

Goes, M., Natário, I., Oliveira, M., & Bonito, J. (2009). Educação e Factores 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). Évora: Universidade de Évora. [ISBN: 978-989-95539-3-4]

EDUCAÇÃO E FACTORES DE RISCO NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO: UM ESTUDO NO DISTRITO DE BEJA

Maria Goes¹, Isabel Natário², Manuela M. Oliveira³, Jorge Bonito⁴

¹ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico Beja. margarida.goes@esenf.ipbeja.pt

² Departamento Matemática da Universidade Nova de Lisboa. FCT/UNL. icn@fct.utl.pt

³ Departamento Matemática da Universidade de Évora. mmo@uevora.pt

⁴ Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora. jbonito@uevora.pt

Resumo

O aumento do envelhecimento da população constitui um fenómeno global, que tem requerido medidas políticas específicas e variadas. De todas elas, a que parece constituir o último recurso é a colocação do idoso em lares, pese embora a investigação revele a importância, para a sua saúde, de o manter o maior tempo possível no seu ambiente familiar. Este estudo procura perceber a importância de alguns factores de risco de institucionalização do idoso. Trata-se de um *case-control*, retrospectivo, aplicado a uma amostra de 300 idosos do Distrito de Beja. Os principais resultados apontam no sentido de existir menor grau de dependência dos idosos que residem no seu domicílio, relativamente aqueles que habitam em lares.

Palavras-chave: Envelhecimento, idosos, factores de institucionalização.

1-INTRODUÇÃO

O aumento da proporção da população idosa no total da população é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera sócio-económica para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida. Como consequência, verifica-se um peso cada vez maior dos idosos na população gerando-se um desequilíbrio com implicações profundas a todos os níveis nos próximos anos. As actuais projecções indicam que em 2020, em Portugal, a percentagem de idosos com mais de 65 anos será de 20% e de 2,4% os que terão mais de 85 anos (Nazareth, 2006). Os dados recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística, de 2001, apontavam um índice de dependência dos idosos de 24,5 (Carrilho, 2002)

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

O impacto deste envelhecimento demográfico no Sistema de Saúde será, igualmente, grande. Um estudo efectuado pela OCDE, em 2005, sobre cuidados de saúde para as pessoas idosas e cidadãos em situação de dependência em Portugal, revela que o consumo dos idosos em cuidados de saúde é muito grande. Estima-se que, relativamente a uma pessoa de 25 anos, um idoso de 75 anos aumente em 700% o gasto em assistência em hospital, em 100% o gasto ambulatorio e domiciliário e em 72% o gasto farmacêutico (Vieira, 2007).

Este fenómeno do envelhecimento, consequência da transição demográfica, envolve algumas implicações nos contextos, relações e ambientes sociais (Malveiro, 1997; Nazareth, 1998; Pimentel, 2001; Carrilho, 2002; Martins, 2006): (a) as regiões mais afectadas são as do interior; (b) existem transformações das redes sociais de suporte informal na velhice; (c) a família continua a ser o principal apoio ao idoso, em relação aos contactos sociais e apoio psicológico; (d) nas famílias, os papéis e as funções

alteraram-se e foram atribuídos ao Estado; (e) a interacção familiar fica comprometida com os vários papéis que a mulher desempenha nas sociedades modernas e o recurso às redes formais de apoio surge como uma solução.

Esta é a realidade marcadamente presente no distrito de Beja. 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.

Para compreender o “ambiente humano” torna-se adequado socorrer-nos de quadros teóricos da ecologia humana. Segundo Boyden (1992), citado por Lawrence (2003), “os processos e os produtos humanos transformam os constituintes do ambiente para ir de encontro às aspirações, objectivos e necessidades” (p.35). Além disso, as actividades humanas podem provocar inúmeras consequências nos constituintes abióticos e biológicos dos ecossistemas e em contrapartida, sofrerem um grande impacto na saúde humana e no bem-estar. Esta é uma das razões porque os estudos das inter relações entre o biológico, as características ecológicas e culturais dos lugares humanos devem ser abordados numa perspectiva integrada e aplicados eficazmente (Lawrence, 2003).

