

## ***“Decidir um Direito”***

Gabriela Soares Machado

Doutoranda em Políticas Públicas, UNL-FCSH

### **1. Introdução**

Desde há vários anos que sobre o envelhecimento tem recaído uma particular atenção por parte dos mais diversos setores, sejam eles sociais, políticos, económicos, académicos, e abordado por múltiplas áreas de conhecimento, de onde resultam produções na forma de artigos, ensaios, teses, dissertações, todos eles imbuídos de um novo olhar, fazendo do envelhecimento uma temática inesgotável.

Considerado do ponto de vista individual como um processo natural e universal, surge no ponto de vista das populações com um efeito desequilibrante nas comunidades e ecossistemas quando a natalidade não acompanha a longevidade, conferindo às populações desenhos que requerem olhares cautelosamente diferenciados nas respostas e soluções para os desafios das novas estruturas populacionais, com custos económicos e sociais, que a sociedade contemporânea não está suficientemente estruturada para assumir, traduzindo-se num problema social. Porém, de acordo com Calado (2004) “a velhice não é, em si mesma, 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 da organização social para o enfrentamento das necessidades naturais desses estratos da população” (p.25). Daí que no nosso trabalho privilegiámos as necessidades dos que se encontram em situação de maior fragilidade e vulnerabilidade pela situação de dependência, com necessidade de apoio de terceiros, sejam eles formais ou informais, deparando-se muitas vezes com a limitação da prestação de cuidados, que acaba por não satisfazer a totalidade das suas necessidades, pois a definição de cuidados a prestar não passa na maioria das vezes pelo próprio que ocupa um lugar passivo na tomada de decisão, mas por decisores externos, cujo conhecimento muitas das vezes é meramente académico, tornando as práticas desajustadas da realidade do sujeito, tal como Guillemard, referida por Fernandes (2004) considera que “o beneficiário, ou a pessoa cuidada, não tem liberdade para decidir nem tem escolha” (p.26).

No estudo de caso “Instituir sem Institucionalizar: contributo para a permanência do Idoso dependente no seu domicílio” realizado no âmbito do mestrado em Ecologia Humana, sob orientação da Prof<sup>ª</sup> Teresa Rodrigues, considerou-se a importância de dar voz aos sujeitos alvo de políticas sociais, que pelas suas medidas pretendem contribuir para que o idoso em situação de dependência possa permanecer no seu domicílio, mas que a cegueira da operacionalização sem ter efetivamente em conta a particularidade do indivíduo e o seu contexto social e territorial enquanto elemento central da ação, levou-nos a querer perceber na primeira pessoa se permanecer no próprio domicílio era uma vontade predominante e para isso que necessidades individuais consideravam ter de ver satisfeitas.

### **2. Contextos territoriais do estudo**

E porque o território e o meio social numa relação dialética exercem a sua influência no indivíduo, o estudo foi desenvolvido em duas unidades territoriais distintas: concelho de Odemira, com idosos residentes na freguesia de São Martinho das Amoreiras, marcada por um território de grande ruralidade e concelho de Almada, com idosos residentes nas freguesias da Cova da Piedade, Laranjeiro e Feijó com uma dimensão marcadamente urbana.

Na escolha por conveniência destes territórios teve-se em particular atenção a sua organização territorial e o seu desenho demográfico.

Quadro 1 Indicadores demográficos concelhos: Almada e Odemira

	Concelho Odemira				Concelho Almada			
	1981	1991	2001	2011	1981	1991	2001	2011
<b>Densidade Populacional</b>	17,1	15,4	15,2	15,1	2103,8	2162,2	2291	2479
<b>Pop jovem/Pop Total</b>	19,6	16,6	12,9	12,3	23,8	17,7	14,1	14,7
<b>Pop idosa/Pop Total</b>	15,8	19,8	24,8	26,6	8	11,7	16,7	20
<b>Pop idosa/ Pop jovem</b>	80,3	119,5	192,7	216,7	33,7	65,9	118,8	139,6
<b>Índice Longevidade (80 anos)</b>	11,4	17,4	19	27,9	12,7	16	17,7	24,8
<b>Rel masculinidade (80-84 anos)</b>	75	72,9	89,6	83,9	51,5	50,6	58,7	61,6
<b>Rel masculinidade (85+ anos)</b>	51,9	71,3	80,2	67,1	35,6	35,1	41,6	50

Fonte: XII Recenseamento Geral da População, Censos 1991, 2001, 2011, INE, Lisboa, cálculo do autor

