



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Idosos não institucionalizados: uma escolha?

A permanência dos idosos nas suas residências

Liliana Lourenço Ramos

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em
Mestrado de Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais
2º Ciclo de estudos

Orientador: Prof^a Doutora Amélia Augusto

Covilhã, outubro de 2017



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Idosos não institucionalizados: uma escolha?

A permanência dos idosos nas suas residências

Liliana Lourenço Ramos

Covilhã, outubro de 2017

“O mais importante na vida não é a situação em que estamos, mas sim a direção para a qual nos movemos.”

Oliver Wen Dell Holmes

Dedicatória

À minha avó Isabel Correia.

Agradecimentos

A realização de uma investigação desta natureza requer muito estudo, empenho e dedicação. A preocupação de realizar este estudo da melhor forma possível foi sempre primordial ao longo deste ano. No entanto, a realização da minha dissertação não seria possível sem o apoio de uma série de pessoas, às quais agradeço do fundo do coração.

Agradeço aos meus pais, que fizeram inúmeros sacrifícios para conseguirem dar o melhor às suas duas filhas e em especial a mim para chegar ao final desta etapa. Agradeço o apoio e a paciência que tiveram comigo.

Agradeço também à minha orientadora científica, a professora Amélia Augusto, que me apoiou desde o início e sempre demonstrou disponibilidade para me ajudar e direcionar. Agradeço todo o incentivo e motivação que me deu!

Agradeço aos idosos que participaram na investigação pela disponibilidade, pela informação e pela participação tornando possível este trabalho!

Agradeço de forma muito especial à minha irmã, Inês Ramos, que me acompanhou sempre ao longo da vida e em especial neste momento! Sem a alegria, força e incitamento dela, todo este trabalho não seria possível!

Agradeço a toda a minha família e aos meus verdadeiros amigos e amigas por me acompanharem neste caminho e por estarem presentes quando mais precisei e terem sempre uma palavra de incentivo e carinho!

E como os “últimos são sempre os primeiros”, agradeço de forma muito especial à minha mãe, Cristina Maria Lourenço, por tudo o que me transmitiu e proporcionou, pelas lições de vida e por acreditar em mim!

Agradeço a todos os que de uma forma ou outra me ajudaram na realização da minha dissertação!

A todos o meu sincero obrigado!

Resumo

Título: Idosos não institucionalizados: uma escolha? A permanência dos idosos nas suas residências

Com este estudo pretende-se contribuir para o conhecimento sociológico do envelhecimento demográfico, nomeadamente no que concerne à compreensão dos aspetos que configuram a decisão dos idosos em permanecer nas suas casas.

Assim sendo, esta investigação tem como principais objetivos, perceber qual a importância da família e da comunidade como redes de apoio e suporte ao idoso não institucionalizado, compreender o significado da entrada no lar na perspetiva do idoso não institucionalizado, perceber quais as principais potencialidades e constrangimentos de permanecer na sua própria casa e, por fim, perceber de que forma estas dimensões configuram a decisão do idoso permanecer na sua casa e o que pode ser melhorado no sentido de apoiar a sua continuação.

Esta investigação desenvolveu-se num contexto geográfico fortemente envelhecido e ruralizado, o concelho do Sabugal. A população-alvo deste estudo são os idosos não institucionalizados a permanecer nas suas casas, tendo participado no mesmo 18 idosos a viver sós ou com o cônjuge, sendo que 12 deles fizeram parte do grupo de idosos da Universidade Sénior do Sabugal. Foram definidos como critérios de seleção de participantes ter idade igual ou superior a 65 anos e não usufruir do apoio do centro de dia. Recorreu-se a uma metodologia de base qualitativa e foram utilizados como instrumentos de recolha de dados entrevistas semiestruturadas e *focus group*. Todos os 12 participantes no *focus group* reuniam os critérios de seleção delineados, com a particularidade de estarem a frequentar a Universidade Sénior, à data da realização do *focus group*.

Os principais resultados revelaram que as principais potencialidades do idoso permanecer em casa se predem com a maior autonomia, maior liberdade e privacidade, bem como com a manutenção de laços e relações familiares, contribuindo a permanência em casa para a manutenção da sua identidade. A entrada no lar tem, para os participantes do estudo, uma conotação pejorativa, no entanto alguns idosos reconhecem o lar como uma boa resposta social, essencialmente na fuga à solidão e isolamento social. A participação em atividades na comunidade é fundamental, sendo que os idosos que participaram no *focus group* apresentam uma atitude mais positiva em relação à velhice. Os idosos apenas saíam das suas casas em caso de extrema necessidade, e iriam para o lar, não por vontade própria, mas essencialmente para não serem um “peso” para a família. O facto de o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) ser a resposta social mais mencionada nos discursos, invoca o desejo de permanecer nas suas casas, já que se trata de um apoio que lhes permite obter ajuda, sem terem de sair das suas casas.

Os resultados da investigação mostram a necessidade de melhorar os cuidados prestados no domicílio, assim como as condições de habitação e de adequação à velhice, de estimular a

participação social do idoso, melhorar o acesso a serviços, e definir estratégias que promovam o envolvimento das famílias e da comunidade na vida do idoso. Esta melhoria passa pela construção de programas/projetos que visem apoiar a continuação do idoso na sua residência, permitindo manter o idoso na sua casa, o máximo de tempo possível, pilar essencial para a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave

Envelhecimento, habitação, redes de sociabilidade, participação, institucionalização, autonomia, decisão/opção.

Abstract

Title: *Non-institutionalized elderly: a choice? The permanence of elderly people in their homes.*

The present study provides a contribution to the sociological knowledge of demographic ageing, as regards the understanding of the aspects that shape the decision of the elderly in staying in their homes.

The purposes of this study are the following, to assess the extent of the importance of the family and of the community as support networks and as support to the non-institutionalized person, to understand the impact of going to a retirement home for the non-institutionalized person, to become fully aware of the main potentialities and constraints of staying at home and finally, to perceive how all these aspects lead the elderly to decide to stay in their homes and what can be improved in order to support the elderly's decision.

This study took place in the county of Sabugal, a strongly aged and rural geographical context. The study population included 18 non-institutionalized elders living in their homes, alone or with their partner, belonging 12 of them to a group of elders who attend the Senior University of Sabugal. The study participants were 65 years old or more and they were not benefitting from day care centre support.

The methodology used in the study was the qualitative research and the data collection instruments were the semi-structured interview and the focus group. All the 12 participants of the focus group satisfied the outlined criteria when the focus group took place.

The main results obtained with the present study showed that the elder stays at home in order to have more autonomy, more freedom and privacy, as well as to keep the family bonds. All these factors contribute to maintain the elder's identity. Going to a retirement home has, for the study's participants, a pejorative connotation. Nevertheless, some of the elderly realize that the retirement home is a good social answer, essentially to escape from loneliness and social isolation. Taking part in the community activities is considered fundamental and the elderly who were involved in the focus group showed a more positive attitude towards elderliness. Therefore, old people would only leave their home in case of extreme need and they would go to a retirement home, not of their own free will, but mainly, not to be a "burden" to the family. The fact that Home Support Services was the most mentioned social answer referred to shows the will to stay at home with Home Care provided.

The results of the study allow me to conclude that there is the need to improve not only Home care but also, housing conditions. It is also imperative to adapt the housing conditions to the elderly. Moreover, the social participation of old people has to be stimulated. Furthermore, it has to be improved the access to services and strategies have to be defined to promote the involvement of families and of the community in the life of the elderly. These improvements

require developing projects that allow elderly people to stay in their homes, as much time as possible, which is the foremost important aspect of the elderly's quality of life.

Keywords

ageing, housing, sociability networks, participation, institutionalization, autonomy, decision/option.

Índice

Introdução	2
Parte 1- Fundamentação teórica	6
1. O envelhecimento demográfico em Portugal.....	6
1.1.O envelhecimento demográfico no Concelho do Sabugal	8
2.Teorias do envelhecimento/ velhice: principais contribuições teóricas	10
2.1.O envelhecimento Humano: biológico, psicológico e social	14
2.2.Respostas sociais, programas e principais discussões	16
3.Família, Redes sociais e Participação social	19
4.Envelhecer em casa	25
4.1.A Identidade, Autonomia, Dependência e Decisão.....	28
Parte 2- Da metodologia à análise dos dados.....	30
5.Opções metodológicas	30
5.1.Modelo de Análise.....	30
5.2.A metodologia	33
5.3. Técnicas de recolha de dados	34
5.4. Seleção dos participantes.....	37
5.5. Considerações éticas	38
6.Análise e interpretação dos resultados	39
6.1.Caracterização dos participantes.....	39
6.2. Redes de Sociabilidade (Família, amigos e vizinhos)	41
6.3.Participação social e ocupação dos tempos livres	48
6.4.Perceção sobre a casa.....	52
6.5.Perceções relacionadas com a institucionalização.....	55
6.6.Autonomia e apoio ao idoso	59
6.7.A construção da decisão/opção de permanecer em casa	60
Conclusão	62
Referências Bibliográficas	67
ANEXOS.....	72

Anexo I- Guião do focus group	74
Anexo II- Guião das entrevistas	77
Anexo III- Consentimento informado.....	79
Anexo IV- Ficha de caracterização das entrevistas	80
Anexo V- Exemplo Sinopse entrevistas	81
Anexo VI- Quadro de caracterização das entrevistas e Quadro de caracterização dos participantes do focus group.....	84

Lista de Figuras

Figura 1- Mapa de Portugal e Mapa do distrito com indicação da localização do Concelho do Sabugal

Figura 2- Gráficos da População residente em 2001 e em 2011 segundo o grupo etário

Figura 3- Quadro da Taxa de cobertura (%) das diferentes respostas sociais no concelho do Sabugal

Figura 4- Modelo de Análise

Lista de Tabelas

Tabela 1- Distribuição pelas categorias etárias e por sexo

Tabela 2- Caracterização da população entrevistada

Tabela 3- Caracterização dos participantes no *focus group*

Lista de Acrónimos

EMV	Esperança Média de Vida
EU	European Union
AEEASG	Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
OMS	Organização Mundial de Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
AVD`s	Atividades da Vida Diária
PCHI	Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas
DGS	Direção Geral de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Introdução

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social, definido pelo aumento das pessoas idosas na população total em detrimento da população jovem e/ou da população ativa. Este é um dos fenómenos mais marcantes e presentes da sociedade atual, devendo-se em grande parte ao aumento da esperança média de vida (EMV) e ao declínio da natalidade (Rosa, 1993; Capucha, 2005; Fernandes, 2001; Lopes e Lemos, 2012; INE, 2015). A velhice é uma fase de vida que surge como o último período da evolução natural da vida, esta constitui-se como um processo heterogéneo, inerente a variados fatores, o que a torna um fenómeno claramente multidimensional. Assim, o crescimento da proporção de gerações mais velhas realça a necessidade de análise profunda, teórica e empírica e de caracterização social das condições de vida na velhice. A temática do envelhecimento é uma área que abrange múltiplas questões que podem ser problematizadas na pesquisa social. Um dos temas que tem sido objeto de um grande número de investigações sociológicas é a institucionalização dos idosos. Tem-se vindo a investigar ao nível das várias respostas sociais, dos lares, dos centros de dia, do apoio domiciliário e, recentemente, ao nível dos cuidadores, tendo também sido dado um enfoque particular à análise dos efeitos da institucionalização dos idosos. Porém, é também fundamental olhar para esta matéria do outro lado, ou seja, olhar para os idosos não institucionalizados, visto que estes ocupam um grosso espaço na sociedade portuguesa, mais visível ainda no interior de Portugal, particularmente no Concelho do Sabugal, local onde se realizou o estudo. É importante para a Sociologia a produção de conhecimentos no sentido de encontrar resposta para as várias necessidades que o envelhecimento demográfico traz consigo, bem como para as várias formas de viver e gerir a velhice. Desta forma, um dos fatores de justificação da escolha temática para esta dissertação é a vontade de contribuir para os estudos na área dos idosos não institucionalizados. Por outro lado, esta realidade dos idosos não institucionalizados sempre foi algo que esteve muito presente no meu dia-a-dia, e perante este ambiente envolvente, é importante para mim e para esta zona geográfica, trabalhar estas questões. Assim, trata-se não só de uma questão de pertinência científica, mas também de uma opção pessoal, decorrente das minhas vivências numa zona rural e envelhecida.

Numa fase inicial, decorrente da reflexão em torno do objeto de estudos e de leituras preliminares, surgiram alguns dos questionamentos da investigação que, de certa forma, contribuíram para a definição dos objetivos e problematização do objeto: quais as razões que levam os idosos a permanecerem nas suas residências? Em que medida se trata de uma opção ou de uma necessidade face a constrangimentos vários? Em que medida o género influencia esta decisão de permanecer na residência? Existem diferenças entre o grupo dos idosos que vivem sós e o grupo dos idosos que vivem com o cônjuge? Qual a influência das redes de sociabilidade no grupo de idosos não institucionalizados? Qual a imagem e construção social da institucionalização para os idosos não institucionalizados? E em que medida esta representação

da institucionalização influencia a sua opção de não ingressar num lar (se é que se trata verdadeiramente de uma opção)?

Através deste levantamento de questões, surge o objeto de estudo da dissertação, os idosos não institucionalizados que permanecem nas suas próprias residências. Neste contexto, foi proposto como objetivo geral: perceber quais os fatores que configuram a decisão de permanência dos idosos nas suas residências.

Com o objetivo de se conseguir determinar de modo mais eficaz e sólido esta questão, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Perceber as potencialidades e constrangimentos percebidos pelos próprios idosos em permanecerem nas suas residências.
- Perceber em que medida a família e a comunidade (laços sociais e redes de apoio) têm um papel importante na permanência do idoso na sua residência.
- Perceber a representação da institucionalização na perspetiva do idoso não institucionalizado e em que medida esta configura a sua decisão.
- Perceber o que, na perspetiva do idoso, pode ser melhorado, no sentido de apoiar a continuação do idoso na sua residência.

Posto isto, a dissertação está dividida essencialmente em duas partes, a primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico, dividida em quatro capítulos, a segunda parte refere-se à pesquisa empírica dividida em dois capítulos, onde serão abordadas as opções metodológicas, os procedimentos na recolha de dados e por fim a análise e interpretação dos dados recolhidos.

A fim de responder aos objetivos específicos traçados, procurou-se uma fundamentação teórica e revisão de literatura que permitisse a construção de um modelo de análise sustentado, dimensões e conceitos a serem explorados no trabalho de campo.

A primeira parte da dissertação refere-se à fundamentação teórica, essencial para compreender e aprofundar o conhecimento do objeto de estudo. Desta forma, procedeu-se em primeiro lugar à contextualização do envelhecimento demográfico em Portugal, neste capítulo foram analisados os principais índices demográficos e taxas demográficas, fundamental para perceber a dimensão e o contexto do problema social. Ainda no primeiro capítulo, optou-se por proceder à contextualização da zona do Concelho do Sabugal, local onde se realizou o estudo. A partir do segundo capítulo fez-se uma revisão de literatura acerca dos determinantes do envelhecimento, com o objetivo de trabalhar e discutir algumas dimensões e conceitos relevantes para a construção do modelo de análise. No segundo capítulo foram abordadas as principais teorias do processo de envelhecimento e da velhice, fundamentais para o reconhecimento da velhice como um processo heterogéneo e diversificado, com formatos distintos e uma variedade de perfis de vivência da velhice. As opções feitas neste capítulo tinham como objetivo a compreensão e análise das diferentes influências e fatores de cariz biológico, psicológico e social que podem estar na raiz da forma como se olha, sente e percebe a velhice.

Seguindo uma lógica de afinamento, no terceiro e quarto capítulo deu-se enfoque aos vários conceitos derivados de várias leituras tais como a família, as redes sociais, a participação social, a autonomia, a habitação, importantes para a criação de modelo de análise sustentado e suportado.

O lugar da família na vida do idoso é crucial, este é apontado como o principal suporte do idoso, sendo este o lugar primordial de trocas geracionais, é o lugar da troca e da entreatada (Fernandes, 2001). As redes sociais podem ser entendidas “como um conjunto de contactos pessoais que possibilitam, sobretudo em fases mais avançadas da vida, que os indivíduos mantenham a sua identidade social, recebam apoio emocional, ajuda material, serviços, informações e, ainda, estabeleçam novos contactos sociais” (Walker, MacBride e Vachon, 1977:35, *cit. in* Cabral et al., 2013:91). Assim, as redes sociais têm grande relevância para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas mais idosas. Desta forma, as redes de sociabilidade (família, amigos e vizinhos) apresentam-se como pontos-chave na fundamentação teórica e na realização do modelo de análise. A Teoria da Atividade foca-se na importância do relacionamento social e desempenho de papéis sociais na produção de bem-estar no idoso (Santos e Vaz, 2008). Posto isto, a opção de análise do conceito de participação social e a questão da ocupação dos tempos livres foi determinante para o desenvolvimento de ideias que poderão ter influência na construção da decisão ou opção de o idoso permanecer da sua própria casa. No quarto capítulo foram abordadas as várias perspetivas sobre a institucionalização do idoso e sobre a permanência do idoso na sua residência, entrando-se em questões como as condições da habitação, a autonomia e a independência do idoso.

Na segunda parte da dissertação procedeu-se ao enquadramento metodológico, onde foi estruturada e planeada a forma de obter as respostas aos questionamentos e objetivos da investigação. No primeiro capítulo da segunda parte, descreve-se a metodologia utilizada, os instrumentos recolhidos de dados utilizados, a população-alvo e os critérios de seleção dos participantes, as considerações éticas e os procedimentos e estratégias para a recolha e análise dos dados. De acordo aos objetivos traçados, optou-se por uma metodologia que valorizasse a compreensão e análise de significados atribuídos pelos idosos não institucionalizados, na visão e discurso dos próprios. Uma metodologia que permita uma descrição detalhada de um contexto específico. Assim, a metodologia de investigação usada nesta dissertação foi a metodologia de base qualitativa. A população alvo deste estudo são os idosos não institucionalizados a viver nas suas residências no Concelho do Sabugal, estando este divididos em dois principais subgrupos: os idosos não institucionalizados que vivem sós e os idosos não institucionalizados que vivem com o cônjuge. Ao nível da seleção dos participantes foram traçados critérios de inclusão. Nesta dissertação foram usadas duas técnicas de recolha de dados: o *focus group* e as entrevistas semiestruturadas. O *focus group* foi aplicado junto de 12 idosos não-institucionalizados que frequentam a Universidade Sénior do Sabugal. Esta técnica surge como uma técnica de recolha de dados complementar. As entrevistas semiestruturadas foram aplicadas a 6 indivíduos do sexo feminino, sendo estes o grupo principal de investigação neste estudo. No último capítulo procede-se à apresentação dos resultados e à sua análise e

interpretação. Por fim, apresentam-se as principais conclusões, traçam-se algumas limitações do estudo e perspectivam-se novas investigações que decorrem da presente investigação.

Parte 1- Fundamentação teórica

Antes de mais, não seria possível estudar qualquer problemática sociológica sem antes fazer um aprofundamento e revisão teórica-científica, permitindo assim uma abordagem mais vasta e rica em conhecimentos relacionados com o objeto de estudo. Assim sendo, o corpo teórico é ser composto por quatro capítulos, que seguem, de algum modo, uma lógica de afunilamento, da caracterização mais geral do fenómeno, aos aspetos mais particulares. Desta forma, o primeiro e o segundo capítulos estão associados à contextualização do envelhecimento demográfico em Portugal, optando-se ainda por contextualizar neste capítulo a zona do Concelho do Sabugal, local onde decorrerá a investigação. No segundo capítulo irão ser abordadas as principais teorias e conceitos associados ao envelhecimento e à velhice. De acordo com os objetivos traçados, e no sentido de dar resposta aos questionamentos colocados, nos dois últimos capítulos irão ser abordadas questões mais específicas, tais como a família, as redes de sociabilidade, a participação social, a identidade, a autonomia e o processo de decisão do idoso.

Pretende-se no final da fundamentação teórica apresentar um conjunto conhecimentos que permita aprofundar saberes acerca do objeto de estudo- os idosos não institucionalizados, residentes na sua habitação própria, bem como constituir uma base onde se possa ancorar o desenho empírico da investigação e a posterior análise e discussão dos resultados.

1. O envelhecimento demográfico em Portugal

Ser idoso, antes, era uma situação excecional; porém, perante um conjunto de transformações, ser idoso hoje apresenta outro significado e é algo mais vulgar. O final do século XXI é marcado pelo aumento da população com 65 anos e mais, o que leva a um processo universal e presente nas sociedades mais desenvolvidas- o envelhecimento demográfico (Rosa, 1993). Ao longo do tempo deparamo-nos com mudanças demográficas relativamente à natalidade, mortalidade e movimentos migratórios, passámos de uma sociedade demográfica tradicional, marcada por elevados níveis de mortalidade e uma estrutura demográfica jovem, para uma sociedade demográfica moderna, marcada por baixos níveis de mortalidade e natalidade e uma estrutura demográfica envelhecida (Fernandes, 2001:41). Ao longo deste capítulo irá ser feita uma contextualização demográfica da situação portuguesa.

Este prolongamento da vida não se deve apenas aos progressos visíveis da medicina, mas também a um conjunto de mudanças operadas na sociedade, tal como salienta Capucha (2014:117), “o fenómeno do envelhecimento no topo não se deve a nenhuma mutação genética, mas sim a mudanças económicas, sociais e políticas profundas”. De entre os fatores sublinhados pelo autor, os que se refletem diretamente no aumento da EMV são: a melhoria nos sistemas de saneamento básico, o acesso a água potável, a melhoria das condições de higiene, o sistema público de saúde e o acesso a padrões de consumo. Assim, este aumento da EMV e conseqüente

envelhecimento demográfico não deverá, na perspetiva do autor, ser visto como um “problema”, mas antes como ganhos e transformações do Estado Social. Lopes e Lemos (2012) olham para o envelhecimento demográfico como um conjunto de preocupações e grandes desafios para o Estado e para a sociedade. Torna-se, assim, importante para a Sociologia a produção de conhecimento, no sentido de encontrar respostas para as várias necessidades e desafios que o envelhecimento demográfico traz consigo.

Em Portugal, a evolução da estrutura etária apresenta um duplo envelhecimento, marcado por um envelhecimento pelo topo, com o aumento da população idosa, e por um envelhecimento pela base, com a diminuição da população mais jovem, derivado essencialmente pela diminuição da taxa de fecundidade (Rosa, 1993). Assiste-se a uma “involução demográfica”, com um profundo desequilíbrio entre gerações, ou como diz Fernandes (2001:40), ao “desequilíbrio intergeracional”.

De acordo com os censos de 2011, Portugal apresenta um envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (65 anos e mais) de 19.03%, em detrimento de uma população jovem (14 anos e menos) de 14,89% (INE, 2011). Na última década, em Portugal, assistiu-se a um aumento da população idosa, sendo que a população entre os 30 e os 69 anos cresceu cerca de 9%; junto da população com mais de 69 anos, o crescimento foi na ordem dos 26%, apontando assim para um cenário demográfico marcado pelo envelhecimento demográfico (INE, 2012).

Na região Centro, comparando com os últimos censos de 2001, a população recuou cerca de 1%. Esta continua a ser das regiões com maior percentagem de idosos residentes e com menor número de jovens, juntamente com a região do Alentejo (INE, 2012).

Em relação aos índices demográficos, nota-se nos últimos censos dados que apontam para um envelhecimento demográfico acelerado da população. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128 idosos por cada 100 jovens, enquanto que em 2001 era de 102 idosos por cada 100 jovens. Na região Centro, esta situação agrava-se ainda mais, pois esta apresenta um índice de envelhecimento de 163, o que significa que por cada 100 jovens existem 163 idosos (INE, 2012).

O índice de longevidade em Portugal aumentou de 41 em 2001, para 48 em 2011. Na região Centro o índice de longevidade acresce com um valor de 49.9, o que quer dizer que praticamente metade da população idosa tem 75 ou mais anos (INE, 2012).

A Guarda Nacional Republicana (GNR) realizou os Censos Sêniores 2016, com o objetivo de identificar a população idosa que vive sozinha e/ou isolada em todo o território nacional. Estes sinalizaram, no geral, 43 322 idosos, dos quais: 26 000 vivem sozinhos, 4 626 vivem isolados, 3 085 vivem sozinhos e isolados e 9 611 não se enquadram nestas condições, mas vivem em situação de vulnerabilidade. Comparando distritos, foi possível apurar que o distrito da Guarda ocupa o 2º lugar, com 38 70 idosos sinalizados que vivem sozinhos e/ou em isolamento (GNR, 2016).

Portugal, no contexto na União Europeia, apresenta no conjunto dos 28 Estados membros o 5º valor mais elevado no índice do envelhecimento e foi considerado o 4º país da EU (European Union) 28 com maior proporção de população idosa. A proporção de pessoas idosas com 65 e mais anos, na EU 28 era de 18.5, em Portugal 19.9% (INE, 2015). Em relação aos restantes países do mundo, Portugal, em 2012, era dos países onde a população idosa tinha mais peso, ocupando o 8º lugar no ranking dos países mais envelhecidos (UN, 2009, in Lopes e Lemos, 2012).

Perante estes dados demográficos, é possível perceber que em Portugal o envelhecimento demográfico é uma realidade bem acentuada e com previsões de agravamento. Assim, é essencial juntar esforços e estudar da melhor forma possível este fenómeno, tendo em conta não só a voz e o papel dos Estados, organizações e instituições, mas também das famílias e principalmente dos próprios idosos.

1.1. O envelhecimento demográfico no Concelho do Sabugal

O concelho do Sabugal localiza-se na zona centro de Portugal, na região da Beira Interior Norte, sendo um dos 14 municípios do distrito da Guarda. É composto por 40 freguesias que agrupam 102 localidades, sendo habitada por 12 544 pessoas.



Fig. 1- Mapa de Portugal e Mapa do Distrito com indicação da localização do Concelho do Sabugal

Fonte: Rede Social do Sabugal (2012:3)

Apesar de um ligeiro aumento da população portuguesa, a desertificação alastra-se a uma parte significativa de Portugal. O concelho do Sabugal apresenta, na última década, uma diminuição da população de cerca de 15.65%, o que reflete a constituição do concelho do Sabugal como sendo um concelho desertificado do interior do país. Para além disto, as assimetrias entre litoral e interior são cada vez mais evidentes e o crescimento negativo conduzirá, sem dúvida, a uma população cada vez mais envelhecida (Rede Social Do Sabugal, 2012).