Como refere Tuan (2001) o lugar é uma pausa no tempo. O lugar está sem dúvida associado ao tempo; até no sentido em que os mais novos o perspectivam enquanto um torneio no tempo, os mais velhos olham para trás fazendo recorrência àquilo que fizeram e foram. Diversos autores, de entre os quais Korpela e Hartig (1996) salientam que é no sentido em que o sujeito associa ao espaço físico determinadas memórias e emoções que lhe permitem recordar o seu passado e perspectivar o futuro, que conseguem alcançar a tão desejada continuidade, que contribui para a estabilidade do self. Podemos dizer que os lugares nos ajudam a saber quem somos e a lembrar-nos quem fomos. As nossas memórias estão associadas a lugares a espaços concretos que existem hoje e são diferentes dos de então.

Hormuth (1990) salienta que a perda de continuidade ao nível do *self* pode conduzir a distúrbios psicológicos. O autor refere as situações de realojamento forçado como potenciadoras deste tipo de problemas. Estes resultados corroboram os de Coleman (citado por Willmott, 1976) em que o autor registou a incidência de uma patologia – *transitional neurosis* – nos sujeitos que experienciaram situações de mudança de residência.

No caso do idoso, em particular, o seu domicílio é, como considera Vieira (2007), cada vez mais o melhor ambiente, na medida em que é ali que as pessoas crescem, se desenvolvem, vivem e sofrem os diferentes eventos da vida e, espera-se, seja também cada vez mais o local para morrer, com a assistência adequada.” (p. 85)

O objectivo do presente estudo é averiguar a pertinência na explicação da situação residencial dos idosos a partir dos chamados “factores de institucionalização”, que consistem no tipo de apoio que os idosos recebem (5 níveis), na existência de coabitação com outras pessoas (em 3 níveis), na existência de visitas aos idosos (5 níveis) e em duas medidas ordinais de graus de dependência dos idosos – escalas de Katz (7 níveis), que mede dependência física, e de Lawton (19 níveis), que mede dependência psicossocial.

1.1- O IDOSO NO CONTEXTO SOCIAL ACTUAL

O envelhecimento é um processo fisiológico, não é uma doença, mas a necessidade de ajuda já é uma constatação que não se pode ignorar. A rede familiar é a primeira a

quem se recorre, na medida em que é a família que tem o papel mais importante, no que respeita ao apoio às pessoas idosas. É nela que os idosos procuram apoio para resolver as suas necessidades de acolhimento, troca afectiva e material e é a ela que recorrem como suporte social.

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

O Serviço de Apoio Domiciliário: destinado essencialmente aos idosos que apresentam algum grau de dependência. Presta serviços ao nível da alimentação, higiene pessoal, limpeza da habitação e tratamento de roupas. Tem como finalidades evitar a institucionalização e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Os Centros de Dia: Pressupõem que o idoso seja autónomo nas suas actividades de vida. Este tipo de serviço mantém o idoso integrado na comunidade e na família.

Os Centros de Convívio: Proporcionam um local de convívio e lazer, desenvolvem a vertente lúdica e de ocupação dos tempos livres. Este tipo de apoio tem um papel de grande relevo na prestação de cuidados do idoso, pois mantém-no no seu meio ambiente e nalgumas situações facilita a sua permanência no seio da família.

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

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

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

1.2- FACTORES DE RISCO PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS

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

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

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

referimos, tendo sido agrupados em categorias e analisados mais pormenorizadamente para que se perceba a sua influência na entrada para uma instituição:

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

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

Psicológicos: O facto de viver só. As circunstâncias que envolvem o último ciclo da vida criam condições favoráveis ao isolamento objectivo, na medida em que as perdas que vão acontecendo nos objectos relacionais ao longo da vida dificilmente são colmatadas. Netto (1996) diz-nos que "morar sozinho, não ter filhos, ou não estar casado, são factores de risco para a institucionalização de idosos que necessitam de cuidados de longa duração" (p. 316).