O concelho de Almada com cerca de 70,2km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 2291hab/km, reflexo dos constantes ganhos em população, pela sua atrativa localização de proximidade a Lisboa, bons acessos viários e de transportes, tem a capacidade de fazer dele um concelho recetor de gentes com atividade centrada no setor terciário. Muito embora a sua capacidade atrativa, a estrutura etária apresenta perdas evidentes de efetivos dos 0 aos 14 anos traduzidas em 9 pontos percentuais entre 1981 e 2011, valor que reflete o ligeiro aumento de 0,6 pontos percentuais do último período censitário e aumentos significativos na população acima dos 65 anos a qual havia duplicado em 2001, correspondendo a 16 indivíduos com 65 e mais anos por 100 habitantes, passando esse valor para 20 indivíduos em 2011. Na relação dos mais velhos com a população jovem o concelho observa um aumento do índice de envelhecimento de 33 indivíduos em 1981 para 119 em 2001, agravando-se esse valor em 2011 para 139 (Quadro 1).

Almada entra assim no Séc XXI não apenas com mais idosos do que jovens como também aqueles apresentam uma idade mais avançada, representando os indivíduos com 80 e mais anos em 2011 24,8% valor muito superior ao observado em anteriores períodos censitários e que expressa uma população cada vez mais envelhecida, traduzindo a relação de masculinidade observada no Quadro 1, um envelhecimento no feminino, observando-se no entanto ao longo dos períodos censitários uma maior expressão da longevidade masculina.

O concelho de Odemira cerca de 24 vezes maior que o anterior, faz dele, pelos seus 1720km<sup>2</sup> o maior concelho do país cujas reduções de efetivos ao longo dos diversos períodos censitários lhe confere uma baixa densidade populacional, traduzida em 2001 por 15,2hab/km<sup>2</sup>, a qual se mantém em 2011.

Neste concelho vão-se perdendo jovens, os quais em 2001 tinham uma representatividade de 12,9% baixando em 2011 para 12,3% e ganhando idosos cujos 24,8% em 2001 representavam cerca de um quarto da população, valor que em 2011 representa 26,6%, fazendo com que o índice de envelhecimento atinja em 2001 os 192,7 idosos por cada 100 jovens e em 2011 os 216,7, pelo índice de longevidade estes idosos são cada vez mais idosos, representando os indivíduos com 80 e mais anos 19% da população idosa do concelho e em 2011 27,9%, nesta população a relação de masculinidade dos indivíduos com 80 e mais anos observa um envelhecimento pouco diferenciado no género, existindo em 2001 no grupo de indivíduos entre os 80/84 anos, 89 homens por cada 100 mulheres e 80 homens por cada 100 mulheres no grupo etário valores que contrariamente aos períodos censitários anteriores, observam uma redução em 2011 com as mulheres a terem uma maior expressão (Quadro 1).

Quadro 2 Indicadores demográficos das freguesias em estudo

	S. Martinho Amoreiras				Cova Piedade				Laranjeiro			Feijó	
	1981	1991	2001	2011	1981	1991	2001	2011	1991	2001	2011	2001	2011
Densidade Populacional	14,7	10,4	8,4	6,9		19458	16527	15550		5786	5734	3827	4496
Pop jovem/Pop Total	17	12,7	8,6	8	24,8	14,7	10,3	11,7	19,2	15	14,7	15,4	16
Pop idosa/Pop Total	21,3	27	36,1	39,9	6,7	13,3	20,9	27,4	8,4	14,6	19,2	13,5	17,6
Pop idosa/ Pop jovem	125,1	211,6	406,3	496,3	27,1	90,4	202,2	234	44	97	130,4	87,4	109
Índice Longevidade	11,8	18,2	21,5	32,6	11,4	14,1	18,2	25,6	15,3	15,5	18,5	10,4	24,4
Rel masculinidade (80-84 anos)	100	86	80	83,7	44,8	55	56,3	61,5	52,4	57,3	69,3	55,3	66,7
Rel masculinidade (85+ anos)	72	112	85	100	32	39	42	47,7	24,4	50	49	35	55,5

Fonte: XII Recenseamento Geral da População, Censos 1991, 2001, 2011, INE, Lisboa, cálculo do autor

No percurso pelas freguesias onde residem os idosos do estudo, S. Martinho das Amoreiras apresenta uma baixa densidade populacional de 6,9hab/km<sup>2</sup> (2011) valor que tem vindo a observar reduções contínuas ao longo dos diversos períodos censitários. Os habitantes de S. Martinho das Amoreiras são na sua maioria idosos representando em 2011 os indivíduos com 65 e mais anos 39,9% da população da freguesia, dos quais os indivíduos com 80 e mais anos têm uma expressão de 32,6%, a qual tem vindo a observar aumentos constantes colocando-nos em presença de uma população cada vez mais envelhecida com a particularidade de uma marcada representação masculina chegando a 2011 com um equilíbrio entre homens e mulheres (Quadro 2).