Tal como acontece com a população total de Portugal, também no concelho do Sabugal se assiste à diminuição da população jovem e ao crescente aumento da população idosa, realidade visível nos seguintes gráficos:

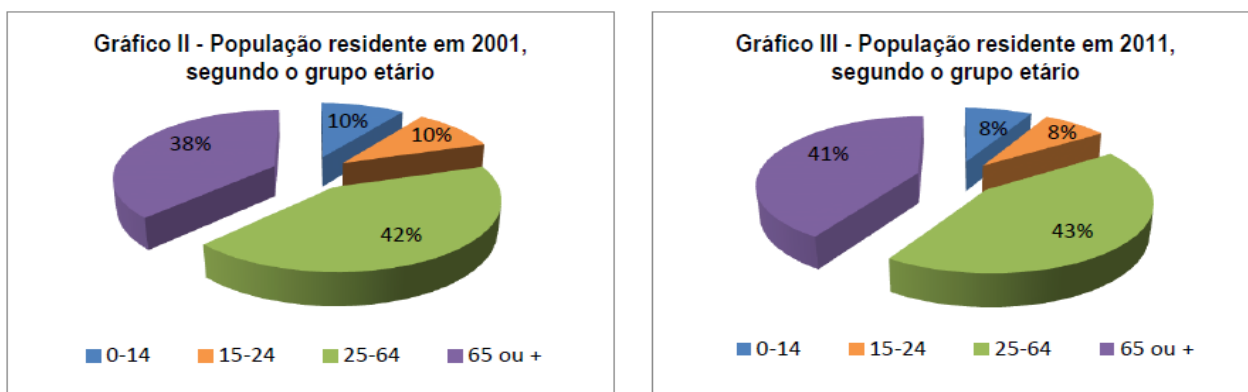


Fig. 2 - Gráficos da população residente em 2001 e em 2011 segundo o grupo etário

Fonte: INE, Censos 2001, 2011; Rede Social do Sabugal, (2012:9)

Existem no concelho do Sabugal aproximadamente cerca de 513 idosos por cada 100 jovens (Rede Social do Sabugal, 2012). Desta forma, comparando com o índice de envelhecimento registado em Portugal, 128 idosos por cada 100 jovens (INE, 2012), verifica-se que a representatividade do grupo etário dos idosos é cerca de quatro vezes superior no concelho do Sabugal.

Ao longo das últimas décadas, o país conheceu várias transformações ao nível da educação e formação, refletindo-se essencialmente na redução do analfabetismo. No concelho do Sabugal a população apresenta, no geral, baixos níveis de escolaridade. No total de pessoas que não possuem qualquer nível de habilitação, o grupo das mulheres representa 63.7%, o que demonstra claramente o facto de nas gerações mais idosas as mulheres terem níveis de escolaridade mais baixos do que os homens (Rede Social do Sabugal, 2012).

Em suma, pode se dizer que o concelho do Sabugal apresenta uma diminuição da população, uma baixa densidade populacional, um aumento do número de idosos, uma diminuição do número de jovens, baixos níveis de escolaridade e, por fim, é um concelho caracteristicamente rural, desertificado e envelhecido (Rede Social do Sabugal, 2012). O envelhecimento demográfico é visível no concelho do Sabugal de uma forma profunda, o que demonstra a importância de trabalhar e analisar a fundo um grupo etário específico e em grande maioria neste concelho, os idosos.

2. Teorias do envelhecimento/ velhice: principais contribuições teóricas

O crescimento da proporção de gerações mais velhas realça a necessidade de análise profunda, teórica e empírica, de caracterização social das condições de vida na velhice. Neste capítulo pretende-se aprofundar as várias abordagens da velhice e do envelhecimento.

O envelhecimento é multidimensional e multidirecional, depende da história, do contexto, das influências genética-biológicas e socioculturais, dos ganhos e perdas, e da interação do indivíduo com a sociedade (Baltes, 1987, in Sousa e Loureiro, 2014: 142). Assim, falar em velhice enquanto categoria social é compreendê-la como plural e heterogénea, pois esta é rodeada de elementos e fatores que a distinguem, alguns desses elementos pode ser o género, as gerações, as condições sociais, económicas e culturais, a estrutura familiar, as condições de saúde, a autonomia, a independência, a habitação, as expectativas e o projeto de vida.

Os limites entre uma etapa e outra da vida não são tão mais visíveis, o que levou Giddens (1992, in Veiga et al., 2014) a substituir a expressão “ciclo de vida” (com ritos de passagem mais delimitados e claros) para “cursos de vida” (com experiências mais abertas e flexíveis). Veiga et al. (2014) falam em “velhices plurais, pessoas singulares”, ou seja, devemos olhar a velhice na sua pluralidade a partir da singularidade de cada idoso, em cada situação específica, só desta forma compreenderemos os problemas e as soluções diferenciadas.

Numa dada pessoa em particular, não devemos atribuir grande importância à idade cronológica, é preferível considerar que a um indivíduo podem corresponder idades diferentes, de natureza biológica, psicológica e social (Spar e La Rue, 1998, in Serra, 2006:22). Dito de outra forma, num dado parâmetro o idoso pode ser considerado “velho” e noutra “jovem”, como diz Serra (2006:22) “duas pessoas diferentes não envelhecem rigorosamente da mesma maneira”. A terceira idade é definida por Rosenberg como sendo a época em que as tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família já foram, pelo menos em parte, cumpridas e o indivíduo poderia sentir-se mais livre para realizar os seus desejos (1986, in Santos e Vaz, 2008). No entanto, a senescência ocupa um grosso espaço neste ciclo de vida. Não obstante, esta categoria é de tal forma heterogénea, que os gerontólogos chegam mesmo a dividir esta fase em três etapas: “jovem-velhos”, “os meio-velhos” e “os muito-velhos” (Santos e Vaz, 2008:334). Assim, o envelhecimento e a velhice são processos heterogéneos, num mesmo grupo é possível encontrar diferentes formas de ver, pensar e concretizar.

A categoria de indivíduos denominados de “idosos”, enquanto estereótipo socialmente produzido, é facilmente reconhecida, enquadra uma categoria de indivíduos homogénea, identificados pelo isolamento, solidão, doença, pobreza e exclusão social (Fernandes, 2001: 39, 40). A terceira idade é uma fase da vida marcada por vários estereótipos, como a passividade, a improdutividade, a assexualidade, a degeneração orgânica e psíquica, além da desvinculação com o futuro e a alienação (Santos e Vaz, 2008). A forma de ultrapassar este tipo de perspetivas é colocar-se a questão de modo diferente, ou seja, observar-se a realidade com outros contornos e configurações.

Reconhecida a configuração do envelhecimento como um processo diferenciado e heterogêneo, parte-se para desconstrução do conceito de velhice.

Com o aumento de indivíduos com idades mais avançadas, assiste-se ao agravamento de um processo, a velhice, velhice esta que no século XX era praticamente invisível (Guillenard, 1980; in Rosa, 1993). O aumento de indivíduos com idade mais avançada é uma realidade bem visível na sociedade atual, devendo-se essencialmente ao aumento da EMV, consequência de vários fatores já mencionados no primeiro capítulo. Nas sociedades atuais, a velhice tem uma identidade própria com contornos autónomos em relação ao indivíduo (Rosa, 1993), ou seja, cada indivíduo vive a velhice de diferentes formas.

Segundo Calado “a velhice não é, em si mesmo, um problema social, assim como não é nem a infância, nem a juventude (...) o que poderá constituir-se como um problema social é a ausência, insuficiência ou inadequação de respostas de organização social para o enfrentamento das necessidades naturais desses estratos da população” (2004:25, *cit. in* Machado, 2014: 24). Assim, a velhice é um processo que apresenta várias abordagens para várias configurações inerentes a esta.

Ser idoso vai para além da saída da atividade laboral, da rutura com a vida ativa, ou seja, vai para além de critérios administrativos (idade da reforma); os 65 e mais anos é o ponto de referência, no entanto, o grupo dos idosos é um grupo etário heterogêneo (Fernandes, 2005). Assim, a situação de inatividade caracteriza a terceira idade, passando o indivíduo, independentemente da sua vontade, a pertencer a um grupo de inativos em função da idade. Nesta visão, a velhice baseia-se apenas no critério idade e de estatuto (Rosa, 1993). A idade pode ser vista como um processo de categorização e codificação de atitudes, identidades, valores, normas, regras, recompensas, sanções, estatutos e papéis sociais, expectativas e códigos, estes tornam a idade biológica num conjunto de atributos socialmente construídos, estruturando posições, deveres e direitos para cada categoria etária. Estas categorias correspondem a tipos de comportamentos e padrões culturais, produtores de práticas e representações que confirmam a condição esperada para cada idade (Capucha, 2014:113-114). Os idosos são regularmente retratados como um grupo homogêneo e uniforme: “são frequentemente julgados com base em perceções, noções preconcebidas e crenças profundas, (...) a imagem dominante na sociedade retrata os idosos como dependentes, frágeis e uma sobrecarga para os recursos da comunidade” (Costa e Santos, 2014:153). No entanto, o significado social de “idade” só pode ser adequadamente decifrado, como sugere António Firmino da Costa, se considerarmos de “forma isolada ou autossuficiente, mas sim, antes mais, como indicador de um sistema de propriedades caracterizadoras do espaço social- espaço relacional de condições sociais de existência- e de posições sociais, coordenadas da localização de cada indivíduo ou grupo nesse espaço topológico, multidimensional e estruturado” (1999:198, *cit. in*, Mauritti, 2004:342).

Segundo Fernandes (2005) a construção social da velhice apresenta diversas variáveis:

- O mundo atual é individualista, existe hoje uma rutura dos laços sociais e a cultivação da autonomia e da independência;
- A terceira idade tende a ser vista como um peso insuportável para a economia social, desta forma a velhice perde a sua significação simbólica e passa a ser vista como uma ordem de não rentabilidade económica, assim no mundo económico o aumento da EMV é visto como algo problemático, que ameaça os sistemas de pensões e desequilibra a relação entre ativos e reformados;
- A família tradicional tratava com “doçura” os idosos, hoje assiste-se a uma “desfamiliarização” das relações no interior do lar, existe uma alteração do modo de relacionamento entre gerações e perde-se o sentido de solidariedade natural; para além disto, hoje os matrimónios classificam-se como transitórios, ou seja, chegou-se ao fim dos casamentos para toda a vida, facto que leva a autora afirmar: “(...) nas famílias, como nas sociedades, as vítimas são sempre os mais fragilizados” (Fernandes, 2005:227);
- A questão da habitação também se torna relevante na construção social da velhice, pois existe uma relação entre a habitação e a composição das famílias, a dimensão extremamente reduzida das famílias de hoje e as casas com pouco espaço torna intolerável a presença de idosos; A velhice antes ocorria numa fase terminal da vida, com o passar do tempo e os avanços, o processo de envelhecimento sofre modificações. A experiência das pessoas idosas deixa de ser entendida pelos que não a vivem, impedindo a sua compreensão, como diz Norbert Elias “(..) a jovem geração, chegando ao poder, maltrata muito frequentemente a antiga, por vezes mesmo com crueldade” (1998:120, *cit. in* Fernandes, 2005:228). Assim, assiste-se a uma desvalorização da velhice, ficando esta a ser vista apenas como um mero problema que se resolve com as instituições: “os velhos são largados em lares, tornados depósitos de idosos” (Fernandes, 2005:228).

Existem diferenças de pessoa para pessoa da mesma idade, diferenças essas que variam em função das trajetórias familiares, sociais e profissionais: “pessoas idosas apresentam mais diferenças do que semelhanças entre si” (Fernandes, 2005:238). Giddens diz nos que “as etapas da vida humana são tanto de natureza social como natural. Estão influenciadas pelas diferenças culturais, assim como pelas circunstâncias materiais em que as pessoas vivem em determinados tipos de sociedade” (1995:115, *cit. in* Fernandes 2005:239). Assim, são fatores de diferenciação dos idosos a classe social, o estilo de vida, o carácter geracional, o género, o meio envolvente (rural ou urbano), entre outros. Dito de outra forma, as estratégias do envelhecimento ou modo de vivenciar a velhice variam consoante aspetos físicos, sociais, psicológicos e económicos.

Segundo Mauritti (2004), existem dois principais grupos de representações da velhice: por um lado, os discursos de uma velhice negativa, por outro lado, os discursos de uma velhice positiva. A velhice negativa é caracterizada por situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença, dependência, por um espaço social diferenciado, não estruturado e sem integração e oportunidades, sendo este característico do chamado grupo da “quarta idade”. A velhice positiva é caracterizada por segmentos específicos de consumo, tempo de lazer, alguma liberdade, uma noção de autoaperfeiçoamento constante, exemplo deste tipo de velhice podem

ser indivíduos que integram a “universidade da terceira idade” ou o “turismo sénior”. No entanto, a velhice não se pode simplificar apenas em dois tipos, pois esta é uma realidade bem mais complexa. Para Fernandes (2005:229, 231), o processo de envelhecimento enfrenta três principais fases: “a função do trabalho”, a “a velhice reinventada”, e a “entrada na velhice propriamente dita”. A primeira, pode ser identificada como a transição do trabalho para o não trabalho, é a fase em que se deixa de exercer o trabalho (noção herdada da sociedade industrial). Dito de outra forma, o idoso foge ao ritmo de horários, são libertados do trabalho e aprendem o prazer do tempo livre. Na segunda fase assiste-se a uma reconstrução da vida, esta fase pode ser, segunda a autora, ativada por uma rede de amizades. A terceira fase, é caracterizada por uma perda de capacidades de participar na vida social, quando não se pode mais exercer a liberdade, quando não se consegue exercer a vida própria de forma autónoma e torna-se totalmente dependente, como diz a autora é a “morte do ser social”.

Mauritti (2004:351) menciona dois principais grupos da velhice, no entanto, e pela exigência e complexidade do processo da velhice, a autora cria cinco perfis-tipos de padrões de vida das pessoas com 55 e mais anos:

- a velhice da pobreza: marcada por rendimentos baixos, baixas qualificações, rede familiar unipessoal (viúvos e solteiros), um contexto rural caracterizado por redes de entreatajuda comunitária e de vizinhança mais intensas;
- a velhice precária: marcada por alguma perda de rendimentos que os idosos tinham no passado, um contexto semiurbano, acederam à reforma devido a uma situação de doença;
- a velhice remediada: mais ligada a práticas culturais e utilização das “novas tecnologias”, maioritariamente visível nos idosos do sexo masculino;
- a velhice autónoma: caracterizada pelo conforto e estabilidade e mais presente no contexto urbano;
- a velhice distinta: caracterizada pela forte presença se práticas culturais, pelas novas tecnologias, lazer, altos padrões de consumo a nível do investimento em vestuário, imagem pessoal, habitação, alimentação preparada, transporte próprio.

Os perfis de envelhecimento desenvolvem-se em culturas próprias de cada situação (quotidiano, estilo de vida, atividades). Estes perfis podem ser tipificados, de acordo com Fernandes (2005:240), em duas principais modalidades: i) em atitudes de fuga, de fechamento em si próprio, redução de atividades fora de casa, evito de saídas; ii) projetos de envolvimento, tentativa de mostrar a si próprio e aos outros que se está vivo e útil, participando em atividades. Posto isto, se este intervalo etário é mais heterogéneo do que homogéneo, se a velhice apresenta várias tipos, perfis e formas de vivê-la, devem ser abertas diferentes perspetivas de investigação na área do envelhecimento. O envelhecimento demográfico, hoje, é um desafio que necessita de uma reflexão pluridisciplinar, com o objetivo de: “(...) orientar esforços no sentido de uma revisão profunda dos seus fundamentos, de modo que o previsível aumento de indivíduos com idades mais avançadas não conduza a uma situação de conflitualidade e de exclusão social” (Rosa, 1993:689).

2.1. O envelhecimento Humano: biológico, psicológico e social

A idade “é apenas um marcador de passagem do tempo e, enquanto variável explicativa do processo de envelhecimento (idade cronológica) não produz, em si mudanças...” (Moniz, 2003:49, *cit. in* Almeida, 2008:43). Assim, o envelhecimento traduz-se num processo complexo de evolução biológica, psicológica e social do desenvolvimento da pessoa. À medida que ocorrem estas modificações no organismo, nas alterações funcionais e cognitivas, e ao nível dos papéis sociais, é urgente e necessário uma adaptação constante, de forma a resolver os problemas que vão surgindo e preservando a autonomia do idoso. De forma simplificada, o envelhecimento humano pode definir-se como um conjunto de modificações que decorrem com o avançar da idade. Como diz Barreto, o envelhecimento humano é “(...) a involução, em contraponto com a evolução que a precedeu” (2005:291). Tal como varia a forma como se vive a velhice, também a senescência varia de indivíduo para indivíduo, pois o ritmo de envelhecimento é diferente de caso para caso. Barreto (2005) faz a distinção entre envelhecimento primário e envelhecimento secundário. O envelhecimento primário pode ser considerado um processo natural mais ao menos semelhante em todos os idosos, gradual e previsível, estando essencialmente ligado a fatores genéticos, já o envelhecimento secundário resulta de causas diversas e das suas manifestações que irão variar de indivíduo para indivíduo, é, portanto, em grande parte imprevisível.

Sousa e Loureiro (2014) destacam como fatores de risco que aumentam a perda cognitiva no envelhecimento: a natureza genética, o género feminino, a idade avançada, aspetos nutricionais, o estado de saúde, o stress, o consumo e dependência de substâncias psicoativas, a depressão e ansiedade, a ausência ou baixa escolaridade, profissões que implicam trabalhos manuais, o baixo nível socioeconómico, a ausência de participação em atividades de lazer e ausência de treino cognitivo, a institucionalização e uma rede de suporte social empobrecida. Tudo isto fatores que implicam dimensões biológicas, psicológicas e sociais, demonstrando desta forma que o envelhecimento humano não deve ser olhado de forma singular.

Segundo Constança Paúl (2005:275), o envelhecimento apresenta três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, que se designa de senescência, apresentando um maior desenvolvimento de doenças crónicas, que podem levar ao crescimento da dependência; o envelhecimento psicológico, definido pela “autorregulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”; e o envelhecimento social, relativo aos “papéis sociais adaptados às expectativas da sociedade para os idosos”. De seguida irão ser descritos e explorados os três tipos de envelhecimento.

Segundo Birrem e Cunningham (1985, *in* Almeida, 2008) a idade biológica traduz-se num envelhecimento orgânico, assistindo-se a uma redução da capacidade de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua autorregulação. O envelhecimento biológico refere-se a transformações físicas que diminuem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, indicando uma redução progressiva das capacidades. Quando este declínio é muito significativo, o idoso vê-se numa posição mais vulnerável ao surgimento de doenças crónicas,

que podem levar a alterações na capacidade funcional progredindo para uma situação de dependência ou de morte (Grelha, 2009).

Esta vulnerabilidade, à qual os idosos estão mais sujeitos devido às alterações fisiológicas, aumenta a exposição de doenças crónicas, o que por sua vez vai aumentar o nível de dependência, podendo este ser um motivo para a institucionalização do idoso.

As alterações físicas no idoso trazem consigo uma série de repercussões psicológicas, traduzindo-se numa mudança de atitudes e comportamentos (Grelha, 2009).

O envelhecimento psicológico está ligado ao comportamento da pessoa em relação às mudanças do ambiente, onde está englobada a memória, a inteligência e as motivações do idoso (Almeida, 2008). Para Spar e La Rue (2005, in Félix, 2008:43), o envelhecimento psicológico é um processo de declínio cognitivo que pode ser relacionado com a perda de recursos fundamentais, como a velocidade a que a informação pode ser processada, a memória do trabalho e as capacidades sensoriais e perceptuais. Referem ainda mais especificamente o declínio da atenção, a perda de flexibilidade mental (ex. a compreensão) e a resolução lógica e a função de execução. Mazo et al. (2001, in Almeida, 2008:62) destaca como principais consequências do envelhecimento psicológico no idoso: a diminuição do entusiasmo, o apego cada vez mais aos seus pertences, a preocupação com a diminuição de capacidades mentais e físicas, a perda de contactos sociais, a noção da sua incapacidade para realizar novos relacionamentos e novas atividades, e por fim, sentimentos de isolamento e solidão.

O envelhecimento social está relacionado com o papel social e com os seus hábitos em relação às outras pessoas, fortemente influenciado pela meio quotidiano onde o indivíduo está inserido. Para Kane o aspeto social do envelhecimento deveria ter em conta diversas premissas, tais como: as relações sociais - a sua frequência, o seu contexto e a sua qualidade; as atividades sociais - a sua frequência, a sua natureza e a sua qualidade; os recursos sociais - rendimentos, habitação e condições ambientais; o suporte social - que tipo de ajuda se pode esperar em caso de necessidade; a sobrecarga que recai na família, principalmente quando se tem a cargo um idoso fragilizado e dependente (1987, in Almeida, 2008:63).

O envelhecimento está associado a alterações no âmbito da participação dos idosos, com mudanças de papéis e perda de alguns deles, como é o caso do papel profissional que ocorre no momento da reforma. A reforma pode ser considerada um marco de entrada no processo de envelhecimento (Vieira, 1996, in Almeida, 2008).

Esta não deverá ser entendida como um benefício, mas sim como um direito que tem como objetivo garantir a conservação do nível de vida do idoso, satisfazendo as suas necessidades. Porém, a velhice como categoria social ficou institucionalmente fixada nas fronteiras de um limiar de idade fixo, reforçado pelo sistema da segurança social. A idade de reforma e a idade de velhice são dois conceitos diferentes, a idade da reforma coincide com a definição institucional da velhice, os 65 e mais anos na maior parte dos países europeus, enquanto que a idade da velhice vai muito mais além do que a idade cronológica, engloba a perda de capacidades físicas e mentais, a deterioração da saúde, mas também aspetos psicossociais,

como a perda de papéis sociais e mudanças de atitudes face à comunidade, tais como a diminuição do gosto de contacto humano.

A sociedade, ao invés de mostrar algum reconhecimento pelo contributo, limita-se frequentemente ao preconceito, não tomando muitas vezes as medidas e atitudes necessárias para a velhice, conceito este que vai além da deterioração da saúde, de diminuição de capacidades e de perdas de papéis sociais.

2.2. Respostas sociais, programas e principais discussões

O primeiro consenso global sobre a necessidade de trazer a questão do envelhecimento demográfico para o fórum de discussão deu-se em 2002, com o Plano Internacional para a Ação sobre o Envelhecimento (UN, 2002, in Lopes e Lemos, 2012:16), este tinha como principais prioridades:

- a necessidade de considerar a importância e o lugar das pessoas mais velhas em dinâmicas de desenvolvimento;
- a necessidade de promoção da saúde e bem-estar do idoso;
- a necessidade de desenvolver ambientes de apoio e inclusivos para a população idosa.

Em Portugal e na Europa, verifica-se também a multiplicação de iniciativas através da criação de uma cultura europeia em torno do envelhecimento ativo. O Parlamento Europeu e a Comissão Europeia designaram o ano de 2012 como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações” (AEEASG), com o objetivo de promover a vitalidade e a dignidade de todos, assim o envelhecimento ativo e a solidariedade intergeracional passam a ser considerados como células fundamentais da coesão social.

A preocupação com as necessidades sociais deu origem a algumas instituições voltadas para determinados sectores da população, Fernandes (1997, in Almeida, 2008) aponta para o início da década 70, como o marco do surgimento das novas políticas sociais da velhice, através da criação de instituições com o intuito de prevenir a dependência e aumentar a integração das pessoas idosas na comunidade. A partir desta data distinguem-se então dois tipos de instituições: as que tinham o objetivo de institucionalização das pessoas idosas (lares e residências) e as que procuram criar condições para manter a pessoa idosas no seu próprio domicílio (Centro de dia e Serviço de Apoio Domiciliário- SAD).

A Constituição da República Portuguesa (2005:25), subscreve a Declaração Universal dos Direitos do Homem que se baseia nos direitos fundamentais da pessoa humana, onde menciona relativamente ao idoso, no Artigo 72º nº1, que “As pessoas idosas têm o 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.”, no nº2 refere “A política da 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 comunidade”.

No sentido de melhorar as condições de vida dos idosos existem vários programas e respostas sociais, sendo estas: o Centro de Convívio, o Centro de Dia, Residência de Acolhimento

Temporário para idosos, Centro de Noite (Almeida, 2008). Em 2012, as respostas sociais disponíveis para pessoas idosas no Concelho do Sabugal, eram 26 instituições com acordos com a Segurança Social, sendo estas essencialmente divididas em três valências: Centro de dia, Lar de idosos e SAD.

O número de idosos a usufruir do lar de idosos no concelho do Sabugal era de 826, 258 do SAD e do Centro de dia (Rede Social do Sabugal, 2012:65).

Valência	Taxa de Cobertura (%)
Centro de Dia	21,70
Lar de Idosos	26,50
Serviço de Apoio Domiciliário	9,30

Fig. 3- Quadro da taxa de cobertura (%) das diferentes respostas sociais no concelho do Sabugal

Fonte: Segurança Social, 2012; Rede Social do Sabugal (2012:66)

Segundo Capucha (2014:121), existem duas principais perspetivas ao nível das políticas sociais: 1) ponto de vista da posição social, em que o trabalho constitui a principal fonte de poder e estatuto, onde a inatividade tornou-se um problema no plano de identidade pessoal, do sentimento de utilidade e das oportunidades de participação social (Moura, 2012, in Capucha, 2014), pelo que é necessário apostar em respostas que mantenham as pessoas ativas, intelectual e funcionalmente, bom exemplo disto é a criação de Universidades da Terceira idade; 2) A progressiva perda de eficiência física, psicológica e de autonomia para o desempenho de tarefas comuns no quotidiano à medida que a idade avança (Barreto, 2005, in Capucha, 2014), onde o isolamento e a perda de autonomia pode provocar o empobrecimento do quotidiano, impedindo a participação na vida em comunidade e gerando degradações, algumas das respostas para estes problemas foi a criação de centros de dia, centros de noite, apoio domiciliário e lares. Como diz Ribeirinho (2012, *cit. in* Capucha, 2014:121): “estes serviços não apenas podem assegurar os apoios materiais básicos, como oportunidades de participação e enriquecimento da vida pessoal e relacional, direitos essenciais para a qualidade de vida”. Alguns estudos demonstram como principais vantagens destas respostas: o estabelecimento e a facilidade de integração social entre os residentes, o incremento da autoestima, e a maximização do bem-estar da pessoa idosa (Sousa e Loureiro, 2014). Porém, no caso da institucionalização em lar, existem vários autores que apontam como principais consequências da institucionalização: a acentuação da velocidade de perdas funcionais, a perda de autonomia, o favorecimento do isolamento (Sousa e Loureiro, 2014).

