espera para entrarem na instituição. Este desfasamento deve-se, certamente, às vagas que estão reservadas à Segurança Social que assinala casos de emergência social e que são acolhidos pelas estruturas residenciais para idosos.

Tabela 7.3 – Estruturas residenciais para idosos (lares)

| Freguesias | Resposta Social | Equipamento | Instituição | Regime (dados da segurança social) | Capacidade | Utentes |
|-----------------------------|--|---|--|------------------------------------|------------|---------|
| Albernoa | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar Nossa Senhora Da Luz | Centro Social E Paroquial Nossa Senhora Da Luz | Com Acordo De Cooperação | 93 | 75 |
| Beja (Salvador) | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Centro Paroquial E Social Do Salvador | Fábrica Igreja Paroquial Do Salvador | IPSS | 80 | 78 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Centro Paroquial E Social Do Salvador - Estabelecimento II | Fábrica Igreja Paroquial Do Salvador | Sem Acordo De Cooperação | 92 | 86 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar Idosos Casa De Repouso Quinta Do Charro | Casa Repouso Da Quinta Do Charro | Privado | 40 | 38 |
| Beja (Santa Maria da Feira) | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Casa Repouso Henry Dunant | Cruz Vermelha Portuguesa | Com Acordo De Cooperação | 30 | 30 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Casa De Repouso José António Marques | Cruz Vermelha Portuguesa | Com Acordo De Cooperação | 30 | 29 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar D. José Patrocínio Dias | Patronato Santo António (Beja) | Privado | 40 | 40 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar Idosos Mansão De São José | Mansão São José | Com Acordo De Cooperação | 108 | 92 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Centro De Apoio À 3ª Idade | Fundação S. Barnabé | Com Acordo De Cooperação | 85 | 84 |
| Beja (Santiago Maior) | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar Quinta Da Navarra | Mansão São José | Sem Acordo De Cooperação | 40 | 40 |
| Beja (São João Batista) | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Fundação De Solidariedade Social Lar e Centro De Dia Nobre Freire | Fundação Solidariedade Social Lar E Centro De Dia Nobre Freire | Com Acordo De Cooperação | 60 | 62 |
| Salvada | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Fundação Joaquim Honório Raposo | Fundação Joaquim Honório Raposo | Com Acordo De Cooperação | 12 | 12 |
| Santa Clara de Louredo | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar Da Sagrada Família | Centro Social E Paroquial Nossa Senhora Da Luz | Com Acordo De Cooperação | 61 | 62 |
| | Estrutura Residencial para Idosos (Lar de Idosos e Residência) | Lar Residencial Santa Clara | Fundação Santo António | Com Acordo De Cooperação | 61 | 61 |
| Total | | | | | 832 | 789 |

Fonte: elaboração própria – com base Rede de Serviços e Equipamentos - <http://www.cartasocial.pt/index1.php>

Paralelamente aos apoios institucionais existe também uma rede de suporte informal, ou rede de suporte natural de ajuda, de que podem fazer parte a família, os amigos e os vizinhos, isto é, grupos de pessoas que não pertencendo a nenhuma instituição desenvolvem a prestação de apoios aos idosos. De acordo com Imaginário (2004:78), citando Rebelo (1996), o tipo de cuidados prestados pela rede natural exprime a “(...) *dimensão afetiva e cultural* (...)”.

Segundo Sousa *et al.* (2004), no seio da família existe um cuidador principal que assume a maior parte das tarefas, e quando é a família que assume a pluralidade dos cuidados necessários ao idoso, raramente esse apoio é partilhado com alguma instituição, o que é normal, pois a família tem uma relação de proximidade e é com ela que o dependente passa a maior parte do tempo.

Para Pimentel (1995), a família continua a ter um papel e uma influência crucial nas redes naturais e de solidariedade, cabendo-lhe a função mais importante no que respeita ao apoio e aos cuidados diretos, tanto a nível físico como psicológico, bem como no que toca aos contatos sociais.

Através da entrevista, e da conversa informal que mantivemos com as técnicas, podemos apurar que a procura da instituição é feita em primeiro lugar por familiares, que percebem que não têm condições para manter os seus idosos em casa e que nem os próprios idosos possuem capacidade para permanecerem nas suas habitações, logo de seguida surgem os próprios idosos que compreendem as suas debilidades e a solidão e inscrevem-se nos lares, pois sabem que nas instituições alguém zelará por eles. Em terceiro lugar surgem os centros de saúde, hospitais e a Segurança Social que solicitam a institucionalização do idoso, muitas das vezes por falta de suporte familiar. Em conversa com os próprios idosos, são os mesmos a confidenciar que só recorrem à institucionalização quando nas suas próprias casas não conseguem ter qualidade de vida. Nas quatro instituições estudadas existe uma “lista de espera”, e devemos destacar o Centro Paroquial do Salvador pelo maior número de pessoas (260) que aguardam entrada na instituição. A explicação para esta situação pode residir no fato de esta estrutura residencial para idosos ser uma das que tem uma maior capacidade de acolhimento, ser uma IPSS, portanto fica mais económica aos utentes, pois é

comparticipada pela segurança social, e em conversas informais com os idosos, estes afirmaram ser um dos lares com melhores condições.

7.3 - Ageing in place: uma nova forma de encarar o envelhecimento

As Instituições de apoio aos idosos, nos moldes em que hoje as conhecemos, foram evoluindo a par dos próprios conceitos, de velhice, idoso, saúde, enfermidade, terceira idade, etc. Assim, devemos recuar ao século XIX para encontrar asilos, hospitais e lares com o objetivo de admitir, e evitar a exclusão, dos mais velhos na sociedade, ainda que através dum processo de “internamento”, até pelo facto da doença e do envelhecimento passarem a ser encarados, não como algo do foro pessoal, mas também como do domínio social.

Ora, desde o internamento para tratar uma enfermidade, que também é do âmbito da sociedade, os tempos atuais geram profundos riscos sociais, que levam Nogueira (2006) a afirmar que os idosos se apresentam como um grupo de risco, com a possibilidade de serem economicamente explorados, sujeitos à humilhação e infantilização, quer por parte da família, quer da instituição. Cada pessoa envelhece de acordo com o percurso da sua vida, pelo que cada idoso envelhece da forma como viveu, mas o certo é que tem o direito a envelhecer com qualidade de vida, recebendo os cuidados que lhe possam dar conforto e bem-estar, vendo reconhecidos e valorizados os seus ensinamentos, experiências, riqueza de vida e cultura que poderá transmitir. Ora, tais direitos esbarram nas lacunas das sociedades contemporâneas, ditas desenvolvidas, que estão longe de compreender e aceitar os idosos.

O processo de envelhecimento num lugar familiar, com pessoas e hábitos familiares, poderá ser acompanhado de um sentimento de contentamento e satisfação (Gilleard *et al.*, 2007), não sendo estranho que os idosos escolham na generalidade envelhecer junto dos objetos pessoais e das pessoas a quem atribuem valor sentimental. As razões por que preferem envelhecer nas suas casas prendem-se com o afinco ao local, sentimento de segurança, presença da família e laços fortes com a

família e vizinhos (Oswald e Wahl, 2004), o que só deve ser quebrado quando a última das hipóteses, um “mal menor”, seja a institucionalização.

Para Rosel (2003), a investigação que tem sido desenvolvida acerca da temática de envelhecer no próprio lugar (*aging in place*) proporciona importantes informações para a compreensão da relação existente entre o idoso e a sua casa, a vizinhança, a ligação que tem com a comunidade envolvente e as pessoas com as quais se relacionou durante toda a vida. *Ageing in place* é a capacidade do idoso em continuar na sua própria habitação, apesar de enfrentar crescentes problemas, como a diminuição da saúde, a viuvez, ou a perda de rendimento. Para a resolução destas situações, o idoso necessita cada vez mais de apoio (Pastalan, 1990), sob pena de atingir um ponto em que tal pode não ser mais possível.

Existem imensos vocábulos que podemos utilizar para mencionar o local onde as pessoas vivem, seja domicílio, lar, vivenda, moradia, morada, residência, casa, habitação, mansão, ainda que de acordo com Rybczynski (1999), o termo lar encerre o sentido de casa e família, de património e afeição, de moradia e refúgio.

Para Paúl (2005), o ambiente residencial desempenha um papel importante na vida do idoso, na medida em que existe uma relação entre o local onde vive e a perceção de bem-estar. Vários estudos salientam a importância e o interesse em manter a pessoa idosa na sua habitação, devendo aí ser prestados, portanto, no domicílio, os serviços, cuidados e apoio de que o idoso esteja a necessitar (AARP, 2005). Por mais válida que seja a instituição, mesmo que os cuidadores sejam habilitados, aptos e humanos no trato aos idosos, a família é insubstituível, e o seu lugar jamais será ocupado.

Deste modo, é necessário que exista, uma proximidade dos familiares para com o idoso institucionalizado, que deve manter os hábitos que tinha com a família. Por exemplo, se ao domingo se reuniam em casa, para jantar em família, devem continuar a fazê-lo, para que o idoso não sinta uma quebra das suas rotinas e uma desumanização, e para que o processo de adaptação aconteça de forma progressiva e lenta, com a criação de naturais ligações e vínculos à instituição. A família deve estreitar laços com a instituição, nomeadamente com os cuidadores, pois desta forma, os idosos sentirão o

interesse da família, através dos cuidados prestados na instituição. Carrajo (1999) expõe que as visitas de membros da família, e os convites para que os idosos compareçam na casa dos familiares para passarem lá alguns dias, ou para comemorarem algum acontecimento, aumentam sem dúvida a sua autoestima. Em sentido contrário, diminui a autoestima dos idosos que não são visitados nem solicitados pela família. No decorrer da aplicação dos questionários, é evidente que não nos limitamos apenas a inquirir o idoso institucionalizado. Em conversa com os idosos, estes afirmavam que em datas especiais (aniversários, Natal, Páscoa) os familiares dirigiam-se ao lar e os levavam para passar alguns dias em casa com a família, e que isso era motivo de contentamento.

Os lares de idosos prestam cuidados em várias dimensões, desde cuidados de suporte social e ambiental, a cuidados médicos. Porém, muitos estudos salientam os efeitos negativos do envelhecimento dos idosos fora das suas próprias casas, que frequentemente se repercutem no estado de saúde, diminuição da independência e autonomia, e sintomas depressivos (Jungers, 2010; Wahl, Fänge, Osvald, Gitlin e Iwarson, 2009; Webber, Porter e Menec, 2010). A longa permanência numa instituição motiva a dependência física, pois são os próprios funcionários que optam por auxiliar os idosos nas suas tarefas, para as facilitar ou tornar mais rápidas, nomeadamente quando os mesmos já mostram inaptidão para o desempenho de certas funções, embora ainda tenham capacidades (Pavarini, 1996, citado por Araújo e Ceolim, 2007).

Vários estudos realizados em Portugal demonstram a preferência dos idosos pela sua própria habitação ou a coabitação na casa de familiares (Daré, 2010). No entanto, em Portugal, desde há uns anos a esta parte, que começou a desenvolver-se a cultura da institucionalização da velhice. Em virtude deste surto, as residências e lares para idosos têm vindo a aumentar. Em 2001 registaram-se cerca de 51 017 pessoas idosas alojadas em lares (num total de 1 702 120 pessoas com idade superior a 65 anos). Portanto, cerca de 3% da população com idade superior a 65 anos estava institucionalizada (INE, 2002). Segundo a mesma fonte, em Portugal, cerca de 33% dos utentes ligados a estabelecimentos de segurança social, eram idosos, repartindo-se da seguinte forma: 12% em lares, 11% em apoio domiciliário e 10% em centros de dia. Em 2011, as pessoas com mais de 65 anos totalizavam 2 010 064, o que corresponde a

19% da população total (16% em 2001). Face a este panorama, é importante adotar estratégias e políticas que originem qualidade de vida e um envelhecimento saudável.

Devemos evitar a todo o custo que o processo de institucionalização seja feito de uma forma forçada. Esta atitude implica sempre uma quebra e uma rotura com os hábitos do idoso e com o meio familiar e social onde estava inserido. A decisão de procurar uma instituição deve reunir o consenso do idoso e da família, de modo a que a sua adaptação à nova vida seja facilitada, e para que não surjam sentimentos de abandono, exclusão e desamparo. Infelizmente, nem sempre o processo é conduzido desta forma. Nas entrevistas realizadas, no âmbito deste estudo, foi-nos reportado, pelos responsáveis que são os familiares quem, na maior parte dos casos, toma a iniciativa de contatar a instituição e encetar o processo de institucionalização.

Infelizmente há lares que não reúnem as mínimas condições de qualidade e adaptabilidade, alguns até funcionam de forma ilegal. De acordo com Pimentel (2001:76) *“a grande maioria dos equipamentos não está preparada para proporcionar aos seus utentes serviços individualizados que respeitem a personalidade, a privacidade e modos de vida diversificados”*. Cardão (2009) concluiu que numa instituição, os cuidadores prestam um serviço maioritariamente centrado na tarefa de cuidar, pelo que as reais necessidades do idoso são um pouco relegadas para segundo plano. Há uma negligência no incentivo à autonomia dos idosos, uma escassez de tempo para ouvir o idoso, os “tempos” não são respeitados, e esta situação prende-se muitas vezes com a insuficiência de colaboradores. A necessidade de cuidadores formais *“tem como consequência uma maior mecanização impessoalidade dos cuidados, desenvolvidos de forma rápida, a fim de chegar a todos”* (Cardão, 2009:70).

Um idoso só experimenta uma verdadeira integração num lar de terceira idade quando sente que o lar é, verdadeiramente, a sua casa. Para Sousa (2006), mencionando o estudo que Grogger (1995) realizou, a integração do idoso na sua nova vida institucional depende de três fatores: a) as causas que o levaram à instituição, que podem ir desde a vontade própria, passando por uma situação de demência, ou por pressão (a que mais dificulta a apropriação); b) um segundo fator prende-se com a visão que o idoso tem acerca do lar onde será acolhido, pois se tiver a perceção de que é um bom lar, e se corresponder às suas expectativas, a inclusão está facilitada; c) o

terceiro fator relaciona-se com a continuidade, do seu estilo de vida, mesmo após a mudança, e para tal, é importante que o lar garanta princípios e valores como a independência, a autonomia, a dignidade, tal como os tinha na sua própria casa.

Quando aplicamos os questionários na freguesia de Quintos, notava-se uma grande ligação dos idosos inquiridos à terra, e sobretudo à casa onde cada um habitava. Sentimos que não queriam deixar o local onde sempre viveram e esta ideia vai de encontro à ideia defendida por Constança Paúl (2005: 259-260) quando esclarece a vinculação do idoso à sua casa, *“as pessoas estão ligadas às suas casas por laços afetivos, podendo ainda atribuir-lhes um valor simbólico, por associação a memórias do passado. As casas refletem valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais. A pessoa apropria-se do seu meio, que controla, formando uma unidade transaccional pessoa-ambiente”*.

O conceito de Ageing in Place é utilizado em várias partes do mundo, e abrange outros conceitos que a este se associam. No Japão há dois conceitos muito utilizados para perpetuar o bem-estar na terceira idade: o Ageing in Place, onde existe a modificação das habitações pré-existentes, possibilitando a manutenção dos idosos nas suas próprias casas; e o conceito de Design for All, que estabelece parâmetros para as novas construções residenciais, a fim de permitir o uso pela vida toda. No Canadá, com o nome de Flex Housing, as casas são edificadas tendo em conta todas as fases do ciclo de vida familiar. Na Inglaterra o termo usado é Lifetime Homes, onde as residências são arquitetadas para acomodar as mudanças que podem ocorrer ao longo da vida do morador. Grey Wave é o termo usado na Itália para os programas habitacionais implantados para garantir a integração social do morador idoso.

Em nossa opinião, há imensas vantagens em que a pessoa envelheça na sua comunidade/na sua casa, pois está adaptada ao ambiente, na medida, em que muitas das vezes, foi naquele local que nasceu, cresceu, se desenvolveu, viveu e sofreu cada episódio da sua vida, e também é nesse local que espera morrer. Foi esta a percepção com que ficamos quando aplicamos os questionários na freguesia de Quintos.

7.4 – Um estudo de caso – a cidade de Beja e a Freguesia de Quintos

7.4.1 – Caracterização Demográfica

No sentido de desenvolver o nosso trabalho, importaria elaborar uma breve caracterização do concelho de Beja, que passamos a apresentar, e em particular da freguesia rural em estudo – Quintos, bem como das freguesias urbanas do Salvador, Santiago Maior, e São João Batista.

O concelho de Beja fica localizado no coração da vasta planície alentejana, num ponto culminante de 277m de altitude, que separa as bacias hidrográficas do Guadiana e do Sado. Está limitado a Norte pelos concelhos de Cuba e Vidigueira, a Este pelo de Serpa, a Sul pelos de Mértola e Castro Verde e a Oeste pelos de Aljustrel e Ferreira do Alentejo, todos do distrito de Beja. É um concelho com uma área de 1.146,5 Km², e insere-se na NUT II Alentejo e NUT III Baixo Alentejo. O concelho de Beja é constituído por 18 freguesias (Anexo1) das quais, 4 são Predominantemente Urbanas (APU), 1 é Mediamente Urbana (AMU) e 13 são Predominantemente Rurais (APR) (figura 7.1).

De acordo com os dados estatísticos retirados do PORDATA, o índice de envelhecimento no concelho de Beja é um dos mais elevados do país, em que por cada 100 jovens existiam 141,0 idosos em 2001 e 140,7 idosos em 2011.

A freguesia do Salvador é uma das freguesias constituintes da cidade de Beja. Sendo a mais pequena, em área, com pouco mais do que seis quilómetros quadrados, está rodeada pelas freguesias urbana Santiago



Figura 7.1 – concelho de Beja
Fonte: Blog Praça da República

Maior, S. João Batista e Santa Maria da Feira e, fora da cidade, pelas freguesias rurais de Nossa Senhora das Neves e de Santa Clara de Louredo. Com 6590 habitantes em 2011, segundo o último recenseamento populacional, Salvador de Beja continua em constante crescimento. É uma freguesia tipicamente urbana, que tem como atividade dominante importância o comércio e os serviços.

A freguesia de Santiago Maior é a principal freguesia da cidade. Aqui se concentram os monumentos mais antigos e os mais significativos do ponto de vista histórico. Numa cidade que tem atualmente 35854 habitantes (2011), Santiago de Beja é a freguesia mais povoada (7620 habitantes), das quatro que constituem a sede do concelho, segundo o último recenseamento populacional. Agricultura, comércio e indústria são as suas principais atividades económicas, sendo que a parcela mais significativa vai naturalmente para o setor terciário.

A freguesia de São João Batista tem uma população total de 6268 habitantes, dos quais 2978 são homens e 3290 mulheres (segundo os censos de 2001 resultados definitivos) e em 2011 totalizava 6395 habitantes. Situa-se no centro do concelho de Beja abrangendo uma área de 7,877 Km², a sul da cidade fazendo fronteira com Santa Maria da Feira, a Oeste com a freguesia de Santiago Maior, a Este com a freguesia de Nossa Senhora das Neves e com a freguesia do Salvador e a Sul com Santa Clara do Louredo.