Contrariamente, as freguesias que observámos do concelho de Almada são territórios de grande pressão populacional com destaque para a freguesia da Cova da Piedade com 16527hab/km<sup>2</sup>, apresentando em 2011 uma maior concentração populacional em relação às restantes. As três freguesias têm acompanhado a tendência do concelho na redução de população jovem, porém das freguesias observadas apenas o Laranjeiro perde população jovem observando a Cova da Piedade e o Feijó um ligeiro aumento em relação ao período anterior. Relativamente à população idosa todas as três freguesias observaram aumentos nos períodos censitários observados, sendo porém a Cova da Piedade pelo aumento de 7,5 pontos percentuais em 2011 que observou o maior aumento da população com 65 e mais anos, com significado no índice de envelhecimento pela expressão de 234 idosos por cada 100 jovens, o qual tem uma representação de 130,4% no Laranjeiro e 109% no Feijó.

Nestas freguesias não só a representação dos idosos tem grande expressão, como também o têm os idosos com 80 e mais anos, acompanhando a tendência de uma população cada vez mais envelhecida, onde as mulheres têm representatividade pela diferenciação de género no envelhecimento (Quadro 2).

Ambos os territórios nas suas diferenças apresentam a similaridade de estruturas populacionais nas quais os mais velhos assumem um significativo destaque, no qual a incapacidade e dependência marcam lugar, sem que muitas das vezes consigam observar respostas que permitam satisfazer as singulares necessidades, pela tipificada oferta das mesmas que seguem modelos pré desenhados para responder de forma limitada às necessidades mais básicas, empurrando para a institucionalização pessoas que na situação de dependência poderiam e queriam permanecer no seu domicílio.

### 3. Metodologia

Desta forma foi objetivo do projeto não só, perceber se o indivíduo idoso em situação de dependência funcional pretende permanecer no seu domicílio, como também, se em caso afirmativo quais os recursos que identifica como necessários para essa permanência, tendo sido considerada a importância de perceber relativamente à mesma questão qual a opinião dos técnicos que coordenam respostas comunitárias vocacionadas para a satisfação em domicílio de necessidades de indivíduos em situação de dependência. Na procura de

respostas, realizou-se uma investigação qualitativa exploratória, que permitiu estudar de forma holística a realidade na perspetiva das pessoas que a integram, dando a palavra aos sujeitos.

Quanto ao método, optámos pelo estudo de caso, permitindo-nos focalizar a investigação num fenómeno atual e no seu próprio contexto, conferindo pelo enfoque no indivíduo, no território e da relação entre ambos, uma singularidade, pela abordagem interna do problema, traduzida na visão própria dos sujeitos.

A abordagem ecológica permitiu neste trabalho salientar potencialidades e constrangimentos dos contextos territoriais, facilitadores ou inibidores da permanência do idoso com dependência no seu domicílio, pelo que o contexto não poderia deixar de ser tido em conta na equação de respostas sociais que devem ter por princípio a equidade social e a diferenciação positiva de modo a possibilitar instituir serviços que respondam de forma objetiva, completa e protetora, sem que para isso se torne necessário institucionalizar pessoas.

### **3.1. A recolha de dados**

No desenvolvimento do trabalho optou-se pela aplicação de entrevistas semiestruturadas aos principais sujeitos do estudo, permitindo aos “informantes uma oportunidade para desenvolver as suas respostas fora de um formato estruturado”(Burgess, 1997, p.112) as quais se traduziram numa “conversa com objetivo” em que o entrevistador faz sempre certas perguntas principais mas é livre de alterar a sua sequência (...). O entrevistador tem, assim, possibilidade de adaptar este instrumento de pesquisa ao nível de compreensão e recetibilidade do entrevistado” (Moreira, 1994, p.133) tornando-se numa mais-valia pela possibilidade dos sujeitos espelharem nas respostas os seus valores, referências, interpretações e o reflexo da sua história de vida.