Capucha (2014), aponta como principal problema, no caso dos idosos, o facto de quando eram ativos serem mal remunerados e, conseqüentemente, passarem a ser pensionistas com baixas pensões e depois, quando a oferta de serviços de apoio e cuidados pessoais apresenta preços inacessíveis e totalmente desajustados à qualidade que possuem, agravando-se ainda com a questão da privatização que gera ainda mais problemas do que resolve, pondo em causa a solidariedade e coesão social, o que representa custos sociais e económicos muito altos.

As famílias desempenham, também elas, um papel muito importante, mas estas veem-se com a sua ação muito limitada, pelas suas próprias contingências e recursos. As instituições de solidariedade apresentam igualmente um papel importante na promoção de serviços de ação social, no entanto, estas são fortemente limitadas pelos recursos que provém do Estado. Assim, cabe ao Estado assegurar a qualidade de vida aos idosos: “O Estado é, por isso, a entidade melhor qualificada e colocada, e de facto a maior responsável por assegurar a qualidade de vida aos idosos” (Capucha, 2014:125).

Segundo Fernandes (2005), as políticas do Estado são de tendência assistencialista (reformas, pensões, serviços sociais de apoio), faltam incentivos que permitam às famílias terem os idosos em casa. Não é possível definir políticas da velhice sem se ter em conta os diferentes tipos e graus de dependência, as várias camadas sociais de pertença, os diversos estilos de vida e os diferentes ambientes culturais. Deve-se, portanto, trabalhar no sentido de não se chegar a uma única política uniformizada.

O envelhecimento bem-sucedido está associado a uma boa saúde, de forma a que o idoso possa conservar uma qualidade de vida aceitável, mantendo o seu empenhamento social, ou seja, participando em atividades da comunidade (Fontaine, 2000, in Marques e Sánchez, 2014). Este é favorecido através de hábitos e estilos de vida saudável, de atividades culturais que fomentam a promoção social e outros fatores do meio ambiente (Férrandez-Ballesteros, 2009, in Marques e Sánchez, 2014). Desta forma, torna-se importante a participação do idoso na comunidade, contrariando a Teoria da Desvinculação do indivíduo na sociedade, defendida por Cumming e Henry, esta defende que o indivíduo põe um fim de forma gradual ao seu empenhamento e retira-se da sociedade. Em contraponto, a Teoria da Atividade (Almeida, 2008:56) defende que é necessário que os idosos se mantenham ativos, pois isso afasta-os do isolamento, e a atividade fá-los sentir maior satisfação, bem como ajuda a manter a sua autoestima e saúde. Uma velhice bem-sucedida implica que o idoso descubra novos papéis e encontre novas tarefas ou atividades que lhe permitam sentirem-se ativos.

O envelhecimento ativo pode ser definido, segundo a Organização Mundial de Saúde, como “um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002, *cit in*. Costa e Santos, 2014:152). Este conceito tem como principais objetivos (ONU, 1982, in Mauritti, 2004:341):

- promover a integração social e laboral dos idosos;
- promover práticas de organização do trabalho;
- atenuar atitudes discriminatórias em relação aos mais velhos;
- facilitar o acesso dos idosos;

- fomentar medidas que desenvolvam atividades culturais e recreativas.

Para Paúl (2005), o conceito de envelhecimento ativo apresenta como principais pilares: a participação social, a saúde e a segurança. Assim, este conceito implica duas dimensões fundamentais: a autonomia e a independência, ou seja, a possibilidade de manter a capacidade de decisão e controlo sobre a sua vida e uma voz ativa em termos do seu meio próximo e da comunidade.

Segundo um estudo de Fernández-Ballestros (2000, in Marques e Sánchez, 2014:222), as pessoas mais adaptadas e que sobreviviam mais anos e em melhor estado eram as que realizavam mais atividades, mantinham tarefas e papéis de acordo com as suas preferências. Assim, a preservação da autonomia (controlo) e a participação social são um aspeto central na questão do envelhecimento ativo, que deve ser estimulado o quanto possível. O envelhecimento ativo é um processo que diz respeito a todas as pessoas. Ao nível da sociedade, cabe a esta criar espaços e equipamentos sociais diversificados, seguros e adaptáveis a todos os idosos, com as especificidades de cada um, garantindo e fomentando desta forma a participação cívica voluntário e o exercício da cidadania do idoso.

3. Família, Redes sociais e Participação social

O número de pessoas que vivem sozinhas justifica-se devido à grande maioria de situações familiares que se desfazem ao longo do tempo, como as ocasionadas pela partida dos filhos de casa, por uma separação ou pela morte do cônjuge (Cabral et al., 2013). Embora viver sozinho seja frequentemente associado a situações de isolamento ou solidão, importa antes de presumir essa equivalência, identificar os eventos que conduzem a essa situação, bem como a investigação do modo como esta é vivenciada.

O processo de envelhecimento está sujeito a relações de género. As configurações familiares ao longo do curso de vida estão fortemente sujeitas ao impacto das relações de género (Cabral et al., 2013:30). Dito de outra forma, as trajetórias de homens e mulheres não são iguais. Este facto explica-se pela maior longevidade feminina, o que faz que nas idades mais avançadas haja mais mulheres do que homens. No caso dos homens, o percurso do envelhecimento é predominantemente conjugal, enquanto que nas mulheres é menos conjugal e mais solitário (Cabral et al., 2013).

Contrariamente aos grupos mais jovens, para quem a vida a sós é frequentemente uma escolha voluntária ou desejada, nos mais velhos decorre por acontecimentos que não dependem do próprio idoso, como por exemplo a partida dos filhos ou a morte do cônjuge. A morte do cônjuge é um acontecimento que modifica profundamente a vida familiar dos idosos, à adaptação da perda, junta-se a necessidade de aprender a viver sozinho (Almeida, 2008). No entanto, são apontados outros fatores para a transição para a vida a sós, embora seja predominante a morte

do cônjuge, o divórcio ou separação, os baixos rendimentos, a opção familiar, a escolha do próprio idoso são também fatores de transição para a vida sós. No caso da morte do cônjuge, a vida a sós pode constituir-se uma situação indesejada, como dizem Cabral et al. (2013:35) “não se escolhe viver sozinho; fica-se a viver só”. Gierveld e Hevens (2004, in Cabral et al., 2013) defendem que esta situação pode não ser forçosamente uma situação indesejada o que não provoca necessariamente a solidão, esta pode ser vivida positivamente.

A ideia da família como grupo doméstico fechado sobre si mesmo, isolado da restante parentela, é uma radicalização da Tese de Parsons sobre a diferenciação social. Talcott Parsons considerava que os processos de industrialização segmentavam as famílias, isolando-as na sua rede de parentesco e reduzindo as dimensões de grupo doméstico a um lar conjugal com um pequeno número de filhos (Segalen, 1999, in Fernandes, 2001:48). Esta começou a ser posta em causa quando surgem investigações empíricas que provam que as famílias nucleares não estavam isoladas.

Apesar de ao longo dos anos se assistir à passagem de famílias extensas para famílias nucleares, a família deve ser entendida como um dos principais meios de suporte para o idoso (Almeida, 2008). Assim, a família deve ser vista como uma rede de suporte do idoso. Porém, existem vários problemas inerentes à família como rede de suporte, tais como a desfamiliarização das relações no interior do lar, a alteração do modo de relacionamento entre gerações e a perda cada vez mais frequentemente do sentido de solidariedade natural (Fernandes, 2005). Machado (2014) aponta como principal causa para esta desfamiliarização, a indisponibilidade de tempo pelas rígidas exigências profissionais, agravada pela inexistência de flexibilidade de horários laborais, sendo que nestes casos, a tendência dos idosos é desculpabilizarem as famílias. O mesmo autor vai mais a fundo na questão, dizendo que no contexto rural esta realidade é mais reforçada, pois neste meio as famílias são mais penalizadas pela migração, estas procuram outros territórios que lhes permitam organizar a vida de melhor forma, vendo-se frequentemente famílias a emigrarem e a deixarem os seus idosos “para trás”.

Ana Fernandes (2001:50) fala-nos da “crise da família” que se vive atualmente, que perturba a estrutura das relações familiares, esta é marcada pelo aumento de ruturas matrimoniais e novas conjugalidades, relações reestruturadas (mais abertas) e uma maior imprevisibilidade. A “crise da família” apresenta como principal consequência o aumento do número e frequência de casos problemáticos de abandono e isolamento.

A família é o lugar primordial de trocas geracionais, é o lugar da troca e da entreaajuda (Fernandes, 2001). No entanto, a entreaajuda intergeracional tem características multiformes e desiguais ao longo do ciclo de vida familiar. De acordo com Claudine Attias-Donfut (1998, in Fernandes, 2001:49), as motivações para a existência de trocas geracionais estão divididas em três principais princípios:

- a lógica das necessidades: as ajudas são orientadas em direção aos membros da família que se deparam com dificuldades;
- o laço de reciprocidade: as ajudas apresentam a liquidação de uma dívida resultado de uma dívida recebida anteriormente;

- a complementaridade: com as ajudas públicas, as prestações sociais estimulam a entreaajuda familiar.

Para além da questão das trocas geracionais, é relevante falar de o papel social “ser avô/avó”. Segundo Kivnick (1982, in Paúl, 2005:282), o significado de ser avô/avó organiza-se em cinco dimensões:

- Centralidade: ser avô/avó é um aspeto central da identidade pessoal;
- Idoso valorizado: o avô/avó tem um papel sábio e transmissor de tradições durante o crescimento do neto;
- Imortalidade através da família: os avós assumem a responsabilidade como cabeça de família que surge juntamente com os netos como a extensão de si próprios;
- Re-envolvimento com o passado pessoal: contribui para a história de vida do próprio avô/avó e dá a sensação de re-experienciar a sua própria juventude;
- Indulgência: referido ao “estraga com mimos”.

Ser avô/avó é então um papel que conduz a uma maior felicidade, satisfação e bem-estar para os idosos que sofrem vários tipos de perdas, como por exemplo a morte do cônjuge.

A rede familiar é fundamental na vida dos indivíduos, mas quando esta é ineficiente, os amigos desempenham um papel essencial no apoio físico e mental do idoso (Faquinello, 2001, in Figueiredo, 2016). É por isso importante o idoso apresentar um tecido relacional estável, constituído não só por membros familiares, mas também amigos e conhecidos, a chamada rede social pessoal (Sluzki, Grundy e Rosa, 2009, in Figueiredo, 2016).

As redes sociais assumem várias formas, de acordo com o tipo de laços e atores sociais implicados, fornecendo um espaço onde os papéis sociais são ativados e valorizados (Gaudalupe, 2003, in Figueiredo, 2016). As redes sociais podem ser entendidas “como um conjunto de contactos pessoais que possibilitam, sobretudo em fases mais avançadas da vida, que os indivíduos mantenham a sua identidade social, recebam apoio emocional, ajuda material, serviços, informações e, ainda, estabeleçam novos contactos sociais” (Walker, MacBride e Vachon, 1977:35, *cit. in* Cabral et al., 2013:91). Assim, esta tem grande importância para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas mais velhas. As redes sociais são de tal maneira essenciais para um envelhecimento saudável ou bem-sucedido que até os próprios idosos afirmam que ter família e amigos com quem possam contar é um dos fatores chave para um “envelhecer bem” (Férrandez-Ballesteros et al., 2010, in Cabral et al., 2013)

As características estruturais das redes sociais (Marin e Wellman, 2010, in Cabral et al., 2013:93) definem-se pela: dimensão (tamanho das redes); composição (peso relativo dos membros familiares e não-familiares nas redes); frequência de contactos (entre idosos e os membros da rede); densidade (contacto entre os membros da rede).

Segundo Paúl (2005), os aspetos mais valorizados pela população idosa são: a existência de boas relações com a família e os amigos; ter papéis sociais, como voluntariado e ocupação de tempos livres; ter uma boa saúde e funcionalidade; viver numa zona simpática e ter boa vizinhança; ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência. Desta forma, e como afirma

o autor, “a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos” (Ibid, 2005:280).

O apoio social pode ser entendido como um processo dinâmico e complexo que envolve trocas entre indivíduos e as suas redes sociais, visando a satisfação de necessidades sociais, promovendo e contemplando os recursos pessoais que possuem, no sentido de enfrentar novas exigências e atingir novos objetivos (Correia, 2009, in Figueiredo, 2016). O apoio social é determinante no envelhecimento bem-sucedido, as redes sociais diminuem, assim, as consequências negativas, atenuando o isolamento e marginalização social. Então, o papel das redes sociais no processo do envelhecimento refere-se ao seu efeito protetor, ao evitar stress (Paúl, 2005). As redes sociais podem ser divididas em dois grupos: os familiares (carácter involuntário, sentido de obrigação) e os amigos (carácter voluntário) (Litwak, 1981, in Paúl, 2005:278). O apoio/suporte social, este refere-se a três conceitos (Norris e Kaniasty, 1996, in Paúl, 2005):

- Integração social: diz respeito à frequência de contactos com os outros;
- Apoio recebido: refere-se à quantidade de ajuda fornecida pelos membros das redes;
- Apoio percebido ou percecionado: refere-se à crença que as pessoas ajudarão em caso de necessidade.

Segundo Cabral et al. (2013), existem vários tipos de redes sociais: as redes de confiança, as relações de apoio emocional, instrumental e de aconselhamento e, por fim, as relações de vizinhança.

As redes de confiança dizem respeito às relações interpessoais que os idosos estabelecem com outras pessoas a fim de falar de assuntos importantes e partilharem preocupações e problemas do dia-a-dia. Nestas são normalmente privilegiados os membros familiares (cônjuge e filhos) em deterioramento dos membros não-familiares (amigos e vizinhos). Apresentam uma dimensão mais extensa nos idosos do sexo feminino, enquanto que nos idosos do sexo masculino são mais pequenas.

As redes de apoio emocional estabelecem-se não apenas por motivos negativos (sentirem-se sozinhos ou tristes), mas também por motivos positivos (alegria e felicidade). O apoio instrumental diz respeito à ajuda de não-coabitantes na realização de tarefas domésticas (limpezas, reparações, compras). O aconselhamento refere-se aos pedidos de conselho na tomada de decisões importantes.

As relações de vizinhança baseiam-se em relações de confiança comparando com a proximidade que se formam a partir dos locais de residência e das relações de vizinhança. Estas facilitam a obtenção de ajuda informal e reduzem o isolamento social, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido (Campbell e Lee, 1992, Shaw, 2002, Browring e Cagney, 2002, in Cabral et al., 2013).

Ao nível da vizinhança existem diferenças, dependendo de serem num contexto rural ou num contexto urbano. No contexto urbano, a rede de suporte de vizinhos ajuda mais nas atividades exteriores, como pequenas compras, deslocações aos serviços públicos, apoio na refeição e vigilância, no fundo, ajudas que não implicam intimidade (Machado, 2014). Nas zonas mais

ruralizadas existe maior participação em atividades que implicam a entrada no espaço íntimo do idoso, como ajudas na higiene pessoal, apoio a vestir, apoio ao deitar, existe um maior nível de intimidade. Machado (2014) vai até mais longe afirmando que o apoio prestado no contexto rural é feito de forma incondicional, enquanto que nas áreas mais urbanas depende muito da disponibilidade.

Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2003, in Paúl, 2005:280) compararam as redes sociais nas áreas urbanas e rurais de Portugal, chegando às seguintes conclusões: o tamanho da rede social é maior nas zonas rurais e o número de confidentes é menor, os idosos rurais vivem mais longe dos filhos, a ideia de famílias rurais alargadas é mito, os filhos e netos estão fisicamente ausentes nas vidas dos idosos, devido à imigração estrangeira e emigração para o litoral, os idosos urbanos estão mais isolados, apresentam uma rede social mais pequena, mas detém um maior número de confidentes.

A Teoria da Desvinculação defendida por Henry e Cumming (1959) é uma teoria que defende que à medida que a pessoa vai envelhecendo a sua participação social diminui, para estes autores, isto não seria um fenómeno ocasionado por preconceitos sociais, mas antes por uma característica normal do desenvolvimento. Esta teoria foi alvo de várias críticas, pelo que surgiu uma série de investigações e pesquisas que conseguiram comprovar que a situação da população idosa era diferente da demonstrada por Henry e Cumming. Surge desta forma a Teoria da Atividade, onde o ponto principal se focava na importância do relacionamento social e desempenho de papéis sociais na produção de bem-estar no idoso (Santos e Vaz, 2008).

Beauvoir (1990, in Santos e Vaz, 2008) relata experiências em países como a Inglaterra, Suécia, Estados Unidos e França, que procuram incentivar as pessoas da terceira idade a juntarem-se a associações para não se deixarem dominar pela solidão, no fundo, o objetivo passa pelo estímulo de uma vida social ativa. A formação e participação em grupos não tem como objetivo produzir algo lucrativo, mas sim obter satisfação através de determinadas atividades, como a dança, o teatro, viagens ou até mesmo a aprendizagem de uma nova língua, dito de outra forma, algo que faça com que o idoso se sinta em constante crescimento e desenvolvimento. Assim, estimular os contactos sociais ocupa não só o espaço temporal, mas também o vazio que muitas vezes os idosos sentem.

A participação em atividades permite envelhecer bem, fomenta o envolvimento numa variedade de situações de vida e atividades relacionais que criam uma conexão social. Assim, o envelhecimento bem-sucedido ou o envelhecer bem é resultado da participação em atividades, movidas pela satisfação, manutenção da saúde e participação social. Paúl, suporta a afirmação ao referir que o “envelhecimento ativo é reforçado pela participação social, saúde e segurança” (2005:276). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, OMS, 2004) define participação como o envolvimento de pessoa numa situação da vida real, possuindo nove domínios: aprendizagem e aplicação de conhecimentos, tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, autocuidado, vida doméstica, relações interpessoais, aspetos principais da vida diária, vida comunitária, social e cívica.

O capital social pode ser considerado “um recurso distribuído de forma diferenciada pelos indivíduos ou grupos que o mobilizam” (Putman, 2000, in Cabral et al., 2013:147). Este é enfatizado pela participação em organizações formais e informais e resulta do nível de participação social dos indivíduos. O conceito de capital social é um conceito multidimensional, assim este deve ser entendido em dois tipos de participação social: participação social formal e participação social informal (Cabral et al., 2013). A participação social formal refere-se à participação em atividades que pressupõem uma organização com âmbitos e objetivos específicos e definidos sejam eles políticos, religiosos ou cívicos, exemplo destas pode ser a participação em atividades organizadas para reformados ou a chamada “terceira idade”. A participação social informal refere-se às atividades desenvolvidas resultado de um envolvimento não organizado e mais irregular, como por exemplo a participação em grupos ou o voluntariado.

Existem alguns fatores ou obstáculos que podem influenciar a participação social dos idosos, estes incluem: a pobreza, a saúde precária, os níveis baixos de educação, a falta de transporte, o pouco acesso a serviços, e a própria idade (UNECE, 2009, in Figueiredo, 2016). Para Machado (2014), as dependências físicas e incapacidades podem ser consideradas um dos principais fatores de limitação de participação social. Cabral et al., (2013) acrescentam como fatores inibidores de participação social o género. De forma geral, os homens tendem a participar mais que as mulheres. No caso português, o nível de participação social encontra-se entre os mais baixos da Europa, acompanhado pelos restantes membros do grupo dos países do Sul (Grécia, Espanha e França) (Eurostat, 2012, in Cabral et al., 2013).

Segundo Timonen, Kamiya e Maty (2011, in Figueiredo, 2016:4), a participação em atividades sociais pode ser categorizada em quatro grupos:

- Relações íntimas sociais: visitas de/ou para a família e amigos;
- Envolvimento organizacionais fora do trabalho: cultos ou reuniões em associações da sociedade civil.
- Atividades de lazer ativos: palestras, filmes, peças de teatro e concertos, jogar às cartas, comer fora de casa, atividades desportivas.
- Atividades de lazer passivo: ocupação solitária, ver televisão, ouvir rádio, ler.

Cabral et al. (2013) dividem em três grandes grupos a participação social: a pertença associativa, a participação em atividades consideradas para a terceira idade e a participação informal em atividades de convívio. A pertença associativa está ligada à participação em associações como sindicatos, partidos políticos, associações de moradores. Esta apresenta maior expressão no passado do que atualmente, contrastando em relação às associações culturais, associações de defesa do património/ambiental e associações de solidariedade social, que são mais visíveis hoje do que no passado. Assim, há um enfraquecimento do envolvimento dos indivíduos mais velhos em relação a instituições com as quais se estabelecem ruturas, como é o caso do trabalho. Os idosos adaptaram-se a novas formas de participação, com outro tipo de objetivos, e que se adequam a sentimentos de utilidade e participação distintas. Neste tipo de participação, no caso dos homens está mais ligado a clubes desportivos, enquanto que nas

mulheres é mais visível a participação no âmbito da solidariedade social. Em relação à participação em atividades consideradas para a terceira idade, os homens tendem a participar mais em atividades das coletividades recreativas (Juntas de Freguesia, igrejas e centros paroquiais), as mulheres participam sobretudo em atividades realizadas por entidades religiosas e só depois em atividades organizadas pelas Juntas de Freguesia ou Câmaras Municipais. No caso das Universidades Sêniores, a participação feminina é mais elevada do que a participação masculina (Cabral et al., 2013). Ao nível da participação informal em atividades de convívio, as mulheres tendem a participar mais que os homens. Estas tendem a participar mais localmente e em ambientes mais familiares. Inversamente, os indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos são os que participam mais nas atividades informais, compensando assim a fraca participação formal (Cabral et al., 2013).

Figueiredo (2016) defende que a autonomia e independência do idoso, não somente física, mas também psicológica, são fatores essenciais para a participação social do idoso, pois estes remetem para a questão da capacidade de decisão e de controlo sobre a própria vida. A participação social tem um impacto positivo ao nível da saúde física e mental, podendo constituir-se como uma forma de lidar com as alterações em termos da saúde e em termos sociais e individuais, representando um papel positivo na longevidade e evitamento de situações de isolamento social e solidão.

4. Envelhecer em casa

Estima-se que a proporção de idosos, em 2050, seja de 32% (INE, 2012) pelo que é fundamental repensar os paradigmas associados ao envelhecimento, cuidados e habitação.

Aging in place ou “envelhecer em casa” é uma política que se focaliza na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no seu meio envolvente, debruça-se sobretudo na manutenção da pessoa idosa no seu meio natural como meio preferencial de vida (Pynoos, 2001, Pynoos, Caraviello e Cicano, 2009, in Martin et al., 2012). Estudos realizados em Portugal apontam para a preferência das pessoas idosas pela habitação própria ou vivência de uma situação partilhada em casa de familiares (Darê, 2010, Martin et al., 2012). Com o avançar da idade, existe um maior interesse da pessoa idosa em permanecer na sua habitação, reafirmando assim o papel da independência, autonomia e atividade social.

Fernandes (2005) afirma que a entrada no lar (instituição) significa a rutura definitiva de laços afetivos antigos, implica separar pessoas idosas da vida normal e reuni-los com pessoas desconhecidas, significa condená-los à solidão. Segundo Goffman, instituições totais são “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam a uma vida fechada e formalmente administrada” (Goffman, 1996:11, cit. in Almeida, 2008:72). Para Santos (2014), estas particularidades estão presentes em lares: os residentes não têm liberdade

de sair sem previamente informar um funcionário, não podem chegar atrasados às refeições, os regulamentos de visitas são autorizados apenas no período da tarde, existe ausência de um espaço minimamente privado e acolhedor, as visitas são feitas no salão de convívio, e os quartos são partilhados com estranhos. Enquanto que visitar um idoso na sua casa permite partilhar atividades ou cultivar prazeres de vivenciar um espaço carregado de significados, a visita no lar não chega para proporcionar um verdadeiro encontro, um momento de intimidade. O quotidiano dos idosos acaba assim por ser submetido a um funcionamento institucional que acentua o seu fechamento num espaço de vida restrito e ignora as suas necessidades relacionais. A separação em relação ao mundo exterior torna os idosos dependentes da instituição e destrói o poder sobre a sua própria vida (Santos, 2014).

Segundo Sousa e Loureiro (2014), as principais causas da institucionalização de pessoas idosas são: o facto de viverem sozinhas (morte do cônjuge), o isolamento, a falta de suporte social, a ausência de integração social e familiar do idoso, conflitos entre idoso e família, falta de condições habitacionais, dificuldades financeiras, problemas de saúde e incapacidade de realização de Atividades da Vida Diária (AVD`s).

Para Machado (2014:28), permanecer na sua habitação é sinónimo da manutenção do “baú de memórias” dos idosos. A permanência do idoso na sua residência permite a preservação de cenários de episódios da vida da pessoa idosa com todas as suas referências, é ainda o local onde quem manda e quem impõem a sua vontade é o idoso. Segundo Pastalon (1990, in Martin et al., 2012), envelhecer em casa é a capacidade de as pessoas idosas permanecer na sua própria residência, mesmo quando se veem confrontadas com a necessidade crescente de apoio derivado das mudanças ao longo da vida, mudanças associadas ao envelhecimento biológico, psicológico e social, como exemplo, motivos de doença, perdas cognitivas, e até mesmo perdas de rendimentos. Sublinha-se assim a importância de promover e garantir serviços, cuidados e adaptações funcionais que facilitem a continuidade do idoso na sua residência, bem como estratégias de intervenção que tenham em consideração as redes de vizinhança e os serviços disponíveis na comunidade.

Segundo o documento do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, “o território físico e o tecido social também constituem importantes determinantes na saúde. A organização dos espaços, a qualidade do ar, da água e a gestão de resíduos, assim como as condições de habitação são alguns dos aspetos que interferem com o estado de saúde da população” (p. 100). Assim, a permanência do idoso na sua residência demonstra-se de extrema importância, pois este é um caminho que interfere não só na vida social e no bem-estar psicológico, mas também na manutenção da saúde e qualidade de vida.

Alguns indicadores de bem-estar e elementos que contribuem para a segurança e a análise das condições de vida das pessoas idosas são: a existência de água canalizada e estruturas funcionais, casa de banho com pelo menos uma sanita com autoclismo e uma base de chuveiro, estruturas de cozinha, ter telefone e televisão, ter uma convivência local de morada e condições de acesso ao alojamento (UN, 2006, in Martin et al., 2012).