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

Sociais: A rede de suporte. Na rede formal, podemos incluir todo o tipo de assistência prestada pelas instituições sociais de saúde (centros de saúde e hospitais), bem como o sistema de segurança social (centros de dia, lares e sistemas de apoio domiciliário). A rede informal compreende as redes de família, da vizinhança e de amizade e de certa forma podem ser consideradas redes naturais de solidariedade, na medida em que surgem espontaneamente na sociedade e se situam num plano individual.

1.3- DEPENDÊNCIA

Para a realização deste estudo, procurámos averiguar se a dependência dos idosos é, no nosso contexto social, um factor de institucionalização. Além disso, pensámos que seria útil perceber quais os factores de risco que lhe estão associados. Quando falamos de dependência, esta pode aparecer-nos sob várias facetas, o que torna a sua análise, se não difícil, pelo menos ambígua.

Há, por tudo isto, uma crescente necessidade de caracterizar a dependência, sendo cada vez mais evidente que ela é multidimensional, multifactorial e multicausal. A dependência é considerada por muitos como uma parte necessária do envelhecimento (Baltes, 1996; Berger, 1994; Netto, 1997) e, como muitos outros fenómenos do envelhecimento, parece ser, em primeiro lugar, um produto do declínio e da deterioração do indivíduo, tal como o são a perda das funções mental e física.

Assim como a dependência na infância, a qual parece ser uma etapa natural do desenvolvimento humano, também a dependência na terceira idade é considerada

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

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

2- MATERIAL E MÉTODOS

2.1-ESCALAS DE AVALIAÇÃO DOS ESTADOS FUNCIONAIS

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

Um grupo de cientistas, nos EUA, liderados por Sidney Katz (1963) citado por Badia Xavier (1996) desenvolveu um primeiro trabalho baseado num pensamento mais crítico e com bases teóricas. Este equiparou a sequência da recuperação das seis actividades básicas da vida diária (alimentar-se, ter continência de esfíncteres, mobilizar-se, usar a casa de banho, vestir-se e tomar banho) e verificou que se assemelhavam à sequência de aprendizagem dessas mesmas funções no processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

Por sua vez, Lawton e Brody (1998) conceberam um outro conjunto de actividades a que chamaram actividades instrumentais da vida diária – AIVD, e que são mais complexas que aquelas que Katz e seus colaboradores idealizaram. Este tipo de actividades reflecte a capacidade que os idosos possuem para se adaptarem ao meio que os rodeia e que incluem o usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar a roupa, ser capaz de usar transportes, tomar medicamentos e gerir dinheiro, representando cada item uma tarefa complexa, composta por vários componentes, e que vão determinar a capacidade do idoso para continuar a viver sozinho e sem ajuda

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

H1-Existe associação entre a situação residencial do idoso e o tipo de apoio que recebe.

H2-Existe associação entre o facto de o idoso viver só e a sua entrada num lar.

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

H4-Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Katz do que os idosos que aguardam entrada para um lar.

H5-Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Lawton que os idosos que aguardam entrada para um lar.

A definição precisa dos limites dos grupos demográficos nem sempre é uniforme e consensual entre os organismos internacionais. No trabalho de Carrilho (2002), usado pelo INE, o grupo de população idosa tem 65 e mais anos. A população-alvo do nosso

estudo, contudo, os idosos com mais de 75 anos do Distrito de Beja.

Extraí-se uma amostra por conveniência, constituída por 300 idosos, dividida em duas sub-amostras emparelhadas: Grupo A - 150 idosos com futura residência nos lares do Distrito de Beja; Grupo B - 150 idosos a residir no domicílio do mesmo distrito. Todos estes idosos completaram, até final de 2006, 75 ou mais anos de idade, momento a partir do qual o risco de institucionalização aumenta consideravelmente.

Utilizámos uma amostra emparelhada e intencional a partir do grupo A para apurar o grupo B, com base nas suas características (sexo, idade, escolaridade e local de residência). Quando houve mais que um indivíduo com a mesma idade, sexo, escolaridade e local de residência no domicílio, procedeu-se a uma escolha aleatória, por sorteio.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista estruturada. As razões que nos levaram a escolher este tipo de instrumento prendem-se, essencialmente, com os factos de a população em estudo ter uma idade avançada, de estarmos em presença de muitos indivíduos analfabetos ou com iliteracia, e de haver uma série de dados colhidos a partir dos processos dos idosos que se encontram no lar ou, se necessário, junto de quem presta apoio aos idosos que se encontram no domicílio, como foi o caso dos Centros de Saúde.