A freguesia de Quintos fica, a cerca de 16 quilómetros da sede de concelho, na margem direita do rio Guadiana, do qual dista 2,5 quilómetros.

Ocupando uma área de 139,7km², a freguesia é composta por vários lugares, dos quais se salientam Quintos (sede), Pisões, Corte da Condessa, Santo Isidro, Brocos, Cabos Verdes, Monte Pica-Milho, Talica, Monte Corvo, Monte das Patacas, Monte do Pereiro, Montes Novos, Montinho da Igreja, etc. A atividade económica predominante na freguesia é a agricultura, cultivando-se, essencialmente, o trigo, e a cevada. Ainda dentro do setor primário, é importante destacar que a pesca é aqui praticada como atividade lúdica. Quanto ao setor secundário, a atividade que mais se destaca é a panificação, existindo duas padarias na freguesia, e no terciário, o pequeno comércio.

Na Junta de Freguesia existe um balcão que presta serviço de apoio aos residentes, nomeadamente, serviço de correios, como telefone, despacho de encomendas, venda de selos, etc., entre outros.

Os Censos de 1991, 2001 e 2011, mostram que o número de habitantes decresceu substancialmente. Com efeito, na última década do século XX (1991), ocupavam a povoação 600 habitantes, verificando-se, em 2001, 310 residentes, e em 2011, apenas 255 habitantes. Distribuem-se da seguinte forma pelas diferentes faixas etárias: 27 (10,6%) pessoas correspondem à população com menos de 14 anos, 20 indivíduos (7,8%) têm 15 e 20 anos, 124 (48,6%) pessoas estão na faixa etária dos 25 aos 64 anos, os idosos (pessoas como 65 ou mais anos) totalizam 84 (33%) pessoas. A freguesia de Quintos é a mais envelhecida do concelho de Beja, com um índice de envelhecimento de 311. Os índices de envelhecimento deste território – 141 em 2011 para o concelho de Beja, e 311 para freguesia de Quintos, constituem o nosso *Problema*, como se envelhece aqui é uma vertente desse mesmo problema.

7.4.2 – Apresentação do Estudo de Caso

De acordo com Fortin, “o estudo de caso é uma investigação aprofundada de um indivíduo, família, grupo ou organização” (2003:165). Já para Mateus: “(...) um estudo de caso é o estudo pormenorizado de uma situação bem definida, em que cada caso, embora semelhante a outros, tem sempre um carácter único, que forma uma unidade dentro de um sistema, residindo o interesse do estudo no que ele representa de singular. Pode não ser representativo de um universo determinado e o seu interesse pode não ser o da generalização, mas será o da investigação sistemática de uma situação específica” (Mateus, 2008:164).

Como já afirmámos, a nossa opção recaiu sobre os idosos da cidade de Beja, e destes os institucionalizados em quatro estruturas residenciais de três freguesias urbanas, mais concretamente freguesia de Salvador, Santiago Maior e S. João Batista. No sentido de podermos estabelecer um termo de comparação, havia que olhar para idosos não institucionalizados, e dada a dimensão da cidade, que dificultava substancialmente esse tipo de trabalho, optámos pela freguesia rural de Quintos, de todas a que apresenta o mais elevado índice de envelhecimento.

A amostra para este estudo foi baseada no método não probabilístico de amostragem e fundamentou-se na seleção racional. Fortin argumenta a legitimidade desta técnica: “A amostragem por seleção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico...” (Fortin, 2003:209).

A nossa amostra é de 100 indivíduos (N=100). No entanto os questionários foram aplicados a 50 idosos institucionalizados em estruturas residenciais localizadas nas freguesias urbanas da cidade de Beja, e a 50 idosos na freguesia rural de Quintos, questionários esses aplicados durante o mês de junho de 2013.

Para a definição da amostra e aplicação dos questionários, tivemos em atenção os seguintes requisitos:

- Ser residente no concelho de Beja;

- Estar alojado numa das quatro estruturas residenciais para idosos que seleccionámos (para idosos institucionalizados);
- Viver na freguesia mais envelhecida do concelho de Beja (para os idosos não institucionalizado);
- Ter idade igual ou superior a 65 anos
- Mostrar que está em condições cognitivo - comunicacionais para responder ao questionário, sendo esta avaliação efetuada pelos assistentes que prestam apoio aos idosos.

A colheita dos dados, ou seja, a aplicação de questionários aos idosos institucionalizados ocorreu em quatro estruturas residenciais para idosos e de acordo com o quadro a seguir apresentado. Cada uma das Instituições será objeto de uma breve caracterização.

Tabela 7.4 – Instituições estudadas no concelho de Beja

| Instituição | Freguesia | Idosos Inquiridos | Mulheres | Homens | Número de utentes a residir na instituição |
|---|------------------|-------------------|----------|--------|--|
| Centro Paroquial e Social do Salvador – Lar de Nossa Senhora do Carmo (lar misto) | Salvador | 13 | 9 | 4 | 16 – Homens 62-mulheres |
| Casa de Repouso da Quinta do Charro (lar misto) | Salvador | 12 | 9 | 3 | 11- Homens 29 – Mulheres |
| Lar Quinta da Navarra (lar feminino) | Santiago Maior | 13 | 13 | 0 | 40 -mulheres |
| Fundação de Solidariedade Social Lar e Centro de Dia Nobre Freire (lar masculino) | São João Batista | 12 | 0 | 12 | 60 – Homens |
| Total | | 50 | 31 | 19 | 218 |

Fonte: elaboração própria

A quantificação da oferta de lugares nas estruturas residenciais para idosos (ano 2011), e de acordo com as entrevistas aos técnicos, aponta no sentido de que 2 delas, - Casa de Repouso Quinta do Charro e o Lar Quinta da Navarra - oferecem 40 lugares cada uma, sem acordo com a Segurança Social, o Lar Nobre Freire assegura 60 lugares com acordo com a Segurança Social, o Lar Nossa Senhora do Carmo tem 68

lugares com acordo com a Segurança Social e 10 vagas sem acordo, o que perfaz 218 lugares.

Para um melhor conhecimento das Instituições de Idosos em que aplicámos os questionários passamos a uma breve caracterização das mesmas, com base nas entrevistas realizadas e em informação que nos foi cedida informalmente.

- O Centro Paroquial e Social do Salvador - é uma instituição de solidariedade social fundada pela Paroquia do Santíssimo Salvador. Em 1987 foi inaugurada a valência de Lar, estabelecimento I, que inclui o Lar Nossa Senhora do Carmo. Nos cuidados aos idosos os principais objetivos são apoiar a população idosa e sua família, proporcionar ao idoso a sua autonomia, favorecer - lhe o bem-estar físico e psicológico, e combater o isolamento.

O Lar Nossa Senhora do Carmo (estabelecimento I) tem capacidade para 78 utentes, estando repartidos entre o setor I com 23 utentes e o setor II com 55 utentes. Os dois setores dispõem de 33 quartos (duplos e triplos), 27 Wc, 2 salas de convívio, 3 salas de reuniões, 3 refeitórios, consultório (enfermagem e médico) e capela.

- Casa de Repouso da Quinta do Charro - é uma estrutura residencial para idosos de natureza privada, e que se dedica ao acolhimento de pessoas idosas, promovendo a sua saúde, prevenindo e recuperando incapacidades, estimulando-os física e cognitivamente de forma a possibilitar e a retardar o processo de envelhecimento, tornando-o mais ativo e com qualidade de vida.

Os principais objetivos são possibilitar aos utentes uma habitação com todas as condições que proporcionem uma vida confortável, independente, familiar e digna, garantir a satisfação das necessidades básicas do dia a dia de cada idoso, colaborar na estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento para que este seja o mais ativo possível e integre de forma linear a vida institucional, estimular a relação entre utentes exercitando as capacidades cognitivas, afetivas e físicas, e proporcionar a participação ativa da família na vida institucional do idoso.

- Lar Quinta da Navarra – segundo os estatutos da instituição, a Mansão de São José – Quinta da Navarra nasceu da instituição “mãe” – Mansão de São José, localizada no centro da cidade de Beja.

Tratou-se no início do designado Albergue de S. José, instalado na casa que foi residência de uma senhora da alta sociedade bejense, e deixada em testamento com o objetivo de acolher pessoas idosas do sexo feminino. Embora na sua origem a instituição subsistisse dos seus próprios rendimentos, sem que os utentes tivessem despesas, com o acréscimo da procura por este tipo de instituições, as necessidades foram aumentando e foi então realizado um acordo com a Segurança Social - Centro Distrital de Beja, passando a ser uma instituição subsidiada.

Com o decorrer dos anos aumentou consideravelmente a necessidade de acolher mais utentes, e a instituição foi sendo transformada à medida das necessidades.

Foi também a partir dessa necessidade crescente, e no sentido de dar mais respostas que foi criada a Mansão de São José – Quinta da Navarra – um anexo à casa mãe. Este novo lar é no entanto uma instituição privada, vocacionada para idosos do sexo feminino, capacitada para subsistir sem apoios da Segurança Social, cujos objetivos estão centrados em proporcionar às utentes uma habitação digna, confortável, assegurando a manutenção das suas necessidades básicas e estimulando a sua participação ativa no meio onde estão inseridas.

Este lar foi inaugurado a 7 de maio de 2007 com de 9 utentes, que passaram a 40 no mês de setembro do mesmo ano.

- Fundação de Solidariedade Social Lar e Centro de Dia Nobre Freire – O Asilo Nobre Freire foi instituído por Dona Maria Angélica Nobre Freire, que deixou em testamento dinheiro para diversas obras religiosas e de assistência, expressando a vontade de que na sua habitação fosse estabelecido um asilo para inválidos do trabalho.

O asilo foi durante muitos anos administrado e gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Beja, e no ano de 1981, com a aprovação dos novos estatutos, a instituição transforma-se em Fundação e passa a designar-se Fundação de Solidariedade Social “Lar e Centro de Dia Nobre Freire”, designação que se mantém até hoje. A instituição é atualmente considerada Instituição Particular de Solidariedade

Social (IPSS), pelo que o Estado, através do Centro Regional de Segurança Social de Beja, apoia e fiscaliza o seu funcionamento.

Cabe agora referir que os questionários a idosos não institucionalizados foram efetuados na freguesia de Quintos, a mais envelhecida do concelho de Beja segundo os censos de 2011. Foram inquiridos, num total de 50 pessoas, 20 homens e 30 mulheres.

Em vários estudos, é fundamental determinar a ligação entre os fenómenos e as variáveis. A variável é, como o próprio nome indica, algo que varia. Para Polit, et al. (2004:46), a variável define-se como *“qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação, que varia ou assume diferentes valores...”*.

Existem dois tipos de variáveis, a variável dependente *“consiste naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente”* (Marconi e Lakatos, 2004:189), e a variável independente, aquela *“...que influencia, determina ou afeta uma outra variável”* (Marconi e Lakatos, 2004:189). Ainda se podem referir as variáveis atributo, que permitem reconhecer algumas características dos sujeitos para um melhor esclarecimento do fenómeno estudado.

Quanto ao nosso estudo, destacamos como variáveis as que constam do quadro abaixo.

Tabela 7.5 – variáveis em estudo

| | |
|---|--|
| Com quem reside | Motivo de institucionalização |
| Sexo | Iniciativa da institucionalização |
| Idade | Considera que a maioria dos profissionais do lar se preocupa consigo (?) |
| Estado Civil | Considera que a sua família se preocupa consigo (?) |
| Naturalidade | Recebe visitas (?) |
| Nacionalidade | Sente-se feliz/satisfeito no local onde atualmente reside |
| Residência antes da institucionalização | Coloca a hipótese de ir para uma Instituição (Lar) |

Fonte: elaboração própria

Por razões de ética não foram admitidos a este estudo indivíduos que demonstrassem alterações a nível cognitivo, portanto, os idosos deveriam ter capacidade de se expressar, um discurso coerente, e aceitar participar no estudo de forma voluntária.

Foi pedida autorização à direção técnica de cada instituição para aplicar os questionários, os utentes foram informados pelas auxiliares de que a sua prestação seria para a elaboração de um estudo acerca do envelhecimento, a Assistente Social assinou o consentimento informado. Todos os idosos abordados se disponibilizaram, de uma forma voluntária, a participar no estudo. Na Freguesia de Quintos os questionários foram elaborados com o apoio da Junta de Freguesia e da GNR (Guarda Nacional Republicana), que indicaram quais os idosos que se encontravam em condições de responder aos questionários.

7.4.3 – A oferta / procura de serviços a idosos na cidade de Beja e na Freguesia de Quintos

A. Os idosos Institucionalizados:

Neste subcapítulo vamos elaborar o tratamento dos questionários e a respetiva análise estatística. Em termos de caracterização da amostra, regista-se uma ligeira diferença percentual quanto ao número de utentes institucionalizados nas quatro instituições referidas, destacando-se o Centro Paroquial (26%) e Social do Salvador e Mansão de S. José, Quinta da Navarra (26%). As duas restantes instituições detêm um peso Percentual de 24% (cada uma) (tabela 7.6). Quanto ao género dos inquiridos, há uma predominância do sexo feminino (64%) sobre o masculino, esta amostra vai ao encontro à ideia de que a velhice tem um pendor feminino, pois as mulheres são mais longevas.

E quanto ao estado civil nota-se o peso dos inquiridos viúvos (80%) – (tabela 7.7). A ideia de que a maior parte dos institucionalizados são viúvos é sustentada por Paúl (1991) que refere que quando um idoso é institucionalizado, tal se deve fundamentalmente a problemas graves de saúde ou incapacidade funcional, perda do cônjuge, perda da casa ou degradação da mesma, além disso, os filhos podem não conseguir ou poder tomar conta do idoso.

Tabela 7.6 - Instituição estudada

| Instituição | | |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| Instituição | Frequência | Percentagem |
| Lar Nobre Freire | 12 | 24,0 |
| Casa de Repouso da Quinta do Charro | 12 | 24,0 |
| Centro Paroquial e Social do Salvador | 13 | 26,0 |
| Mansão de S. José- Quinta da Navarra | 13 | 26,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Tabela 7.7 – Estado Civil

| | | Frequência | Percentagem |
|--------------|---------------|------------|-------------|
| Estado civil | Casado(a) | 4 | 8,0 |
| | Solteiro(a) | 5 | 10,0 |
| | Divorciado(a) | 1 | 2,0 |
| | Viúvo(a) | 40 | 80,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Tabela 7.8 – idade dos inquiridos

| | | Frequência | Percentagem |
|-------|--------------------|------------|-------------|
| Idade | Entre 65 e 70 anos | 3 | 6,0 |
| | Entre 71 e 80 anos | 15 | 30,0 |
| | Mais de 81 anos | 32 | 64,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Os idosos são todos de nacionalidade portuguesa, a maior percentagem (64%) de idosos situa-se na faixa etária a partir dos 81 anos, seguindo-se a faixa entre os 71 e os 80 anos (30%), (tabela 7.8). Esta situação leva-nos a citar Pestana “... o facto de os idosos estarem não apenas a aumentar como também, eles próprios, a envelhecer...” (Pestana, 2003:20). Parece-nos, ainda, existir uma relação entre a “quarta idade” e a institucionalização, existe uma relação entre o envelhecimento, a perda de papéis na

sociedade, e, na grande parte das situações, a privação da autonomia, devido a problemas de saúde.

Quanto às habilitações académicas, quase 50% da amostra estudada (idosos institucionalizados) frequentou somente até ao 1º ciclo e 26% não completou este nível de ensino (tabela 7.9). Ainda um dado relevante pode ser atribuído à população não escolarizada (18%). Dos idosos inquiridos, 88% tem até ao primeiro ciclo completo. Esta realidade é o resultado de um passado em que era necessário que desde muito novas as crianças começavam a trabalhar, e a ajudar os pais na agricultura, numa tentativa de combater a pobreza.

Tabela 7.9 – Escolaridade

| | | Frequência | Percentagem |
|------------------------|--------------------------------------|------------|-------------|
| Níveis de escolaridade | Não frequentou a escola | 9 | 18,0 |
| | Escola primária incompleta (1ºciclo) | 13 | 26,0 |
| | Escola Primária /1ºciclo completo | 22 | 44,0 |
| | 2º Ciclo completo (6º ano) | 3 | 6,0 |
| | 3º Ciclo completo (9ºano) | 1 | 2,0 |
| | Ensino Superior | 2 | 4,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Relativamente à residência dos idosos (anterior à institucionalização) a maior parte (70%) morava nas zonas limítrofes da cidade de Beja. Regista-se uma tendência clara para o isolamento, pois mais do que 50% dos idosos moravam sozinhos. Acrescenta-se ainda que apenas 5 dos idosos inquiridos moravam com o(s) filho(s), 6 deles com outros familiares, 4 com os conjugues e 2 com o conjugue e filhos, tais dados traduzem-se em dados bastante residuais (tabela 7.10). O Homem é, por natureza, um ser social. A família é um pilar fundamental, é na família que se desenvolvem os laços afetivos, onde existe uma maior entre ajuda. E na terceira idade, o apoio que a família presta ao idoso é crucial, o idoso confia, e tem laços fortes com quem viveu durante grande parte da sua vida. Contudo, a estrutura familiar altera-se, e o idoso tem vindo a perder nelas o seu lugar e o respeito que lhe é devido. Assistimos a um enfraquecimento dos laços familiares, e ao cada vez mais apoio aos idosos, que em

geral vivem sozinhos. Na opinião de Melo (1998) os idosos que vivem sozinhos têm uma maior tendência para a solidão e isolamento. A institucionalização poderá combater esta solidão e abandono, sobretudo, se o idoso está numa situação de reduzida autonomia.

Tabela 7.10 – Residência anterior à institucionalização

| Com quem residia antes da institucionalização | Frequência | Percentagem | |
|---|-------------------|-------------|-------|
| Elementos do agregado familiar | Sozinho | 33 | 66,0 |
| | Cônjuge | 4 | 8,0 |
| | Filho (s) | 5 | 10,0 |
| | Outros familiares | 6 | 12,0 |
| | Cônjuge e filhos | 2 | 4,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Também em relação ao rendimento mensal destes idosos, está patente um certo desfavorecimento social e económico da população, na medida em que se verifica que cerca de 50% dos idosos tem uma remuneração inferior ao salário mínimo nacional (SMN). Os idosos que ganham o SMN (e até 750 euros) detêm um peso de 36%. Apenas 8% tem um rendimento superior a esse valor (tabela 7.11). A sustentar esta ideia temos (Mauritti 2004:340) quando afirma que a velhice é encarada como uma fase pouco favorável e o idoso é visto como alguém que vive na “*pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência*”. Um rendimento inferior a 485 euros atira muitos idosos para o limiar da pobreza e da exclusão social, muitas das pensões que recebem são o fruto de uma vida de trabalho agrícola.