Os alojamentos não clássicos são alojamentos móveis e improvisados, como barracas ou casas rudimentares de madeira, que não garantem boas condições de vida e habitabilidade, e proporcionam situações de exclusão social que afetam a população idosa (UN, 2006, Martin et al., 2012). Em 2001, a população a residir em alojamentos não clássicos em Portugal era de 0.8 % do total da população portuguesa, 11% eram população idosa, particularmente do sexo feminino (Gonçalves, 2004, in Martin et al., 2012). Não é por isso de admirar que a pobreza, a exclusão social e a falta de condições habitacionais sejam problemas mais frequentemente associados à população idosa em Portugal (INE, 2012). Perante esta realidade, torna-se fundamental definir estratégias que garantam condições de habitação para os idosos, para que a habitação não seja um impedimento à independência e autonomia da pessoa idosa.

De modo a criar uma habitação inclusiva e que responda à evolução das necessidades da pessoa idosa, Jordan e Maisel (2010, in Martin et al., 2012) criaram quatro parâmetros essenciais:

- *Accessible design*: cumprimento mínimo de normal de acessibilidade e adequabilidade;
- *Visitability*: eliminação de três barreiras - degraus, corredores e partes estreitas;
- *Adaptability*: recursos para atualizações fáceis e de baixo custo para melhorar as condições da habitação;
- *Lifespan design*: recursos adaptativos que facilitam a segurança e a prevenção de quedas.

Segundo Gonçalves (2004, in Martin et al., 2012), a população idosa apresenta as piores condições habitacionais e menores níveis de bem-estar e conforto. Em Portugal, as políticas habitacionais no sector público combatem essencialmente as necessidades e promoção da necessidade urbana, sendo que apenas uma se referencia especificamente à população idosa. Em 2017 destaca-se apenas o PCHI (Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas) este tem como objetivo “a prevenção da dependência e institucionalização dos cidadãos mais idosos, ao intervir na qualificação habitacional através do melhoramento das condições básicas de habitabilidade e mobilidade” (Instituto da Segurança Social, 2017). O PCHI baseia-se em dois pilares: a melhoria ao nível do edifício (criação de adaptações ao espaço, melhoramento dos espaços já existentes, melhoramento da acessibilidade à habitação, por ex. rampas), e melhoria ao nível do equipamento (aquisição de equipamentos essenciais, tais como colchões, camas, frigorífico, televisão, etc.). Porém, existe um conjunto de barreiras que limitam estas modificações na habitação, são elas: as condições estruturais da habitação, a incapacidade financeira e operacional do idoso, elevados custos de remodelação, desconhecimento das medidas sociais de apoio- falta de informação e atitudes de suspeição em relação à oferta de apoios (Martin et al., 2012:192).

Envelhecer em casa acarreta consigo não só mudanças de recursos ao nível da habitação, mas também alterações de teor social e tecnológico (Martin et al., 2012). Envelhecer na comunidade exige a prestação de SAD e integração de redes de vizinhança implicadas nas necessidades dos seus residentes. Por outro lado, as medidas de carácter tecnológico referem-se “a instrumentos de apoio ao quotidiano, imprescindíveis para a manutenção da independência da pessoa idosa, para a facilitação de tarefas assim como para a sua proteção” (Pynoos, Caraviello e Cicano,

2009, in Martin et al., 2012:196). Exemplos desta são a integração de sensores de luzes, sistemas de tele alarme, cápsulas de medicação com alarme, telefone, internet, jogos didáticos, entre outros.

No fundo, são necessárias repostas multidisciplinares, com a implicação da população e diferentes agentes e entidades da comunidade.

4.1. A Identidade, Autonomia, Dependência e Decisão

O envelhecimento é um processo natural, dentro do desenvolvimento humano, o idoso aprende a lidar e adaptar-se às mudanças, mudanças essas que vão desde a perda do cônjuge, amigos, família, questões de saúde, deterioração do corpo, emprego ou a partida dos filhos. Neste contexto, manter a autonomia é fundamental, pois é a forma de garantir que perante estas perdas e mudanças, o idoso preserva e exercita a capacidade de escolher sobre si.

A autonomia é um conceito muito importante, pois está relacionado com a garantia que um ser humano pode gerir a própria vida de forma autêntica. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), a autonomia baseia-se na “capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências” (WHO, 2002, in DGS, 2006:9). Medeiros (2002, in Pinheiro s/d) salienta esta ideia ao afirmar que a autonomia está diretamente associada ao exercício da capacidade de escolha, o que favorece a saúde do idoso, respeita e valoriza os seus valores presentes na sua vontade. Retirar o idoso da família e da sua própria habitação contra a sua vontade, é retirar-lhe o direito de escolha, é não o deixar escolher sobre si próprio. Ainda segundo a autora, “a possibilidade de escolha é o alicerce da autonomia. Para que exista uma ação autónoma é preciso que existam alternativas na ação, pois somente assim o sujeito poderá escolher o que considera melhor para si. Se existe uma única opção, um único caminho, não existe possibilidade de exercer autonomia” (Medeiros, 2002: s/p, cit. in Pinheiro, s/d: 4). Assim, em muitas situações o idoso encontra-se sem opções, por exemplo, sem rendimentos, sem filhos, sem família, e vê-se obrigado a aceitar a institucionalização, casos extremos encontram-se quando o idoso está acamado, estando este totalmente dependente de outrem.

Para Teixeira (2002, in Pinheiro, s/d), a autonomia exerce-se em três níveis: na autonomia da ação, relacionado com a independência na capacidade física; na autonomia da vontade, relacionado com a capacidade de o indivíduo escolher livremente à sua vontade; e por fim, na autonomia do pensamento, capacidade relacionada com o ter uma reflexão crítica em relação à escolha.

As dependências físicas limitam o desempenho das AVD`s (Machado, 2014). No entanto estas não devem ser confundidas com a tomada de decisão. Teixeira (2002, Pinheiro, s/a) expressa que há na sociedade uma confusão entre a dependência física e a tomada de decisão, e que muitas vezes ocorre não se ouvir o desejo do idoso, afirmando que a autonomia e a segurança são necessidades básicas no processo de envelhecimento. O Decreto-Lei nº 101 (2006:3857) define dependência como a “situação em que se encontra a pessoa por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência

orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio da família ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as Atividades da Vida Diária”.

A experiência do corpo, a perturbação da doença na vida quotidiana e a passagem para a dependência não deverão sobrepor-se à autonomia e ao processo de decisão e escolha, pois “decidir pelo idoso é impor a este mais uma perda, a perda da autonomia” (Pinheiro, s/d:2).

Para além da questão da autonomia, da dependência e do processo de escolha, outra questão se levanta, a identidade do idoso, questão esta essencial no processo de envelhecimento.

Segundo Dubar (1997, in Sousa, 2013b) a identidade de um indivíduo corresponde ao que o indivíduo tem de mais precioso. Ora, a perda de identidade causa sentimentos de alienação, angústia e sofrimento. Para este autor, a identidade é resultado de sucessivas socializações, pelo que deverá estar em constante reestruturação, reelaboração e depende de uma construção social e individual. Para Guedes (2007, in Sousa, 2013b) o conceito de identidade pressupõe duas significações: a primeira diz respeito ao conjunto de características permanentes que definem o indivíduo e que possibilitam a sua identificação no exterior (idade, pertença étnica, nacionalidade, estado civil, profissão), a segunda reporta para as perceções subjetivas que os indivíduos constroem da sua individualidade, da consciência e definição de si, a chamada identidade pessoal.

Quando institucionalizados, os idosos podem perder a sua privacidade, pois os espaços são partilhados com outras pessoas (Oliveira, 2014). Santos atenta para alguns riscos da institucionalização da pessoa idosa: “causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade nas decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual” (2008:42, *cit. in* Oliveira, 2014:21), riscos estes que se podem refletir diretamente na perda de autonomia e de identidade do idoso.

A habitação ou residência própria é considerada como um fator de desenvolvimento social e humano. A habitação tem sido objeto de recomendação e orientação face ao envelhecimento da população, provenientes de diferentes organizações internacionais, tais como a ONU (Organização das Nações Unidas), OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), Conselho Europeu, OMS, e União Europeia (Matias, 2005). Todas estas organizações apresentam documentos que integram três componentes essenciais: habitação, serviços e componente ambiental; satisfação de necessidades/expectativas das pessoas; informação e cooperação. Assim, a habitação é entendida como um lugar de vida fundamental e promotor de relações sociais. Segundo Matias (2005), o valor que se atribui à própria residência enquadra três elementos chave: é nela que vivemos a nossa história, é nela que partilhamos histórias do bairro, da rua, da cidade, da aldeia, e é o espaço de memórias que nos situa no tempo e nos permite projetar o futuro.

Desta forma, a habitação faz parte da identidade do idoso, e é por isso que com o avançar da idade a residência própria assume um papel crescentemente importante. Sabendo que o envelhecimento é um processo de adaptação constante, é necessário compreender a

importância das referências culturais, das relações sociais e familiares, da promoção da autonomia e da preservação da identidade, elementos estes fundamentais no percurso e no decorrer da vida. A conceção, planeamento e intervenção na habitação deve orientar-se para a criação de espaços de vida, para fomentar laços sociais e preservar a identidade dos idosos que vivem na sua própria habitação. Para que isto seja possível, Matias (2005) sugere: a melhoria das condições de conforto e da habitação, acessibilidade, serviços na proximidade, informação e serviços de atendimento especializados e o acesso a novas tecnologias facilitadoras do quotidiano.

Os idosos precisam que os ajudem a manter a sua própria identidade, reconstruindo o fio da vida, mantendo as relações familiares e sociais, apresentando-lhes alternativas na residência, apresentando medidas que permitam a manutenção do domicílio, dos espaços de sociabilidade e do apoio familiar, evitando desta forma a perda da identidade.

Parte 2- Da metodologia à análise dos dados

O enquadramento metodológico é imprescindível em qualquer investigação social, pois é através deste que se estudam, estruturam, descrevem e planeiam os passos metodológicos que se vão usar. No fundo, onde o investigador determina a forma de obter as respostas ou resultados aos questionamentos da investigação.

Assim, ao longo desta segunda parte, irá ser apresentado o problema da investigação, os objetivos do estudo, a metodologia que irá ser usada, a população-alvo, os critérios de seleção dos participantes e os instrumentos/técnicas de recolha de dados utilizados. Ainda nesta parte, e derivado ao seu contexto, achou-se pertinente dedicar um subcapítulo aos procedimentos éticos utilizados na recolha de dados.

Por fim, irá ser feito a apresentação, a análise e a interpretação dos dados recolhidos.

5. Opções metodológicas

5.1. Modelo de Análise

No esquema que se segue encontram-se identificadas cinco dimensões de análise essenciais para responder aos objetivos traçados da investigação. A primeira dimensão, “Redes de Sociabilidade”, procura explorar a importância, o significado e o relacionamento da família, dos amigos e dos vizinhos do idoso, sendo que se procura analisar a forma como estes três grupos se desenvolvem e operam enquanto rede de suporte ao idoso. Isto irá permitir

compreender em que medida a rede familiar e as redes de sociabilidade podem configurar a decisão do idoso permanecer na sua casa.

Na segunda dimensão, intitulada “Participação social e Ocupação dos Tempos livres”, pretende-se entender de que forma a participação em atividades na comunidade (ou a sua ausência) pode influenciar a decisão do idoso permanecer na sua casa. Ainda nesta dimensão, deu-se especial atenção à forma como os idosos ocupam os seus tempos livres. Nesta dimensão foram consideradas três dicotomias: a participação formal/informal, a ocupação passiva/ativa, e as atividades dentro/fora de casa.

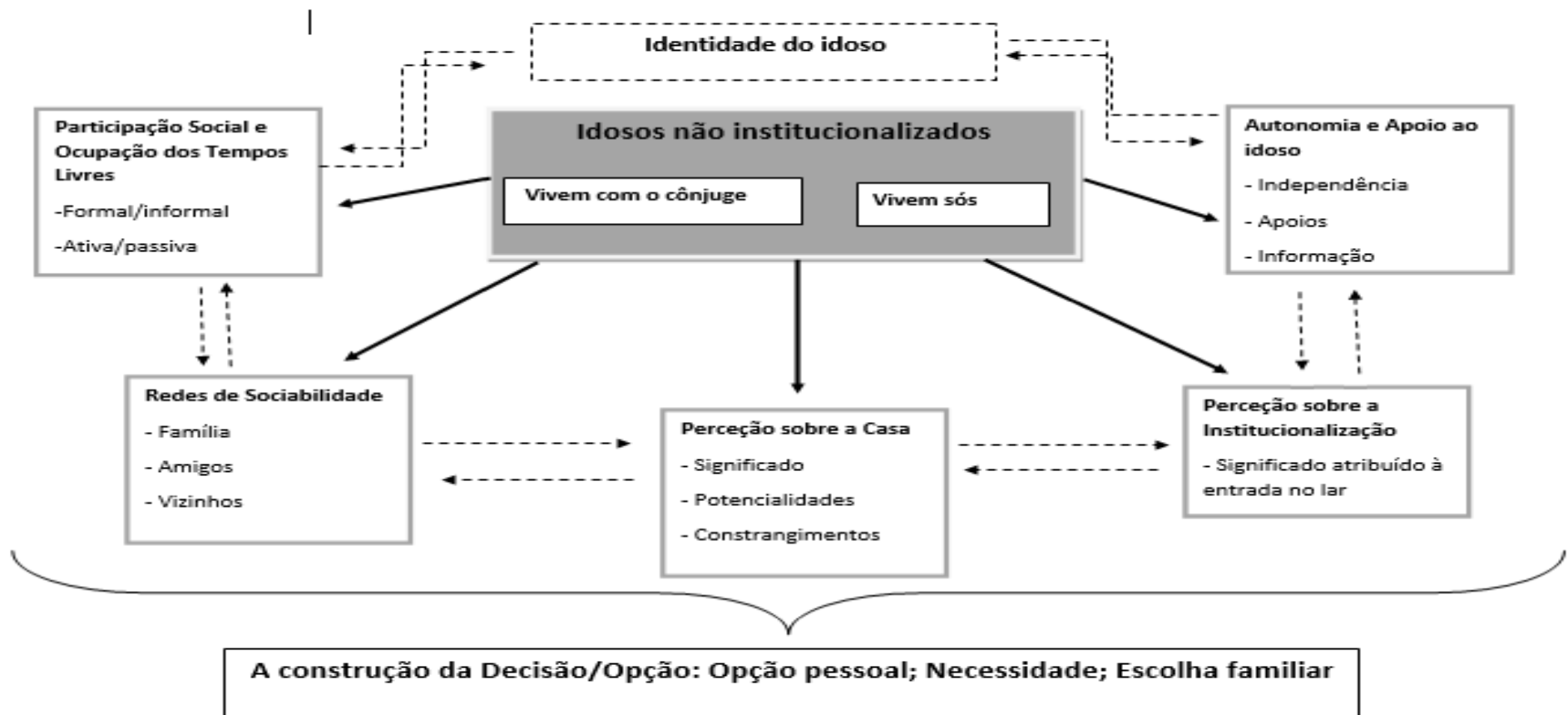
A terceira dimensão, “Perceção sobre a Casa”, procura perceber a relação entre a habitação e o idoso, a forma como o idoso vê a sua casa, no fundo, o significado ou valor da “casa” para o idoso. Nesta dimensão procurou-se perceber ainda as condições da habitação e o que poderia ser melhorado. Desta forma, pretende-se perceber quais os constrangimentos e potencialidades do idoso viver na sua própria casa, e o que pode ser melhorado no sentido da continuação da permanência do idoso na sua casa.

Na quarta dimensão, “Perceções relacionadas com a Institucionalização”, pretende-se essencialmente compreender o que o grupo de idosos não institucionalizados pensa acerca da entrada no lar. Procurou-se perceber as vantagens e desvantagens da institucionalização aos olhos deste grupo de idosos e quais poderiam ser os motivos que poderiam estar na base da escolha ou opção de um dia irem para o lar. Com esta dimensão pretende-se perceber se a imagem que construíram sobre o lar é um fator que tem peso ou não na decisão ou escolha de o idoso permanecer em casa.

A autonomia e independência do idoso são duas características fundamentais na forma como se gere e vive a velhice. Foi por isso essencial criar uma dimensão que desenvolva estes conceitos, “Autonomia e Apoio ao idoso”. Nesta dimensão procurou-se entender a forma como os idosos não institucionalizados vivem e sentem a velhice, e se estes se consideram autónomos o suficiente para viver esta fase de vida na sua própria habitação. Procurou-se ainda perceber se os idosos não institucionalizados recorrem a alguma ajuda, nomeadamente o Serviço de Apoio Domiciliário, e se conhecem outras políticas/medidas que apoiem a continuação do idoso na sua residência, procurando assim perceber o nível de informação que estes têm acerca desta matéria.

Por último, foi criada uma dimensão de análise essencial para a ligação de todas as dimensões mencionadas, e que permita responder à pergunta de partida traçada, “A construção da decisão/opção”, onde se procura responder ao porquê de os idosos permanecerem em casa, perceber os motivos que configuram esta decisão. No fundo se se trata de uma escolha/opção ou de uma necessidade/constrangimento colocada pela sua situação particular de vida.

Fig.3 - Modelo de Análise



5.2. A metodologia

A opção por uma metodologia qualitativa foi fundamental quando se formularam os primeiros questionamentos: Quais as razões que levam os idosos a permanecer nas suas residências? Em que medida se trata de uma opção ou de uma necessidade face a constrangimentos vários? Em que medida o género influencia esta decisão de permanecer na residência? Existem diferenças entre o grupo dos idosos que vivem sós e o grupo dos idosos que vivem com o cônjuge? Qual a influência redes de sociabilidade no grupo de idosos não institucionalizados? Qual a imagem e construção social da institucionalização para os idosos não institucionalizados? E em que medida esta representação da institucionalização influencia a sua opção de não ingressar num lar (se é que se trata verdadeiramente de uma opção)? Estes questionamentos levaram à formulação do objetivo geral da investigação: perceber quais os fatores que configuram a decisão de permanência dos idosos nas suas residências. Embora já tenham sido mencionados os objetivos específicos na introdução, é importante relembrá-los nesta fase dado que foram essenciais para a escolha dos procedimentos metodológicos, assim os objetivos específicos traçados foram:

- Perceber as potencialidades e constrangimentos percebidos pelos próprios idosos em permanecerem nas suas residências.
- Perceber em que medida a família e a comunidade (laços sociais e redes de apoio) têm um papel importante na permanência do idoso na sua residência.
- Perceber a representação da institucionalização na perspetiva do idoso não institucionalizado e em que medida esta configura a sua decisão.
- Perceber o que, na perspetiva do idoso, pode ser melhorado, no sentido de apoiar a continuação do idoso na sua residência.

Como se percebe da leitura dos objetivos, pretende-se ter acesso à perspetiva e ao ponto de vista dos sujeitos, dar voz a um grupo específico (Ragin, 2011), o grupo dos idosos não institucionalizados a permanecer na sua própria residência, no fundo, entender o fenómeno tal como ele é percebido pelos sujeitos. Só através de uma coerência entre a metodologia e as técnicas de recolha de dados é possível aceder ao ponto de vista dos participantes.

Uma investigação resulta de um processo de estruturação do conhecimento, trata-se de um processo de aprendizagem (Sousa e Baptista, 2011). O trabalho de campo é usado com o objetivo de conseguir informações/conhecimentos acerca de um problema sociológico para qual se procura resposta. Assim, Marconi e Lakatos (2002) definem três principais fases de uma investigação: 1. Pesquisa bibliográfica; 2. Estabelecer um modelo teórico inicial de referência; 3. De acordo com a natureza da pesquisa, determinam-se as técnicas e a amostra. Contudo, numa pesquisa de tipo qualitativo, o processo não se reveste de uma tal linearidade. Existe uma constante “vai e vem” entre a teoria e a empiria, e a elaboração do corpo teórico não é feita de uma só vez e sempre antes da fase de trabalho de campo, assim como não existe a obrigatoriedade de definir uma amostra, pelo menos no sentido em que ela é entendida na pesquisa de tipo quantitativo.

A metodologia de investigação é um processo que assenta na seleção da estratégia de investigação de acordo com os objetivos que se pretende atingir. Esta, por sua vez, condiciona a escolha de técnicas de recolha de dados. De uma forma generalizada, a escolha das técnicas tem como base os objetivos do trabalho a desenvolver. Com base nos objetivos traçados para a dissertação, pode-se dizer que são visivelmente mais adequadas as técnicas de recolha de dados de base qualitativa.

A metodologia qualitativa é um método que apresenta maior flexibilidade e profundidade, e que parte de um processo indutivo (das evidências para as ideias) (Ragin, 2011). Os conceitos sensibilizadores (Ragin, 2011) são conceitos iniciais que servem para iniciar uma investigação, mas estes não se mantêm até ao fim, podem ser modificados, podem-se demonstrar limitados, sem saída, “obrigando” ao desenvolvimento de novos conceitos. Segundo Ragin (2011), quanto mais contraditórios forem estes conceitos, mais enriquecida é a investigação. A metodologia qualitativa apresenta ainda como característica a existência de quadros analíticos fluídos, onde o investigador se move entre eles à medida que vai acumulando evidências sobre os casos.

Para um estudo como o que se apresenta, é necessária uma metodologia que valorize a compreensão e análise dos significados que os atores sociais atribuem a determinado fenómeno, neste caso, o valor que os idosos não institucionalizados atribuem à permanência na sua própria residência. Como diz Marconi e Lakatos (2002), a metodologia qualitativa é uma metodologia que valoriza o discurso de quem intervém no fenómeno em causa, baseando-se assim na experiência do ator relatada na primeira pessoa.

5.3. Técnicas de recolha de dados

Pode se definir métodos como “um conjunto concertado de operações que são realizadas para atingir um ou mais objetivos, um corpo de princípios que presidem a toda a investigação organizada, um conjunto de normas que permitem selecionar e coordenar técnicas” (Sousa e Baptista, 2011:53). As técnicas de recolha de dados são procedimentos operatórios, aplicados e adaptados aos tipos de problemas e fenómenos em causa. Sousa e Baptista, definem técnicas de recolha de dados como “um conjunto de processos operativos que nos permite recolher os dados empíricos” (2011: 71).

No desenvolvimento do estudo optou-se pela aplicação de entrevistas semiestruturadas aos principais sujeitos do estudo permitindo “os informantes uma oportunidade para desenvolver as suas respostas fora de um formato estruturado” (Burguess, 1997, *cit. in*, Machado, 2014:26). Desta forma, o investigador tem a possibilidade de adaptar o instrumento ao nível de compreensão e recetibilidade do entrevistado, tornando-se uma mais-valia pela possibilidade de os entrevistados espelharem e demonstrarem nas suas respostas os seus valores, as suas referências, as suas condutas e as suas interpretações com base nas suas histórias de vida.

A entrevista é um procedimento utilizado na investigação social, para a recolha de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social (Marconi e Lakatos, 2002). Esta tem como objetivo a obtenção de informações do entrevistado sobre determinado assunto ou problema. Para Seltiz (1965, *in* Marconi e Lakatos, 2002) a entrevista apresenta seis

objetivos: averiguação de factos, determinação de opiniões sobre os factos, determinação de sentimentos, descoberta de planos de ação, averiguação da conduta atual e no passado, averiguação de fatores que podem influenciar opiniões, sentimentos e condutas.

Simplificando, a entrevista é uma conversa entre pessoas, onde não se pode ter em conta apenas aspetos verbais, mas também outros elementos, tais como a linguagem corporal, reações, etc. Segundo Arksey e Knight, “*interviewing is a powerful way of helping people to make explicit things that have hitherto been implicit- to articulate their tacit perceptions, feelings and under-standings.*” (1999:32, cit. in Gray, 2009:370). Cohen e Marion (2000, in Gray, 2009) apontam vários sentidos às entrevistas, estas devem ser usadas quando existe a necessidade de alcançar maior profundidade e detalhe, quando é necessário obter dados altamente padronizados, quando é importante uma elevada taxa de resposta, e por fim, quando os entrevistados não são fluentes no idioma do país.

As entrevistas semiestruturadas são muitas vezes usadas nas metodologias qualitativas, esta técnica permite um maior aprofundamento das visões e opiniões, apresentando como vantagem falar dos assuntos que se quer falar com maior liberdade. Neste tipo de entrevista o entrevistador tem uma série de perguntas preparadas para abordar na entrevista, pode ou não usar todas, ou até mesmo acrescentar perguntas no decorrer da entrevista, também a ordem das perguntas pode ser alterada (Gray, 2009).

Para Marconi e Lakatos (2002) existem uma série de limitações no uso da técnica das entrevistas, porém estas podem ser contornadas ou minimizadas, se o entrevistador for uma pessoa com bastante experiência e bom-senso. As limitações apontadas pelas autoras são: a dificuldade de expressão e comunicação de ambas as partes, a incompreensão por parte do respondente ou falta interpretação, possibilidade do entrevistado ser influenciado, consciente ou inconscientemente pelo investigador (pelo aspeto físico, atitudes, opiniões), retenção de dados importantes como o medo que a sua identidade seja revelada, ocupa muito tempo e é mais difícil de ser realizada. Por outro lado, Marconi e Lakatos (2002:95) apontam esta técnica como sendo rica em aspetos positivos, tais como: pode ser utilizada com outros segmentos da população (ex. analfabetos e alfabetizados), o entrevistado não precisa de saber ler e escrever, existe uma maior flexibilidade, o entrevistador pode repetir e esclarecer as perguntas, formular de forma diferente ou especificar algum conceito quando necessário, existe uma maior oportunidade de avaliar atitudes e condutas (reações e gestos), e as informações são mais precisas, podendo ser confirmadas de imediato.

O “critério de saturação” é usado para definir o número de entrevistas (neste caso) a realizar. O investigador pára de fazer entrevistas quando os entrevistados já não trazem nada de novo aos dados que já foram recolhidos.

De forma a complementar a informação, e procurando, de algum modo, comparar dois grupos na mesma situação, idosos a permanecer em casa, optou-se ainda por realizar um *focus group* a idosos não institucionalizados da Universidade Sénior do Sabugal. Este grupo de participantes foi escolhido com base nos critérios de seleção, pois este é um grupo que se apresenta na

mesma situação que o grupo dos participantes nas entrevistas, a viver na sua própria residência, sozinhos ou com o cônjuge. Este grupo apresenta uma particularidade, distinguindo-se assim do grupo de entrevistados, com um nível de participação social diferente, pelo que torna interessante a comparação com os idosos entrevistados. A opção da realização do *focus group* foi a melhor forma de conseguir juntar este grupo e apelar ao debate e discussão dentro do grupo.