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

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

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

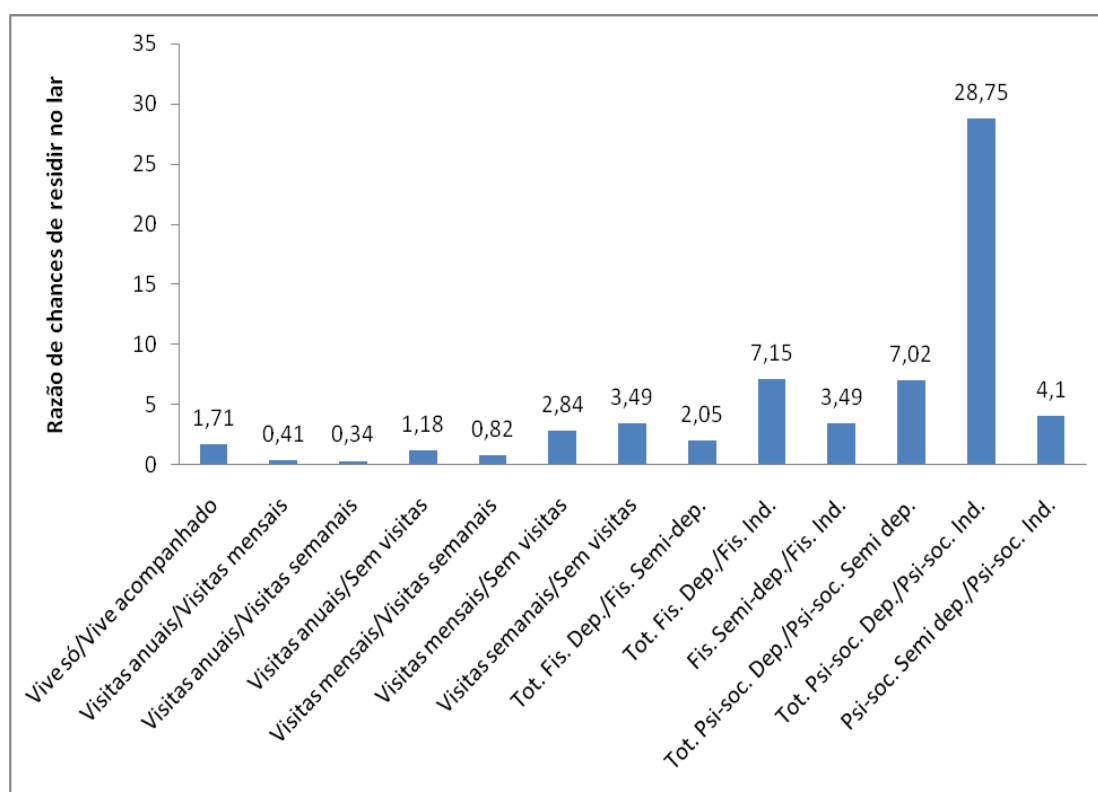
3-APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Tabela 1
Tabela de contingência

DE ENTRE OS QUE VIVEM NO LAR:	DE ENTRE OS QUE VIVEM EM DOMICÍLIO PRÓPRIO:
0.58 vivem sós	0.45 viviam sós
Praticamente todos são ajudados por profissionais e familiares (0.99)	0.43 são apoiados pela família, 0.15 são apoiados por outros e 0.15 são apoiados por profissionais e familiares, 0.17 são apoiados exclusivamente por profissionais e 0.11 não têm qualquer espécie de apoio
0.07 têm visitas anuais, 0.19 visitas mensais, 0.53 visitas semanais e 0.21 não tem visitas.	0.13 têm visitas anuais, 0.13 visitas mensais, 0.31 visitas semanais e 0.43 não tem visitas.