Tabela 7.11 – Rendimento dos idosos institucionalizados

| Rendimento | Frequência | Percentagem |
|-----------------|------------|-------------|
| Inferior ao SMN | 24 | 48,0 |
| SMN e até 750€ | 18 | 36,0 |
| De 751€ a 1000€ | 4 | 8,0 |
| Total | 46 | 92,0 |
| NS/NR | 4 | 8,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

A análise dos dados relativos ao tempo de permanência no lar obtiveram-se frequências semelhantes (30%) para os períodos “menos de 12 meses” e “mais de 5 anos”, sendo que o período “de 1 a 2 anos” apresenta um peso percentual de 26% e o de “3 a 4 anos” de 14%. Poder-se-á interpretar estes resultados afirmando que os idosos tendem a permanecer no lar de forma variável, podemos encontrar por um lado, utentes “recém-chegados”/curto prazo ou por outro lado, institucionalizados a longo prazo (tabela 7.12). Também o tempo que um idoso permanece numa instituição pode ter influência na qualidade de vida e na saúde. De acordo com Pinho, num estudo realizado em 2005, concluiu que os idosos que viviam há menos tempo em instituições eram de opinião, que na generalidade, tinham uma saúde “melhor”, relativamente ao ano anterior, ao passo que os institucionalizados há mais tempo referiam ter uma saúde “pior”.

Tabela 7.12 – Tempo de permanência no lar

| Tempo | Frequência | Percentagem |
|-------------------|------------|-------------|
| Menos de 12 meses | 15 | 30,0 |
| De 1 a 2 anos | 13 | 26,0 |
| De 3 a 4 anos | 7 | 14,0 |
| Mais de 5 anos | 15 | 30,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Em relação ao motivo da institucionalização, a maioria dos idosos não atribui o fato de ter uma idade avançada (84%), contrariamente ao que seria, provavelmente, esperado. O principal motivo de internamento como se pode ver nos quadros apresentados é “estado de saúde/fraca autonomia” (52%). O motivo de isolamento é indicado por 46% dos inquiridos. Uns dos resultados com repercussões de reflexão são relativos à “falta de recursos financeiros”, à “falta de apoios sociais” e à “habitação sem condições”, pois todos os idosos não atribuem estes fatores ao motivo da institucionalização. Adicionalmente, apenas 8% da amostra atribui ao motivo da “falta de família”, assim como, somente 6% considera que o motivo que levou ao internamento é a perda de autonomia (o mesmo se aplica à preferência por viver num lar). Ainda em relação à institucionalização, a iniciativa parte do próprio idoso, em 58% dos casos e

apenas 22% dos familiares (tabela 7.13). A institucionalização deve ser sempre o último recurso, e só deve ser utilizado quando todos os outros apoios já não resultarem, a primeira causa para o internamento é, quase sempre, a falta de saúde/autonomia. A questão da institucionalização é abordada por Paúl (1991) no sentido de referir que quando um idoso é colocado numa instituição, tal se deve principalmente a problemas graves de saúde ou incapacidade funcional, perda do cônjuge, perda da casa ou degradação da mesma, além disso, os filhos podem não ter disponibilidade para cuidar do idoso.

Tabela 7.13 - Motivo da institucionalização

| Motivo da institucionalização | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Estado de saúde/fraca autonomia | 26 | 52,0 |
| Isolamento | 23 | 46,0 |
| Idade avançada | 8 | 16,0 |
| Falta de família | 4 | 8,0 |
| Preferência em viver no lar | 3 | 6,0 |
| Perda de autonomia | 3 | 6,0 |
| Falta de apoios sociais | 0 | 0,0 |
| Falta de recursos financeiros | 0 | 0,0 |
| Habitação sem condições | 0 | 0,0 |
| Total de inquiridos | 50 | |

Fonte: Questionários.

Nota: a pergunta admitia múltiplas escolhas

No que respeita à iniciativa da instituição, podemos constatar que mais de metade dos inquiridos afirmou ser de sua própria iniciativa a procura da instituição. Em segundo lugar, com 22% de resposta, aparecem os familiares como sendo os responsáveis pelo internamento. No entanto, quando confrontamos estes valores, como as entrevistas aos técnicos de serviço social, verificamos que existe um desfasamento. Em todas as instituições, os técnicos afirmam que o primeiro contacto é, na maior parte, dos casos, estabelecido pelos familiares (tabela 7.14). Para Pinho (Pinho, 2005) quando o idoso apresenta uma maior necessidade de cuidados, e manifesta um grande nível de dependência, e a família não consegue fazer face ao apoio que o idoso necessita, esta muitas vezes recorre à institucionalização.

Tabela 7.14 - Iniciativa da institucionalização do idoso

| Iniciativa da institucionalização | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------------|------------|-------------|
| Do próprio | 29 | 58,0 |
| De familiares | 11 | 22,0 |
| De técnicos de ação social | 1 | 2,0 |
| Do próprio e familiares | 9 | 18,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Foram recolhidas opiniões que refletem a preocupação por parte dos familiares, assim como, por parte dos profissionais de lar. Quanto aos primeiros, 34% revelaram-se medianamente apreensivos, sendo que uma percentagem equivalente se aplica aos familiares bastante preocupados. De uma maneira geral estão inquietos uma vez que somente 8% dos inquiridos, numa escala de 4 pontos (muito, suficiente, pouco e nada), estão totalmente despreocupados (tabela 7.15). Pimentel elaborou um estudo em (1995) e constatou que quando os idosos se tornam dependentes, têm consciência que os seus familiares, muitas vezes, têm falta de disponibilidade para os apoiar, e reconhecem que a opção mais sensata e viável é a institucionalização. Os idosos procuram reconhecer a autonomia e a indisponibilidade dos filhos e não exigir a sua presença, porém, criticam de forma contida a indisponibilidade e o afastamento. Referindo, ainda, Pais (2006:146) *“o ingresso nos lares é feito por empurrão quando os familiares dos idosos decidem, prepotentemente, pelo seu internamento, ou mediante negociação quando os próprios idosos por viverem sós, por não quererem constituir-se um fardo para a família”*

Tabela 7.15 - Preocupação por parte dos familiares

| Opinião | Frequência | Percentagem |
|------------|------------|-------------|
| Muito | 17 | 34,0 |
| Suficiente | 17 | 34,0 |
| Pouco | 12 | 24,0 |
| Nada | 4 | 8,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Por um lado, são de realçar/notar os resultados obtidos para os segundos referidos - profissionais de lar - dado que metade dos inquiridos estão muito preocupados com os idosos. Os restantes, na sua maioria, estão apreensivos a nível regular/suficiente (42%) (tabela 7.16). Alguns autores defendem que quanto maior o tempo de institucionalização, maior é a debilidade que assola o idoso, pois o fato de um idoso estar institucionalizado propicia a inatividade física, e o afastamento da sociedade. A primeira barreira a transpor quando existe um internamento, é a integração, e para que esta seja positiva, é necessário fomentar as relações pessoais internas. Não se deve ter, apenas, em linha de conta as que se estabelecem entre os utentes, mas é importante estabelecer uma boa relação com os profissionais que cuidam dos idosos (cuidadores formais). É essencial que o idoso saiba e sinta que se preocupam com ele e criar afinidades que evitem o isolamento e a solidão (Santos, citado por Lemos, 2005).

Tabela 7.16 - Preocupação por parte dos profissionais do lar

| Opinião | Frequência | Percentagem |
|------------|------------|-------------|
| Muito | 25 | 50,0 |
| Suficiente | 21 | 42,0 |
| Pouco | 4 | 8,0 |
| Nada | 0 | 0,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Por outro lado, 66% dos idosos recebem visitas com alguma frequência, enquanto 30% apenas ocasionalmente. Sendo que as visitas são, em grande percentagem, do sexo feminino, mais do dobro em comparação com o sexo masculino. No entanto, tal resultado aponta para uma tendência favorável face assistência complementar prestado aos idosos, por parte dos seus familiares e/ou amigos (tabela 7.17). Para Carrajo (1999) as visitas de elementos da família, e os convites para que os idosos compareçam na casa dos familiares, ou até para comemorarem algum acontecimento, engrandece, sem dúvida, a autoestima do idoso. Se o idoso institucionalizado não for visitado, nem tiver alguma atenção, por parte dos familiares, diminui, certamente, a autoestima.

Tabela 7.17 – Frequência das visitas recebidas pelos idosos

| Frequência das visitas | Frequência | Percentagem |
|------------------------|------------|-------------|
| Sim | 33 | 66,0 |
| Não | 2 | 4,0 |
| Ocasionalmente | 15 | 30,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Face à frequência com que são efetuados contactos com a família, a análise revela algumas diferenças relativamente aos dados anteriores, pois embora 22% contactem mais do que uma vez por semana, também existe um peso percentual semelhante para a frequência de 15 em 15 dias. Apenas 8% contactam diariamente (tabela 7.18). Podemos sustentar a importância dos contactos com a família, e até a melhoria das relações interpessoais com a institucionalização. De acordo com Vendevre (1999), citado por Bernardino (2005:39), “ ... muitas vezes os laços familiares se fortalecem e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afeto”.

Tabela 7.18 – Frequência dos contactos com a família

| Frequência dos contactos | Frequência | Percentagem |
|----------------------------|------------|-------------|
| Todos os dias | 4 | 8,0 |
| Mais de uma vez por semana | 11 | 22,0 |
| Uma vez por semana | 7 | 14,0 |
| De 15 em 15 dias | 10 | 20,0 |
| Uma vez por mês | 8 | 16,0 |
| Raramente | 8 | 16,0 |
| Nunca | 2 | 4,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Podemos então antecipar que os dados obtidos remetem para uma futura reflexão – conclusão deste trabalho – acerca da preponderância de uma rede social integrada no quotidiano dos idosos.

Ainda na análise da envolvente familiar, 42% dos idosos tem pelo menos um ou dois irmãos e 24% excede este número; 60% ainda têm (até cinco) e 30% têm mais do que cinco sobrinhos vivos; 26% ainda têm 1 ou 2 netos vivos e 34% têm até mais netos.

Uma análise primordial pode ser atribuída à satisfação com o local onde reside atualmente e os motivos justificados: a maioria dos utentes está satisfeito, em concreto, 84% manifestaram-se de forma positiva/favorável. Contudo 14% afirmaram que apenas às vezes se sentiam satisfeitos.

Então, das razões de satisfação apuradas enumeram-se as seguintes: “recebe ajuda nas rotinas (bem tratado) e apoio familiar” (56%), “ambiente de convívio, acompanhamento e tratamento carinhoso” (30%), “independência, dificuldade de adaptação, falta de liberdade” (10%) e “insatisfação de vido à pouca animação e ao tratamento dos funcionários/as” (4%) (tabela 7.19). Sem dúvida que o processo de institucionalização se apresenta difícil, Pimentel, (2001:206) afirma que *“apesar da institucionalização ser um momento angustiante por representar um corte simbólico ou real com a sociedade envolvente, os idosos em causa consideram que é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade, pois sabem que têm apoio em qualquer circunstância, sentindo-se mais seguros e protegidos a esse nível”*. A segunda razão da satisfação que os idosos apontam para se sentirem satisfeitos prendem-se com o convívio, estar acompanhado, e receber carinho. Num estudo realizado por Azeredo (2001) distinguiu-se que os idosos manifestaram necessidade de convívio. Como refere Diniz (1993) o grande padecimento dos idosos é o desamparo, a incomunicação, e a solidão sociológica.

Tabela 7.19 – Razões de satisfação com o local onde vive

| Porque se sente satisfeito (a) no local onde vive | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Recebe ajuda nas rotinas diárias - (bem tratado) | 28 | 56,0 |
| Ambiente - (convívio/estar acompanhada/recebe carinho) | 15 | 30,0 |
| Independência - (Dificuldade de adaptação/não se sente livre) | 5 | 10,0 |
| Insatisfação - (há pouca animação) | 2 | 4,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Adicionalmente, apontam questões que devem ser melhoradas, de peso percentual decrescente: saúde (74%), condições financeiras (rendimento e pensão) e desejo de independência/regresso a casa (8% de forma similar), afetividade (visitas da família, 6%) e por fim, realização pessoal (4%) que se relaciona com as atividades exteriores, passeios, etc. (tabela 7.20). Pela observação do quadro, é fácil deduzir que são os problemas de saúde que mais afetam, e serão estes que devem ser melhorados

no sentido de aumentar a qualidade de vida do idoso. Sequeira refere que *“Ao nível da saúde, porque esta constitui um recurso adaptativo essencial para o idoso, ter um envelhecimento normal e ao nível da prestação de cuidados, porque o avançar da idade implica um maior risco de doença e, conseqüentemente, um maior índice de dependência, ao qual se associa uma maior necessidade de cuidados formais e informais”* (Sequeira, 2007:27).

Tabela 7.20 – Aspetos que os idosos gostariam de ver melhorados na sua vida

| O que gostaria de ver melhorado na vida | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Afetividade - (a família fosse mais vezes visitar) | 3 | 6,0 |
| Saúde - (melhorar a saúde) | 37 | 74,0 |
| Realização pessoal - (fazer atividades no exterior/passear) | 2 | 4,0 |
| Dinheiro - (mais rendimentos / maior pensão) | 4 | 8,0 |
| Independência - (gostava de estar em casa/voltar) | 4 | 8,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

De forma análoga, 50% dos idosos gostariam de melhorar a sua vida por questões ligadas à independência (32%) e à autonomia (28%), sentindo-se menos dependente por assim dizer (tabela 7.21). O fator saúde volta a ter um certo peso percentual (20%) e a afetividade também (14%). O fator potencial (para melhorar a vida e ajudar a família) apresenta uma frequência mais residual (apenas 3 casos). As melhorias que os idosos gostariam de ver impressas na sua vida prendem-se com uma maior autonomia e independência. Na verdade, para Duarte e Pavarini (1997), a qualidade de vida nos idosos é geralmente associada a problemas que se prendem com a autonomia versus dependência. A perda da autonomia relaciona-se, profundamente, com o comprometimento da realização das tarefas diárias, que se revelam como um sinal de debilidade e fragilidade, para combater esta situação, é necessário que os idosos desenvolvam as suas atividades do dia a dia sem a ajuda de terceiros.

Tabela 7.21 – Razões pelas quais os idosos gostariam de melhorar a sua vida

| Porque gostaria de melhorar a sua vida | Frequência | Percentagem |
|--|------------|-------------|
| Autonomia- (andar/para continuar a escrever) | 14 | 28,0 |
| Independência - (para estar menos dependente/para estar à vontade) | 16 | 32,0 |
| Potencial - (para melhorar a vida e ajudar a família) | 3 | 6,0 |
| Saúde- (sentir menos sofrimento/ viver melhor) | 10 | 20,0 |
| Afetividade - (sentir carinho e não se sentir tão só) | 7 | 14,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Ideias síntese

- Sexo: 64% são mulheres
- Idade: 64% têm mais de 81 anos
- Estado civil: 80 % são viúvos.
- Escolaridade: 18% nunca frequentaram a escola e 44% têm o 1º ciclo do ensino básico completo.
- Rendimento: 48% têm rendimento inferior ao SMN
- Com quem residia antes: 66% sozinhos.
- Iniciativa de ir para um lar: 58% próprio; 22% familiares e 18% próprio e familiares.
- O que gostaria de ver melhorado na sua vida: Saúde (74%)
- Porque gostaria de melhorar a sua vida: Autonomia (28%); Independência (32%)

B. Não Institucionalizados:

A seguir, sumarizam-se os dados relativos à análise dos idosos não institucionalizados, todos de nacionalidade portuguesa. A seguir, sumarizam-se os dados relativos à análise dos idosos não institucionalizados, todos de nacionalidade portuguesa. Foram aplicados 50 questionários e 60% dos respondentes são do sexo feminino. Quanto às faixas etárias, a maior incidência está patente nos idosos com idades compreendidas entre 65 e 70 anos (36%), e com igual percentagem entre os 71 e os 80 anos (tabela 7.22).

Tabela 7.22 – Idade dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Idade | Frequência | Percentagem |
|--------------------|------------|-------------|
| Entre 65 e 70 anos | 18 | 36,0 |
| Entre 71 e 80 anos | 18 | 36,0 |
| Mais de 81 anos | 14 | 28,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

No que respeita ao estado civil, podemos concluir que 54% dos inquiridos eram casados, 38% eram viúvos e os restantes são residuais (tabela 7.23). Pensamos que o grupo de idosos casados, por estarem acompanhados, sentirão menos sentimentos de solidão, e um maior apoio das redes sociais. Chatters comunga desta ideia e chegou a sustentar que a situação de um idoso casado é uma garantia de bem-estar (1988, citado por Paúl, 1996).

Tabela 7.23 – Estado civil dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Estado Civil | Frequência | Percentagem |
|----------------|------------|-------------|
| Casado(a) | 27 | 54,0 |
| Solteiro(a) | 2 | 4,0 |
| Divorciado(a) | 1 | 2,0 |
| Viúvo(a) | 19 | 38,0 |
| União de facto | 1 | 2,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

À semelhança dos idosos institucionalizados, verifica-se um nível de escolaridade diminuto pois ainda se regista uma percentagem de 32% de indivíduos que não detêm qualquer grau de ensino. De igual forma, também poucos são os idosos que possuem o ensino primário (1º ciclo) completo, sendo que 36% conseguiram concluí-lo (tabela 7.24). Um peso percentual pouco significativo é atribuído ao nº de idosos com o 2º ciclo incompleto e o 3º ciclo completo (9º ano). O nível de escolaridade é reduzido, espelho da história e da cultura de uma freguesia rural e agrícola.

Tabela 7.24 – Escolaridade dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Escolaridade | Frequência | Percentagem |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| Não frequentou a escola | 16 | 32,0 |
| Escola primária incompleta (1º ciclo) | 14 | 28,0 |
| Escola Primária /1ºciclo completo | 18 | 36,0 |
| 2º Ciclo completo (6º ano) | 1 | 2,0 |
| 3º Ciclo completo (9ºano) | 1 | 2,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

A maior parte dos idosos que não estão em regime de internamento possui fracos rendimentos financeiros: 68% têm inferior ao SMN e 28% recebem o SMN (e até 750 euros) - tabela 7.25. Este facto explica-se através da profissão que os inquiridos desempenharam, muitos trabalharam durante muitos anos como trabalhadores rurais.

Tabela 7.25 – Rendimento mensal dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Escalão de rendimento | Frequência | Percentagem |
|-----------------------|------------|-------------|
| Inferior ao SMN | 34 | 68,0 |
| SMN e até 750€ | 14 | 28,0 |
| De 751€ a 1000€ | 1 | 2,0 |
| NS/NR | 4 | 2,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

A esmagadora maioria (88%) dos sujeitos de estudo pertence (é natural) às freguesias do concelho de Beja, 50% vivem com o seu cônjuge e 30% vivem sozinhos (tabela 7.26). Em relação aos familiares vivos verificam-se: 56% cônjuges, 82% têm até

3 filhos, 6% têm mais do que 3 filhos; 38% têm 1 ou 2 irmãos e 46% têm mais; 30% têm até 5 sobrinhos, 66% excedem este número; 46% até dois netos e 34% têm mais. Em relação aos familiares vivos verificam-se: 56% cônjuges, 82% têm até 3 filhos, 6% têm mais do que 3 filhos; 38% têm 1 ou 2 irmãos e 46% têm mais; 30% têm até 5 sobrinhos, 66% excedem este número; 46% até dois netos e 34% têm mais. Sem dúvida de que o envelhecimento no seio da família é benéfico, se o idoso viver com o cônjuge, filhos e netos, certamente que o processo de envelhecimento será encarado de uma forma mais normal e serena. Para o idoso, a família não deixa de ser “*um modelo de valores, universo de afeição e de partilha de normas morais onde aquele parece depositar a sua inteira confiança*” (Pimentel, 2005:65).