O *focus group* pode ser traduzido como sendo um grupo de discussão. Morgan define *focus group* “como uma técnica de investigação de recolha dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador” (Morgan, 1996, *cit. in* Silva et al., 2014:177).

Neste conceito estão presentes três componentes, é um método dirigido para a recolha de dados, a interação e discussão do grupo é uma fonte de dados, e o investigador apresenta um papel ativo na dinamização e moderação do grupo. Segundo Morgan (1988, *in* Flick, 2005) a marca distinta desta técnica é a produção de dados e perspectivas que não seriam possíveis sem a interação. A este conceito, Knveger e Casey (2009, *in* Silva et al., 2014) acrescentam ainda o facto de todos os participantes que compõem o grupo terem alguma característica semelhante e relevante face ao tema em discussão. Para Hunt e Livingstone (1996, *in* Flick, 2005) o potencial desta técnica é a geração de debate, revelando significados atribuídos pelas pessoas aos temas discutidos, criando diversidade e diferença.

A principal tarefa do entrevistador é impedir que um participante ou um subgrupo domine com as suas intervenções a entrevista e, conseqüentemente, o grupo todo (Merton et al., 1956, *in* Flick, 2005). O entrevistador tem de incentivar os mais calados a envolverem-se e a exporem o seu ponto de vista.

Como todas as técnicas, o *focus group* apresenta determinados pontos fracos ou fragilidades: a necessidade de estar presente mais do que um entrevistador, pois enquanto um modera a discussão o outro toma notas, o processo de produção de interação focada, ou seja, o papel de moderador pode influenciar a capacidade do grupo ganhar a sua própria dinâmica, e, por fim, a interação requer auto revelação mútua, porém alguns tópicos não são aceitáveis para a discussão, os chamados temas mais “sensíveis” (Patton, 1990, *in* Flick, 2005; Silva et al, 2014). As principais vantagens desta técnica são: os baixos custos, a riqueza de dados, a observação de acordos e desacordos dos participantes, a flexibilidade, a variedade de indivíduos (com diferentes contextos e características) e o fornecimento de dados de um grupo de forma muito rápida.

Na preparação do *focus group* e das entrevistas semiestruturadas foram consideradas dimensões que constituem o modelo de análise: as redes de sociabilidade onde estão integradas as relações dos idosos com família, os amigos e os vizinhos; a participação social e ocupação dos tempos livres, onde se pretendeu averiguar a importância da atividade social na vida do idoso não institucionalizado; a perceção sobre a casa, ou seja, o significado que a casa tem para estes idosos e os constrangimentos e potencialidade das condições habitacionais; as perceções relacionadas com a institucionalização, o entendimento da entrada no lar na visão dos idosos não institucionalizados; a autonomia e os apoios aos idosos, onde se pretendeu perceber a

importância da autonomia e da independência no apoio à continuidade de permanência do idoso na sua residência, bem como a averiguação do conhecimento/informação por parte dos idosos dos apoios à continuação do idoso na sua residência; por fim, a construção da decisão/opção de permanecer em casa.

O *focus group* aos idosos não institucionalizados da Universidade Sénior do Sabugal é constituído por 20 questões de lançamento de debate, (Guião do *focus group* - Anexo I), foi ainda feita uma ficha de caracterização (Anexo IV) para cada um dos participantes, esta incidia sobretudo no sexo, habilitações literárias, idade e estado civil. Este *focus group* tinha como objetivo perceber a perspetiva de um grupo específico em relação às redes de sociabilidade, à permanência na sua casa, à participação em atividades, à institucionalização, e por fim, perceber o que os faria continuar nas suas casas ou em que circunstâncias sairiam.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com base num guião (Anexo II), a ser usado de forma flexível, e acompanhadas por uma ficha de caracterização (anexo IV).

As entrevistas tiveram a duração média de 31 minutos e foram efetuadas no domicílio do entrevistado, possibilitando não só abordagem do contexto real, mas também a criação de um ambiente de confidencialidade e confiança. O *focus group* foi realizado na Biblioteca Municipal do Sabugal com um grupo de 12 participantes, com uma duração de 1 hora e 15 minutos.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos idosos não institucionalizados e o *focus group* na Biblioteca Municipal do Sabugal, juntos dos idosos que frequentam a Universidade Sénior. Em primeiro lugar, no dia 17 de maio de 2017, foi realizado o *focus group*. Considerou-se importante realizar primeiro esta atividade de recolha de dados, por ser tipicamente uma atividade menos estruturada, mais livre e que implica alguma discussão, o que se considerou que poderia ser proveitoso, em termos de informação a considerar na realização do guião das entrevistas. No *focus group* estiveram presentes doze participantes, dez do sexo feminino e dois do sexo masculino, o voluntariado e a presença de mulheres é visivelmente maior que a presença dos homens, justificado pela participação elevada das mulheres na Universidade Sénior. Em segundo lugar foram aplicadas 6 entrevistas aos idosos não institucionalizados a residir na sua própria casa, a duração média das entrevistas foi de 31 minutos, sendo que a mais curta teve uma duração de 30 minutos e a mais longa de 40 minutos.

Tanto na realização do *focus group* como na aplicação das entrevistas, procedeu-se da seguinte forma: apresentação do estudo, esclarecimentos pontuais aos idosos e pedido de consentimento informado, garantindo desta forma a confidencialidade.

Na análise e tratamento dos dados recolhidos, foram realizadas sinopses das entrevistas (Anexo 5) e do *focus group*, bem como os respetivos quadros de caracterização (Anexo 6).

5.4. Seleção dos participantes

A população-alvo deste estudo são:

- Idosos não institucionalizados a residir na sua própria residência, dividindo-se este em dois subgrupos: os idosos não institucionalizados a viver sós e os idosos não institucionalizados a viver com o cônjuge.

- Idosos não institucionalizados a residir na sua própria residência que frequentam a Universidade Sénior.

A escolha dos participantes no estudo foi feita através de critérios de seleção, que asseguraram a ligação entre os participantes e os objetivos traçados. Participaram no estudo os idosos que reuniram os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos (esta idade cronológica foi escolhida como referência, com base na literatura relativa ao envelhecimento e tendo por referência as estatísticas que são produzidas, nacional e internacionalmente).

- Residam no Concelho do Sabugal;

- Residam na sua própria habitação, sozinhos ou com o cônjuge;

- Não usufruam do centro de dia (optou-se por este critério, pois não faz sentido estarem a participar idosos que usufruam do centro de dia, pois estes passam praticamente o dia todo no centro de dia, pelo que não vão de acordo com os objetivos traçados).

- Aceitem participar de forma voluntária no estudo, assinando o consentimento informado (Anexo III).

- Todos os participantes no *focus group*, terão de apresentar todos os critérios de seleção acima referidos, com a particularidade de terem de estar a frequentar a Universidade Sénior, à data da realização do *focus group*. Dentro deste subgrupo não houve qualquer critério de seleção, sendo que os participantes se voluntariaram para participar (dentro do número que tinha sido previamente indicado por mim).

A escolha da área geográfica deve-se ao facto de ser um concelho com uma população muito envelhecida e por ser o meu local de residência, facilitando a disponibilidade para o estudo, devido ao nível de conhecimento do local e da população.

5.5. Considerações éticas

Nesta investigação houve a preocupação de respeitar e proteger os direitos e liberdades das pessoas que nela participam, em qualquer das fases. As investigações aplicadas a indivíduos podem levantar questões de ordem moral e ética, por isso é fundamental tomar precauções necessárias para respeitar e proteger os indivíduos quanto aos seus direitos e liberdades.

Segundo Blumber et al., (2005, *cit. in* Gray, 2009:69) “*ethics, then, are sets of moral principles or norms that are used to guide moral choices of behaviour and relationships with others*”.

Para Fortin a ética “coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais, que certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito para viver livre e dignamente enquanto ser humano” (1999:113). Gray (2009) aponta como principais princípios éticos: o evitamento de danos aos participantes, assecuração do consentimento informado aos

participantes, e o respeito pela privacidade. Crow et al. dizem-nos que “*the principle of informed consent means that research participants are provided with sufficient and accessible information about a project so that they can make an informed decision as to whether to become involved, or not.*” (2006, cit. in Gray, 2009:75). Assim, o principal objetivo do consentimento informado, passa por informar os objetivos da investigação aos participantes para que eles possam decidir se querem participar ou não, por garantir que a sua participação é livre, informada e consentida.

Durante a realização da visita à residência dos idosos não institucionalizados e a realização do *focus group*, era verificado se os idosos cumpriam os critérios de inclusão previamente estabelecidos, caso obedecessem a esses critérios, eram informados sobre a realização e natureza da investigação, verificando a sua disponibilidade para participarem na mesma, existindo sempre a preocupação de respeitar a sua vontade, podendo em qualquer momento desistir sem necessitarem de se justificar ou sofrer alguma consequência. Após a aceitação, era assinado o consentimento informado (tanto nas entrevistas como no *focus group*) (Anexo III), e dado a estes a garantia do anonimato e confidencialidade das respostas dadas, visando o respeito pela sua vontade e liberdade. O anonimato dos participantes será garantido e não serão incluídos aspetos (por mais importantes que possam ser para a análise) que permitam a identificação dos participantes.

6. Análise e interpretação dos resultados

6.1. Caracterização dos participantes

Os vários idosos que participaram mostraram a sua heterogeneidade, tanto no que respeita à sua idade, como ao seu estado civil ou as suas habilitações literárias. Uns com vontade de participar na comunidade, mais faladores, outros mais reservados, confinados apenas ao seu espaço habitacional. Enfim, uma grande diversidade onde existem sentimentos, perspetivas e necessidades comuns.

Tabela 1- Distribuição pelas categorias etárias e por sexo

SEXO	Feminino	Masculino
GRUPO ETÁRIO		
65-74	11	2
75-84	2	0
>/= 85	3	0
Total	16	2

A análise deste quadro permite-nos observar que há uma predominância do sexo feminino nas faixas etárias mais elevadas, resultado da maior longevidade feminina e do facto das mulheres se terem mostrado mais dispostas a participarem no estudo. A idade dos entrevistados e participantes no focus group variou entre 65 e 91, sendo a idade média de 73 anos.

Segundo Imaginário (2008), existem três principais categorias cronológicas adaptadas por gerontólogos, sendo estas: o idoso jovem (65 aos 74 anos de idade), idoso médio (75 aos 84 anos de idade) e o idoso idoso (maior ou igual aos 85 anos de idade). De acordo com estas categorias cronológicas, 13 idosos assumiam a categoria de idoso jovem, 4 de idoso médio e 1 de idoso idoso, como se pode ver no quadro acima. De forma a apurar uma melhor compreensão dos dados, foram construídos dois quadros de caracterização dos participantes:

Tabela 2- Caracterização dos participantes nas entrevistas

Entrevista n ^o	Sexo	Idade	Habilitações	Profissão que teve	Estado Civil	Vive só	Vivem com outros elementos	Casa própria	Casa alugada
1	F	79	4 ^a classe	Doméstica	Casada	Não	Sim	Sim	Não
2	F	91	2 ^a classe	Agricultura	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
3	F	69	4 ^a classe	Doméstica	Casada	Não	Sim	Sim	Não
4	F	85	3 ^a classe	Agricultura	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
5	F	85	Analfabeta	Agricultura	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
6	F	80	Analfabeta	Agricultura	Casada	Não	Sim	Sim	Não

Tabela 3- Caracterização dos participantes no focus group

Participantes	Sexo	Idade	Habilitações	Profissão que teve	Estado Civil	Vive só	Vivem com outros elementos	Casa própria	Casa alugada
1	M	70	1 ^a classe	Restauração	Casado	Não	Sim	Sim	Não
2	F	73	4 ^a classe	Doméstica	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
3	F	68	Licenciatura	Professora 1 ^o ciclo	Casada	Não	Sim	Sim	Não
4	F	71	4 ^a classe	Cozinheira	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
5	F	72	9 ^a classe	Comerciante	Casada	Não	Sim	Sim	Não
6	F	67	Pós-graduação	Professora	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
7	F	65	4 ^a classe	Doméstica	Casada	Não	Sim	Sim	Não
8	F	65	6 ^a classe	Doméstica	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
9	F	70	Licenciatura	Professora	Solteira	Sim	Não	Sim	Não
10	F	67	4 ^a classe	Restauração	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
11	F	71	4 ^a classe	Operária fabril	Casada	Não	Sim	Sim	Não
12	M	73	4 ^a classe	Construtor civil	Casado	Não	Sim	Sim	Não

No grupo dos idosos que participaram na investigação observou-se uma predominância do sexo feminino com a seguinte distribuição: grupo das entrevistas, 6 no sexo feminino, grupo dos participantes do *focus group*, 10 no sexo feminino e 2 no sexo masculino. Relativamente ao

grupo etário dos idosos, apurou-se que 13 faziam parte do grupo etário 65 a 74 anos, na categoria idoso jovem, na qual predominam as mulheres, com 11 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, 2 do sexo feminino faziam parte do grupo etário do 75 a 84 anos, na categoria de idoso médio, e 3 do sexo feminino, na categoria idoso idoso. Assim, com o avançar da idade é possível afirmar que as mulheres são mais numerosas, em comparação com o sexo masculino. Todos os participantes do *focus group* são enquadrados na categoria idoso jovem. Ao nível do estado civil, encontramos no grupo de idosos que participaram no estudo, 9 casados, 8 viúvos e 1 solteira, todos os viúvos (das entrevistas e do *focus group*) encontram-se a morar sós. Quanto às habilitações literárias, 2 são analfabetas, 1 tem a 1ª classe, 1 a 2ª classe, 1 a 3ª classe, 8 a 4ª classe, 1 a 6ª classe, 1 o 9º ano e 3 a licenciatura. Como se pode constatar, as habilitações literárias são, em regra geral, muito baixas, sendo que os menores níveis de escolaridade se encontram junto do grupo das entrevistadas, o que não é de estranhar visto serem mulheres e apresentarem idades mais avançadas. Outro fator tomado em conta na caracterização dos participantes foi o facto de terem casa própria ou casa alugada, onde observámos que todos os participantes na investigação têm casa própria.

A etapa seguinte consiste em apresentar os dados e interpretá-los à luz dos questionamentos, dos objetivos da investigação e também da discussão que foi realizada no enquadramento teórico. Para Fortin (1999) esta é a fase da investigação mais difícil, exigindo ao investigador um pensamento crítico.

6.2. Redes de Sociabilidade (Família, amigos e vizinhos)

No estudo feito por Rebelo (1996, in Imaginário, 2008) constatou-se que a família é o principal agente de cuidados informais, esta constatação é reforçada pelos dados dos Ministérios da Saúde e do Emprego e Segurança Social, que indicam que cerca de 80% dos cuidados a pessoas idosas são de carácter informal e prestados pelos familiares, próprios idosos, vizinhos e amigos. Pretendeu-se perceber a importância de três grandes pilares na vida dos idosos, bem como o apoio que estes concedem na continuação da permanência do idoso na sua casa: a família, os amigos e os vizinhos. Em primeiro lugar, é importante referir que embora existam diferenças acentuadas na idade, todos os participantes, tanto no *focus group* como nas entrevistas, atribuem uma grande relevância à família.

É importante esclarecer que o processo de envelhecimento está sujeito a relações de género (Cabral et al., 2013), o facto de haver todo um envelhecimento no feminino, marcado por relações de género que condicionam toda a vida das mulheres e que tem reflexos na velhice, como seja terem menos habilitações literárias, pelo que as que trabalharam têm reformas baixas, devido a desempenharem trabalhos com baixas qualificações, sendo que a maioria poderá não ter tido uma profissão remunerada, o que se reflete (ambas as coisas) nas baixíssimas pensões. Além disso, porque elas vivem mais tempo, são quem mais vive só e quem mais sofre isolamento. De facto, verifica-se a tendência já há muito documentada da maior

longevidade feminina, sendo que à medida que avança a idade se encontram mais mulheres que homens. A maior parte das idosas entrevistadas já se encontravam em situação de viuvez há mais de 20 anos, configurando assim uma trajetória comum nesta fase de vida, maioritariamente mais solitária e menos conjugal, e não raramente marcada pelas dificuldades económicas que esta trajetória acarreta. A morte do cônjuge é um acontecimento que altera a vida familiar do idoso, pois este tem de se adaptar à perda e reaprender a viver só (Almeida, 2008). Nos depoimentos é visível a transformação nas trajetórias de vida causada pela morte do cônjuge:

“(...) custou-me muito habituar sozinha (...)” (FG, F, 71 anos, viúva).

Segundo Neri (1999, in Viana, s/d), o idoso procura segurança no seio da família. Para Melo (1998) existe um visível “isolamento familiar”, marcado pela fraca presença dos familiares na vida dos idosos, onde os filhos que trabalham e não têm tempo para estar com os pais necessitam de grande apoio físico, psicológico e social, onde as localidades de residência estão muito afastadas, o que não permite a manutenção de contactos interpessoais entre os familiares e o idoso, que se sente um peso para a família, caminhando desta forma para o isolamento. Esta realidade é perceptível na maior parte dos participantes do *focus group* e das entrevistadas. No *focus group*, apenas dois participantes puseram a hipótese de um dia ir para casa dos filhos, sendo que os restantes preferiam, em caso de necessidade, ir para um lar, não que tal constituísse realmente uma preferência, sendo entendida como a forma de não se tornar um fardo para a família. Assim, assiste-se a uma alteração da sociedade ocidental, onde já não existe a garantia da presença da família na resolução de problemas decorrentes da velhice, passando esta a ser um problema privado e individualizado (Fernandes, 1997, in Imaginário, 2008). Atualmente assiste-se a uma sociedade marcada por um forte aumento da EMV e por mudanças no seio da família (divórcio, aumento das famílias monoparentais, falta de diálogo, estilos de vida diferentes), que provocam alterações na forma como se lida com a velhice, transferindo-se a obrigação de assistência dos filhos adultos aos idosos para a sociedade (Correia, 2003). Esta assunção da velhice como um problema privado e individualizado, não existindo mais a garantia, nem a expectativa, de ficar a morar com os familiares mais próximos, está patente no discurso dos idosos, sendo que alguns desculpabilizam os filhos.

“Há aqui uma rapariga que é minha sobrinha e já me disse para ir para o pé dela, mas eu não quero (...), não quero dar trabalho a ninguém!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) para casa dos filhos nunca (...)” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) posso contar com eles, mas eles tão longe, não tem vida disso, com emprego no Porto não podem vir sempre...” (E3, F, 69 anos, casada).

Apesar das alterações dos modelos relacionais da família, da diminuição dos elementos dos agregados familiares, do aumento das famílias nucleares e do acréscimo do número de famílias monoparentais, o apoio e a importância da família na vida do idoso é visível em todos os discursos. De forma a reforçar o valor da família, Leme e Silva dizem-nos que: “Quando consideramos a vida da pessoa humana, não se pode deixar de considerar que a família é, na verdade, seu habitat natural; o local onde se é o que se é, sem máscaras sociais” (Leme e Silva, 2000:92, *cit. in* Imaginário, 2008:73). Desta forma o maior, mais rápido e continuado apoio, advém dos familiares, esta ideia está visível nos relatos dos idosos entrevistados e participantes do *focus group*, como podemos constatar:

“A família é tudo!”; “Por vezes há problemas (...), a família mais próxima dá-se bem”; “é difícil dizer que pode contar com a família, mas mesma assim eu acho que com os filhos posso sempre contar!” (E1, F, 79 anos, casada).

“Dou-me bem com toda a família, eles são todos bons para mim, não podiam ser mais” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) é o mais importante que nós temos (...) a relação com a família é ótima pronto!” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) é a coisa mais importante, pelo menos os filhos e os netos, eles para mim e eu para eles! (...) sem explicação nenhuma, conto com eles!” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) todos os dias me telefonam, todos os dias, claro que conto com elas!” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) ajuda quando precisamos!” (FG, M, 70 anos, casado).

“(...) a família é um pilar!” (FG, F, 68 anos, casada).

Parson et al. (1993, in Imaginário, 2008) comprovam que os familiares constituem a fonte de ajuda mais importante e principal. Assim, os idosos, em caso de necessidade, recorrem em primeira instância ao cônjuge, na ausência deste, aos filhos adultos. Desta forma, a família é uma rede de suporte ao idoso (Almeida, 2008). Para Fernandes (2001) as trocas intergeracionais são motivadas por: uma lógica das necessidades (as ajudas são visíveis quando se deparam com dificuldades), pelos laços de reciprocidade (a ajuda resulta de uma dívida recebida anteriormente) e pela complementaridade (onde as ajudas sociais complementam-se com ajuda familiar). Tanto no discurso das entrevistadas como no dos participantes do *focus group*, é essencialmente visível a existência de trocas intergeracionais movidas pela força da lógica das

necessidades e pelos laços de reciprocidade. As motivadas pela necessidade são passíveis de ser ilustradas por alguns dos excertos anteriores, onde a ideia de “ajudar quando é preciso” está muito presente. Os excertos a seguir ilustram as trocas movidas pela reciprocidade.

“(...) que remédio têm eles senão ajudar, o meu filho se lhe telefonar hoje, amanhã já cá está (...)” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) eu também as tive de criar agora que me criem elas (...) Risos” (E5, F, 85 anos, viúva).

Segundo Machado (2014), os principais motivos que estão na base do baixo contacto físico entre o idoso e a família são o afastamento territorial e a indisponibilidade de tempo pelas rígidas exigências profissionais, agravada pela inexistência de flexibilidade de horários laborais. No contexto rural, esta realidade é ainda mais agravada, pois neste meio as famílias são mais penalizadas pela migração, estas procuram outros territórios que lhe permita organizar a vida de melhor forma, vendo-se frequentemente famílias a migrarem e a deixarem os seus idosos “para trás” (Machado, 2014). Nos depoimentos seguintes é possível observar que o afastamento territorial é a principal causal para o fraco contacto físico:

“Só tenho pena de estarem longe (...)” (FG, F, 73, casada).

“(...) o rapaz estou muitas vezes, com a rapariga quase só no mês de agosto, porque ele não vem cá, estão longe (...)” (E2, F, 91, viúva).

“(...) mas eles estão longe, não tem vida disso, tão emprego no porto não podem vir sempre (...)” (E3, F, 69, casada).

“(...) agora todos os anos tenho lá ido (França) passar três mesitos com eles, e eles também vem cá, mas pouco, eles não querem saber disto, habituaram-se ali pronto, não querem isto para nada, não há aqui nada para eles.” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) todos os dias me telefonam, todos os dias, claro que conto sempre com elas!” (E5, F, 85, viúva).

Quando questionados sobre como sentem e como veem a relação entre avós e netos, todos os participantes do *focus group* quiseram exprimir a sua ideia, sendo que foi a partir deste momento que se instalou o entusiasmo, abertura e confiança do grupo. Ficou claro tratar-se de um tema que os sensibiliza e move particularmente. Segundo Kivnick (1982, in Paúl, 2005:282), o significado de ser avô/avó organiza-se em cinco dimensões. Centralidade: ser avô/avó é um aspeto central da identidade pessoal; idoso valorizado: o avô/avó tem um papel sábio e transmissor de tradições durante o crescimento do neto; imortalidade através família: os avós

assumem a responsabilidade como cabeça de família, que surge juntamente com os netos como a extensão de si próprios; re-envolvimento com o passado pessoal: contribui para a história de vida do próprio avô/avó e dá a sensação de reexperienciar a sua própria juventude; indulgência: referido ao “estraga com mimos”. Estas cinco dimensões marcaram presença nos discursos, apresentando um carácter afetivo na vida dos idosos extremamente relevante, sendo que o principal entrave ao maior desenvolvimento destes relacionamentos com os netos é o afastamento físico ou territorial:

“(...) são os nossos segundos filhos...” (E1, F, 79 anos, casada).

“Os netos é tudo! Já tenho um bisneto e são tudo para mim!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) é uma coisa que eu sempre quis muito, e pensava que já não era avó (...)” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) 5 netos e 3 bisnetos, é uma satisfação com eles! Só tenho bem a dizer de eles todos (...)” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) eu quero muito aos meus netos, só que estão longe na França, dois já não os vejo há dois anos (choro)” (E6, F, 80 anos, casada).

“Ser avó é ser mãe duas vezes!” (FG, F, 71 anos, viúva).

“Ser avô é reviver o tempo que passávamos com os filhos!” (FG, M, 70 anos, casado).

“Ajuda-nos a superar a solidão” (FG, F, 73 anos, viúva).

Segundo Cabral et al. (2013), as redes de confiança dizem respeito às relações interpessoais que os idosos estabelecem com outras pessoas, a fim de falar de assuntos importantes e partilharem preocupações e problemas do dia-a-dia. Nestas são normalmente privilegiados os membros familiares (cônjuge e filhos), em detrimento dos membros não-familiares (amigos e vizinhos). Ao nível do aconselhamento, que se refere aos pedidos de conselho na tomada de decisões importantes, é visível nos discursos alguma restrição em relação aos vizinhos, pelo que é observável o peso, essencialmente, dos familiares diretos (filhos) e no caso dos casados, do cônjuge, como podemos ver nos discursos:

“Dou me bem com toda a gente, mas cada um tem a sua vida!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“A opinião deles peço sempre (dos filhos)” (E3, F, 69 anos, casada).

“(..) são elas que dirigem (as filhas)” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) sou eu e o marido, e às vezes a gente decide logo entre os dois (...)” (E1, F, 79 anos, casada).

Uma entrevistada em específico, acaba por ser ela sozinha a decidir sobre as suas próprias coisas, demonstrando algum afastamento dos filhos em relação à tomada de decisões sobre a sua vida:

“(...) eles do que se cá passa não querem saber de nada, eu é que trato de tudo aqui” (E4, F, 85 anos, viúva).

Segundo Whitaker (2007, in Viana, s/a), os idosos não podem hoje contar com o apoio da extensa família que outrora lhe era garantido, vendo-se estes obrigados a resolver a maior parte dos seus problemas sozinhos. De facto, atualmente assiste-se a um maior número de famílias nucleares. Porém, para Fernandes (2001,) a tese de que as famílias nucleares se isolavam na sua rede de parentesco, defendida por Parsons, não é válida, pelo que para Fernandes, as famílias nucleares não estão isoladas, contando assim o idoso não só com a ajuda dos familiares diretos, quando possível, mas também amigos e essencialmente vizinhos. Desta forma, as consequências da atual “crise da família” (Fernandes, 2001) podem ser atenuadas através da rede de vizinhança e amigos.