Fisicamente falando, 0.14 são totalmente dependentes, 0.55 são semi-dependentes e 0.31 são independentes.	Fisicamente falando, 0.04 são totalmente dependentes, 0.32 são semi-dependentes e 0.64 são independentes.
Psico-socialmente falando, 0.31 são totalmente dependentes, 0.67 são semi-dependentes e 0.03 são independentes.	Psico-socialmente falando, 0.05 são totalmente dependentes, 0.81 são semi-dependentes e 0.13 são independentes.

Obtivemos então os seguintes resultados relativos a razões de chance interesse estimadas:



(Tot. Fis. Dep., Fis. Semi-dep. e Fis. Ind. são siglas para “totalmente fisicamente dependente”, “fisicamente semi dependente” e “Fisicamente independente”, respectivamente. Tot. Psi-soc. Dep., Psi-soc. Semi dep. e Psi-soc. Ind. representam “Totalmente psico-socialmente dependente”, “Psico-socialmente semi dependente” e “Psico-socialmente independente”, respectivamente.)

Assim, por exemplo, quem vive só tem uma chance de residir no lar 1.71 vezes maior do que quem vive acompanhado e a chance de residir no lar para quem é totalmente psico-socialmente dependente de 28.75 vezes maior do que a chance de residir no lar para quem é psico-socialmente independente.

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

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

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

Tabela 2

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

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

Tabela 3

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

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

4-DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

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

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

quer psicossocial. Concordamos com Jacob (2001), que refere que, para além das grandes dificuldades que se verificam, na maioria dos casos, por parte da família para cuidar do idoso, existe, igualmente, por parte do Estado uma grande dificuldade em criar estruturas de apoio que garantam todos os direitos fundamentais do idoso. Não existem portanto, associação entre a situação residencial do idoso e o tipo de apoio que recebe (hipótese H1 rejeitada).

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

A análise feita ao factor “ visitas” permite concluir que quanto mais frequentemente os idosos são visitados, menos riscos correm de entrar para uma instituição. As visitas são importantes porque levam a que se sintam mais seguros, no caso de uma possível necessidade de ajuda. Por outro lado, os idosos que não são frequentemente visitados principalmente por parte dos filhos, têm receio de, em caso de uma situação de dependência surgir, não terem a quem recorrer.

As visitas são o continuar da vida em família e contribuem para fortalecer as ligações entre a vida familiar e a qualidade de vida. Além disso, há mesmo quem defenda que a manutenção dos laços não só com os filhos mas também com os amigos é um importante elemento de prevenção de múltiplas doenças, quer físicas, quer psíquicas. Corroboramos, desta forma, a nossa terceira hipótese.

Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Katz do que os idosos que aguardam entrada para um lar. Verifica-se um aumento da probabilidade de ida para um lar à medida que o grau de dependência física aumenta. Podemos concluir que o grau de dependência física é, no nosso distrito, um factor que muito contribui para a institucionalização dos idosos.

Por último, Os idosos que residem no domicílio têm um menor grau de dependência para a escala de Lawton que aqueles que aguardam entrada para um lar. Este tipo de dependência é sem dúvida o factor mais preponderante no processo de institucionalização, dada a fortíssima associação que existe entre, o facto de viver num lar e o aumento da dependência psicossocial. Donde, também esta hipótese foi corroborada.

5 – CONCLUSÃO E SUGESTÕES

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

- Uma reforma forçada, mobilidade geográfica de filhos e familiares, morte do cônjuge e de amigos, afastamento de diversos organismos a que pertenciam.
- A actual estrutura familiar, a urbanização, o anonimato nos contactos humanos, a mobilidade da população, a evolução acelerada da sociedade, o ambiente hostil, são elementos com muita influência neste acontecimento.

- Os baixos rendimentos dos idosos acarretando um baixo nível de vida, o débil estado de saúde, a par tantas vezes com uma inactividade forçada, provocam no idoso sentimentos de inutilidade social, primeiro passo para que se isole, se sinta só e recorra a instituições como ultima alternativa.

- A reduzida capacidade de participação sócio-cultural que é permitida aos idosos, também faz com que se sintam marginais na sociedade em que vivem.