Tabela 7.26 – Elementos do agregado familiar com quem vivem os idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Elementos do agregado familiar | Frequência | Porcentagem |
|--------------------------------|------------|-------------|
| Sozinho | 15 | 30,0 |
| Cônjuge | 25 | 50,0 |
| Filho (s) | 6 | 12,0 |
| Cônjuge, filhos e netos | 2 | 4,0 |
| Cônjuge e filhos | 2 | 4,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Tal como nos idosos institucionalizados, foi feita uma análise ao grau de preocupação por parte dos familiares e de forma coerente obtiveram-se também resultados aproximados entre uma elevada e suficiente apreensão, embora com uma diferença de cerca de 10 pontos percentuais em relação aos idosos internados. No caso dos idosos em meio rural (Quintos), a família preocupa-se muito (42%), e suficiente (40%). (tabela 7.27). Envelhecer no meio rural pode proporcionar aos mais velhos uma atitude e uma postura menos negativa face ao envelhecimento, mesmo que existam situações de carência económica/material. Ainda subsistem relações de vizinhança e estarão mais por perto familiares e amigos, o que pode colmatar a carência, pelo que em regra os idosos que vivem nos meios rurais são menos dependentes, mais ativos e o seu suporte social é maior (Sequeira e Silva, 2002).

Tabela 7.27 - Preocupação por parte dos familiares com quem vivem os idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Opinião | Frequência | Percentagem |
|------------|------------|-------------|
| Muito | 21 | 42,0 |
| Suficiente | 20 | 40,0 |
| Pouco | 4 | 8,0 |
| Nada | 5 | 10,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Grande parte dos idosos está satisfeita com o local onde residem, pois 96% concordam com esta ideia. Justificam a sua escolha pelos fatores: origem (54%), ausência de dependência (12%), afetividade (12%), ambiente familiar (18%) e insatisfação (4%). A maior incidência percentual associa-se ao local de onde é oriundo, onde se criou e desenvolveu (tabela 7.28). As razões pelas quais os idosos preferem envelhecer nas suas casas relacionam-se com o apego ao local, sentimento de segurança, presença da família e laços fortes com a família e vizinhos que conhecem desde sempre (Oswald e Wahl, 2004), o que só deve ser quebrado quando a última das hipóteses, um “mal menor”, seja a institucionalização.

Tabela 7.28 – Razões de satisfação com o local onde vivem os idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Porque se sente satisfeito (a) no local onde vive | Frequência | Percentagem |
|--|------------|-------------|
| Origem - (é a sua terra/ hábito/nasceu e cresceu naquele lugar) | 27 | 54,0 |
| Independência - (está à vontade na sua casa/local sossegado) | 6 | 12,0 |
| Afetividade- (está perto das pessoas que gosta) | 6 | 12,0 |
| Ambiente familiar – (está habituado a conviver/gosta dos vizinhos) | 9 | 18,0 |
| Insatisfeito – (gostava de morar na cidade/há pouco movimento) | 2 | 4,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Face à situação colocada – hipótese de ir para lar – 84% manifestou-se de forma desfavorável. Cerca de metade dos entrevistados justificam a sua opinião pelo facto de ainda se considerarem autónomos, e 20% assumem a hipótese de ir para um lar, mas seria no futuro quando já não se sentissem capazes de funcionar de forma independente (tabela 7.29). A institucionalização, como atrás foi referido, na maior parte

das vezes ocorre num contexto de falta de saúde e autonomia, assim, é compreensível que qualquer idoso autónomo não pondere ser institucionalizado. Dos inquiridos 20% equaciona a hipótese de ir para um lar, apenas para não sobrecarregar a família. Esta citação é bem demonstra o estado de espírito dos idosos: “*O ingresso nos lares é feito por empurrão quando os familiares dos idosos decidem, prepotentemente, pelo seu internamento, ou mediante negociação quando os próprios idosos por viverem sós, por não quererem constituir-se um fardo para a família, ou porque estes não lhe prestam a ajuda pretendida, acolhem o internamento como inevitável ou mal menor*” (Pais, 200:146).

Tabela 7.29 – Razões para ir/não ir para um lar entre os idosos inquiridos na freguesia de Quintos

| Razões | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Não. Tem a família/apoio ao domicílio (a família ajuda) | 4 | 8,0 |
| Falta de recursos financeiros para ir para um lar | 1 | 2,0 |
| Ainda é Autónomo / independente | 26 | 52,0 |
| Pondera ir para um lar mais tarde | 10 | 20,0 |
| Não gosta/falta de independência | 9 | 18,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Quando são questionados acerca do que gostariam de visualizar como melhorias, os idosos não internados respondem de forma tendencial e consistente para o fator saúde (50%), que valorizam com primazia, seguindo-se a saúde e dinheiro em simultâneo (28%) e a seguir as questões financeiras de forma isolada (20%). Um peso residual corresponde à possibilidade de melhorar a habitação (tabela 7.30). Mais uma vez a saúde e o dinheiro a ocupar o primeiro lugar na prioridade dos aspetos que os idosos gostariam de ver melhorados, esta situação pode tornar-se um verdadeiro problema. Para a autora Maria Ribeiro, esta situação é caracterizada como “...*fruto de um sistema de proteção social na velhice que está longe de ter atingido o grau de desenvolvimento registado na maior parte dos países da União Europeia...*” (2007:8). Esta condição é sintomática de uma população idosa que possui reformas baixíssimas, e muitos idosos têm despesas avultadas ao nível da saúde, que lhes retira grande parte da reforma. É nos idosos que a pobreza se manifesta de forma mais severa.

Tabela 7.30 – Aspetos que os idosos inquiridos na freguesia de Quintos gostariam de ver melhorados na sua vida

| O que gostaria de ver melhorado na vida | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Saúde | 25 | 50,0 |
| Saúde e dinheiro | 14 | 28,0 |
| Dinheiro | 10 | 20,0 |
| Ter uma habitação melhor | 1 | 2,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Justificam a melhoria de vida, por um lado, pelo facto de se tornarem mais autónomos/independentes (24%) e viverem uma vida melhor e feliz (22%), e por outro lado, por outras razões como sejam não sofrer, não dar trabalho à família, ter saúde (54%) – tabela 7.31.

Tabela 7.31 – Razões pelas quais os idosos inquiridos na freguesia de Quintos gostariam de melhorar a sua vida

| Porque gostaria de melhorar a sua vida | Frequência | Percentagem |
|---|------------|-------------|
| Ser autónomo/independente | 12 | 24,0 |
| Viver melhor e ser feliz | 11 | 22,0 |
| Outros (para não sofrer, não dar trabalho à família, ter saúde) | 27 | 54,0 |
| Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Ideias síntese

- Sexo: 60% são mulheres
- Idade: 72% têm menos de 80 anos
- Estado civil: 54% são casados e 38 % são viúvos.
- Escolaridade: 32% nunca frequentaram a escola e 36% têm o 1º ciclo do ensino básico completo.
- Rendimento: 68% têm rendimento inferior ao SMN
- Com quem reside: 50% vivem com o cônjuge e 30% sozinhos.
- Hipótese de ir para um lar: 42% dizem “Não”
- Razões para ir ou não para um lar: a principal razão para não ir é serem autónomos/ independentes (52%)

Após esta primeira observação dos dois grupos populacionais inquiridos, é importante proceder agora a uma análise de carácter comparativo. Quanto ao género dos respondentes, o peso percentual dos indivíduos do sexo feminino é maior nas duas amostras (idosos não institucionalizados e institucionalizados), o que revela a maior longevidade das mulheres, comparativamente aos homens já largamente assinalada em diversos estudos demográficos (64% entre os idosos institucionalizados e 60% entre os que residem nas suas casas) – tabela 7.32.

Tabela 7.32 – Género dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Sexo | | Total |
|----------------------------|-------------------------|------------|-----------|----------|--------|
| | | | Masculino | Feminino | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 20 | 30 | 50 |
| | | % | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 18 | 32 | 50 |
| | | % | 36,0% | 64,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 38 | 62 | 100 |
| | | % | 38,0% | 62,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

Notam-se algumas diferenças dignas de reparo no que concerne ao grau de escolaridade dos indivíduos das duas amostras, na medida em que a percentagem de respondentes que não frequentaram a escola entre os idosos não institucionalizados ascende a 32%, enquanto no outro grupo é “apenas” de 18% (tabela 7.33). Em relação aos outros graus de ensino não se observam grandes discrepâncias, apesar de os idosos residentes em instituições revelarem maior presença no 1º e 2º ciclos de ensino.

Tabela 7.33 – Escolaridade dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Escolaridade | | | | Total |
|----------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------|--------|
| | | | Não frequentou a escola | 1º Ciclo completo ou incompleto | 2º Ciclo completo ou incompleto | Outros | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 16 | 32 | 1 | 1 | 50 |
| | | % | 32,0% | 64,0% | 2,0% | 2,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 9 | 35 | 3 | 3 | 50 |
| | | % | 18,0% | 70,0% | 6,0% | 6,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 25 | 67 | 4 | 4 | 100 |
| | | % | 25,0% | 67,0% | 4,0% | 4,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

Estas diferenças podem ser interpretadas à luz de disparidades ao nível do rendimento familiar, em que os idosos institucionalizados, e ligeiramente mais instruídos, provêm de famílias com um nível socioeconómico um pouco mais elevado. De salientar ainda uma considerável ausência de escolaridade formal, explicada não só pela idade avançada dos inquiridos, mas também pela maior presença de mulheres, que na sua infância e juventude não tiveram oportunidade de frequentar uma instituição de ensino.

Focando agora a relação entre a idade e o local de residência dos idosos, é notória uma maior presença de pessoas mais anciãs no grupo dos institucionalizados (64% dos residentes em lares têm 81 ou mais anos), o que pode estar associado a situações de maior fragilidade física, debilidade e dependência de terceiros (tabela 7.34). De entre os respondentes que vivem na freguesia de Quintos, a proporção de pessoas neste grupo etário é muito menor (28,0%). Alguns autores como Born e Boechat *in* Freitas *et al.*, 2006, fazem referência a estudos no Canadá e nos Estados Unidos, nos quais são analisados os fatores que predispõe à institucionalização e os resultados revelam que a idade, a situação habitacional, o estado civil, a situação mental, a ausência de suportes sociais e a pobreza têm um peso importante para a institucionalização. Também para Goes *et al.* (2009:706) “A idade, é um fator preditivo de entrada para uma instituição já largamente demonstrado, em grande parte dos estudos”. O risco de ser institucionalizado aumenta a partir dos 75 anos e é máximo na faixa etária dos 85 e mais anos (Berger, 1994).

Tabela 7.34 – Idade dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Idade | | | Total |
|-------------------------------|----------------------------|------------|-------|-------|-------|--------|
| | | | 65-70 | 71-80 | >81 | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 18 | 18 | 14 | 50 |
| | | % | 36,0% | 36,0% | 28,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 3 | 15 | 32 | 50 |
| | | % | 6,0% | 30,0% | 64,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 21 | 33 | 46 | 100 |
| | | % | 21,0% | 33,0% | 46,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

Tal como referido anteriormente, o estado civil é uma variável importante na opção pela institucionalização, visto que a ausência do companheiro, por motivo de falecimento por exemplo, pode aumentar a sensação de solidão ou até o grau de dependência de terceiros. Netto (1996:316) vai de encontro a esta ideia e refere que "*morar sozinho, não ter filhos, ou não estar casado, são fatores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração*". Assim, entre os idosos institucionalizados 80% são viúvos, ao passo que entre os não-institucionalizados esta proporção fica-se pelos 38% (tabela 7.35). Neste grupo, mais de metade dos respondentes são casados (54%). De notar igualmente que 10% dos entrevistados em instituições são solteiros e apenas 4% dos não-institucionalizados se encontram nesta condição.

Tabela 7.35 – Estado civil dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Estado civil | | | | | Total |
|----------------------------|-------------------------|------------|--------------|----------|------------|-------|----------------|--------|
| | | | Casado | Solteiro | Divorciado | Viúvo | União de facto | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 27 | 2 | 1 | 19 | 1 | 50 |
| | | % | 54,0% | 4,0% | 2,0% | 38,0% | 2,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 4 | 5 | 1 | 40 | 0 | 50 |
| | | % | 8,0% | 10,0% | 2,0% | 80,0% | 0,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 31 | 7 | 2 | 59 | 1 | 100 |
| | | % | 31,0% | 7,0% | 2,0% | 59,0% | 1,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

O rendimento mensal é uma variável de grande importância na diferenciação dos idosos segundo o local de residência, pois as instituições que os acolhem cobram mensalidades que não estão ao alcance de todos. De facto, a presença dos inquiridos institucionalizados é mais notória nos escalões de rendimento mais elevados, visto que 8% se enquadra no intervalo 751 Euros a 1000 Euros (tabela 7.36). Quase 70% dos idosos não institucionalizados têm um rendimento mensal inferior ao SMN, enquanto entre os que vivem num lar este valor é substancialmente mais baixo (48%).

Tabela 7.36 – Rendimento mensal dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Rendimento mensal | | | | | Total |
|----------------------------|-------------------------|------------|-------------------|-------|------|------|------|--------|
| | | | 1 | 2 | 3 | 8 | 99 | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 34 | 14 | 1 | 1 | 0 | 50 |
| | | % | 68,0% | 28,0% | 2,0% | 2,0% | 0,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 24 | 18 | 4 | 0 | 4 | 50 |
| | | % | 48,0% | 36,0% | 8,0% | 0,0% | 8,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 58 | 32 | 5 | 1 | 4 | 100 |
| | | % | 58,0% | 32,0% | 5,0% | 1,0% | 4,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

Nota 1- Inferior ao Salário Mínimo Nacional (SMN), 2 – entre o SMN e 750€, 3 - De 751€ a 1000€, 99 - NS/NR

A opção pela institucionalização pode ser um modo de conseguir conforto, bem-estar e felicidade, mas os sentimentos associados a esta forma de vida podem ser diversos, pois nem sempre há uma correspondência entre as expectativas e a realidade do acolhimento institucional. Observando a tabela 7.37, fica patente o maior grau de satisfação com o local de residência entre os idosos que residem em casa (96% respondem afirmativamente) comparativamente aos que estão num lar (84%). De salientar que 14% destes últimos dizem que apenas às vezes se sentem satisfeitos (tabela 7.37).

Tabela 7.37 – Grau de satisfação dos respondentes com o local onde vive segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Sente-se satisfeito no local onde vive | | | Total |
|----------------------------|-------------------------|------------|--|------|----------|--------|
| | | | Sim | Não | Às vezes | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 48 | 2 | 0 | 50 |
| | | % | 96,0% | 4,0% | 0,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 42 | 1 | 7 | 50 |
| | | % | 84,0% | 2,0% | 14,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 90 | 3 | 7 | 100 |
| | | % | 90,0% | 3,0% | 7,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

A residência num lar pode trazer para os familiares dos idosos algum descanso sobre o seu estado de saúde e bem-estar, pois sabem que há cuidadores profissionais a zelar pelos seus anciãos. Contudo, a avaliação desta preocupação dos familiares foi obtida pela perceção que os idosos têm e não foi diretamente colocada aos membros

da família. Há diferenças consideráveis na opinião entre os institucionalizados e os que residem em casa, pois 32% dos primeiros creem que os seus parentes se preocupam pouco ou nada com eles, ao passo que apenas 18% dos segundos pensa desta forma (tabela 7.38). De acordo com Cardão (2009:11), “pode entender-se a institucionalização como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, com sentimentos mais ou menos manifestos de abandono pela família”. De acordo com (Sequeira e Silva, 2002) o contato realizado pelos familiares do idoso são fundamentais, influenciam até a postura/atitude do idoso face ao envelhecimento, que se torna mais positiva. Para Saranson et al. (1983:127) é fundamental a existência não só de um suporte familiar, mas de um suporte social “a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós”.

Tabela 7.38 – Grau de preocupação dos familiares dos respondentes segundo o local de residência destes (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Preocupação por parte dos familiares | | | | Total |
|-------------------------------|----------------------------|------------|--------------------------------------|------------|-------|-------|--------|
| | | | Muito | Suficiente | Pouco | Nada | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 21 | 20 | 4 | 5 | 50 |
| | | % | 42,0% | 40,0% | 8,0% | 10,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 17 | 17 | 12 | 4 | 50 |
| | | % | 34,0% | 34,0% | 24,0% | 8,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 38 | 37 | 16 | 9 | 100 |
| | | % | 38,0% | 37,0% | 16,0% | 9,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

Relativamente às questões colocadas no início deste trabalho de investigação e a que nos propusemos responder, vamos apresentar alguns cruzamentos que nos podem elucidar da sua veracidade.

Relativamente à questão “*Não são os próprios idosos dependentes que procuram as estruturas residenciais para idosos*” (Q1), os resultados do trabalho de campo realizado no concelho de Beja mostram que a iniciativa de institucionalização parte principalmente do próprio (58%), sendo este maioritariamente do sexo feminino e viúvo, mas que os familiares desempenham também um papel importante na tomada de decisão (22%) – tabela 7.39. Em 18% dos casos a iniciativa partiu do próprio e dos

familiares. Um dado ainda a registar é o facto de somente 1 dos casos ter sido encaminhado pelo técnico de ação social. Esta opção foi mais notória entre os respondentes com idade mais elevada. Assim, considerando a amostra de idosos residentes em quatro instituições no concelho de Beja, não podemos concordar com a afirmação atrás apresentada.

Tabela 7.39 – Iniciativa de institucionalização dos idosos

| Iniciativa da institucionalização | | Frequência | Percentagem |
|-----------------------------------|----------------------------|------------|-------------|
| Iniciativa da Institucionalização | Do próprio | 29 | 58,0 |
| | De familiares | 11 | 22,0 |
| | De técnicos de ação social | 1 | 2,0 |
| | Do próprio e familiares | 9 | 18,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Uma segunda questão por nós avançada pretendia averiguar se “os idosos têm a perceção de que os funcionários se preocupam com eles”. De acordo com a informação que conseguimos apurar junto dos inquiridos, a maior parte dos profissionais cuidadores encontram-se preocupados com os idosos, pois 50% estão “muito preocupados” e 42% estão “medianamente preocupados” (tabela 7.40). As respondentes tendem, por norma, a ter uma opinião mais favorável sobre as pessoas que cuidam dos idosos institucionalizados. O grau de preocupação percecionado tende a evoluir progressivamente com a idade, pois quanto mais velho é o respondente, mais favorável é a perceção (mais de metade dos respondentes com 81 ou mais anos reconheceram que os cuidadores se sentem “muito preocupados”).