“(...) por vezes contamos mais com os amigos do que com a família (...)” (FG, F, 72, casada).

“(...) o vizinho é o primeiro a quem se recorre em caso de necessidade!” (FG, F, 65, viúva).

“(...) os vizinhos e os amigos, complementam a família, e por vezes substituem-na.” (FG, F, 65, viúva).

“(...) os vizinhos são como se fossem família (...) se precisarmos estamos lá uns para os outros!” (E3, F, 69, casada).

Segundo Figueiredo (2016), a rede social pessoal é constituída pela família, amigos e vizinhos. Como já percebemos, a rede familiar é fundamental na vida dos idosos, mas quando esta é insuficiente ou ineficiente, os amigos e vizinhos desempenham um papel essencial no apoio físico e mental do idoso. Na verdade, a família é entendida como fundamental por constituir um valor altamente prezado, porque socialmente a família é um bem inestimável, porque a ela estão ligados afetos e laços inquestionáveis, e não tanto por ser um recurso próximo e quotidianamente mobilizável, como parece ser o caso dos vizinhos.

Para Paúl (2005) as redes sociais diminuem as consequências negativas do stress, sendo que o papel das redes sociais no envelhecimento é de efeito protetor. A rede social nas zonas rurais é ainda mais reforçada, devendo-se ao facto de os idosos estarem mais longe dos filhos e dos netos, pois estes estão fisicamente longe e ausentes nas vidas dos idosos. Esta realidade é visível nos discursos, contudo, no caso das entrevistas, que foram feitas num contexto ainda mais ruralizado, é acentuada a ideia da desertificação rural, não deixando, no entanto, de atribuir igual ou maior importância aos poucos vizinhos que ainda têm:

“Já somos poucos, não há quase pessoas!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“Aqui são menos, mas são bons na mesma (...)” (E3, F, 69 anos, casada).

“Já não os temos, só tenho aqui duas (...) ainda agora vim de casa de uma (...)” (E4, F, 85 anos, viúva).

“Dou-me muito bem, costumo vir aqui para a casa de uma vizinha, que vive aqui pertinho, todos os dias estou com ela (...)” (E2, F, 91 anos, viúva).

“Só sou eu e mais uma (...) são poucos mas bons!” (E5, F, 85 anos, viúva).

Segundo Fernandes (2005), nesta fase de vida o gosto pelo contacto humano diminui, desta forma assiste-se a uma diminuição dos contactos sociais, passando a ser o contacto local (amigos e vizinhos) o centro de espaço de vida do idoso, cada vez mais reduzido. No discurso de uma entrevistada é possível perceber esta diminuição dos contactos sociais e do gosto pelo contacto humano:

“(...) no passado sim, mas agora não. Essas amizades ficaram de lado (...) eu não tenho vizinhos, aqui na rua só tenho uma, e gente dá-se bem, mas é bom dia, boa tarde, e cada uma nas suas casas, agora é assim!” (E1, F, 79 anos, casada).

No entanto, e como diz Paúl, *“a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos”* (2005:280). Esta ideia é reforçada por Martin et al. (2012) ao demonstrarem a importância das redes de vizinhança na vida dos idosos. Também Imaginário (2008) refere o papel da amizade como fonte de suporte social e emocional para os idosos. As relações de vizinhança baseiam-se em relações de confiança, estas facilitam a obtenção de ajuda informal e reduzem o isolamento social, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido (Campbell e Lee, 1992, Shaw, 2002, Browring e Cagney, 2002, in Cabral et al., 2013). O apoio social envolve trocas entre indivíduos e as suas redes sociais, visando satisfação de necessidades, promovendo e complementando os recursos pessoais que possuem (Figueiredo, 2016). Dobrof

usou o termo “suporte informal” para definir as redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos, que apresentam um papel fundamental da vida do idoso (1997, in Imaginário, 2008). As redes de suporte ou apoio informal, referem-se essencialmente: à integração social (frequência de contacto com os outros), ao apoio recebido (quantidade de ajuda fornecida) e ao apoio percebido (a crença de que os outros podem ajudar em caso de necessidade). O apoio formal é caracterizado pelos apoios dos serviços sociais (apoios da Segurança Social e da Santa Casa da Misericórdia), o apoio informal é caracterizado pelo apoio familiar (económicos e tarefas) e apoio dos vizinhos e amigos (companhia e apoio emocional) (Paúl, 2005; Imaginário, 2008). Machado (2014) realça esta ideia dizendo que este apoio prestado por parte dos vizinhos é feito de forma incondicional. Assim, é possível constatar através dos discursos a importância da rede de vizinhança na vida dos idosos, que tanto prestam apoio psicológica, através essencialmente da companhia, evitando assim uma vida solitária, fornecendo apoio instrumental em caso de necessidade, o que é reconhecido pelos próprios idosos:

“(...) então não é, se a gente estiver mal, vêm logo a ver de nós.” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) muito importantes, são uma companhia (...) olhe um dia estava tão mal, ela lá foi fazer me um chá e dar-mo a casa, olhe passou-me logo (...)” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) se não nos levantarmos e abirmos as persianas os vizinhos vêm logo ver o que se passa!” (FG, F, 71 anos, viúva).

“Tenho muita confiança na vizinha, vou de férias, a vizinha fica sempre com a chave de casa.” (FG, F, 67 anos, viúva).

6.3. Participação social e ocupação dos tempos livres

Para a teoria da atividade, é necessário que os idosos se mantenham ativos, pois isso afasta-os do isolamento, fá-los-á sentir maior satisfação, assim como potencia a possibilidade de uma velhice bem-sucedida, onde o idoso desenvolve novos papéis. É por isso essencial encontrar tarefas onde os idosos se sintam mais ativos (Almeida, 2008). Para Fontaine (2000, in Marques, Sánchez e Vicario, 2014), a velhice bem-sucedida está associada à conservação do empenhamento social (participação em atividades da comunidade). Cabral et al. (2013) apresentam dois tipos de participação social, a participação social formal, que se refere à participação em atividades que pressupõem uma organização com âmbitos e objetivos específicos e definidos sejam eles políticos, religiosos ou cívicos, exemplo destas pode ser a participação em atividades organizadas para reformados ou a chamada “terceira idade” (por exemplo a universidade sénior, participação associativa); e a participação social informal, que se refere às atividades desenvolvidas como resultado de um envolvimento não organizado e mais irregular (por exemplo a participação em grupos de coro religiosos ou o voluntariado). A

importância da participação dos idosos na comunidade contraria a teoria da desvinculação (defendida por Henry e Cumming), que defende que o indivíduo põe fim, de forma gradual, ao seu empenhamento e retira-se da sociedade. Nos seguintes excertos das entrevistadas é possível observar a existência de uma baixa participação em atividades da comunidade:

“(...) nada, nunca vou a nada! (...) nunca tive vontade de sair, não me apetece.” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) eu agora já não faço nada...” (E2, F, 91 ano, viúva).

“Para mim, já não há nada!” (E3, F, 85 anos, viúva).

Figueiredo (2016) defende que os principais obstáculos à participação social são: a pobreza, a saúde precária, os níveis baixos de educação, a falta de transporte, o pouco acesso a serviços e, por fim, a própria idade. No discurso do grupo das entrevistadas, os obstáculos à participação social mais visíveis são a saúde precária e a própria idade, assim como a falta de transporte e o pouco acesso a serviços.

“Eu já não preciso de participar em nada, tão não vê eu já não sou ninguém com a idade que tenho, nem sequer andar já posso...” (E2, F, 91 ano, viúva).

“Já não posso fazer nada...já não consigo (...) já não tenho vontade de fazer nada, as pernas já não deixam...” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) aqui não há nada dessas coisas!” (E 1, F, 79 anos, casada).

“(...) aqui não há cá grupos nenhuns!” (E2, F, 91 ano, viúva).

“Gostava que houvesse mais, claro que gostava e participava, tomara eu que houvesse aqui uma piscina para ir, mas eu tenho um grande problema, não tenho as cartas (...) o táxi é caro!” (E3, F, 69 anos, casada).

Como se percebe, alguns retiram-se não por falta de vontade ou por já não querem conviver, retiram-se porque a isso são obrigados:

“(...) isso não há aqui nada (...) para mim já não há nada!” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) e se houvesse gente para ir ali e aqui, mas já não há ninguém (...) e faz-me falta isso” (E6, F, 80 anos, casada).

Segundo Paúl (2005), o envelhecimento ativo é um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Este tem como objetivos principais promover integração social, atenuar atitudes discriminatórias, facilitar o acesso a idosos e promover a participação em atividades culturais e recreativas (Mauritti, 2004). Algo que faça com que o idoso se sinta em crescimento, estimule contactos sociais, ocupe o tempo num dado espaço temporal, mas também preencha o vazio e melhore a saúde mental e física do idoso. Assim, a participação social em atividades permite envelhecer “bem”, fomenta o envolvimento e atividades relacionais que criam conexão; no entanto, esta implica autonomia e independência do idoso. Além dos dois tipos de participação já antes mencionados, Cabral et al. referem, ainda, a ocupação com atividades mais instrumentais (dentro da esfera privada, como sejam as tarefas domésticas).

A participação dos idosos em escolas e universidades contribui muito para a melhoria da sua saúde, aumentando o bem-estar físico e mental dos idosos (Mazo, 1998). Os participantes do *focus group* integram todos a Universidade Sénior do Sabugal, junto destes é possível constatar uma imagem muito mais positiva sobre a velhice, enquanto que no grupo das entrevistadas isso não acontece, apresentando estas uma participação social formal nula. A atitude positiva face à velhice é constatada através dos seguintes discursos:

“(...) aceito a idade que tenho (...)” (FG, F, 70 anos, solteira).

“(...) sou velha no aspeto, mas por dentro sinto-me jovem!” (FG, F, 71 anos, casada).

“O aumento da esperança média de vida faz com que não nos sintamos velhos!” (FG, F, 71 anos, viúva).

Existe uma grande preocupação sobre a perda de capacidades, e por isso afirmam que é essencial estarem ocupados, de forma a desenvolver capacidades e competências. Assim sendo, em todo grupo dos participantes no *focus group* é notável uma grande vontade de ocupar os tempos livres, de forma a se auto melhorarem. É nesse sentido que os participantes do *focus group* atribuem uma grande importância à universidade sénior, pois este é um local de desenvolvimento de aprendizagens, importante para a diminuição da deterioração cognitiva, local de estimulação de capacidades intelectuais, de desenvolvimento dos contactos sociais, de alargamento do ciclo de amigos e de desenvolvimento de um sentimento de utilidade:

“(...) é uma segunda família!” (FG, F, 70 anos, solteira).

“(...) é o sair de casa (...) se não viesse, dava em doída!” (FG, F, 67 anos, viúva).

“Os dias que fico em casa já nem me sinto bem...” (FG, F, 67 anos, viúva).

“(...) eu estou mais ocupado agora do que antes de me reformar...” (FG, M, 70 anos, casado).

Para Timonem, Kamiya e Maty (2011), a participação social pode ser entendida de outra forma, esta pode ser categorizada em quatro grupos: relações íntimas sociais (visitas de familiares e amigos); envolvimento organizacional fora do trabalho (cultos, reuniões de associações); atividades de lazer ativas (ir ao cinema, ao teatro, ao museu); atividades de lazer passivas (ocupação mais solitária, ver televisão em casa, fazer a lida doméstica). No grupo das entrevistadas encontra-se essencialmente uma participação social baseada em relações íntimas sociais e em atividades de lazer passivas. Já no grupo dos participantes no *focus group* é notória uma participação social mais ligada a atividades de lazer ativas. Estes participantes ocupam os tempos livres a ir ao teatro, à música, à ginástica, com escrita e leitura, computador, costura, lida doméstica, cuidar de outras pessoas, ir à missa e participar em atividades da paróquia. O elevado nível de participação em atividades da comunidade junto do grupo de participantes do *focus group* reflete-se diretamente numa ocupação dos tempos livres mais ativa. No grupo das entrevistadas, a ocupação dos tempos livres é feita essencialmente a ir à missa, ver televisão, ir caminhar, lida doméstica, cuidar de um familiar doente, conversar com os vizinhos, cuidar dos netos e agricultura. Assim, é observável uma ocupação maioritariamente passiva, com atividades realizadas essencialmente dentro de casa.

“(...) faço renda, bordo, brinco com o neto...” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) estou com os meus vizinhos e faço alguma coisa para comer...” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) tenho de cuidar da minha mãe, estar opé dela...” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) a rezar, a fazer alguma coisinha para comer e beber, anda aí para trás e para diante, todos os dias faço uma caminhada, alevanto-me, faço a minha toilette, o meu cafezinho e vou andar um bocado!” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) vejo televisão, venho aqui até à rua (...)” (E5, F, 85 anos, viúva).

“Olhe vou dar uma volta, vou à missa, vejo televisão, ainda semeio algumas coisas, um chão e uma vinha (...)” (E6, F, 80 anos, casada).

Podemos concluir que a participação em atividades e a forma como se ocupa os tempos livres não apresenta grande influência na decisão do idoso permanecer na sua casa. Por outro lado, apresenta uma grande relevância na forma como se encara a velhice.

6.4. Percepção sobre a casa

Várias investigações têm demonstrado que a retirada do idoso da sua casa para a instituição ocasiona a morte num curto espaço de tempo (Imaginário, 2008 e Martin et al. 2012). A OMS reconhece que o melhor sítio para o idoso permanecer é no seu próprio meio (Imaginário, 2008). Desta forma, a maior parte dos idosos que participam na investigação demonstra o desejo de permanecer na sua residência até ao fim da vida, pois é nela que está inscrita a sua história, reafirmando a sua identidade, mantendo a sua independência e atividade social. Segundo Matias (2005), a habitação é considerada como um fator de desenvolvimento social e humano, a habitação é entendida como o lugar de vida e fator promotor de relações sociais e intergeracionais. Segundo o mesmo autor, o valor que se atribui à nossa casa enquadra três elementos: é nela que vivemos a nossa história, é nela que partilhamos a história da cidade, aldeia ou bairro, e é o espaço de memórias que nos situa no tempo e permite a projeção do futuro. Em particular as pessoas idosas desenvolvem uma ligação mais profunda com a casa, porque perderam ao longo da vida muitos pontos de referência externos, funções e relações sociais, e estão conscientes de ter uma fraca capacidade de adaptação às novidades (Imaginário, 2008).

Através dos discursos percebemos que as principais razões para o idoso querer permanecer na sua casa são: maior satisfação, querer ser livre e independente, querer manter as suas rotinas e memórias, gostar de viver na sua casa, e o principal e mais mencionado, sentir-se mais à vontade. O desejo do idoso ficar na sua residência e as razões para continuar a permanecer na sua residência são ilustrados nos seguintes discursos:

“(...) é o mundo de cada um, é um acumular de uma vida (...) nem que seja a mais reles de todas, mas é a minha casa!” (FG, F, 71 anos, casada).

“(...) é um refúgio (...) custou me habituar sozinha, mas é onde eu adoro estar!” (FG, F, 73 anos, viúva).

“(...) é o sítio onde temos as nossas coisas como queremos e onde queremos!” (FG, M, 70 anos, casado).

“(...) quando saio de casa uns dias tenho sempre muitas saudades (...)” (FG, F, 70 anos, Solteira).

“(...) a minha casa era a casa da minha avó, nasci aqui, fui criada aqui, e aqui estarei acho até morrer (...) é onde a gente se sente bem é na nossa casa!” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) para mim é a coisa que mais me agrada (...) é a minha casa!”; “(...) é a nossa casa, é a nossa privacidade, a gente dorme no nosso quarto não estamos ali com outras pessoas, estamos mais à vontade (...)” (E2, F, 91 anos, viúva).

“Ai Jesus, isso é como todo o mundo, a nossa casinha, não há ninguém que não goste dela!”
(E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) só os ares da minha casa, tou à minha vontade, lá até parece que fico doente (na casa das filhas)” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) é o meu cantinho!” (E6, F, 80 anos, casada).

A permanência do idoso no seu habitat permite-lhe manter-se num ambiente mais familiar, proporcionando-lhe maior segurança, conforto e bem-estar. Assim, a habitação faz parte da identidade, e é por isso que com o avançar da idade é cada vez mais importante. A vontade de viver, envelhecer, na sua própria casa (rodeado dos seus objetos, memórias e conhecidos) é comum à maior parte dos idosos, o que promove a procura cada vez maior do SAD, enquanto uma das melhores respostas de apoio à continuação do idoso na sua casa (Melo, 1998), conforme podemos constatar nos discursos:

“(...) se houvesse pessoas para vir tratar da gente...” (E2, F, 91 anos, viúva).

“eu acho que o apoio domiciliário é muito importante, eu até já pedi informações no caso de um dia ser preciso.” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) ainda no outro disse à mais nova, temos de buscar uma mulher, para vir aqui fazer umas horas (...) a mais nova já foi lá ver como é, já estou inscrita, mas ainda nada (...) é um descanso, mas tenho medo que não goste da comida que trazem...” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) por agora ainda não é preciso, mas é um descanso virem cá a casa.” (E6, F, 80 anos, casada).

Apenas o discurso de uma entrevistada foi no sentido de descartar o apoio domiciliário:

“(...) eu nem sei o que é isso! Mas não quero cá ninguém em casa nem ajuda, quando der o passo é para o lar!” (E4, F, 85 anos, viúva).

É importante destacar que a maior parte dos idosos manifestam o desejo de serem cuidados no seu domicílio. A residência do idoso é o local de relações afetivas, trocas sociais, reflexão de um passado, no fundo a residência é símbolo da dinâmica da vida, a casa representa um espaço físico e afetivo que permite viver a intimidade, é um *“espelho da nossa identidade”* (Imaginário, 2008:136).

Uma habitação inclusiva para o idoso tem de compreender a evolução das necessidades das pessoas idosas e apresentar uma resposta a essas necessidades. Segundo Martin et al. (2012:186), uma habitação inclusiva enquadra: “*accessible design*”, com um cumprimento mínimo de acessibilidade e adequabilidade; “*visitability*”, com a eliminação de 3 barreiras, as escadas, corredores e partes estreitas; “*adaptability*”, recursos para adequações fáceis e de baixo custo; e “*lifespan design*”, recursos adaptativos que facilitam a segurança e prevenção de quedas. Ao nível das condições da casa, todos os participantes do *focus group* e entrevistadas partilham a opinião de que a sua casa não apresenta as devidas condições para o futuro. Apontam como principal barreira as escadas, outra preocupação deste grupo foi as casas de banho, que no seu entender não apresenta as condições de segurança para um dia mais tarde:

“(…) só tenho uma coisa que já não é muito bom para nós, subir e descer escadas.” (E1, F, 79 anos, casada).

“(…) as escadas, já custam tanto...” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(…) as escadas já custam um bocado!” (E6, F, 80 anos, casada).

Martin et al. (2012) fala-nos do “*aging in place*”, envelhecer em casa, é uma política que se focaliza na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no seu meio envolvente, aposta na manutenção do idoso no seu meio natural como meio preferencial da vida. A capacidade de o idoso permanecer na sua casa, mesmo com a necessidade crescente de apoio devido a mudanças na vida, tal como a morte do cônjuge, a perda de saúde ou perda de rendimentos, é fundamental para um envelhecimento bem-sucedido. Tanto no grupo das entrevistadas como no grupo dos participantes do *focus group* é visível a projeção de um futuro que inclui a permanência destes na sua residência, constatamos isto através dos discursos, onde são referenciadas as estratégias para contornar os potenciais obstáculos:

“(…) construir um quarto, uma cozinha e casa de banho no rés do chão.” (FG, M, 70 anos, casado).

“(…) mudava as escadas (...)” (E1, F, 79 anos, casada).

“(…) pus um varão nas escadas (...)” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(…) fizemos cá em baixo uma cozinha, um quarto e uma casa de banho, só falta tirar a cabine de duche.” (E3, F, 69 anos, casada).

“(…) tenho ali uma loja por baixo, não sei se ainda lá faço uma cozinha e um quarto (...)” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) já pus um corrimão nas escadas de fora, se pudesse mudava mas era preciso muita coisa.”
(E6, F, 80 anos, casada).

Para Machado (2014), o ambiente habitacional e o meio envolvente da habitação são fundamentais. Sublinha-se a importância de promover e garantir serviços, cuidados e adaptações que facilitem a continuidade do idoso na sua casa e estratégias que tenham em conta a rede familiar, de vizinhança e serviços da comunidade. Como diz Berger, 1995:5 (*cit. in*, Carvalho e Dias, 2011:165) “os idosos representam um grupo heterogéneo com estilos de vida e necessidades variadas”, é por isso necessário olhar com profundidade para a relação entre o idoso e o espaço envolvente. A intervenção e planeamento nas residências dos idosos é essencial, é necessário melhorar as condições de conforto da habitação, a acessibilidade e a oferta de serviços mais próximos, promover o acesso a informação e a novas tecnologias facilitadoras do quotidiano dos idosos, permitindo assim ao idoso permanecer em condições na sua casa.

6.5. Perceções relacionadas com a institucionalização

Para Fernandes (2005), a entrada no lar significa a rutura definitiva de laços afetivos antigos, a separação das pessoas idosas da vida normal e a sua reunião com desconhecidos, significa condená-los à solidão. “O meio ambiente pode ser um fator de risco para as pessoas idosas. O realojamento em residências desprovidas de pertences familiares (...) pode ser extremamente stressante. Os ambientes pessoais (...) permitem desfrutar a (...) oportunidade de dar e receber afeto.” (Bolander, 1998:300, *cit. in* Imaginário, 2008:136). Segundo Santos (2014), a entrada no lar impõe ao idoso o abandono de um certo número de papéis sociais, sem reais oportunidades de os substituir. Nas zonas mais rurais é visível uma ausência ao nível das respostas sociais, que tanto evoluíram ao longo dos anos, mas que aí ainda não estão plenamente implementadas. Para além disso, é observável o desaparecimento de algumas que já existiram, seja pelo encerramento de postos de saúde, da diminuição dos meios de transporte ou de dificuldades económicas, que não permitem o acesso a respostas em localidades afastadas do local de residência dos idosos e que são fatores que sobrecarregam a situação fragilizada dos idosos. Assim, “é visível neste tipo de contextos que os idosos permanecem, ora entregues a si próprios, aos seus cônjuges e companheiros de uma vida, ora institucionalizados” (Fonseca, 2004:3).

Fonseca (2004) conclui que a institucionalização em meio rural é considerada como último recurso, apenas ponderada quando o idoso deixa de ter o suporte familiar, do cônjuge e vizinhos. Nos discursos esta realidade é visível, por agora todos os participantes reconhecem que ainda não têm necessidade de ir para um lar, mas em caso de necessidade, e no sentido de não ficarem sozinhos, iriam para o lar:

“(...) o lar é bom para quem não tem família, e para quem quer ir de livre vontade, agora para quem tem família e não quer ir, não haviam de existir lares, porque é o cemitério dos vivos! (...) quem tem família não tem vontade de ir para lá (...)” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) eu tenho lá uma irmã, só tem um filho, o filho não tem vagar de aturar...” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) é uma coisa boa para pessoas que estão sós, não tem situação de estar em casa, para morrerem sozinhas, mais vale ir para o lar (...) se tem os filhos para cuidar tudo bem, assim sozinho acho que devem ir para lá (...)” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) ainda bem que existem, para morrer sozinha mais vale (...) às vezes é culpa das famílias, uns não querem, outros não têm vagar, por isso tem de ir...” (E6, F, 80 anos, casada).

Paúl (1991) aponta como principais causas do ingresso do idoso no lar, a perda de capacidade funcional ou problemas graves de saúde, a falta de recursos económicos para reparação das suas casas e/ou a perda do cônjuge. Para Guedes (2008) e Sousa e Loureiro (2014) os motivos que estão na base da institucionalização são a perda de autonomia (física, económica, familiar e psíquica), a perda do cônjuge, a deterioração física e emocional, a perda ou degradação habitacional, os desentendimentos familiares, a indisponibilidade para cuidar por parte da família. O internamento do idoso numa instituição de longa permanência pode apresentar-se como a única opção da família, frente à não disponibilidade de suporte familiar, financeiro e psicológico, que o idoso necessita (Carvalho e Dias, 2011). Santos (2014) acrescenta como motivos que podem estar na escolha de ir para um lar o facto de não querer ficar sozinho (não teria alguém para socorrer, poderia acontecer alguma coisa, sentir falta de companhia, medo de assaltantes) e problemas de saúde (não ter mais força para subir escadas, não poder fazer as tarefas domésticas, precisar de alguém para a AVD's). Nos discursos é perceptível o motivo que justifica ponderarem essa possibilidade futura, que realmente não desejam, o de não quererem ser um peso para os filhos/família.

“(...) olhe é para onde quero ir, não quero ir a enfadar os filhos para a França, e tem lá boas casas, bom sítio onde estar, mas eu é que não os quero enfadar (...)” (E4, F, 85 anos, viúva).

O momento mais emotivo e sensível do *focus group* deu-se no tema em torno da entrada no lar, foi também a altura onde todos quiseram dar a sua opinião e contar as experiências de familiares e pessoas próximas. Todos os participantes do *focus group* e 2 participantes das entrevistas atribuem um significado negativo à entrada no lar, como é possível constatar:

“(...) é um mal necessário!” (FG, F, 73 anos, viúva).

“(...) é o aproximar do fim!” (FG, F, 67 anos, viúva).

“(...) não acredito que alguém queira ir para lá!” (FG, M, 70 anos, casado).

“(...) a minha tia da parte da minha mãe, não queria ir para o lar, foram a metê-la lá, morreu passado 1 mês, ali as pessoas mudam (...) à primeira vista, é a morte, é a gente à espera da morte!” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) eu vontade de ir para lá não tenho (...) parece que já está a morte em cima, não sei, não me gosta aquilo!” (E5, F, 85 anos, viúva).

Por outro lado, 4 entrevistadas associam o lar como uma boa resposta social em caso de necessidade, e como uma boa via de fuga à solidão, e têm como preferência a ida para o lar ao invés da casa dos familiares. No entanto, é sempre entendido como a última opção, como um último recurso em caso de extrema necessidade.