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

O tipo de ajuda que os idosos têm, relacionado com o grau de dependência quer física quer psicossocial, é insuficiente para prolongar o mais possível a sua independência perante a sociedade. Uma vez que a saúde é resultante de um equilíbrio delicado entre as partes biológica, psíquica e social do indivíduo, não podemos aceitar que estas medidas de apoio adoptadas no campo sanitário não estejam interligadas ou, dito de outra forma, que não exista uma complementaridade de forma a possibilitar, ao idoso, o acesso a um conjunto de recursos que garantam a sua independência.

Pensamos existir muita falta de inter e pluridisciplinaridade na abordagem deste problema, decorrente de um não-profissionalismo existente entre nós, dando origem a uma assistência de má qualidade sem coordenação nas acções empreendidas. Isto requer, todavia, uma nova forma de pensar por parte de cada um de nós, da sociedade e da humanidade, como um todo.

No nosso ponto de vista, urge realizar, pois, uma renovação cultural baseada em três valores supremos (Lopes, 2008): o valor da vida; o valor da amizade; e o valor do amor.

Com estes princípios éticos, relativamente aos quais as pessoas sentem um forte compromisso emocional, conduzirá a que os valores assumam um lugar central na própria vida. O ser humano, enquanto entidade física, social e espiritual e o valor existencial da vida humana serão a centralidade, ou núcleo, para compreender o dinamismo funcional das pessoas. São apenas os valores que dão sentido e significado à vida individual e social.

E neste aspecto a educação constitui-se como uma necessidade social. Educar será, pois, trabalhar com a mente e com o coração das pessoas (Bonito, 2008). O grande desafio reside, pois, na comunicação, sendo a qualidade desta decisiva para manter ou mudar atitudes (Morreale e Pearson, 2008). Beebe, Beebe e Redmond (2004) consideram que, teoricamente, a boa comunicação confere poderes aos outros, e permite às pessoas conhecerem-se melhor e fazerem as suas próprias escolhas. A comunicação depende, por um lado, do educador, como se disse, da sua credibilidade e competência, atracção e semelhança (Hoy e Smith, 2007), poder e autoridade. Os processos educativos devem, por isso, estar revestidos de boas e fortes escolhas de comunicação.

Estamos convencidos de que esta renovação permitirá aos idosos desempenhar um papel importante nos últimos anos da sua existência e permitir-nos-á, com eles, aprendermos a viver uma vida mais plena.

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, I. et al. (1994, Agosto). Risk profiles for nursing home placement of rural elderly: A cluster analysis of psychogeriatric indicators. *Archives of Psychiatric Nursing*. Ano 8 (4), 262-271.
- Badia, X. et al. (1996). *La medida de la salud – Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones e Publicaciones Publicitarias.
- Baltes, M., & Silverberg, M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: University Press, 123-150.
- Beebe, S. A., Beebe, S. J., & Redmond, M. V. (2004). *Interpersonal communication : relating to others*, 4th ed., Boston, Allyn & Bacon.
- Berger, L. (1994). *Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bonito, J. (2008). *Fará a educação bem à saúde*. I Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representação Sociais (no prelo).
- Callaham, M. et al. (1992). *Randomized clinical trial of high-dose epinephrine and norepinephrine*. Nova York: JAMA.
- Carvalho, V. ; Fernandes, M. (1999). Depressão no idoso. In Matheus Papaléo Netto: *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora: Atheneu.
- Carrilho, M. J. (2002). *A situação demográfica recente em Portugal*. Estudos demográficos, INE.
- Freedman, V. A., et al. (1994, Maio) - Family networks: predictors of nursing home entry. *American Journal of Public Health*, 84 (5), 843-845.
- Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Editora Atheneu.
- Hormuth, S.E. (1990). *The Ecology of Self: relocation and self-concept change*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoy, W. K., & Smith, P. A. (2007). Influence: a key to successful leadership, *International journal of educational management*, 21(2), 158-167.
- Ilhéu, J. R. (1999). Isolamento e solidão na população idosa no Alentejo. *Economia e Sociologia*. Évora: Universidade de Évora, 54, 29-52.
- Instituto Nacional de Estatística (2001). *Recenseamento geral da população 1991 e 2001. Estimativas e Projecções de População*. Lisboa: INE.
- Jacob, J. (2001). *Diversidad, estabilidad y madurez en ecosistemas influidos por las actividades humanas*. Barcelona: Editorial Blume.
- Klein, T. & Salaske, I. (1994, Novembro, Dezembro). Determinants of nursing home admission of elderly patients and chances for prevention. A longitudinal study in Germany. *Zeitschrift fur gerontologie*. 27 (6), 442-455.
- Korpela, K. & Hartig, T. (1996). Restorative qualities of favorite places. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 221-233.
- Lafarge, M. (1992). *Les personnes ages. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris : La documentation Française.
- Lamy, M. (1996). *As camadas ecológicas do homem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lawton & Brody (1998). Instrumental Activities of Daily Living Scale. The HABAM, a new instrument to assess balance and mobility in the hospitalized elderly. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Ano 30 (17), 44 - 56. Cambridge: University Press.
- Lawrence, R. (2003). Human Ecology and its applications. *Landscape and Urban Planning*. Nº 65, 31-40.
- Lima, A. & Viegas, S. (1998). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria da velhice. *Revista de Psicologia*, VI, (1) 149-158.
- Lopes, P. (2008). *A vida, o amor e a amizade como valores do ser humano: contributo da Equação Vital Biodinâmica*. II Congresso Nacional de Educação para a Saúde (no prelo).
- Malveiro, A. B. (1997). *Ser velho no Alentejo*. Tese de Mestrado em Sociologia. Universidade de Évora. Évora.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.
- Mausner, J. & Kramer, S. S. (2004). *Introdução à Epidemiologia* (3^a Ed.). Lisboa:

- Fundação Calouste Gulbenkian. (p. 18)
- Metzger, M. H. et al. (1997, Junho). Predictive factors for institutionalization in the context of gerontological planning in the Gironde Area (France). *Revi. Epidemiol Santé Publique*. 43 (3), 203-213.
- Morreale, S. P. & Pearson, J. C. (2008). Why communication is important: the centrality of the discipline in the 21st century, *Communication education*, 57(2), 224-240.
- Nazareth, J. M. (1996). Introdução à Demografia – Teoria e prática. Lisboa: Editorial Presença.
- Nazareth, M. A evolução demográfica (projecção para os anos 2010-2020). Conferencia no âmbito das 2.^a jornadas de Bioética da R A da Madeira. Funchal, 17/06/2006.
- Netto, M. e Borgonovi, N. (1996). *Biologia e teorias do desenvolvimento*. São Paulo. Editora Atheneu.
- Netto, M. e Ointe, J. (1997). Envelhecimento: desafio na transição do século. São Paulo: Editora Atheneu.
- Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto. (p. 21)
- Severson (1994). Les relations intergénérationnelles au moment de la vieillesse des parents. *Gérontologie e société*. Paris: Fayard. 55, 32-45.
- Soczka, L. (2000) Contextos territoriais e a perspectiva ecológica em Psicologia Social. (4^aEd). In J. Vala & M. B. Monteiro, (Eds). *Psicologia Social*. Lisboa: Gulbenkian. 503-541.
- Spector, W. & Sternberg, J., Drugovich M., et al (1992). Use of Psychoactive Drugs in Nursing Homes: Prevalence and Residents Characteristics." *Journal of Geriatric Drug Therapy* (21) 4, 47-60.
- Steiner, D. (1993). Human ecology as interdisciplinary science, and science as part of human ecology. in D. Steiner & M. Nauser (Eds.). *Human Ecology: fragments and anti-fragmentary views of the world*. Routledge. New York.
- Steiner, D. (2002). *Human Ecology: following nature's lead*. Washington: Island Press.
- Tuan, Y-F. (2001). *Space and Place: The Perspective of Experience*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Vernooi, J. & Dassen, M. (1997, Julho). Predictors of change and continuity in home care for dementia patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (6), 671-77.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.85-122
- Weissert, W. G. et al. (1989, Outubro). Toward a model for improved targeting of aged at risk of institutionalization. *Health Services Research*. 24 (4), 485-510.
- Willmott, P. (1976). Social research and new communities. *Journal of the American Institut of Planners*, 33, 381-398.