Tabela 7.40 – Opinião dos idosos sobre a preocupação por parte dos profissionais do lar

| Preocupação por parte dos profissionais do lar | | Frequência | Percentagem |
|--|------------|------------|-------------|
| Preocupação por parte dos profissionais do lar | Muito | 25 | 50,0 |
| | Suficiente | 21 | 42,0 |
| | Pouco | 4 | 8,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Uma terceira questão por nós levantada requeria apurar se “os idosos viúvos preferem ser institucionalizados”. De acordo com a informação que conseguimos obter junto dos inquiridos institucionalizados, a iniciativa de institucionalização dos viúvos partiu “do próprio” em 62,5%, dos “familiares” em 20% dos casos (tabela 7.41). Se considerarmos a idade constatamos que 62,5% dos idosos viúvos foram os próprios a preferir ir para uma instituição e é no grupo etário dos que têm mais de 81 anos que a escolha pelo próprio é mais elevada (60%), portanto, quanto mais velho é o inquirido viúvo, maior a tendência para se institucionalizar por iniciativa própria.

Tabela 7.41 – Iniciativa de institucionalização dos idosos viúvos

| Iniciativa de institucionalização dos viúvos | | Frequência | Percentagem |
|--|-------------------------|------------|-------------|
| Resposta | Do próprio | 25 | 62,5 |
| | De familiares | 8 | 20,0 |
| | Do próprio e familiares | 7 | 17,5 |
| | Total | 40 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Quando colocamos a mesma questão, mas para idosos não institucionalizados, 84,2% dos inquiridos viúvos respondeu que “não” coloca a hipótese de ir para uma estrutura residencial para idosos. Se considerarmos a idade nos três grupos etários o “Não” é sempre mais observado que o “Sim”, que totaliza apenas 15,8% (tabela 7.42).

Tabela 7.42 – Coloca a hipótese de ir para um lar – viúvos não institucionalizados

| Idade | | Hipótese de ir para um lar | | Total |
|--------------------|------------|----------------------------|-------|-------|
| | | Sim | Não | |
| Entre 65 e 70 anos | Frequência | 0 | 3 | 3 |
| | % | 0% | 100% | 100% |
| Entre 71 e 80 anos | Frequência | 1 | 4 | 5 |
| | % | 20,0% | 80,0% | 100% |
| Mais de 81 anos | Frequência | 2 | 9 | 11 |
| | % | 18,2% | 81,8% | 100% |
| Total | Frequência | 3 | 16 | 19 |
| | % | 15,8% | 84,2% | 100% |

Fonte: Questionários.

No que respeita às hipóteses colocadas no início deste trabalho de investigação, vamos apresentar alguns cruzamentos que nos permitem testar as hipóteses, tendo sempre em atenção que considerando que as amostras são apenas ilustrativas das populações que pretendemos comparar.

Relativamente à Hipótese “A procura de estruturas residenciais para idosos é a melhor opção no caso destes viverem sozinhos e dependentes” (H1), a tabela 7.43 mostra-nos que a iniciativa de internamento parte essencialmente do próprio (20 dos casos) atendendo que este morava sozinho, mas a institucionalização é operacionalizada pelos familiares. Porém, quando comparamos a amostra de idosos institucionalizados com idosos não institucionalizados verificamos que a maioria dos idosos institucionalizados viviam sozinhos antes de ir para o Lar (66%). Relativamente aos não institucionalizados, metade vive com o cônjuge (50%) e apenas 30% sozinhos, o que vai ao encontro da afirmação feita na hipótese H1. Observam-se diferenças significativas entre os grupos que comparámos ($p = 0,000$) ($\chi^2 = 22,348$).

Tabela 7.43 - Iniciativa de institucionalização de acordo com quem morava antes de ser institucionalizado

| | Iniciativa de institucionalização | | Com quem morava antes | | | | | Total |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------|-----------------------|---------|-----------|-------------------|------------------|-------|
| | | | Sozinho | Cônjuge | Filho (s) | Outros familiares | Cônjuge e filhos | |
| Iniciativa da institucionalização | Do próprio | Frequência | 20 | 0 | 3 | 4 | 2 | 29 |
| | | % | 69,0% | 0% | 10,3% | 13,8% | 6,9% | 100% |
| | De familiares | Frequência | 6 | 3 | 1 | 1 | 0 | 11 |
| | | % | 54,5% | 27,3% | 9,1% | 9,1% | 0% | 100% |
| | De Técnicos de ação social | Frequência | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |
| | Do próprio e familiares | Frequência | 6 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| | | % | 66,7% | 11,1% | 11,1% | 11,1% | 0 | 100 |
| | Total | Frequência | 33 | 4 | 5 | 6 | 2 | 50 |
| | | % | 66,0% | 8,0% | 10% | 12% | 4,0% | 100% |

Fonte: Questionários.

Colocamos como segunda hipótese “Os idosos não institucionalizados sentem-se mais felizes ” (H2), e 84% dos respondentes institucionalizados afirma que está satisfeito com o local onde reside atualmente (tabela 7.44). No sentido de compararmos as amostras, apuramos que 96% dos idosos está satisfeito com a sua residência/local

onde vive (tabela 7.45). Quando é colocada a hipótese de ir para uma estrutura residencial para idosos, só 14,0% dos inquiridos considera ir para uma instituição, enquanto 84,0% não o desejam (tabela 7.46). A percentagem de satisfação no local onde vivem é maior entre os não institucionalizados (96%) o que está de acordo com a afirmação apresentada na hipótese H2.

Tabela 7.44 - Satisfação com o local onde reside – Estruturas Residenciais para idosos

| Satisfação | | Frequência | Percentagem |
|------------|----------|------------|-------------|
| Respostas | Sim | 42 | 84,0 |
| | Não | 1 | 2,0 |
| | Às vezes | 7 | 14,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Tabela 7.45 - Satisfação com o local onde reside – Casa

| | | Frequência | Percentagem |
|-----------|-----|------------|-------------|
| Respostas | Sim | 48 | 96,0 |
| | Não | 2 | 4,0 |
| Total | | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Tabela 7.46 -Hipótese de ir para lar

| | | Frequência | Percentagem |
|-----------|-------|------------|-------------|
| Respostas | Sim | 7 | 14,0 |
| | Não | 42 | 84,0 |
| | NS/NR | 1 | 2,0 |
| | Total | 50 | 100,0 |

Fonte: Questionários.

Numa terceira hipótese por nós colocada “*Os idosos institucionalizados e não institucionalizados têm idêntica percepção da preocupação dos familiares*” (H3), constatamos que os idosos não institucionalizados têm a percepção que os familiares se preocupam “muito” (42%) ou “suficiente” (40%) com o seu estado (tabela 7.47). No que toca aos idosos institucionalizados, a opinião é menos favorável, na medida em que

apenas 34% são de opinião que os seus familiares demonstram muita preocupação, e 24% acha mesmo que estes se preocupam “pouco”.

Tabela 7.47 - Grau de preocupação dos familiares dos respondentes (institucionalizados ou não-institucionalizados)

| | | | Preocupação por parte dos familiares | | | | Total |
|----------------------------|-------------------------|------------|--------------------------------------|------------|-------|-------|--------|
| | | | Muito | Suficiente | Pouco | Nada | |
| Institucionalizados ou não | Não institucionalizados | Frequência | 21 | 20 | 4 | 5 | 50 |
| | | % | 42,0% | 40,0% | 8,0% | 10,0% | 100,0% |
| | Institucionalizados | Frequência | 17 | 17 | 12 | 4 | 50 |
| | | % | 34,0% | 34,0% | 24,0% | 8,0% | 100,0% |
| Total | | Frequência | 38 | 37 | 16 | 9 | 100 |
| | | % | 38,0% | 37,0% | 16,0% | 9,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

Finalmente numa quarta hipótese que colocamos “*Os idosos institucionalizados há menos tempo estão mais insatisfeitos porque estão menos adaptados*” (H4), apuramos que a percentagem de satisfação é significativamente mais baixa para os que estão num lar há menos de 12 meses (66,7%) o que poderá estar relacionado com o período de adaptação à nova condição de vida (tabela 7.48). Para os respondentes que estão há mais de um ano no lar o grau de satisfação é de 91,4%. Perante esta avaliação, concordamos com a afirmação apresentada na hipótese H4. Observam-se diferenças significativas entre os grupos que comparámos ($p = 0,031$) ($\chi^2 = 6,916$).

Tabela 7.48 – Relação do tempo permanência no lar com o grau de Satisfação local onde reside

| | | | Satisfação com local onde reside | | | Total | |
|--------------------------|-------------------|------------|----------------------------------|-------|----------|--------|--------|
| | | | Sim | Não | Às vezes | | |
| Tempo permanência no lar | Menos de 12 meses | Frequência | 10 | 0 | 5 | 15 | |
| | | % | 66,7% | 0,0% | 33,3% | 100,0% | |
| | Mais de 1 ano | Frequência | 32 | 1 | 2 | 35 | |
| | | % | 91,4% | 2,9% | 5,7% | 100,0% | |
| Total | | | Frequência | 42 | 1 | 7 | 50 |
| | | | % | 84,0% | 2,0% | 14,0% | 100,0% |

Fonte: Questionários.

CAPÍTULO VIII

Considerações finais

VIII - Considerações finais

“Uma sociedade desenvolvida é a que cria efetivas condições para que os seus cidadãos possam nascer, crescer, viver e morrer com dignidade.”

Pinto (2004:21)

Iniciámos e concluímos o nosso estudo na convicção de que efetivamente assim deve ser, e podendo a afirmação aplicar-se a qualquer “sociedade desenvolvida”, trabalhamos no pressuposto de que tem particular acuidade em Portugal, e mais especificamente no território em que incidimos, a região de Beja.

Com efeito, se a temática do envelhecimento demográfico tem toda a pertinência na atualidade, Beja, e o Alentejo, é um dos territórios mais envelhecidos do nosso País, o que acompanha o empobrecimento e desertificação que a caracterizam, fenómenos que afetam de sobremaneira as famílias e se repercutem nos seus idosos, que decerto não nasceram, cresceram e viveram com a dignidade exigível, confrontando-se agora, enquanto idosos, com um envelhecimento – um “morrer” que em muitos casos não corresponderá à dignidade que mereciam.

A todos, e particularmente aos que têm responsabilidades sociais e políticas, cabe criar “efetivas condições para que os seus cidadãos possam (...) morrer com dignidade”, para que o processo de envelhecimento, já por si complexo em termos individuais, se torne mais ‘leve’ para os próprios, para as famílias que assistem à degradação dos seus, e para a sociedade, que já usufruiu do contributo dos ‘velhos’ de hoje.

Orientados por este pensamento, incidimos o nosso estudo sobre a temática do envelhecimento demográfico, com o objetivo de compreender esse fenómeno e a forma como o mesmo é encarado, em termos individuais e gerais, e em última análise com o objetivo de conhecer a realidade no que respeita à oferta e procura de estruturas residenciais para idosos no concelho de Beja.

Esta nossa particular atenção à procura – oferta de estruturas residenciais para idosos justificou - se desde logo pela percepção de que deve ser estabelecido um melhor equilíbrio entre as necessidades sentidas pelos idosos e famílias e as respostas existentes em termos de instituições de acolhimento, pelo que se impunha estudar esta relação e algumas variáveis que envolvem a problemática.

Como em qualquer trabalho desta natureza, temos consciência da dose de subjetividade que o mesmo encerra, o que tem a ver com vários fatores, e obviamente com a nossa própria interpretação dos factos e conceitos. Acresce que há limitações importantes que devemos referir, designadamente quanto à população analisada, o que torna o resultado limitado e não permite conclusões generalizadas, mas ainda assim conduziu a um melhor conhecimento das instituições – idosos institucionalizados, e por outro lado permitiu também conhecer a realidade dos que envelhecem à margem de instituições e mais ligados à comunidade – idosos não institucionalizados.

Desde logo, e quanto às estruturas residenciais em análise, a amostra é reduzida, pois num universo de 14 estruturas residenciais para idosos, estudámos 4, e das 18 freguesias do concelho de Beja aplicámos questionários a idosos em apenas uma freguesia – Quintos, e a 50 idosos, e 50 questionários, distribuídos por 3 freguesias urbanas, a idosos não institucionalizados.

Quanto às freguesias urbanas (cidade de Beja), e por limitações de tempo e recursos não podemos estudá-las exaustivamente e optamos por escolher 4 que se situam em três das quatro freguesias - Salvador, Santiago Maior, e São João Batista. Nestas instituições tivemos o auxílio dos técnicos e cuidadores que aí trabalham no sentido de selecionar 50 idosos que estivessem em condições de responder ao questionário. Em todas as situações, no caso dos idosos institucionalizados, tivemos o consentimento informado dos inquiridos, que foi assinado pelo técnico superior de serviço social, e os respondentes foram esclarecidos e informados por parte da investigadora. No caso dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos, não existiu um consentimento informado assinado, mas a todos os inquiridos foram descritos os objetivos e procedimentos do estudo e foi-lhes garantida a confidencialidade dos dados.

A exiguidade da amostra quanto a idosos entrevistados e instituições observadas, permite-nos apenas considera-la ilustrativa da realidade do envelhecimento institucionalizado e não-institucionalizado no concelho de Beja, na medida em que neste concelho alentejano residiam em 2011 mais de 7500 pessoas com 65 ou mais anos. Apesar das limitações que acabamos de referir, e longe de uma generalização que de facto não se pretendia, estamos em crer que este breve olhar sobre a população idosa nos permitiu conhecer de modo mais detalhado algumas das opiniões dos anciãos que residem no seus lares e em instituições de acolhimento relativamente à forma como envelhecem, às opções que fazem e até à felicidade que sentem.

Procurando apontar no sentido de uma visão sobre o nosso trabalho, cabe-nos deixar uma breve síntese, desde já sobre esse processo inevitável que é o envelhecimento, e que sendo individual se torna social. Alguns afirmam que o envelhecimento começa desde o nascimento, tese que outros não partilham, em qualquer caso deve ser entendido como natural, contínuo e complexo, um processo que se manifesta física, social e psicologicamente, e que geralmente é associado à perda de capacidades (perda da autonomia), sejam elas de natureza física, intelectual ou social.

Ora, devido a vários fatores, de que destacamos o avanço da ciência e da medicina, a esperança de vida aumenta, desce a fecundidade e o número de idosos é cada vez maior nos países desenvolvidos. Assim, o envelhecimento enquanto processo individual de mudança progressiva, acompanhado de uma maior longevidade, gera também o envelhecimento como fenómeno coletivo, que se traduz no envelhecimento demográfico e se revela pelo aumento da proporção dos idosos numa determinada população.

O envelhecimento demográfico faz-se sentir com maior intensidade nos países desenvolvidos, e ainda com maior incidência nos países da Europa mediterrânica. Este fato deve-se fundamentalmente à grande participação da mulher no mercado de trabalho, conjugadamente com a fraca adesão às escassas políticas natalista que têm vindo a ser implementadas. Quanto a Portugal, que obviamente não é exceção, a taxa de fecundidade tem vindo a diminuir, a esperança de vida a aumentar, a idade média para o nascimento do primeiro filho tem vindo a subir, o índice de dependência de

jovens diminui, o índice de dependência de idosos aumenta, o índice de longevidade manifesta uma tendência ascendente.

Segundo os Censos de 2011, 20% da população residente em Portugal é idosa, ascendendo a mais de dois milhões de pessoas os que têm 65 anos ou mais. Por outro lado, a população jovem representa apenas 15% do total. Entre 2001 e 2011 a percentagem de idosos com 65 ou mais anos subiu de 16% para 19%, mas para o grupo populacional dos idosos com 70 ou mais anos o crescimento foi ainda mais acentuado, com um aumento de cerca de 26%.

Segundo os dados do INE, 21% da população vive sozinha, geralmente no interior do país, sendo a maioria idosos. O Alentejo encontra-se entre as regiões mais envelhecidas do país, e quanto ao concelho de Beja, nas suas 18 freguesias, a mais envelhecida é Quintos, que em 2011 contava com 311 idosos por cada 100 jovens.

Perante um contexto desta natureza, obviamente que a necessidade de apoio aos mais idosos atinge grande dimensão. As redes informais, que são constituídas pelos amigos, vizinhos, e família prestam um apoio importantíssimo, pois permitem que o idoso continue no seio da comunidade onde sempre esteve inserido, e permaneça/envelheça junto da família, no lar em que está enraizado. Porém, o que está a verificar-se é que as famílias, que devem ser o principal cuidador, dificilmente vêm dando resposta às necessidades dos mais velhos, o que se prende com alterações na própria estrutura das mesmas, com a afirmação da mulher no mercado de trabalho, em geral com transformações de cariz social.

Assim, quando ocorrem situações que não podem ser suportadas, total ou parcialmente, pelas famílias, é suposto que a rede formal intervenha, constituída por instituições que têm como objetivo fins sociais e visam dar resposta às necessidades dos idosos. O serviço de apoio domiciliário (SAD) é um exemplo dos serviços prestados por essa rede, e muitas vezes articula com as famílias a prestação de cuidados aos idosos, assegurando assim a permanência destes nas suas casas. Todavia, quando a dependência de um idoso é total, e não estão reunidas as condições para que o mesmo continue na sua residência, a opção pode passar pela institucionalização num lar, que é uma outra valência da rede formal.

Somos tentados a afirmar que a situação considerada ideal pela generalidade dos idosos e famílias é sem dúvida a da permanência no lar familiar, muito em particular se houver autonomia dos que estão a envelhecer, mas não podemos validar em absoluto tal pressuposto, dada a reduzida amostra em que nos baseámos e a que já aludimos.

Na freguesia de Quintos aplicámos 50 questionários a idosos com mais de 65 anos, e não institucionalizados. Das suas respostas podemos concluir que gostam de estar em casa, sozinhos ou com as suas famílias, pois ainda são autónomos e conseguem fazer a rotina do dia a dia com alguma facilidade. Acresce que a freguesia de Quintos, não dispõe de qualquer tipo de oferta institucional para os seus idosos, o que os limita em termos de opções que podem fazer. Tal facto parece-nos uma lacuna grave, pois trata-se de uma freguesia em que 40% dos residentes têm 65 ou mais anos (Censos 2011). A avaliar pelo perfil dos inquiridos, estas pessoas possuem revelam um forte apego à terra onde nasceram e cresceram, o que nos leva a concluir que só em caso de extrema dependência iriam procurar apoio num outro local.

Numa caracterização dos idosos inquiridos em Quintos, destacamos que 60% são mulheres, 72% têm menos de 80 anos, mais de metade são casados e 38% são viúvos. Quando lhes foi perguntado se colocam a hipótese de ingressarem num lar, 42% responderam que não gostariam de o fazer, e a principal razão para tal prende-se com o facto de se sentirem autónomos e independentes (52%).

Numa breve comparação com os idosos institucionalizados, os que residem nos seus lares em Quintos estão mais satisfeitos com o local onde vivem, para o que é relevante a casa e a comunidade, numa clara distinção com a vida numa instituição. Por outro lado, na sua maioria ainda subsiste o cônjuge, o que confirma ser muitas vezes a ausência deste uma das razões para a procura de um lar.

Tendo em conta as quatro estruturas residenciais para idosos que foram estudadas, podemos apresentar uma breve síntese em termos de procura – oferta ao nível dessas estruturas. Assim, e com base nas entrevistas que foram efetuadas aos técnicos de serviço social, a procura da instituição parte em primeiro lugar da família, e em segundo lugar é o próprio idoso que dá o passo em direção à sua

institucionalização. Das respostas dos idosos compreendemos que antes de serem institucionalizados, dois terços viviam sozinhos e que em quase 60% dos casos, a iniciativa de ingressar no lar foi do próprio idoso. O papel da família não é despreciando nesta opção e 22% dos entrevistados admitiram que tinham sido os seus parentes a fazer esta escolha. O principal motivo pelo qual os idosos ingressaram na instituição foi pela deterioração do seu estado de saúde ou fraca autonomia. A um outro nível, queremos ainda realçar que 64% dos inquiridos são mulheres, têm mais de 81 anos, e 80% são viúvos, podendo a viuvez ser o motivo próximo da sua entrada na instituição.