“(...) eu para já não tenho necessidade de ir, se precisar mesmo preferia ir para um lar, do que ficar aí sozinha, há muito que os agarram, o lar tao bom é para mim como para os outros, é tudo igual!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) eu se tivesse mal na minha casa, e ninguém viesse cuidar de mim, preferia ir para o lar (...)” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) não quero ir enfadar os filhos (...) eu quero ir para o lar!” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) eu não me importava de para lá, se ficasse sozinha ia...” (E6, F, 80 anos, casada).

O processo de institucionalização do idoso é um processo duro, marcado por novas adaptações novas rotinas, novas regras, novos contactos sociais, no fundo, um novo quotidiano. Segundo Oliveira (2014), a institucionalização apresenta como principais riscos para o idoso a regressão e desintegração social, a falta de privacidade, a perda de autonomia, a perda de responsabilidade por decisões pessoais, as rotinas rígidas, a ausência de estimulação intelectual e privação espiritual. Para Mello (1998) a institucionalização do idoso é sinónimo de privação dos seus projetos, afastamento da família, amigos e casa, abandono dos filhos e aproximação da morte. A aproximação da morte é visível na maior parte dos excertos. Pimentel (2001, in Imaginário, 2008) diz nos que o internamento em lar é uma experiência angustiante, reforçando que os idosos preferem permanecer no seu meio social e familiar. A ideia de o idoso ser colocado numa instituição associa-se á ideia de abandono, de irresponsabilidade, de perda e deslealdade. Para Oliveira (2014), a principal desvantagem do lar passa pela perda de privacidade, visível

por exemplo pela partilha de quarto com desconhecidos. Nos discursos dos participantes do *focus group* e das entrevistadas, as principais desvantagens associadas à institucionalização são a convivência com pessoas que não se conhece, o afastamento da família, os horários e as regras, a monotonia, a falta de formação das técnicas e auxiliares para lidar com os idosos (principalmente a falta de sensibilidade). Na perspetiva deste grupo, os idosos institucionalizados são infantilizados nos lares, têm menos vontade de participar, a maior parte estão contrariados e não têm liberdade.

“(...) está lá tudo a usmar uns para os outros, parece que já está a gente com a morte em cima (...) de dia nem os deixam deitar, então se a gente se quer tomar, nem isso podemos fazer lá, aqui faço como quero (...)” (E5, F, 85 anos, viúva).

“(...) deixamos de ver a família...” (FG, F, 73 anos, casada).

No discurso que se segue, é visível o significado negativo atribuído ao lar, de uma forma muito vincada, apontando como principais desvantagens a falta de privacidade, a falta de autonomia, a falta de higiene, o barulho e a monotonia:

“(...) é um a fazer xixi ali, é outro a dormir ali, é empurrões (...) eu já vi muita coisa, eu ia lá visitar uma vizinha, eu vi muita coisa, todos sujos, todos a dormir, isso é viver?! Vale mais dar um comprimido e matá-los! (...) não ouço nem este nem aquela a dormir, não cheiro o xixi dos outros, porque não mudam a fralda, fazemos o que queremos, se queremos dormir, dormimos, se queremos trabalha, trabalhamos (...)” (E1, F, 79 anos, casada).

Por outro lado, existem vantagens associadas à institucionalização do idoso. Para Sousa e Loureiro (2014) os aspetos mais positivos da entrada no lar são a integração social entre os residentes, o incremento da autoestima, a maximização do bem-estar da pessoa idosa. Para os participantes do *focus group*, as principais vantagens são: a assistência médica imediata, o acompanhamento médico e distribuição da medicação bem feita, a limpeza, a não existência de barreiras, está tudo apropriado, como, por exemplo, as luzes acenderem automaticamente. No discurso dos participantes nas entrevistas a maior vantagem é a redução da solidão e o do isolamento:

“(...) preferia ir para um lar, do que ficar aí sozinha...” (E2, F, 91 anos, viúva).

“As pessoas que estão sós, estão melhor no lar do que sozinhas!” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) ainda bem que existem, para morrer sozinha mais vale!” (E6, F, 80 anos, casada).

6.6. Autonomia e apoio ao idoso

Com o avançar da idade, a perda da autonomia e da independência aumenta (Pascoal 2000, in Imaginário, 2008). No entanto, ser idoso não é sinónimo de doença, a doença não faz necessariamente parte da velhice (Berger, 1995, in Imaginário, 2008). Para Pinheiro (s/a), retirar o idoso da família contra a sua vontade é tirar-lhe o direito de escolha, não deixar o idoso escolher sobre si próprio e perder autonomia. A autonomia está assim relacionada com a garantia de que um ser humano pode gerir a própria vida de forma autêntica. Para Teixeira (2002, in Pinheiro s/a), existem três tipos de autonomia: a autonomia da ação (independência da capacidade física), a autonomia da vontade (capacidade de o idoso escolher livremente) e a autonomia do pensamento (capacidade relacionada com o ter uma reflexão crítica em relação à escolha). O “desânimo aprendido” (Seligman, 1975, in Paúl, 2005) está relacionado com a perda de controlo por parte do idoso, pondo em causa a dignidade humana e tendo como efeito a perda de várias capacidades cognitivas e motoras, podendo conduzir à depressão e inatividade. Esta, segundo Paúl (2005), é mais evidente aquando da institucionalização. Nos discursos dos participantes do *focus group* verifica-se que existe uma certa preocupação relativa à perda de capacidades e autonomia, e é por isso que estes afirmam que é essencial manterem-se ocupados, no sentido de desenvolver capacidades e competências. Tanto no grupo das entrevistadas como no grupo dos participantes do *focus group* é visível ainda uma autonomia da vontade e uma autonomia do pensamento, apenas encontram problemas ao nível da autonomia da ação, o que no entender destes grupos não é um entrave à continuação nas suas casas. As principais dificuldades em relação às AVD's são dificuldade em fazer a lida da casa e subir escadas:

“(...) faço tudo, e vou para a horta, semeio feijão, semeio batatas, agora de uma hora para a outra pode me dar o badagaio e não poder fazer mais nada (...) faço a minha vida sem ajuda de ninguém sozinha, não preciso de ninguém para fazer nada!” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) faço tudo, mas tudo já é à moda da velhice, lá faço como posso (...) a mim já me custa a fazer tudo, nem sequer quase posso andar (...) se for preciso sei que me ajudam, mas por agora ainda não é preciso (...) o que faço, faço sozinha.” (E2, F, 91 anos, viúva).

“Agora ainda consigo fazer tudo (...) já me custa muito a fazer...” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) a gente já é velha (...) mas por enquanto ainda não preciso de ajuda (...)” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) ainda faço tudo sozinha, faço o que posso, a subir as cadeiras é que já tenho medo, porque as pernas já não estão boas, a limpar armários e essas coisas, quando tenho de me pôr em cima

da cadeira, custa mais, limpar o chão não custa, os armários é que pronto (...) nada, ninguém me ajuda (...)” (E6, F, 80 anos, casada).

O facto do idoso se confrontar com problemas de saúde, incapacidade funcional e perda de papéis significativos, quer na sociedade quer no seio da família, conduz a uma diminuição do status, o que leva á diminuição e desvalorização da própria vida. As principais preocupações dos idosos, segundo Imaginário (2008), são a perda de consciência e faculdades mentais, a perda de autonomia física e independência, serem abandonados e viverem na solidão. Imaginário (2008) fala-nos de dois tipos de apoios, os formais e os informais. Os formais referem-se a apoios da Segurança Social e da Santa Casa da Misericórdia, os informais dividem-se entre familiares (económicos e tarefas) e vizinhos (companhia e apoio emocional). No grupo dos participantes, como já pudemos constatar, o apoio informal está presente em caso de necessidade, principalmente por parte da família, ou pelo menos existe essa crença, mesmo com o afastamento territorial entre os idosos e familiares. Ao nível do apoio formal existem essencialmente três tipos de serviços disponíveis: lares, centros de dia e SAD. O SAD foi nos discursos o mais mencionado, o que reafirma a ideia de os idosos terem vontade de continuar a permanecer nas suas casas. Outros nem sequer estão informados em relação a este tipo de serviços, existe ainda uma entrevistada que demonstra falta de confiança no apoio formal.

“(...) chamo o apoio e fazem-me o comer e a limpeza e pronto, e acho que é o que muita gente devia fazer (...) o estado não apoio ninguém, ainda nos tira...” (E1, F, 79 anos, casada).

“Eu não conheço nada, não tenho estudos não sei nada!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“Acho muito importante, eu até já pedi informações no caso de um dia ser preciso.” (E3, F, 69 anos, casada).

“(...) temos de buscar uma mulher, para vir aqui fazer umas horas...” (E5, F, 85 anos, viúva).

6.7. A construção da decisão/opção de permanecer em casa

O respeito pela vontade do idoso é fundamental, o que implica o reconhecimento dos valores e crenças do idoso. Nos depoimentos é visível a vontade do idoso em permanecer junto dos seus familiares e amigos, como também de ficar no local que lhe é significativo. Para Moreira (2001, in Imaginário, 2008), o desejo de permanecer em casa tem sido igualmente encontrado noutras investigações. O que não é de estranhar, dado que é aí que as pessoas têm o carinho daquelas que os acompanharam durante o percurso da sua vida e estão rodeadas de objetos significativos, o que reafirma a sua identidade. A casa tem muita importância para os idosos que participaram no estudo, como já foi constatado, como diz Zimerman (2000:36, *cit. in* Imaginário, 2008:133) a casa “conta a história de uma vida”. Assim, muitos dos idosos não

querem abandonar a sua casa, pois este é o local onde se sentem bem, onde gostam de estar, onde encontram satisfação e conforto, conforme se pode observar nos seguintes excertos:

“(...) nem sequer penso em sair da minha casa (...) a minha casa é a minha casa (...) só de casa para o cemitério (...) os velhos diziam ‘minha casa, minha casinha, merda para a do rei e da rainha’, porque a nossa casa é a nossa casa, é onde nos sentimos bem!” (E1, F, 79 anos, casada).

“(...) encontro que estou melhor na minha casa (...) gosto mais de estar em minha casa (...) já me custa a sair daqui!” (E2, F, 91 anos, viúva).

“(...) enquanto puder é onde quero estar (...)” (E4, F, 85 anos, viúva).

“(...) toda a gente se quer no seu ninho, já é horrível estar sozinha, mas eu prefiro estar aqui!” (E5, F, 85 anos, viúva).

Também nos discursos dos participantes do *focus group* é possível perceber a vontade de permanecer nas suas residências, sendo que estes afirmam que apenas irão sair das suas casas quando não tiverem capacidades e não houver outra alternativa, pois no seu entender, a continuação nas suas casas significa viver no seu ambiente próprio, junto dos seus pertences, e ter liberdade:

“(...) continuamos livres!” (F, 72 anos, viúva, FG).

Por outro lado, caso tenham de sair de casa, preferem ir para um lar, não por terem vontade de ir, mas sim porque não quererem ser um “peso” para a família. Apenas dois participantes disseram que gostariam de ir para casa dos filhos. Desta forma, mesmo não sendo algo que realmente desejam, o lar seria a primeira opção para 10 dos participantes do *focus group*. Assim, não se trata de uma escolha baseada na sua vontade ou desejo, mas sim de uma escolha baseada numa necessidade e na vontade de não ser um peso para a família.

No grupo de participantes nas entrevistas, para a entrevistada 1, a permanência na sua residência é a única opção existente, esta, mesmo em caso de necessidade, não pensa em sair da sua casa. A entrevistada 2, em caso de necessidade, iria para um lar, alegando que não quer dar trabalho à família. A entrevistada 3, usa a mesma linha de pensamento, em primeiro lugar tentaria o SAD, caso este não se adequasse, iria para um lar, descartando a casa dos filhos como opção, por não querer dar trabalho. A entrevistada 4, em caso de necessidade, iria para um lar, apresentando como motivo a sua própria vontade. A entrevistada 5 apresenta como opção a casa dos filhos, em caso de necessidade, não ponderando o lar. Por último, a entrevistada 6, gostaria de ir para casa dos filhos em caso de necessidade, apresentando apenas como segunda opção a institucionalização.

Conclusão

O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos mais presentes e marcantes da sociedade atual. No caso português, esta realidade é bastante acentuada, como confirmam os dados demográficos. Assim sendo, o envelhecimento deveria ser entendido como um problema prioritário por parte das políticas sociais, pelo que estas se deveriam dirigir de modo particular para a implementação de medidas de apoio aos idosos e suas famílias.

Relativamente aos resultados do estudo, é importante evidenciar as principais conclusões a que se chegou. Estas surgem da análise e interpretação dos dados, dos questionamentos iniciais, dos objetivos propostos e do enquadramento teórico que permitiu suportar o modelo de análise. No geral, os resultados obtidos vão no mesmo sentido dos que se conhecem já acerca desta problemática, e embora estes não possam ser generalizados à população em geral (nem era esse o intuito, dado o tipo de investigação), podem ser utilizados no contexto onde foi desenvolvido o estudo, no concelho do Sabugal.

A metodologia escolhida foi a metodologia de base qualitativa, que se considerou ser a melhor opção de acordo com os objetivos propostos.

No grupo de idosos que participaram no estudo, observou-se uma predominância do sexo feminino, com 16 do sexo feminino e apenas 2 do sexo masculino, o que, de certa forma, vai no mesmo sentido da própria realidade, dada a maior longevidade das mulheres, estando ainda diretamente relacionado com a sua maior disposição para a participação no estudo. Em relação ao grupo etário, predominou a categoria “idoso jovem” (65-74 anos), que integra 13 dos participantes, segue-se a categoria “idoso idoso” (≥ 85 anos), com 3 participantes e, por último, a categoria “idoso médio” (75-84 anos), com 2 participantes.

A vontade/desejo dos idosos viverem o máximo de tempo nas suas casas é visível em todos os discursos. Assim, os principais benefícios de permanecer em casa, percebidos pelos idosos não institucionalizados, passam pela maior liberdade, autonomia, independência e privacidade. Os idosos fizeram referência a sentir-se mais à vontade, à manutenção de memórias do passado e dos seus objetos, à conservação da rotina quotidiana, à proximidade do contacto local (vizinhos e amigos), à maior presença familiar e à manutenção da sua identidade. Assim, a casa é vista como o ambiente mais familiar, que transmite maior segurança, conforto e bem-estar ao idoso. Os maiores constrangimentos prendem-se com as condições de adequação e adaptação da habitação a esta fase de vida, a solidão e o isolamento. A vontade de envelhecer e viver até ao fim da vida nas suas casas é visível junto dos idosos que participaram nesta investigação, o que estará relacionado com o facto de o SAD ser a resposta mais mencionada nos discursos, já que se trata de um apoio domiciliário, que lhes permite obter ajuda sem ter de sair das suas casas. A família surge como uma base fundamental na vida do idoso, esta revela-se ainda a maior e mais forte rede de suporte ao idoso, isto ainda que o afastamento espacial entre os idosos e os filhos seja grande, como foi observado nos discursos. Todos os participantes demonstraram a

crença, a confiança de que, em caso de necessidade, a família iria estar presente como fonte de ajuda. De acordo com os depoimentos dos idosos, constatou-se que nesta zona mais ruralizada do país, ainda que penalizada pela migração e pela fraca presença física dos familiares, os familiares dos idosos representam para o idoso um suporte afetivo, solidário, de ajuda e de segurança na sua vida. A família mais próxima surge como um forte candidato nos cuidados e ajudas ao idoso, pelo menos existe uma forte convicção de que estaria presente em caso de necessidade, o que leva à configuração da família com um eixo fundamental no apoio à continuação do idoso na sua casa.

Para além do apoio familiar, o idoso conta, quando possível, com ajuda dos vizinhos e amigos. Assim sendo, a rede de vizinhança e o suporte dos amigos é essencial, e representa um papel importante, quer no apoio físico quer mental do idoso. Nas zonas mais ruralizadas, o significado atribuído aos vizinhos é ainda maior, devendo-se essencialmente à maior ausência territorial dos filhos. Nos discursos foi também possível averiguar que os idosos apresentam um número reduzido de vizinhos, consequência da acentuada desertificação rural. O papel das redes sociais, vizinhos e amigos para a qualidade de vida do idoso é crucial, conforme afirma Paúl (2005), estas reduzem o isolamento e solidão, o que contribui para um envelhecimento bem-sucedido. Podemos concluir que as redes de sociabilidade e apoio informal, a família, os vizinhos e os amigos, configuram-se dimensões fundamentais no apoio à continuação do idoso na sua casa.

Os principais motivos que poderiam estar na base da escolha ou opção de ir para um lar, na perspectiva dos idosos que participaram na investigação, são a solidão, a necessidade (deterioração da saúde física e mental) e não querer vir a ser um peso para a família, isto embora a maior parte acredite poder contar com a família. Mas a verdade é que uma coisa seria um apoio pontual, outra seria a estadia permanente com a família, isso é entendido como um peso, para alguns idosos. No geral, o significado atribuído à entrada no lar é negativo, no discurso aparecem como principais desvantagens da institucionalização: a convivência com pessoas desconhecidas, o afastamento familiar, os horários e regras rígidas, a monotonia, a falta de sensibilidade por parte dos técnicos e auxiliares, a falta de liberdade e autonomia, a falta de higiene e o barulho. Por outro lado, alguns idosos reconhecem que o lar se configura como uma boa resposta social, essencialmente na fuga à solidão e ao isolamento social. Para além disto, apresentam-se como vantagens da institucionalização a assistência médica imediata, o acompanhamento médico, a distribuição correta da medicação, a inexistência de barreiras e a adaptação das condições à velhice. Na perspectiva de duas entrevistadas, a entrada no lar não é de todo uma opção a considerar, configurando-se assim a representação do lar como um dos fatores que estão na base da decisão de permanecer nas suas casas.

A participação em atividades da comunidade e a ocupação dos tempos livres são fundamentais na vida do idoso. Junto dos idosos que participaram no *focus group* existe uma atitude mais positiva em relação à velhice, talvez por serem mais ativos, por estarem mais envolvidos em atividades que promovem a interação social; É por isso importante que os idosos se mantenham

ocupados, não só no sentido de diminuir a deterioração cognitiva e desenvolver capacidades, mas também porque é uma forma de manter e criar laços e relações sociais, que combatem o isolamento, físico e social. É ainda uma forma de contrariar as limitações físicas e mentais, pelo que a autonomia e a independência do idoso são importantes pilares para a continuação do idoso na sua casa, e no entender dos participantes no estudo, a perda destas são a maior razão para a saída das suas casas.

O envelhecimento ativo é definido como “um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002, *cit. in* Costa e Santos, 2014:152). Os principais pilares deste conceito prendem-se com a participação, saúde e segurança, o que implica autonomia e independência, dois aspetos fundamentais para a continuação do idoso na sua casa. A OMS reconhece que o melhor local para o idoso viver é no seu próprio ambiente, na sua própria casa (Imaginário, 2008), pois este é o sítio de referência, é o seu meio familiar e identitário, é o local onde o idoso encontra conforto, segurança e bem-estar. A manutenção do idoso na sua casa é a forma mais adequada de promover o bem-estar do idoso, o que leva à necessidade de políticas sociais que se direcionem para a manutenção do idoso da sua habitação, é de extrema importância planejar e intervir neste campo, tendo como base o idoso, as famílias e a comunidade.

O grupo de idosos participantes apresenta mais diferenças do que semelhanças entre si, logo apresenta também diferentes formas de olhar e gerir a velhice, é por isso que é fundamental apresentar políticas sociais alternativas, que incorporem as redes sociais, o meio ambiente do próprio idoso, as potencialidades e os constrangimentos na vida do idoso (sejam sociais, físicos, familiares), que promovam a participação social e atividades de lazer e ocupação de tempos livres.

Após a elaboração desta investigação, considera-se que este trabalho representa um contributo no sentido de melhorar o conhecimento das razões que levam o idoso a ter o desejo/vontade de permanecer na sua casa, vontade esta visível em todos os discursos dos idosos que participaram no estudo. Mas para que tal seja possível, em toda a sua plenitude, é fundamental melhorar os cuidados prestados no domicílio, as condições de habitação e de adequação à velhice, estimular a participação social do idoso, melhorar o acesso a serviços e definir estratégias que promovam o envolvimento das famílias e da comunidade na vida do idoso. Esta melhoria passa pela construção de programas/projetos que visem apoiar a continuação do idoso na sua residência, permitindo manter o idoso na sua habitação, o máximo de tempo possível, pilar essencial para a qualidade de vida do idoso. Assim, face aos resultados obtidos, sugere-se:

- Desenvolvimento de planos e programas que fomentem os laços sociais e familiares, através da apresentação de medidas que permitam a manutenção do idoso na sua residência, criando espaços de sociabilidade e de apoio familiar, evitando desta forma a perda de identidade do idoso;
- Desenvolvimentos de estratégias de apoio às famílias, as quais, frequentemente, se debatem com problemas quotidianos que as impedem de apoiar o idoso como algumas delas gostariam;

- Estimulação de uma vida social ativa, desenhando atividades que, de facto, se dirijam aos idosos, nas quais eles participem, desde o seu planeamento até à sua concretização e que correspondam aos seus gostos e preferências;
- Potencialização das capacidades e competências dos idosos, através da criação de mais grupos e atividades de lazer ou de ocupação de tempos livres ativas, que permitam que o idoso se sinta em constante crescimento e desenvolvimento (físico e mental);
- Elaboração de programas e medidas que incentivem e apoiem o desenvolvimento desta região e a fixação da população, no sentido de contrariar a desertificação;
- Definição de estratégias para uma habitação inclusiva que responda às necessidades dos idosos, através do melhoramento das condições básicas de habitabilidade e mobilidade, para que a habitação não seja um impedimento à independência e autonomia da pessoa idosa;
- Desenvolvimento de medidas de carácter tecnológico, referente a instrumentos que apoiem o quotidiano, de forma a facilitar as tarefas;
- Estabelecimento de diferentes parcerias (Câmara Municipal, Segurança Social e empresas privadas), de modo a providenciar apoio instrumental aos idosos com reformas e rendimentos mais baixos.
- Desenvolvimento de um estudo que se focalize na compreensão e identificação das mudanças que ocorrem na velhice e no seu meio envolvente (habitação, comunidade e famílias), debruçando-se sobretudo na manutenção do idoso na sua casa como meio preferencial de vida, onde fosse possível implementar medidas e avaliar os resultados obtidos.

Apesar de todo o trabalho efetuado na análise e interpretação das várias dimensões, que permitiu aumentar o conhecimento e compreensão da realidade dos idosos não-institucionalizados a viverem na sua própria residência, não podemos deixar de mencionar algumas limitações. Algumas delas predem-se com o facto de ter existido alguma desconfiança, principalmente por parte dos participantes nas entrevistas, em relação ao estudo que estava a ser feito. Talvez por receio da finalidade do uso dos seus discursos, mesmo quando apresentado o consentimento informado, o que teve repercussões nas suas respostas, essencialmente em temas como a família, a ocupação dos tempos livres e as condições da habitação, existindo um certo fechamento nalgumas respostas. Outra limitação foi o facto de praticamente ter sido nula a participação do sexo masculino. Teria sido importante e interessante ter entrevistado mais homens, pois permitiria averiguar se existem diferentes formas de ver e pensar os temas propostos, por parte de homens e mulheres. No caso dos participantes a viver com o cônjuge, a mulher foi sempre a que quis participar, quando era perguntado se queriam participar no estudo, a mulher foi sempre a que estava presente, e mesmo quando era perguntado se o marido estava interessado, a esposa respondia logo que era melhor ser ela, que o marido não gostava destas coisas.

Durante uma das entrevistas a um casal, a entrevista estava a ser feita num terraço que dava para a rua, passou um senhor da aldeia, com sensivelmente 50 anos, que pensou que o casal estava a ser burlado, pelo que se deu uma grande discussão. Mesmo quando tentava explicar o

que estava a ser feito, o senhor foi extremamente mal-educado e agressivo, o casal não teve coragem para intervir, e com algum receio aconselhou-me a ir embora. Este episódio ilustra a situação de medo e receio, causada pelo isolamento e a falta de apoio, a que estão votados muitos idosos nas regiões mais interiores, desertificadas e envelhecidas do país.

Apesar de algumas limitações, a realização desta investigação foi uma oportunidade de interagir com os idosos, foi uma oportunidade de serem ouvidos, foi uma forma, ainda que limitada, deste concelho ser exposto e conhecido, concelho este marcado por uma profunda desertificação, um fraco desenvolvimento e um forte envelhecimento demográfico. Foi ainda uma oportunidade de aprendizagem, sendo que os objetivos propostos foram atingidos.

De forma conclusiva, espera-se que este estudo possa ser um ponto de partida para novos questionamento e novos caminhos investigativos em torno da temática do envelhecimento demográfico. Em novas oportunidades de investigação, seria de considerar alargar substancialmente o número de participantes, desenvolver estratégias que potenciasses a participação de um maior número de homens, o que permitiria uma abordagem comparativa, no que ao género diz respeito, porque, como sabemos, existe uma importante dimensão de género na velhice. Seria ainda interessante dar espaço para a visão de outros atores sociais, como as famílias dos idosos e outras entidades que operam no campo do envelhecimento. As conclusões da presente investigação apontam, ainda, para a necessidade de investigar o que existe e o que pode ser melhorado, tanto ao nível das condições das suas casas, como ao nível do apoio domiciliário, já que os idosos demonstram vontade de permanecer nas suas casas o máximo de tempo possível.

Os idosos não querem ser um peso para a família, sendo que apresentam como opção a ida para um lar, mas qual é a vontade/desejo das famílias em relação à vida dos idosos? O que pensam as famílias? Será que têm disponibilidade para cuidar do idoso? Será que tem condições para ter o idoso? Que o querem ter consigo? Ou será que olham para a institucionalização como a sendo a melhor opção? Quanto á participação em atividades da comunidade e ocupação dos tempos livres, em alguns idosos existe uma fraca vontade de participar mais ativamente, por várias razões inerentes, quer porque não lhes interessa, quer porque o acesso é difícil, quer pela própria idade. Mas e se os vários obstáculos fossem ultrapassados e o acesso fosse mais fácil, iriam? E se as atividades fossem escolhidas consoante os seus gostos e preferências, participariam mais?

São muitas as interrogações que esta problemática suscita. Cremos ter respondido a algumas, mas como acontece sempre no processo investigativo, deixamos ficar outras tantas, ou mesmo mais.

Referências bibliográficas

Almeida, António, (2008) “A pessoa idosa institucionalizada em lares: aspetos e contextos da qualidade de vida”, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto - disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7218> (consultado em 12-01-2017).