Confirmando a realidade da pouca escolaridade existente na região estudada, em particular entre as idades dos institucionalizados, que em geral são do meio rural e de famílias com modestos rendimentos mensais, temos que 18% dos inquiridos nunca frequentaram a escola e 44% têm apenas o 1º ciclo completo.

No início da nossa investigação estabelecemos perguntas de partida a que nos propusemos responder e que relembramos para efeitos de interligação com os dados já referidos e os adiante enumerados, assim se tornando mais fácil uma breve apreciação final. Procuramos saber, por um lado, se a oferta de estruturas residenciais para idosos, no concelho de Beja, responde à procura (P1) e se as estruturas residenciais para idosos são procuradas maioritariamente pelos próprios idosos, em situação de dependência (P2). Por outro lado, quisemos igualmente conhecer que perceção têm os idosos sobre as estruturas residenciais que a eles se destinam (P3) e em que circunstâncias de vida é considerado por idosos e/ou família que as estruturas residenciais são a melhor opção (P4).

Com base na investigação previamente realizada, avançamos com algumas hipóteses que procuramos confirmar ao longo do trabalho realizado. Relativamente à primeira questão, colocamos a possibilidade de que a oferta de estruturas residenciais para idosos, no concelho de Beja, é insuficiente para responder à procura (H1), ao passo que para a segunda pergunta, aventamos que não são os próprios idosos dependentes que procuram as estruturas residenciais para si (H2). A terceira hipótese afirmava que os idosos têm a perceção de que são bem tratados pelos funcionários (H3), enquanto a procura de estruturas residenciais para idosos é a melhor opção no caso de estes viverem sozinhos e dependentes (H4).

Ora, retomando as estruturas residenciais anteriormente caracterizadas em termos de lugares, diremos ainda que segundo a informação obtida através das entrevistas concedidas pelos técnicos de serviço social, em todas elas existe como que uma “lista de espera” (num dos lares ascende a 260 pessoas), ou seja, há idosos que aguardam um eventual ingresso e não há capacidade de resposta. Portanto, tudo indica que a procura excede a oferta e que esta é largamente insuficiente.

Num quadro mais geral, se o concelho de Beja tinha 7562 pessoas com 65 e mais anos, segundo os Censos 2011, a capacidade oferecida pelas 14 estruturas residenciais para idosos no mesmo ano era de 832 lugares, o que nos parece uma oferta reduzidíssima face ao número de idosos. Desta capacidade se constata uma ocupação de 789 lugares, o que dá uma taxa de 95%, de acordo com os dados da Carta Social, atualizados em janeiro de 2013. Este desfazamento pode dever-se à reserva de lugares para situações de emergência social assinaladas pela Segurança Social.

Mesmo tendo em atenção todos os equipamentos de apoio a idosos do concelho (Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Convívio), que totalizam uma capacidade para 1588 idosos, a oferta continua a ser insuficiente para o número de seniores com necessidades que residem no município de Beja e que poderiam ser potenciais utentes de serviços de apoio, se os houvesse em oferta.

Devemos ainda referir que em contactos informais com algumas instituições IPSS, é - nos dada a conhecer a dificuldade para obter acordos de cooperação com a Segurança Social com o objetivo de se criarem mais lugares para o acolhimento de idosos, o que seria muito importante para aumentar a oferta a custo razoável. Portanto, aceitamos que as estruturas residenciais no concelho de Beja são insuficientes para fazer face à procura.

A nossa preocupação em aferir sobre a iniciativa de procurar uma instituição, ou seja, saber se a procura é em primeiro lugar do idoso ou dos familiares, tem nesta amostra de idosos institucionalizados nas quatro instituições de Beja uma resposta contrária ao nosso pressuposto, pois os mesmos revelam que são frequentemente eles

próprios que tomam a iniciativa de ir para uma instituição, principalmente os (as) viúvos com idades superiores a 70 anos.

Por estarem numa situação de dependência ou fragilidade, pensávamos inicialmente que seriam os familiares a fazer o contacto com as instituições, o que aliás parece mais de acordo com as entrevistas que nos foram concedidas pelos técnicos de serviço social, segundo os quais nos foi dado a conhecer que a maioria dos pedidos para institucionalização surgem por parte da família, e só em segundo lugar é que o idoso tem a iniciativa de procurar o lar. Assim, existe um desfasamento entre as afirmações dos idosos e as dos técnicos, o que pode querer significar que os primeiros pretendem assumir como sua a decisão de outros, dos familiares.

Quanto à forma como os idosos registam as suas impressões relativamente à instituição, nomeadamente a perceção que têm sobre como são acompanhados, os mesmos consideram que são bem tratados pelos funcionários, e manifestam sentir que há para consigo uma “preocupação por parte dos profissionais do lar”. Das respostas dos idosos inquiridos por questionário, ficamos com a noção de que são, na sua maioria, pessoas carentes, debilitadas, e que é fundamental um pouco de atenção ou um pouco de boa vontade para que se sintam bem tratados e satisfeitos.

Confirmamos que o internamento em estruturas residenciais para idosos é sentido como a melhor opção no caso de estes viverem sozinhos e dependentes, o que parece estar em sintonia com o facto de grande parte viverem sozinhos antes da sua entrada no lar. Ainda concluímos que a institucionalização é preferida pelos viúvos com idade superior a 81 anos.

Na certeza de que o nosso estudo pode vir a ser aprofundado, desejamos que os dados obtidos através do mesmo sejam mais uma porta, ainda estreita, que se abre para que os geógrafos e investigadores de outras áreas do saber estudem o envelhecimento demográfico. Propõe-se que seja motivação para outros trabalhos, e que estes visem um acumular de conhecimento sobre a temática.

Desejamos ainda que o trabalho efetuado seja acolhido por cuidadores e responsáveis técnicos dos lares, para que continuem a valorizar e a respeitar cada vez mais os idosos da nossa sociedade, os seus saberes e o seu direito à dignidade. Numa

sociedade cada vez mais envelhecida é importante pensar no planeamento dos equipamentos, sobretudo naqueles que prestam apoio aos idosos, pois as cidades devem encontrar-se adaptadas aos seus habitantes. Desde 1997 que foram criadas regras técnicas designadas a facilitar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada, onde os idosos se incluem, existe, ainda, legislação que determina os critérios de programação e caracterização dos equipamentos que prestam apoio aos idosos.

No caso do concelho de Beja, constatamos que a maior parte dos equipamentos de apoio a idosos se encontram concentrados nas freguesias urbanas, desta forma, pensamos que seria importante planear a rede de equipamentos tendo em atenção as verdadeiras necessidades dos idosos. Não são apenas os equipamentos que prestam apoio aos idosos que devem ser concebidos de modo a construir uma rede simétrica e adequada às carências do concelho, a rede de transportes também deve estar dimensionada para que esta população possa dela usufruir, nas ruas, devem ser eliminadas as barreiras arquitetónicas (escadas, passeios degradados, etc.), e fazer deste um espaço de convívio e de encontro, e até as próprias casas devem estar adaptadas às necessidades que a terceira idade exige.

Certos de que este estudo não pode ser mais do que a nossa interpretação da realidade, que corresponde ao tempo e ao espaço em que estamos e que nos propomos estudar, que é a súpula das leituras e da reflexão, apresentamo-lo exatamente como uma investigação também marcada pela emotividade, mas que procurou, através do trabalho de campo conhecer de perto a realidade dos anciões residentes no concelho de Beja.

Bibliografia

- ✓ Aarp (2005). A Report to the Nation on Livable Communities: Creating Environments for Successful Aging, Washington, D. C.
- ✓ Albou, P. (1999). L'Image des personnes âgées à travers l'histoire, Glyphe et Biotem, Paris.
- ✓ Alves, R. (2004). As cores do crepúsculo: a estética do envelhecer. Edições ASA. Porto.
- ✓ António, S. (2008). O Envelhecimento em Portugal no século XXI: Contributos e Reflexões de Prospetiva Demográfica, in Revista Cadernos de Economia, nº.84, p.1.
- ✓ Araújo, M., Ceolim, M. (2007). Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc. Enferm. USP; vol. 41, n. 3, p. 378-85. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. [acedido em maio 2013].
- ✓ Azeredo, Z. (2001). Como despende o idoso o seu tempo. Revista Geriatria. Lisboa. 14, nº131: 14-21.
- ✓ Azeredo, Z. (2009). Cuidados continuados no domicílio: Cuidar o utente no seu habitat. Hospitalidade, ano 73 nº284, pp. 25-28. Lisboa: Instituto São João de Deus.
- ✓ Baltes, M., e Silvenberg, S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In A. Neri (Ed.), Psicologia do envelhecimento (pp. 73-110). Papirus. Campinas.
- ✓ Barros, H., Monteiro, S. e Pereira, S. (2009). Unidade de convalescença: RSJA - uma experiência. Hospitalidade, ano 73 nº284, pp. 48 - 52. Instituto São João de Deus. Lisboa.
- ✓ Beauvoir, S. (1970), La Vieillesse, Gallimard, Paris.
- ✓ Berger, L. (1994). Aspetos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. Lusodidacta. Lisboa.
- ✓ Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). Pessoas idosas uma abordagem global. Lusodidacta. Lisboa.
- ✓ Bernardino, M. (2005). As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: uma perspetiva de educação e

promoção da saúde. Dissertação de Mestrado não-publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

- ✓ Branco, R., e Gonçalves, C. (2001). Exclusão social e pobreza(s) em Portugal: Uma primeira abordagem aos dados do painel dos agregados familiares da união europeia (1994 - 1997). INE Lisboa.
- ✓ Bruto da Costa, A. (1998). Exclusões Sociais. Gradiva. Lisboa.
- ✓ Cabral, L. (2007). O Bem-estar psicológico e o conceito de Si na velhice. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- ✓ Caldas, P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública. Vol.19 nº.3.
- ✓ Camarano, A, e Pasinato, M. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA,. p. 253-292.
- ✓ Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., e Pintassilgo, A. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF).
- ✓ Cardão, S. (2009).O idoso institucionalizado. Coisas de Ler. Lisboa.
- ✓ Carmo, H e Ferreira, M. (1998). Metodologia da Investigação - Guia para a Autoaprendizagem, Universidade Aberta, Lisboa.
- ✓ Carrajo, M. (1999). Sociología de los Mayores. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- ✓ Carreira, H. (1996). As Políticas Sociais em Portugal. A. Barreto (Org.).A Situação Social em Portugal, 1960-1995, ICS, pp. 366-480. Lisboa.
- ✓ Carvalho, A. (2002). Dilemas das Representações Contemporâneas da Velhice. In D. d. Educação, Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social (pp. 7-9). Universidade Portucalense. Porto.
- ✓ Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. Revista Kairós, 12 (1), 77-96, 2009, pag 78.
- ✓ Carvalho, M. (2010). Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais. ICSTE/IUL. Dissertação de Doutoramento. Lisboa.

- ✓ Carvalho, P. (1989). A magia da idade - reflexão médico-sociológica sobre o envelhecimento. Coimbra
- ✓ Cassiano, J. (2008). A contribuição da Terapia Ocupacional para a manutenção da capacidade funcional do Idoso. In: Drummond, A.F.; Rezende, M.B. (Orgs.) Intervenções da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, UFMG.
- ✓ Castilho, A. (2010). Envelhecimento Ativo/Envelhecimento Saudável- Opinião dos Idosos do Conselho de Viana do Castelo Licenciatura em enfermagem. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- ✓ Correia, J. (2003). Introdução à Gerontologia, Lisboa, Universidade Aberta.
- ✓ Costa, M. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In O idoso: problemas e realidades. Formasaup. 7-22.
- ✓ Coste, J. (1993). Evaluation de la Santé des Population et Instruments de Mesure de la Qualité de Vie, p. 33. Em Herrisson & Simon (Ed.), Evaluation de la Qualité de Vie, pp. 33-38. .Masson. Paris.
- ✓ Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. Neurologic Clinics, n.º 12 (1), pp. 1-13.
- ✓ Daré, A. (2010). Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso. Universidade Lusíada Editora. Lisboa.
- ✓ Diniz, J. (1993). Programa de apoio a idoso de Almeirim. Centro de saúde de Almeirim. Almeirim.
- ✓ Direção Geral da Saúde, (2003). Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso. Circular Informativa da Direção Geral de Saúde.
- ✓ Duarte Y e Pavarini S. (1997). Instituições de idosos: qualificação do pessoal. In: Consenso de Gerontologia. (Documento policopiado).
- ✓ Dumont, G. (2006). Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Ellipses Ed., Paris.
- ✓ Eliopoulos, C. (2001). Enfermagem gerontológica. 5ª ed. Artemed. Porto Alegre
- ✓ Fallowfield, L. (1990). The quality of life-The missing measurement in health care. Souvenir Press. London.
- ✓ Fernandes, A. (1997). Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais. Editora Celta. Oeiras.

- ✓ Fernandes, A. (2001) Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social, in Sociologia Problemas e Práticas, n.º 36, p. 50.
- ✓ Fernandes, A. (2007). Demografia - Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (UE15, 1991-2001). Análise Social: revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa. Nº183, p.419 - 443.
- ✓ Fernandes, A. e Botelho, M. (2007). Envelhecer ativo, envelhecer saudável. O grande desafio Sociológico, n. 17: 11-16.
- ✓ Fernandes, J. (2000). Qualidade de vida e autoeficácia em idosos institucionalizados. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- ✓ Fernandes, M. (1996). Conceito de qualidade de vida para o idoso. Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- ✓ Fernandes, P. (2000). A depressão no Idoso - Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão. Quarteto. Coimbra.
- ✓ Fernandes, P. (2002). A Depressão no Idoso. 2ª ed, Quarteto. Coimbra.
- ✓ Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social. Ediciones Pirámide. Madrid.
- ✓ Fernández-Ballesteros, R. (2002). Envejecer bien. Qué es y como lograrlo? Ediciones Pirámide. Madrid.
- ✓ Ferreira, C. (1993). Envelhecimento demográfico e planeamento do território: o caso da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul, Tese de mestrado – Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Lisboa
- ✓ Filho, E. e Alencar, Y. (1998). Teorias do envelhecimento, p.60. Em E. Filho & M. Neto (s.d.), Geriatria, clínica e terapêutica. Editora Atheneu. São Paulo
- ✓ Fonseca, A. (2004). O envelhecimento uma abordagem psicológica. Universidade Católica. Lisboa.
- ✓ Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), Envelhecer em Portugal (pp.97-108). Climepsi Editores. Lisboa.
- ✓ Fonseca, A. (2006). O Envelhecimento Uma Abordagem Psicológica (2 ed.). Universidade Católica. Lisboa.

- ✓ FONSECA, A., Paúl, C., Martín, I., e Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.97-108). Climepsi Editores. Lisboa.
 - ✓ Fontaine, R. (1999). *Psicologia do Envelhecimento*, Climepsi, Lisboa.
 - ✓ Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. 3ª Edição, Lusociência. Loures.
 - ✓ Freitas, D. (2010). Vulnerabilidade e resiliência em idosos institucionalizados. *Revista Kairós, Caderno Temático*. São Paulo.
 - ✓ Freitas, E., e Miranda, R. (2006). Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll, e M. L. Gorzoni, *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed., pp. 900-909). Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.
 - ✓ García, P. (2002), *Hablamos de Ancianos - Problemática y Propuesta Educativa*, San Pablo, Madrid.
 - ✓ Gaspar, J. (2009). O envelhecimento e a dinâmica demográfica na Europa, in *O Tempo da vida, Fórum Gulbenkian de saúde sobre o envelhecimento 2008-2009*, Cascais, Princípiã.
 - ✓ Gilleard, C., Hyde, M. e Higgs, P. (2007). The Impact of Age, Place, Aging in Place, and Attachment to Place on the Well-Being of the Over 50s in England. *Research on Aging*. 29(6), 590-605. Acedido em maio de 2013, <http://roa.sagepub.com/content/29/6/590>
 - ✓ Goes, M., Natário, I., Oliveira, M., e Bonito, J. (2009). Educação e Fatores de Risco na Institucionalização do Idoso: Um Estudo no Distrito de Beja. In J. Bonito (Org.), *Educação para a Saúde no Século XXI - Teorias, Modelos e Práticas* (pp. 703-714). Universidade de Évora. Évora.
 - ✓ Gorman, M. (2000). Healthy and active ageing. *EeroHealthNet* - Disponível em <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf> (Acedido em 2 de abril, 2013).
 - ✓ Grande, Nuno. (1994). Linhas mestras par uma política nacional de terceira idade. *Rev. Portuguesa de Medicina Geriátrica*. N.º 68 p. 6-10.
 - ✓ Guimarães, P. (1999). Os direitos dos idosos. In *Envelhecer, um direito em construção*. Lisboa.
-

- ✓ Hess, N. (2004). Loneliness in old age: Klein and others. In S. Evans & J. Garner (Eds.), *Talking over the years: A handbook of dynamic psychotherapy with older adults* (pp. 19-27). Brunner-Routledge.
- ✓ Hortelão, A. (2003). *Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Universidade Aberta (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- ✓ Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*, Formasau,
- ✓ Instituto Nacional de Estatística, INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*; Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Ed. INE, Lisboa.
- ✓ Instituto Nacional de Estatística- INE. (1999). *As gerações mais idosas*. Lisboa.
- ✓ Instituto Nacional de Estatística- INE. (2009). *Projeções da População Residente em Portugal 2008-2060*, pp.17- 19.
- ✓ Jacob, L. (2001). *A Velhice*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Ciências Trabalho e Empresa. Lisboa.
- ✓ Jacob, L. (2002). *Os serviços para Idosos em Portugal*. Dissertação de Mestrado, ISCTE.
- ✓ James, J. e Wink, P. (2006). *The third age: a Rationale for research*. Em: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 26, pp. xix-xxxii. Springer Publishing Company.
- ✓ Jungers, C. (2010). *Leaving home: an examination of late-life relocation among older adults*. *Journal of Counseling and Development* , 88(4), 416-423. Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 203-229). Climepsi. Lisboa.
- ✓ Lai, K., Tzeng, R., Wang, B., Lee, H., Amidon, R. e Kao, S. (2005). *Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan*. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, Vol 14 (4), pp. 1169-1180.
- ✓ Lawton, M., Moss, M., Fulcomer, M., e Kleban, M. (1982). *A research and service oriented multilevel assessment instrument*. *Journal of Gerontology*, 37, 91-99.

- ✓ Lehr, U. (1988). *Psicología de la Senectude. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Editorial Herder. Barcelona.
- ✓ Lemos, M. (Coord.) (2005). *As Misericórdias Portuguesas na Assistência aos Idosos*. Observatório de Idosos e Grandes Dependentes, União das Misericórdias Portuguesas. Fundação Oriente. Lisboa.
- ✓ Lopes, A., Pereira, S., e Esperto, S. (2004). O papel da família na população idosa e na população com deficiência. *Pretextos - Segurança Social*, nº15
- ✓ Lopes, P. (2004). *Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um Estudo comparativo e correlacional*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- ✓ Machado, P. (2003). O lugar dos idosos em Portugal e no mundo, *Janus* 2003. Consultado dia 3 de junho de 2013 em http://www.janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html
- ✓ Machado, P. (2007). *As Malhas que a (C)idade Tece - mudança social, envelhecimento e velhice em meio urbano*. TPI 44. Lisboa: LNEC, 2007.
- ✓ Magalhães, E. (2005). *Envelhecimento Demográfico Novos Desafios*, Workshop - UTAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, p. 20.
- ✓ Marconi, M., e Lakatos, E. (2001). *Metodologia de trabalho científico*. Atlas. São Paulo.
- ✓ Marques, P. (2010). *A animação e a ocupação dos idosos institucionalizados (Lar de Idosos)*, Dissertação da Tese de Mestrado em Gerontologia Social, Instituto Superior Bissaya-Barreto, Coimbra.
- ✓ Martin, I., Gonçalves, D., Guedes, J., Pinto, C., Fonseca, A. (2006). *Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas*, in *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), pp. 137-143.
- ✓ Martins, J. (2003). *Introdução à Gerontologia*, p.37. Universidade Aberta. Lisboa.
- ✓ Mateus, M. (2008). *O estudo do Meio Social como processo educativo de desenvolvimento local*. Bragança: Instituto Politécnico - Série Estudos.
- ✓ Mauritti, R. (2004). *Padrões de vida na velhice*. Em: *Análise Social*, vol. 39 (171), pp. 339-363. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa.
- ✓ Medeiros, S. (2003), *Como Pensar a Vida*, in *Serviço Social & Sociedade*, 75, Cortez, pp.187-190.

- ✓ Melo, A. (1998). A competência do enfermeiro ao cuidar do idoso. *Servir*, n.º 46 (5).
- ✓ Mendes, F. (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social, Competitividade e Gerações*, Celta Editora, Oeiras.
- ✓ Mendes, F. (2011). *Segurança Social :O futuro Hipotecado*, FFMS, Lisboa.
- ✓ Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2012). *Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos*, Lisboa, DEPP – disponível em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2011.pdf> (consultado em Janeiro de 2013)
- ✓ Ministério do Trabalho e da Segurança Social (2005), *Modelo de Avaliação da Qualidade, Serviço de Apoio Domiciliário*, Lisboa.
- ✓ Nazareth, J. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics*. Vol. 7, n.º 64 p. 5-17.
- ✓ Netto, M. e Borgonovi, N. (1996). *Biologia e teorias do desenvolvimento..* Editora Atheneu. São Paulo.
- ✓ Nina, E., e Paiva, C. (2001). Idosos Rurais e Urbanos: estudo comparativo. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, n.º 138, pp. 9-32.
- ✓ Nogueira, A. (2006). *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social. Unidade de Admissão para os Cuidados Continuados Integrados*.
- ✓ Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde, Guia Para Melhorar a Sua Saúde Física e Psíquica*, p. 23 Lidel, Edições Técnicas.
- ✓ Oliveira, I. (2008). Fecundidade das populações e das gerações em Portugal, 1960-2005. *Análise Social XLIII.1*, pp. 29-53.
- ✓ Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e da Velhice*, Legis Editora.
- ✓ Organização Mundial De Saúde. OMS. (1994) WHO- World Health Organisation. *Report of the WHOQOL Focus Group*. WHO (MNH/psf/94) Geneva: WHO, p.8.
- ✓ Organização Mundial de Saúde. OMS. (2001). *The world health report*. Geneva.
- ✓ Organização Mundial de Saúde. OMS. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Obtido em 02 de agosto de 2013, de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
- ✓ Organização Mundial De Saúde .OMS. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direção-Geral de Saúde, Lisboa.

- ✓ Organização Mundial da Saúde - OMS. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Panamericana de Saúde, Brasília.
- ✓ Organização das Nações Unidas -ONU. (1982) Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento.
- ✓ Organização das Nações Unidas - ONU-FNUAP. (1999). A Situação de População Mundial. New York.
- ✓ Organização das Nações Unidas -ONU. (2002). Segunda Assembleia Mundial Sobre o Envelhecimento. Disponível em www.onuportugal.pt.
- ✓ Osório R., e Pinto, F. (Coords.) (2007). As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa. Instituto Piaget. Lisboa.
- ✓ Oswald, F., e Wahl, H. (2004). Housing and health in later life. *Reviews of Environmental Health*, 19(3-4), 223-252.
- ✓ Pais, J. (2006). Nos Rastos da Solidão - Deambulações Sociológicas., p.146. Ambar. Porto.
- ✓ Palmeirão, C. (2002). Derrubar para Mudar. In D.Educação, Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social (pp. 35-46). Universidade Portucalense. Porto.
- ✓ Paschoal, S. (2002). Autonomia e Independência. in *netto*, Matheus Papaléo, Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada, , Atheneu, pp.313-323. São Paulo.
- ✓ Pastalan, L. (1990). Aging in place: The role of housing and social supports. Haworth Press. New York.
- ✓ Patrício, L., e Carrilho, M. (2002). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*.
- ✓ Paúl, C. (1991). Panorama demográfico dos idosos em Portugal. *Geriatrics*, n.º 38 (4), pp. 21-26.
- ✓ Paúl, C. (1997). Lá para o fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente. Almedina. Coimbra.
- ✓ Paúl, C. (2005). Envelhecimento e Ambiente. In L. Soczka. (Org.), *Contextos Humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 247-268). Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

- ✓ Paúl, C. (2005b) - Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. In Sociologia, série I, vol. 15. Faculdade de Letras da Universidade do Porto: Instituto de Sociologia, p. 275-289.
 - ✓ Paúl, C. e Fonseca, A. Coord. (2005)- Envelhecer em Portugal. Climepsi, Lisboa.
 - ✓ Pereira, C., e Neves, R. (2011). Os idosos na aquisição de competências TIC. Educação, Formação & Tecnologias, 4(2), 15-24 [acedido a 14 de julho de 2013], disponível a partir de <http://eft.educom.pt>.
 - ✓ Pereira, F. (2012). Teoria e Prática da Gerontologia - Um guia para cuidadores de idosos. Psico & Soma. Viseu.
 - ✓ Pereira, M. (2002). Envelhecimento em Debate (I), in Pretextos, nº9, IDS - MSST, pp.6-8.
 - ✓ Pereirinha, J. (2008). The origins of the welfare state in Portugal in the Estado Novo period (1935-1974): structure and trends of social expenditure - Congreso de la Asociación Española de Historia Económica, Septiembre 2008, Murcia.
 - ✓ Pestana, N. (2003), Trabalhadores Mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais, MSST - DGERT. Lisboa.
 - ✓ Pimentel, L. (1995). O Lugar do idoso nas redes de interação e solidariedade primárias: um Estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
 - ✓ Pimentel, L. (2001). O Lugar do idoso na família. Quarteto, Coimbra.
 - ✓ Pinho, M. (2005). Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
 - ✓ Pinto, M. (2004). Demografia e Envelhecimento, in Pretextos, nº17, IDS - MSST, pp.20-21.
 - ✓ Plano Nacional de Ação Para a Inclusão - PNAI, (2006). Plano Nacional de Ação Para a Inclusão, 2006-2008, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
 - ✓ Polit, D., Beck, C., e Hungler, B. (2004). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5ª ed.). Artemed. Marconi. Porto Alegre.
 - ✓ Marconi, M. e Lakatos, E.. (2004). Metodologia científica (4ª ed.). Atlas. São Paulo.
-

- ✓ Quaresma, M. (1988). Política da velhice: análise e perspectiva, Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, (VI - 2).
- ✓ Quivy, R., e Campenhoudt, L. (1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª ed, Gradiva. Lisboa.
- ✓ Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In RENAUD, Michel [et al.] - Novos desafios à bioética. Porto Editora. Porto.
- ✓ Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), pp. 543-557.
- ✓ Redman, B. (2003). A prática da educação para a saúde. 9ª ed. Camarate: Lusociências
- ✓ Requejo O. e Fernando, C. (2007). As Pessoas Idosas. Contexto social e intervenção educativa. Instituto Piaget. Lisboa.
- ✓ Ribeiro, J. (1999). Investigação e avaliação em psicologia e saúde, p.48. Climepsi. Lisboa.
- ✓ Ribeiro, M. (2007). Caracterização e Evolução da Pobreza em Portugal. Grupo de trabalho - trabalho, economia, sociedade. p.1-14. Portugal.
- ✓ Robert, L. (1995). O Envelhecimento - Factos e Teorias, Instituto Piaget. Lisboa.
- ✓ Rosa, M. (2012). O envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
- ✓ Rosel, N. (2003). Aging in place: Knowing where you are. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57, 77-90.
- ✓ Rowe, J. e Kalm, T. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*.
- ✓ Ruiz, S. (2000). Manual de psicogeriatría clínica. Masson. Barcelona.
- ✓ Rybczynski, W. (1999). Casa, pequena história de uma ideia. Record. Rio de Janeiro.
- ✓ Santos, B. (1993). O Estado, as Relações Salariais e o Bem Estar Social na Semiperiferia: O caso português. in Portugal: Um Retrato Singular. Porto: Edições Afrontamento, pp 15-56.
- ✓ Santos, I. e Clos, A. (1998). Pesquisa quantitativa e metodologia. In J. H. M. Gauthier, I. E. Cabral, I. Santos, & C. M. M. Tavares, Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas (pp. 1-17):Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro.

- ✓ Santos, M. (2006). Os Cuidados informais de idosos dependentes em casa. Universidade Aberta (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
 - ✓ Santos, P. (1995). A depressão no idoso: fatores pessoais e situacionais nos idosos internados em lares, utentes de centros de dia e residentes no domicílio. Dissertação de mestrado apresentado à Universidade da Extremadura. Coimbra.
 - ✓ Saranson, I., Levine, H., Basham, R. e Saranson, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. doi: 0022-3514/83/4401-0127500.75
 - ✓ Seniorwatch (2008). Assessment of the Senior Market for ICT Progress and Developments, final report http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/itemdetail.cfm?item_id=4286 (última consulta na internet em 05 de julho de 2013).
 - ✓ Sequeira, A., e Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
 - ✓ Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. 1ª ed, Quarteto Editora. Coimbra.
 - ✓ Serrão, D. (2006). Seniores: um novo estrato social. In Paula Frassinetti (Ed.) *Intervenção social. Saberes e contextos*. Porto: Escola Superior de Educação Porto, pp. 129-137.
 - ✓ Silva, L. (2001). Ação social na área da família. Universidade Aberta. Lisboa.
 - ✓ Simões, A. (1999). Envelhecimento e Trabalho, in Simpósio Envelhecer melhor com Atividade Física, Cruz Quebrada – FMH.
 - ✓ Sousa, L. e Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. 2ª edição. Âmbar. Porto.
 - ✓ Sousa, L. e Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
 - ✓ Squire, A. (2005). Saúde e bem-estar para Pessoas idosas -fundamentos básicos para a prática. Lusociência. Loures.
 - ✓ Trincadeiro, M., Lopes, N. e Marques, S. (2009). Cuidados continuados: Evoluir no cuidar. *Hospitalidade*, ano 73 nº284, pp. 12 - 17. Instituto São João de Deus. Lisboa.
 - ✓ United Nations. (2002). *World Population Ageing: 1950-2050* in Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid.
-

- ✓ Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo, In Augusto S. E Pinto, José M. (orgs), Metodologias das Ciências Sociais, Edições Afrontamento. Porto.
- ✓ Veríssimo, C. (2001). Envelhecer em família: Qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio: Contributos para uma intervenção multidisciplinar. Universidade de Coimbra (Dissertação de Mestrado). Coimbra.
- ✓ Wahl, H., Fänge, A., Oswald, F., Gitlin, L.N. e Iwarsson, I. (2009). The Home Environment and Disability-Related Outcomes in Aging Individuals: What Is the Empirical Evidence? *The Gerontologist*, 49(3), 355-367.
- ✓ Webber, S., Porter, M. e Menec, V. (2010). Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework. *The Gerontologist*, 50(4), 443-450.
- ✓ Worobey, J. e Angel, R. (1991). Functional Capacity and Living Arrangements of Unmarried Elderly Persons. *Journal of gerontology: Social Sciences*, n.º 45, pp. 595-601.
- ✓ Zay, N. (1981). Dictionnaire/ Manuel de Gerontologie social. Quebec, Les presses de L'Université, p. 240.
- ✓ Zimmerman, G. (2000). Velhice aspetos biopsicossociais. Artes Médicas. Porto Alegre.

Sítios online

- ✓ Análise Social

<http://analisesocial.ics.ul.pt/>

- ✓ Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da solidariedade entre Gerações – 2012

<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?langId=pt&catId=971>

- ✓ Associação Portuguesa de Demografia

<http://www.apdemografia.pt>

- ✓ Associação Portuguesa de Sociologia

<http://www.aps.pt>

- ✓ Carta social

<http://www.cartasocial.pt/index1.php>

- ✓ Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade

<http://www.cepese.pt/portal>

- ✓ Centro Regional de Informação das Nações Unidas

<http://www.unric.org/pt/>

- ✓ Direção Geral de Saúde

<http://www.dgs.pt/>

- ✓ Eurostat - Gabinete de Estatísticas da União Europeia

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>

- ✓ Fundação Calouste Gulbenkian

<http://www.gulbenkian.pt>

- ✓ Fundação Francisco Manuel do Santos

<http://www.ffms.pt/>

- ✓ Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu

<http://www.igfse.pt>

- ✓ Instituto do Envelhecimento - Universidade de Lisboa

<http://www.i envelhecimento.ul.pt/>

- ✓ Instituto Nacional de Estatística

www.ine.pt

- ✓ O portal dos Psicólogos

www.psicologia.com.pt

- ✓ Organização das Nações Unidas

<http://www.un.org/>

- ✓ PORDATA - Base de dados de Portugal Contemporânea

<http://www.pordata.pt>

- ✓ Segurança Social

<http://www4.seq-social.pt/>

- ✓ SocialGest

<http://www.socialgest.pt/home.shtml>

- ✓ The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD)

<http://www.oecd.org/>

Lista de acrónimos e siglas

| | | |
|---|--------|---|
| ✓ | APR | Áreas Predominantemente Rural |
| ✓ | APU | Áreas Predominantemente Urbanas |
| ✓ | CNAPTI | Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade |
| ✓ | CSI | Complemento Solidário ao Idoso |
| ✓ | CRP | Constituição da República Portuguesa |
| ✓ | DGS | Direção Geral de Saúde |
| ✓ | IE | Índice de Envelhecimento |
| ✓ | ISF | Índice Sintético de Fecundidade |
| ✓ | IPSS | Instituição Particulares de Solidariedade Social |
| ✓ | INE | Instituto Nacional de Estatística |
| ✓ | MSESS | Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social |
| ✓ | UN | Nações Unidas |
| ✓ | NUT | Nomenclatura de Unidade Territorial |
| ✓ | ONU | Organização das Nações Unidas |
| ✓ | OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ✓ | PNAI | Plano Nacional de Ação para a Inclusão |
| ✓ | PARES | Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais |
| ✓ | PCHI | Programa de Conforto Habitacional para Idosos |
| ✓ | PILAR | Programa Idosos em Lar |
| ✓ | RSES | Rede de Serviços e Equipamentos Sociais |
| ✓ | SS | Segurança Social |

| | | |
|---|------|---|
| ✓ | SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| ✓ | TIC | Tecnologias de Informação e Comunicação |
| ✓ | UE | União Europeia |
| ✓ | UE27 | União Europeia - 27 |
| ✓ | WHO | World Health Organization |

Índice de tabelas

| | Pág. |
|---|------|
| Tabela nº 5.1 - Evolução da população mundial com mais de 65 anos, 1950 – 2100 (valor absoluto e percentual)..... | 72 |
| Tabela nº 5.2 - Evolução da população mundial com mais de 80 anos 1950 – 2100 (valor absoluto e percentual)..... | 72 |
| Tabela nº 5.3 - Evolução da população mundial por faixa etária decenal, 1990-2050 (%)..... | 73 |
| Tabela nº 5.4 - População por continente e grupos etários, ambos os sexos (%)..... | 74 |
| Tabela nº 5.5 - Evolução da expectativa de vida mundial, 2010-15 a 2095-2100, por sexo..... | 75 |
| Tabela nº5.6 - Evolução dos ratios de dependência no mundo, 1950 – 2100..... | 76 |
| Tabela nº 5.7 - Evolução da população residente em Portugal e na UE27, segundo grandes grupos etários, 1991-2011 (%)..... | 77 |
| Tabela nº 5.8 - Evolução do Índice de envelhecimento em Portugal e na UE27, 1991-2011..... | 78 |
| Tabela nº 5.9 - Evolução do Índice de longevidade em Portugal e na UE27, 1991-2011..... | 78 |
| Tabela nº5.10 - Evolução Índice de dependência de idosos em Portugal e na UE27..... | 79 |
| Tabela nº5.11 - Evolução Índice de Sustentabilidade Potencial em Portugal e na UE27..... | 79 |
| Tabela nº 6.1- Evolução da população residente em Portugal entre 2001 e 2011, segundo grandes grupos..... | 85 |
| Tabela nº 6.2 - Evolução da distribuição da população residente em Portugal por grupos etários quinquenais..... | 86 |
| Tabela nº 6.3- Evolução da população residente em Portugal por grandes grupos etários, 1970-2011 (%)..... | 86 |
| Tabela nº 6.4 - Evolução de vários indicadores respeitantes à natalidade em Portugal, 1971-2011..... | 87 |
| Tabela nº 6.5 - Evolução da taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade infantil..... | 88 |
| Tabela nº 6.6 - Evolução dos indicadores de envelhecimento, em Portugal, 1970-2011..... | 90 |
| Tabela nº 6.7- Evolução da esperança de vida aos 65 anos em Portugal 1991-2011 (anos)..... | 91 |
| Tabela nº 6.8 - Evolução do índice de envelhecimento em Portugal e no Alentejo, 2001 e 2011..... | 92 |