Barreto, João, (2005), “Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual”, 289-301.

Cabral, Manuel, Ferreira, Pedro, Silva, Pedro, Jerónimo, Paula e Marques, Tatiana, (2013), “Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida”, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Capucha, Luís, (2005), “Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de proteção, proteção contra o “risco da velhice”: que risco?”, ISCTE, CIES, 337-346.

Capucha, Luís, (2014), “Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise”, Sociologia, Problemas e Práticas, 112-131.

Carvalho, Maria e Dias, Maria, (2011), “Adaptação dos idosos institucionalizados”, Millenium, 40: 161-184.

Censos Sêniores 2016 - disponível em <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=12> (consultado em 16-02-2017).

Constituição da República Portuguesa, 2005, Direitos e Deveres sociais (terceira idade), VII Revisão Constitucional, Cap. II, artigo 72- disponível em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf> (consultado em 21-02-2017).

Correia, J. Martins, (2003), “Introdução à gerontologia”, Universidade Aberta.

Costa, Ana, e Santos, Pedro, (2014) “As imagens do envelhecimento e as práticas idadistas em cuidados de saúde primários: implicações na atividade física dos idosos”, La Salud Del Adulto Mayor: Investigación e Intervención, INFAD, Ano: XXVI, nº 2-vol 1, 151-160.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho de 2006: 3856-3865, disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/353934/details/maximized> (consultado em 21-02-2017).

Direção Geral da Saúde, 2006, Divisão de doenças genéticas, crónicas e geriátricas, Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, Lisboa: DGS, 2006.

Félix, Luís, (2008) “Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos”, Mestrado em Psicogerontologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa. - disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6092> (consultado em 07-03-2017).

Fernandes, Ana, (2001), “Velhice, Solidariedades e Política Social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, CIES-ISCTE/CELTA, 39-52.

Fernandes, Ana, (2005), Processos e estratégias de envelhecimento, Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXV, 223-247.

Figueiredo, Mafalda, (2016), “Participação social e redes sociais pessoais de idosos”, Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica. - disponível em <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/566> (consultado em 15-03-2017).

Flick, Uwe, (2005), “Métodos qualitativos na investigação científica”, Monitor, Projectos e Edições, 77-159.

Fonseca, António, (2004), “O envelhecimento: Uma abordagem psicológica”, Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fortin, Marie-Fabienne, (1999), “O Processo de Investigação: Da concepção à realização”, Loures: Lusociência.

Gray, David, (2009), “Doing research in the real world”, Second Edition, SAGE Publications.

Grelha, Patrícia, (2009) “Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário”, Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina de Lisboa - disponível em <http://docplayer.com.br/8427191-Qualidade-vida-dos-cuidadores-informais-de-idosos-dependentes-em-contexto-domiciliario.html> (consultado em 19-06-2017).

Guedes, Joana, (2008), “Desafios identitários associados ao internamento em lar”, Atas do VI Congresso Português de Sociologia, Mundos Sociais: Saberes e Práticas, 2-12.

<http://www.seg-social.pt/inicio>

Imaginário, Cristina, (2008), O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra, FORMASAU- Formação e Saúde, Lda.

INE, 2012, Censos 2011 - disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554 (consultado em 05-02-2017).

INE, 2015, Dia Mundial da População. - disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2 (consultado em 01-02-2017).

Lopes, Alexandra e Lemos Rute, (2012), “Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa”, Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Número temático: Envelhecimento demográfico, 13-31.

Machado, Maria Gabriela, (2014) “Decidir um direito à voz do sujeito”, La Salud Del Adulto Mayor: Investigación e Intervencion, INFAD, Ano: XXVI, nº 2-vol 1, 23-36.

Marconi, Marina e Lakatos, Eva (2002), “Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados”, 5ª edição, São Paulo, Atlas, 62-115.

Marques, Ermelinda, Sánchez, Carmen, e Vicario, Beatriz, (2014), “A depressão: um risco para a qualidade de vida da pessoa idosa”, La Salud Del Adulto Mayor: Investigación e Intervencion, INFAD, Ano: XXVI, nº 2-vol 1, 215-224.

Martin, Ignácio, Santinha, Gonçalo, Rito, Susana e Almeida, Rosa, (2012), “Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português”, in Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, nº temático: Envelhecimento Demográfico, 177-203.

Matias, Jorge, (2005), “Envelhecimento e Habitação” - disponível em http://www.caritas.pt/cr/index.php?option=com_content&view=article&id=160:envelhecimento-e-habitacao&catid=44:demografia&Itemid=37 (consultado em 15-06-2017).

Mauritti, Rosário, (2004), “Padrões de vida na velhice”, *Análise Social*, vol. XXXIX, 339-363.
Melo, Ana, (1998), “A competência do enfermeiro ao cuidar do idoso”, *Servir*, nº46 (5), 242-247.

Oliveira, Cristiana, (2014), “A identidade do idoso no processo de institucionalização: estudo exploratório”, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto. - disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6630> (consultado em 20-01-2017).

Organização Mundial de Saúde, 2004, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde*. Lisboa: World Health Organization.

Paúl, Constança, (1991), “Paronama demográfico dos idosos em Portugal”, *Geriatrics*, nº38 (4), 21-26.

Paúl, Constança, (2005), “Envelhecimento Ativo e redes de suporte social”, Departamento de Ciências do Comportamento, ICBAS-UP, 275-287.

Pinheiro, Alanna (s/d), “O respeito à vontade do idoso e potencialização da autonomia”. Plano Nacional de Saúde 2012-2016, 2013, disponível em www.pns.dgs.pt (consultado em 10-4-2017).

Ragin, Charles, (2011), “Constructing social research: the unity and diversity of method”, Thousand Oaks, Pine Forge Press.

Rede Social do Sabugal, (2012), *Diagnóstico Social do Concelho do Sabugal*.

Ribeiro, Óscar, (2012), “O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição”, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, nº temático: Envelhecimento Demográfico, 33-52.

Rosa, Maria, (1993), “O desafio do envelhecimento demográfico”, *Análise Social*, vol. XXVIII, 679-689.

Santos, Alexandra, (2014), “O lar de idosos: Lugar de vida ou de morte social?”, Dissertação apresentada ao Instituto de Serviço Social do Porto para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social. - disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/6305> (consultado em 12-04-2017).

Santos, Geraldine, e Vaz, Cícero, (2008), “Grupos da terceira idade, interação e participação social”, Psicologia e práticas sociais, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 333-346.

Serra, Adriano (2006), “Que significa envelhecer?”, in Firmino, Horácio - Psicogeriatrics. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 21-33.

Silva, Isabel, Veloso, Ana, Keating, José, (2014), “Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas”, Revista Lusófona de Educação, 26, 175-190.

Sousa, André, (2013a), “Ser idoso e viver sozinho: estudo exploratório no Concelho de Silves”, Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. - disponível em <http://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/6936> (consultado em 02-02-2017).

Sousa, Andreia e Loureiro, Manuel, (2014) “Grau de deterioro cognitivo em idosos numa instituição de longa permanência”, La Salud Del Adulto Mayor: Investigación e Intervencion, INFAD, Ano: XXVI, nº 2-vol 1, 141-50.

Sousa, Maria, e Baptista, Cristina, (2011), “Como Fazer Investigações, Dissertações, Teses e Relatórios, Segundo Bolonha”, 2ª ed. - Lisboa: Pactor.

Sousa, Sara, (2013b), “Participação dos idosos nas atividades de desenvolvimento pessoal”, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto. - disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6252/1/Sara%20M%C3%B3nica%20Tavares%20Rodrigues%20de%20Sousa.pdf> (consultado em 15-03-2017).

Veiga, Marcia, Cordeiro, António e Ferreira, Sónia, (2014) “Velhices e territórios: uma reflexão sobre saúde e qualidade de vida dos idosos a partir dos territórios”, La Salud Del Adulto Mayor: Investigación e Intervencion, INFAD, Ano: XXVI, nº 2-vol 1, 97-103.

Viana, Daniela, (s/d), “O fortalecimento dos vínculos familiares com o idoso”, 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, UNA.

ANEXOS

Anexo I

Guião do *focus group*

Anexo II

Guião das entrevistas

Anexo III

Consentimento informado

Anexo IV

Ficha de caracterização das entrevistas

Ficha de caracterização dos participantes no *focus group*

Anexo V

Exemplo Sinopse entrevistas

Anexo VI

Quadro de caracterização das entrevistas

Quadro de caracterização dos participantes no *focus group*

Anexo I- Guião do *focus group*

Idosos não-institucionalizados: (grupo da Universidade Sénior)

- Abertura
 - Identificação da investigadora; identificação dos objetivos do estudo; Garantia da confidencialidade e consentimento informado; Identificação dos idosos.

- Dimensões em análise

Redes de Sociabilidade

1. Qual a importância da família para vocês? Que papel atribuem à família? (o que significa ser avô/avó?) Que tipo de relação estabelecem com a família? (se convivem frequentemente; se são um recurso com quem podem contar em caso de necessidade?)
2. Qual a importância da rede de amigos? (são um recurso próximo; se são um recurso com quem podem contar em caso de necessidade?)
3. Qual a importância dos vizinhos para vocês? (são um recurso próximo; se são um recurso com quem podem contar em caso de necessidade?)
4. As redes de sociabilidade (família, amigos e vizinhos? São indispensáveis nas vossas vidas?

Participação e Ocupação dos tempos livres

5. Como ocupam os vossos tempos livres?
6. Qual a importância que atribuem à participação em atividades promovidas pela comunidade (ex. universidade sénior)? Consideram que existe uma oferta suficiente destas atividades?
7. Porque motivos participa?

Perceção em torno da casa

8. O que significa para vocês a vossa casa? (Realização de um quadro chuva de ideias)
9. Consideram que a vossa casa reúne as condições que vos permitam viver esta vossa fase da vida com conforto e segurança?
10. Se pudessem mudar algo em vossa casa, o que mudariam? (pode ser na casa, mas também o sítio onde moram, a rua, a vizinhança)

Percepção em torno da institucionalização

11. O que pensam acerca do processo de institucionalização das pessoas idosas (entrada no lar)? O que significa para vocês a entrada no lar?
12. Quais os motivos que poderiam estar na escolha/opção de irem um dia para o lar?
13. Quais são, no vosso entender, as vantagens e desvantagens da institucionalização:
Elaboração de um quadro analítico:

Institucionalização	
Vantagens	Desvantagens

14. Quais são, no vosso entender, as diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados:

Elaboração de um quadro analítico:

Institucionalizados	Não institucionalizados

Autonomia

15. Como se sentem face à velhice? (experiência com a idade, os efeitos da velhice no corpo, as capacidades, as oportunidades, ocupações, conhecimentos)?
16. Consideram-se uma pessoa autónoma? (capaz de realizar decisões, realizar as AVD`s)

A construção da decisão/opção

17. Porque é que decidiram ficar em casa? (se fizeram foi porque escolheram ficar ou porque não tiveram outra opção)
18. Quais são para vocês os aspetos mais positivos e mais negativos de permanecer em casa? (falem primeiro dos positivos)

19. O que é que vos faria sair de casa? Em que circunstâncias ou acontecimentos?

20. Se tivessem de sair da vossa casa, para onde gostariam de ir?

- Conclusão

21. Querem acrescentar alguma ideia que ainda não tenha sido abordada?

- Preenchimento da ficha de caracterização

Anexo II- Guião das entrevistas

Dimensões em análise

I- Redes de sociabilidade (família, amigos e vizinhos)

1. Que importância tem para si a família?
2. Como é que acha que é a sua relação com a família?
3. Qual o número de vezes que está com a família? Convive frequentemente?
4. Considera-se apoiado pela família? Em caso de necessidade pode contar com a família?
5. Pede conselhos à família na tomada de decisões importantes?
6. Tem netos? O que significa ser avô/ avó?
7. Estabelece contato diário com outras pessoas (amigos e vizinhos)?
8. Qual a importância dos amigos e vizinhos para você?
9. Em caso de necessidade pode contar com os amigos e vizinhos?
10. Considera ter uma boa vizinhança?
11. Fala de assuntos importantes com vizinhos e amigos?

II- Participação e Ocupação dos Tempos livres

12. Como ocupa os seus tempos livres?
13. Está inserido nalgum grupo?
14. Costuma participar em atividades promovidas pela comunidade (junta, câmara, igreja)?
15. Se sim, em que tipo de atividades?
16. Se não, porque não participa?

III- Perceção em torno da casa

17. O que significa para si a sua casa?
18. Considera que a sua casa reúne as condições necessárias para viver nesta fase de vida?
19. Já fez obras/adaptações na sua casa? Se pudesse mudar algo na sua casa, o que mudaria?

20. Quais são os aspetos mais positivos e mais negativos de permanecer em casa?

IV- Perceção em torno da institucionalização

21. Quando pensa em lares de idosos, no que é que pensa?

22. Porque é que acha que os idosos vão para um Lar?

23. O que significa, para si, a entrada no lar?

24. O que é que o faria ponderar/pensar/decidir ir para um Lar?

25. Quais são, para si, as principais diferenças entre uma pessoa idosa que vive na sua própria casa e uma pessoa idosa que vive no lar?

V- Autonomia e Apoios aos idosos

26. Considera-se autónomo e independente? É capaz de realizar decisões e as tarefas do dia-a-dia?

27. Quais são as tarefas que tem mais dificuldade de realizar?

28. Recorre a ajudas por parte da família, amigos ou vizinhos?

29. Usou o SAD? Acha importante para a continuação na sua casa?

30. Conhece alguma ajuda, por parte de alguma entidade, que apoie a continuação do idoso na sua casa?

VI- A construção da decisão/opção

31. Porque ficou em casa? Escolheu ficar ou não teve outra opção?

32. O que o/a faria sair de casa? Em que circunstância ou que acontecimento?

33. Se tivesse de sair da sua casa, para onde gostaria de ir?

Anexo III- Consentimento informado

Consentimento informado (via oral em caso de necessidade)

Titulo do estudo: Idosos não institucionalizados: uma escolha? A permanência dos idosos na sua residência

Investigadora responsável: Liliana Lourenço Ramos

Com o objetivo geral deste estudo pretende-se perceber quais os fatores/motivos que levam à decisão de o idoso permanecer na sua residência no Concelho do Sabugal.

Este estudo permite identificar:

- os aspetos positivos e negativos (potencialidades e constrangimentos) da permanência do idoso na sua residência, desde o seu próprio ponto de vista;
- o que pode ser melhorado no sentido de apoiar a continuação dos idosos na sua residência.

A escolha de participar ou não no estudo é voluntária, mesmo decidindo participar, poderá desistir em qualquer momento, sem que lhe seja pedida qualquer justificação ou sem que haja qualquer consequência.

Todos os dados recolhidos durante o estudo serão tratados de forma confidencial e anónima. As informações fornecidas terão a sua privacidade garantida. Os participantes não serão identificados em nenhum momento.

A finalidade deste estudo é apenas investigativa, incluindo-se na minha obtenção do grau de Mestre em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, na Universidade da Beira Interior e podendo vir a dar origem a publicações científicas.

Pelo presente documento (assinale com uma cruz a opção que pretende):

Aceito participar no estudo.....

Não aceito participar no estudo.....

Rubrica do participante: _____

Rubrica da investigadora: _____

DATA: __/__/__

Anexo IV

Ficha de caracterização das entrevistas

Entrevista N° _____

Sexo: F M

- Idade: _____
- Habilitações literárias: _____
- Profissão que tem/teve: _____
- Estado Civil: _____
- Vive só: _____
- Vive com outros elementos da família (quais) _____
- Mora em casa própria: _____
- Mora em casa alugada: _____

Duração: __h__m (início às __h__m e fim às __h__m)

Local da realização da entrevista: _____

Ficha de caracterização dos participantes do *focus group*

Sexo: F M

- Idade: _____
- Habilitações literárias: _____
- Profissão que tem/teve: _____
- Estado Civil: _____
- Vive só: _____
- Vive com outros elementos da família: _____
- Mora em casa própria: _____
- Mora em casa alugada: _____

Anexo V- Exemplo Sinopse entrevistas

Dimensões	Análise	Excertos das entrevistas (E1) (Feminino, 79 anos, casada)
<p>Redes de Sociabilidade - Família -Amigos -Vizinhos</p>	<p>A participante 1 atribui grande importância à família (cônjuge, filhos e netos), esta é entendida como uma apoio e suporte. Reconhece que em caso de necessidade poderá contar com a família, pelo menos a família mais próxima. Levanta-se ainda a questão dos filhos e netos estarem espacialmente longe. Ao nível dos amigos, reconhece a sua importância no passado, atribuindo algum descrédito atualmente. Neste caso, a rede de vizinhança é praticamente inexistente, apenas tem uma vizinha e a ligação que existe é pouca, o que demonstra os efeitos da desertificação rural.</p> <p>No discurso é possível ainda observar o individualismo crescente e cada vez mais presente nos dias de hoje, pois esta afirma que hoje é cada um nas suas casas.</p> <p>Para esta participante, a rede familiar torna-se o maior e mais presente suporte enquanto que a rede de vizinhança e amigos está mais ausente na sua vida.</p>	<p>E1- “A família é tudo” E1- “Eu acho que é boa, só que a gente não lida com toda a família, não é? Por vezes há problemas...mas acho que é boa, a família mais próxima dá-se bem” E1-“Com os filhos em geral, é a nossa família, nós pronto, casamos constituímos uma família, não é? Que são os filhos, depois os netos, que são os nossos segundos filhos...” E1- “é difícil a gente dizer que pode contar com a família, mas mesmo assim eu acho que com os filhos posso sempre contar” E1- “às vezes, nem sempre, porque sou eu e o marido, e às vezes a gente decide logo entre os dois”. E1- “eu só gostava era dos ter todos ao pé de mim, dois deles só os vejo duas ou três vezes por ano”. E1- “no passado sim, mas agora não. Essas amizades ficaram de lado, porque às vezes fazem coisas que doem e a gente afasta-se”. E1- “eu não tenho vizinhos, aqui na rua só tenho uma, e a gente dá-se bem, mas é bom dia, boa tarde, e cada um nas suas casas, agora é assim” E1- “nenhuma” E1- “não”</p>

<p>Participação e ocupação dos tempos livres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação formal/informal - Ocupação - Importância da participação 	<p>Existe uma fraca participação social, justificada essencialmente a própria vontade da entrevistada e pela falta de atividades na comunidade.</p> <p>A ocupação dos tempos livres é feita essencialmente de forma passiva, com a maior parte das atividades feitas dentro de casa. Para a participante 1 a participação não apresenta grande importância, alegando que tem pouca vontade de participar. Por outro lado, na percepção da entrevistada 1 esta zona é penalizada pela falta de atividades na comunidade.</p>	<p>E1- “faço renda, bordo, e faço assim essas coisinhas, e estou em casa a fazer isso, e brinco com um neto”</p> <p>E1- “nada, aqui não há nada dessas coisas”</p> <p>E1- “nada, nunca vou a nada”</p> <p>E1- “Eu vim nova da França para cá, vim sem o marido, às vezes ainda saía, mas depois nunca tive vontade de sair, não me apetece, não dá.”</p>
<p>Perceção em torno da casa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significado da casa - Condições da habitação 	<p>Para a participante 1 a casa apresenta grande importância, esta importância é essencialmente de ordem afetiva.</p> <p>As principais razões para a continuação da sua permanência em casa: é a maior satisfação, é gostar de viver na sua casa, sentir-se bem na sua casa e manutenção de memórias.</p> <p>Ao nível das condições de habitação, são percecionadas algumas barreiras, apontando como principal barreira as escadas.</p>	<p>E1- “Tudo, a minha casa era a casa da minha avó, nasci aqui, fui aqui criada, e aqui estarei acho até morrer” “é onde a gente se sente bem é na nossa casa”</p> <p>E1- “sim, só tenho uma coisa que já não é muito bom para nós, subir e descer escadas”</p> <p>E1- “mudava as escadas, mas não as posso mudar (riso).” “Não é como a gente quer é como a gente pode”.</p> <p>E1- “é tudo”</p>
<p>Perceção em torno da institucionalização</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significado da entrada no lar - Imagem social do lar 	<p>Nesta entrevista é possível observar um significado muito negativo em relação à entrada no lar, com uma posição muito vincada, afirmando que não iria para um lar. Reconhece o lar como uma boa resposta social para quem não tem família, viva na solidão e que tenha vontade de ir, assim o principal motivo para a entrada no lar é segundo este discurso é ausência familiar.</p> <p>No discurso da primeira participante é visível o significado negativo atribuído ao lar, apontando como principais desvantagens a falta de privacidade, a falta de autonomia, não se sentir à vontade, a falta de rotina, a falta de higiene, o barulho, e a monotonia.</p> <p>Para esta entrevistada, a institucionalização é sinónimo da aproximação da morte (Imaginário, 2008).</p>	<p>E1- “um lar é bom para quem não tem família, e para quem quer ir de livre vontade, agora para quem tem família e não quer ir, não haviam de existir lares, porque é o cemitério dos vivos”</p> <p>E1- “porque os velhos, com a minha idade muitas vezes tornam-se preguiçosos, e não querem trabalhar mais, outros são os filhos que os metem lá sem eles quererem” “a minha tia da parte da minha mãe, não queria ir para o lar, foram a mete-la lá, morreu passado 1 mês, ali as pessoas mudam” “se forem de livre vontade é uma coisa, ai estão bem, agora quem não vai de vontade não vale a pena”</p> <p>E1- “Quem tem família, não tem vontade de ir para o lar” “por isso é que é bom para quem não tem família não tem filhos” “à primeira vista, é a morte, é a gente à espera da morte”</p> <p>E1- “não ia! Não sei mesmo! Se ficasse doente ia para o hospital, e agora há o apoio às casas por isso não ia” “só mesmo se não tiver nos meus cinco sentidos, que não sabia onde estava, com a cabeça boa, não ia, é um a fazer xixi ali, é outro a dormir ali, é empurrões” “eu já vi muita coisa, eu ia lá visitar uma vizinha, eu</p>

		<p>vi muita coisa, todos sujos, todos a dormir, isso é viver? Vale mais dar um comprimido e matá-los”.</p> <p>E1- “eu estou à vontade, não ouço nem esta nem aquela a dormir, não cheiro o xixi dos outros, porque não mudam a fralda, fazemos o que queremos, se queremos dormir dormimos, se queremos trabalhar trabalhamos, quando chegar a altura de eu não poder fazer mais nada, chamo o apoio e fazem me o comer e a limpeza e pronto, e acho que é o que muita gente deveria fazer”</p>
<p>Autonomia e Apoios aos idosos - Respostas sociais e apoios - Informação - Independência</p>	<p>A participante 1 apresenta um grande grau de autonomia e independência. Por enquanto ainda não tem necessidade de ajuda, afirmando que faz tudo sozinha e ainda não encontra nenhuma dificuldade.</p> <p>Quanto aos apoios sociais, no discurso é possível ver que a participante 1 apresenta um certo descredito nas ajudas do estado.</p> <p>Quanto apoio formal, mencionou o SAD como a melhor opção de apoio à continuação da sua permanência em casa, pois a casa apresenta um grande valor na vida desta idosa, quer a nível afetivo, quer a nível referencial do passado, quer a nível da autonomia e liberdade que lhe concede.</p>	<p>E1- “faço tudo, e vou para a horta, e semeio feijão e semeio batatas, agora de uma hora para a outra pode me dar um badagaio e não poder fazer mais nada”</p> <p>E1- “por agora ainda não encontro nenhuma”</p> <p>E1- “nada, até hoje nada, faço a minha vida sem ajuda de ninguém, sozinha, não preciso de ninguém para me fazer nada”</p> <p>E1- “não” “acho que é muito importante”.</p> <p>E1- “não” “o estado não apoia ninguém, ainda nos tira (risos).”</p>
<p>A construção da decisão/opção - Opção/escolha -Necessidade</p>	<p>A opção de continuar a permanecer na sua casa, trata-se de uma escolha baseada na vontade da entrevistada, sendo que para esta não existe outra opção. Apresenta uma opinião muito vincada, onde nem em caso de necessidade consegue sequer pensar em sair da sua casa.</p> <p>Observa-se que os motivos que estão na base desta escolha são:</p> <ul style="list-style-type: none"> -De ordem afetiva; -A maior autonomia e liberdade; -Referenciais identitários e associações ao passado. 	<p>E1- “escolhi ficar”</p> <p>E1- “não sei, nem sequer penso eu sair da minha casa, quando vou para a praia uma semana, já ando triste de não estar na minha casa” “é que nem em casa dos filhos, a minha casa é a minha casa”.</p> <p>E1- “não sei, só de casa para o cemitério”. “os velhos diziam minha casa minha casinha, merda para a do rei e da rainha, porque a nossa casa é a nossa casa, é onde nos sentimos bem”.</p>

Anexo VI- Quadro de caracterização das entrevistas e Quadro de caracterização dos participantes no focus group

Entrevista nº	Sexo	Idade	Habilitações	Profissão que teve	Estado Civil	Vive só	Vivem com outros elementos	Casa própria	Casa alugada
1	F	79	4ª classe	Doméstica	Casada	Não	Sim	Sim	Não
2	F	91	2ª classe	Agricultura	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
3	F	69	4ª classe	Doméstica	Casada	Não	Sim	Sim	Não
4	F	85	3ª classe	Agricultura	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
5	F	85	Analfabeta	Agricultura	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
6	F	80	Analfabeta	Agricultura	Casada	Não	Sim	Sim	Não

Participantes	Sexo	Idade	Habilitações	Profissão que teve	Estado Civil	Vive só	Vivem com outros elementos	Casa própria	Casa alugada
1	M	70	1ª classe	Restauração	Casado	Não	Sim	Sim	Não
2	F	73	4ª classe	Doméstica	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
3	F	68	Licenciatura	Professora 1º ciclo	Casada	Não	Sim	Sim	Não
4	F	71	4ª classe	Cozinheira	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
5	F	72	9ª classe	Comerciante	Casada	Não	Sim	Sim	Não
6	F	67	Pós-graduação	Professora	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
7	F	65	4ª classe	Doméstica	Casada	Não	Sim	Sim	Não
8	F	65	6ª classe	Doméstica	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
9	F	70	Licenciatura	Professora	Solteira	Sim	Não	Sim	Não
10	F	67	4ª classe	Restauração	Viúva	Sim	Não	Sim	Não
11	F	71	4ª classe	Operária fabril	Casada	Não	Sim	Sim	Não
12	M	73	4ª classe	Construtor civil	Casado	Não	Sim	Sim	Não