| | |
|--|-----|
| Tabela nº 6.9- Evolução do Índice de dependência de idosos em Portugal e no Alentejo, 2001 e 2011..... | 93 |
| Tabela nº 6.10- Evolução do índice de longevidade em Portugal e no Alentejo – 1991-2011..... | 93 |
| Tabela nº 6.11 - Número de indivíduos em idade ativa por idoso segundo os Censos (1981 – 2011)..... | 94 |
| Tabela 7.1 – Equipamentos de apoio aos idosos - Carta Social de 2011..... | 106 |
| Tabela 7.2 – Equipamentos não residenciais de apoio aos idosos no concelho de Beja..... | 108 |
| Tabela 7.3 – Estruturas residenciais para idosos (lares)..... | 109 |
| Tabela 7.4 – Instituições estudadas no concelho de Beja..... | 120 |
| Tabela 7.5 – variáveis em estudo..... | 123 |
| Tabela 7.6 - Instituição estudada..... | 125 |
| Tabela 7.7 – Estado Civil..... | 125 |
| Tabela 7.8 – idade dos inquiridos..... | 125 |
| Tabela 7.9 – Escolaridade..... | 126 |
| Tabela 7.10 – Residência anterior à institucionalização..... | 127 |
| Tabela 7.11 – Rendimento dos idosos institucionalizados..... | 128 |
| Tabela 7.12 – Tempo de permanência no lar..... | 128 |
| Tabela 7.13 - Motivo da institucionalização..... | 130 |
| Tabela 7.14 - Iniciativa da institucionalização do idoso..... | 131 |
| Tabela 7.15 - Preocupação por parte dos familiares..... | 131 |
| Tabela 7.16 - Preocupação por parte dos profissionais do lar..... | 132 |
| Tabela 7.17 – Frequência das visitas recebidas pelos idosos..... | 132 |
| Tabela 7.18 – Frequência dos contactos com a família..... | 133 |
| Tabela 7.19 – Razões de satisfação com o local onde vive..... | 133 |
| Tabela 7.20 – Aspetos que os idosos gostariam de ver melhorados na sua vida..... | 134 |
| Tabela 7.21 – Razões pelas quais os idosos gostariam de melhorar a sua vida..... | 135 |
| Tabela 7.22 – Idade dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 136 |
| Tabela 7.23 – Estado civil dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 136 |
| Tabela 7.24 – Escolaridade dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 137 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 7.25 – Rendimento mensal dos idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 137 |
| Tabela 7.26 – Elementos do agregado familiar com quem vivem os idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 138 |
| Tabela 7.27 - Preocupação por parte dos familiares com quem vivem os idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 139 |
| Tabela 7.28 – Razões de satisfação com o local onde vivem os idosos inquiridos na freguesia de Quintos..... | 139 |
| Tabela 7.29 – Razões para ir/não ir para um lar entre os idosos inquiridos na freguesia de Quintos.... | 140 |
| Tabela 7.30 – Aspetos que os idosos inquiridos na freguesia de Quintos gostariam de ver melhorados na sua vida..... | 141 |
| Tabela 7.31 – Razões pelas quais os idosos inquiridos na freguesia de Quintos gostariam de melhorar a sua vida..... | 141 |
| Tabela 7.32 – Género dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 142 |
| Tabela 7.33 – Escolaridade dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 142 |
| Tabela 7.34 – Idade dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 143 |
| Tabela 7.35 – Estado civil dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 144 |
| Tabela 7.36 – Rendimento mensal dos respondentes segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 145 |
| Tabela 7.37 – Grau de satisfação dos respondentes com o local onde vive segundo o local de residência (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 145 |
| Tabela 7.38 – Grau de preocupação dos familiares dos respondentes segundo o local de residência destes (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 146 |
| Tabela 7.39 – Iniciativa de institucionalização dos idosos..... | 147 |
| Tabela 7.40 – Opinião dos idosos sobre a preocupação por parte dos profissionais do lar..... | 147 |
| Tabela 7.41 – Iniciativa de institucionalização dos idosos viúvos..... | 148 |
| Tabela 7.42 – Coloca a hipótese de ir para um lar – viúvos não institucionalizados..... | 148 |
| Tabela 7.43 - Iniciativa de institucionalização de acordo com quem morava antes de ser | |

| | |
|---|-----|
| institucionalizado..... | 149 |
| Tabela 7.44 - Satisfação com o local onde reside – Estruturas Residenciais para idosos..... | 150 |
| Tabela 7.45 - Satisfação com o local onde reside – Casa..... | 150 |
| Tabela 7.46 - Hipótese de ir para lar | 150 |
| Tabela 7.47 - Grau de preocupação dos familiares dos respondentes (institucionalizados ou não-institucionalizados)..... | 151 |
| Tabela 7.48 – Relação do tempo de permanência no lar com o grau de Satisfação local onde reside | 151 |

Índice de figuras

| | |
|------------------------------------|-----|
| Figura 7.1 – Concelho de Beja..... | 116 |
|------------------------------------|-----|

Índice de anexos

| | |
|---|-----|
| Pedido de autorização para realização de entrevistas..... | 189 |
| Consentimento informado..... | 190 |
| Entrevista ao(s) técnico(s) superior(es) de serviço social..... | 191 |
| Questionário a idosos institucionalizados..... | 194 |
| Questionário a idosos não institucionalizados..... | 198 |

Anexos

Anexo 1 - Pedido de autorização para realização de entrevistas

Sílvia Cristina Lourenço Alves
E-mail: sissealves@gmail.com

(Ex^o. escrever o nome da Instituição,) /

Exmo. Senhor Diretor

Beja, ___/ ___/ ___

Assunto: *Pedido de autorização para realização de entrevistas*

Sílvia Cristina Lourenço Alves, com o número de aluna 70846063, a frequentar o mestrado de Gestão do Território e Urbanismo, no Instituto de Geografia e Ordenamento do Território – Universidade de Lisboa, e a desenvolver o trabalho de *dissertação de mestrado - A geografia do envelhecimento da população - oferta e procura de estruturas residenciais de idosos. O caso do concelho de Beja*, vem solicitar de V. Ex.^a *permissão para fazer entrevistas a utentes e técnicos dessa instituição, no sentido de apoiar o trabalho em causa.*

O estudo tem como objetivo *compreender:*

- 1) Se a oferta de estruturas residenciais a idosos satisfaz a procura;
- 2) Se os idosos que procuram os equipamentos o fazem por vontade própria, e se são autónomos em termos de mobilidade e decisão;
- 3) Qual a perceção que os idosos têm dos lares

Os dados recolhidos destinam-se a ser tratados no âmbito do referido trabalho, e como óbvio a confidencialidade será sempre assegurada.

Na expectativa de um próximo contacto, desde já agradeço a vossa atenção, e aguardo deferimento.

Com os melhores cumprimentos

Subscrevo-me com a mais elevada consideração,

(Sílvia Cristina Lourenço Alves)

Anexo 2 - Consentimento informado

Estamos a realizar um trabalho de investigação no âmbito de estudos de Mestrado, sobre A geografia do envelhecimento da população - oferta e procura de estruturas residenciais de idosos. O caso do concelho de Beja.

O presente estudo tem como objetivo *compreender*:

- 1) Se a oferta de estruturas residenciais a idosos satisfaz a procura;
- 2) Se os idosos que procuram os equipamentos o fazem por vontade própria, e se são autónomos em termos de mobilidade e decisão;
- 3) Qual a perceção que os idosos têm dos lares

Para que este estudo se torne possível e seja atingido o objetivo, a sua participação é indispensável e voluntária, podendo cancelá-la a qualquer momento do processo, e responder a todas ou parte das perguntas.

Este estudo não acarretará para si qualquer risco ou despesa, e as informações prestadas são confidenciais, pelo que não serão reveladas a terceiros e apenas se destinam ao presente trabalho.

Agradecemos a sua colaboração,

Sílvia Cristina Lourenço Alves

Depois de devidamente informado e esclarecido, aceito participar neste trabalho de investigação.

Assinatura: _____

Data: _____

Anexo 3 - ENTREVISTA AO(S) TÉCNICO(S) SUPERIOR(ES) DE SERVIÇO SOCIAL

Instituição _____

Localidade _____

Área de abrangência geográfica _____

Ano da Criação / Abertura da Instituição _____

1.1 – Tipo de Instituição (assinale X / pode referir mais do que um)

- IPSS _____
 Religiosa _____
 Misericórdia _____
 Fundação _____
 Associação _____
 Outra / Qual (?) _____

1.2 – Missão e objetivos da Instituição

1.3 - Caracterização da Instituição

| Valências | Assinale X | Nº. de Utentes- H e M | Nº. de Técnicos | Tipo de Técnicos - Formação - | Nº. de Funcionários (não inclui técnicos) | Valência Mais Forte na Instituição (X) |
|-------------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------------------|--|---|
| Estrutura Resiª pª. Idosos | | | | | | |
| SAD | | | | | | |
| Centro de Dia | | | | | | |
| Centro de Convívio | | | | | | |
| Qual: _____ | | | | | | |

1.4 – A procura da Instituição - número

| Proveniência dos Pedidos | Estrutura Residencial para idosos | SAD |
|--------------------------|-----------------------------------|-------|
| O próprio idoso | _____ | _____ |
| A Família | _____ | _____ |
| Outros | _____ | _____ |

1.5 – Evolução na procura da Instituição / Nº. de solicitações para: - Estrutura Residencial para idosos

| Anos | Procura / Número | Mês de maior incidência |
|------|------------------|-------------------------|
| 1991 | _____ | _____ |
| 2001 | _____ | _____ |
| 2011 | _____ | _____ |

1.6 – Evolução na procura da Instituição / Nº. de solicitações para: - SAD

| Anos | Procura / Número | Mês de maior incidência |
|------|------------------|-------------------------|
| 1991 | _____ | _____ |
| 2001 | _____ | _____ |
| 2011 | _____ | _____ |

1.7 – Identificação de Problemas / Necessidades dos Utentes - número

| Identificação | Estrutura Res. p ^a . Idosos | SAD |
|---|--|-------|
| Comunicação dos próprios | _____ | _____ |
| Sinalização da família | _____ | _____ |
| Observação por parte da Instituição | _____ | _____ |
| Sinalização por parte da Seg. Social | _____ | _____ |
| Sinalização por parte do Centro de Saúde / Hospital | _____ | _____ |
| Outra. Qual? | _____ | _____ |

1.8 – A oferta da Instituição – Estrutura Residencial para idosos

| Anos | Lugares com acordo Seg. Soc. (Números) | Lugares sem acordo Seg. Soc. (Números) | Resposta a solicitações (Números) | Lista de Espera (Números) |
|------|--|--|-----------------------------------|---------------------------|
| 1991 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2001 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2011 | _____ | _____ | _____ | _____ |

1.9 – A oferta da Instituição – SAD

| Anos | Lugares com acordo Seg. Soc. (Números) | Lugares sem acordo Seg. Soc. (Números) | Resposta a solicitações (Números) | Lista de Espera (Números) |
|------|--|--|-----------------------------------|---------------------------|
| 1991 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2001 | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2011 | _____ | _____ | _____ | _____ |

2 - ESPECIFICIDADE DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO / SAD

2.1– Objetivos

2.2 Serviços Prestados

2.3- Horário da Prestação de Serviços / Número de vezes por dia

2.4 – Critérios de Admissão de utentes no SAD (assinalar de 1 a 5 – em que 1 é a maior prioridade)

Situações de Abandono ou isolamento _____

Situações de carência económica _____

Fragilidade – Doença / Dependência _____

Violência física e/ou psíquica (por parte de outros) _____

Obrigada pela colaboração,
Sílvia Lourenço Alves

Anexo 4 - QUESTIONÁRIO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

I – Instituição _____

Localidade _____

Nota: - Caso seja o próprio a responder, assinale X

1. Sexo

1.1 – Masculino _____

1.2 - Feminino _____

2. Idade

2.1 - Entre 65 e 70 anos _____

2.2 - Entre 71 e 80 anos _____

2.3 - Mais de 81 anos _____

3. Estado Civil

3.1 - Casado(a) _____

3.2 - Solteiro(a) _____

3.3 - Divorciado(a) _____

3.4 - Viúvo(a) _____

3.5 - União de facto _____

4. Naturalidade (freguesia) _____

5. Nacionalidade _____

6. Residência antes da institucionalização (localidade) _____

7. Com quem morava antes de ser institucionalizado (entrada no lar) – pode escolher mais que uma

7.1 – Sozinho (a) _____

7.2 -Cônjuge _____

7.3 – Filho (s) _____

7.4 – Netos _____

7.5 – Sobrinhos _____

7.6– Amigos _____

7.7 - Outros familiares _____

7.8 – NS/NR _____

8. Escolaridade

8.1 - Não frequentou a escola _____

8.2 – Escola primária incompleta (1º. Ciclo) _____

8.3 – Escola primária / 4ª. classe (1º. Ciclo completo - 4º. Ano) _____

8.4 - Segundo Ciclo completo (6.º ano) _____

8.5 – Segundo Ciclo incompleto _____

8.6 – Terceiro Ciclo completo (9º. Ano) _____

8.7 - Terceiro Ciclo incompleto _____

8.8 - Ensino Secundário completo (12º. Ano) _____

8.9 - Ensino Secundário incompleto _____

8.10 – Ensino Superior _____

8.11– NS/NR _____

9. Rendimento

- 9.1 - Inferior ao Salário Mínimo Nacional (SMN) _____
- 9.2 - SMN e até 750€ _____
- 9.3 - De 751€ a 1000€ _____
- 9.4 - De 1000€ a 1350€ _____
- 9.5 - De 1350€ a 1700€ _____
- 9.6 - De 1700€ a 2000€ _____
- 9.4 - De 1001€ a 1350€ _____
- 9.5 - De 1351€ a 1700€ _____
- 9.6 - De 1701 a 2000€ _____
- 9.7 - Mais de 2000€ _____
- 9.8 - NS/NR _____

10. Familiares vivos (assinalar todos os casos aplicáveis)

- 10.1 - Cônjuge _____
- 10.2 - Filhos / Quantos (?) _____
- 10.3 - Irmãos / Quantos (?) _____
- 10.4 - Sobrinhos / Quantos (?) _____
- 10.5 - Outros / Quantos (?) _____
- 10.6 - NS/NR _____

11. Tempo de permanência no Lar

- 11.1 - Menos de 12 meses _____
- 11.2 - De 1 a 2 anos _____
- 11.3 - De 3 a 4 anos _____
- 11.4 - De 5 a 6 anos _____
- 11.4 - Mais de 5 anos _____
- 11.5 - NS/NR _____

12. Motivo de institucionalização (entrada no lar) / pode assinalar vários, se for caso disso

- 12.1 - Idade avançada _____
- 12.2 - Estado de Saúde e/ou fraca autonomia _____
- 12.3 - Isolamento _____
- 12.4 - Falta de recursos financeiros _____
- 12.5 - Falta de apoios sociais _____
- 12.6 - Falta de família _____
- 12.7 - Preferência em viver no lar, embora tenha família _____
- 12.8 - Habitação sem condições _____
- 12.9 - Falecimento do cônjuge _____

12.9 – Perda de autonomia _____

12.10 – Outro / Qual (?) _____

12.11– NS/NR _____

13. Iniciativa da institucionalização (entrada no lar) - (assinalar todos os casos aplicáveis)

13.1 – Do próprio (a) _____

13.2 – De Familiares _____

13.3 – De Amigos _____

13.4 – De Técnicos da Ação Social _____

13.5 - Outro / Quem (?) _____

13.6– NS/NR _____

14. Considera que a maioria dos profissionais do lar se preocupa consigo (?)

14.1 - Muito _____

14.2 – O Suficiente _____

14.3 - Pouco _____

14.4 - Nada _____

14.5 – NS/ NR _____

15. Considera que a sua família se preocupa consigo (?)

15.1 – Muito _____

15.2 – O Suficiente _____

15.3 - Pouco _____

15.4 - Nada _____

15.5- NS/ NR _____

16. Recebe visitas (?)

16.1 - Sim _____

16.2 - Não _____

16.3 - Ocasionalmente _____

16.4– NS/NR _____

17. Quem o (a) visita (?) – pode escolher várias respostas

- 17.1 - Cônjuge_____
- 17.2 - Filhos_____
- 17.3 - Amigos_____
- 17.4 – Vizinhos_____
- 17.5 – Netos _____
- 17.6 – Sobrinhos_____
- 17.7 – Primos _____
- 17.8 – Outros familiares_____
- 17.9 – Outras pessoas_____
- 17.10– NS/NR_____

18. Tem contactos com a sua família

- 18.1 – Todos os dias_____
- 18.2 - Mais de uma vez por semana_____
- 18.3 – Uma vez por semana_____
- 18.4 - De 15 em 15 dias_____
- 18.5 – Uma vez por mês_____
- 18.6 - Raramente_____
- 18.7 - Nunca_____
- 18.8– NS/NR_____

19. Sente-se feliz/satisfeito no local onde atualmente reside?

- 19.1- Sim_____
- 19.2- Não_____
- 19.3 – Às vezes_____
- 19.4– NS/NR_____

19.5. Porquê?

20. O que gostaria de ver melhorado na sua vida?

20.1. Porquê?

Obrigada pela sua colaboração, Sílvia Lourenço Alves

Anexo 5 - QUESTIONÁRIO A IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Nota: - Caso seja o próprio a responder, assinale X

I – Local de Residência _____

Naturalidade (freguesia) _____

Nacionalidade _____

1. Sexo

1.1 – Masculino _____

1.2 - Feminino _____

2. Idade

2.1 - Entre 65 e 70 anos _____

2.2 - Entre 71 e 80 anos _____

2.3 - Mais de 81 anos _____

3. Estado Civil

3.1 – Casado(a) _____

3.2 – Solteiro(a) _____

3.3 – Divorciado(a) _____

3.4 – Viúvo(a) _____

3.5 - União de facto _____

4. Escolaridade

4.1 - Não frequentou a escola _____

4.2 – Escola primária incompleta (1º. Ciclo) _____

4.3 – Escola primária / 4ª. classe (1º. Ciclo completo - 4º. Ano) _____

4.4 - Segundo Ciclo completo (6.º ano) _____

4.5 – Segundo Ciclo incompleto _____

4.6 – Terceiro Ciclo completo (9º. Ano) _____

4.7 - Terceiro Ciclo incompleto _____

4.8 - Ensino Secundário completo (12º. Ano) _____

4.9 - Ensino Secundário incompleto _____

4.10 – Ensino Superior _____

4.11 – NS/NR _____

5. Rendimento

5.1 - Inferior ao Salário Mínimo Nacional (SMN) _____

5.2 - SMN e até 750€ _____

5.3 - De 751€ a 1000€ _____

5.4 – De 1001€ a 1350€ _____

5.5 - De 1351€ a 1700€ _____

5.6 – De 1701€ a 2000€ _____

5.7 - Mais de 2000€ _____

6. Com quem reside

- 6.1 – Sozinho (a) _____
- 6.2 -Cônjuge_____
- 6.3 – Filho (s) _____
- 6.4 – Netos_____
- 1.5 – Sobrinhos_____
- 1.6– Amigos_____
- 1.7 - Outros familiares_____
- 1.8 – Outros _____
- 1.9 – NS/NR_____

7. Familiares vivos (assinalar todos os casos aplicáveis)

- 7.1 – Cônjuge_____
- 7.2 – Filhos / Quantos (?)_____
- 7.3 – Irmãos / Quantos (?)_____
- 7.4 – Sobrinhos / Quantos (?)_____
- 7.5 – Outros / Quantos (?)_____

8. Considera que a sua família se preocupa consigo (?)

- 8.1 – Muito_____
- 8.2 – O Suficiente_____
- 8.3 – Pouco_____
- 8.4 - Nada_____
- 8.5 – NS/NR_____

9. Sente-se feliz/satisfeito no local onde atualmente reside?

- 9.1- Sim_____
- 9.2- Não_____
- 9.3 – Às vezes_____
- 9.4– NS/NR_____

9.5. Porquê?

10. Coloca a hipótese de ir para uma Instituição (Lar):

- 10.1- Sim_____
- 10.2- Não_____
- 10.3– NS/NR_____

10.4. Porquê?

11. O que gostaria de ver melhorado na sua vida?

11.1. Porquê?

Obrigada pela sua colaboração,

Sílvia Lourenço Alves

CD-ROM