Na preparação das entrevistas foram consideradas dimensões que constituem alguns dos microssistemas que interagem com o sujeito do nosso trabalho e lhes podem proporcionar conforto e segurança, pelo que considerámos: a família, vizinhos e amigos; espaço habitacional; espaço envolvente; tempo; doença e incapacidade; respostas sociais e serviços, dando origem à formulação das questões a integrar no guião garantindo não apenas que no decorrer da conversa nenhum tópico fosse esquecido bem como de que os temas definidos seriam focados em todas as entrevistas.

As entrevistas tiveram a duração média de sessenta minutos e foram conduzidas pelo próprio investigador, que, de acordo com Burgess (1997) “é essencial que o próprio investigador conduza ele próprio as entrevistas em vez de “entregar” a tarefa a pessoal remunerado, que não está familiarizado com o contexto e com as pessoas” (p.117), vindo a permitir desde logo o contacto com a informação. As entrevistas, foram efetuadas no domicílio do sujeito, possibilitando não só a abordagem em contexto real, mas também a criação de um ambiente de confidencialidade, conferindo um significado particular ao momento.

Realizadas as entrevistas, procedeu-se à elaboração do questionário a aplicar aos técnicos responsáveis por respostas sociais nas freguesias de residência dos idosos. Este questionário foi então composto por 28 perguntas, na sua maioria abertas, de forma a não condicionar os respondentes nas suas respostas. As perguntas formuladas tiveram em conta as dimensões consideradas nas entrevistas aos idosos.

### **3.2. A amostra**

Este estudo teve como população alvo:

- Idosos em situação de dependência funcional, com ou sem suporte formal ou informal, inseridos em meio com características rurais ou urbanas que conseguissem expressar sentimentos e vontades
- Coordenadores de valências de apoio a idosos

Face à população alvo, definiu-se a parcela selecionada de um subconjunto da população a ser submetida ao estudo, ou seja a amostra, a qual no caso dos profissionais correspondeu à quase totalidade da população, enquanto nos idosos foi selecionada aleatoriamente por conveniência. Na representação do universo do estudo, os idosos entrevistados bem como os técnicos não constituem uma amostra representativa da população cujos resultados permitam a extrapolação para a totalidade da mesma.

Para determinar a inclusão dos idosos no estudo foi necessário avaliar a dependência funcional, tendo-se para o efeito utilizado três escalas: Índice de Katz, Índice de Barthel e o Índice de Lawton. As duas primeiras permitiram avaliar a independência ao nível das atividades da vida diária, enquanto que com a terceira se avaliou a dependência funcional das atividades instrumentais da vida diária.

Da aplicação das referidas escalas foram encontrados oito idosos (três homens e cinco mulheres) que apresentavam as características inicialmente definidas, sendo um homem e três mulheres residentes em meio rural e dois homens e duas mulheres residentes em meio urbano.

**Quadro 3 Avaliação Dependência**

Índice Katz	H		M		Índice Barthel	H		M	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano		Rural	Urbano	Rural	Urbano
Nível IV	1		1		Dep Total	1			
Nível III		1	1	2	Dep Grave		1	1	
Nível II			1		Dep Moderada		1	2	2
Nível I		1							

Fonte: Dados do autor

Na avaliação dos idosos da amostra pelo Índice de Katz todos apresentaram situação de dependência, sendo no entanto os residentes em meio rural aqueles que manifestaram um maior grau de dependência, assumindo uma maior expressão ao nível do banho (8 casos), vestir e despir (6 casos) e incapacidade de controlo dos esfíncteres (4 casos), manifestando todos independência relativamente à alimentação (Quadro 3). É de referir que dos sujeitos observados aquele que apresentava uma dependência nível I, dispunha de ajudas técnicas para o desenvolvimento das suas atividades.

Pela aplicação da Escala de Barthel que considera o desempenho “com ajuda” a maioria dos idosos e em particular as mulheres apresentaram níveis de dependência moderada, revelando-se estas dependências ao nível: da alimentação com quatro indivíduos a necessitarem de ajuda; do banho em que todos apresentam dependência; na higiene pessoal com os homens a revelarem uma maior dependência; no controlo dos esfíncteres apresentando incontinência ou incontinência ocasional; no vestir e despir com um sujeito totalmente dependente e cinco a necessitarem de ajuda; na mobilidade em que seis só o faziam com ajuda; sendo que para subir escadas sete também necessitavam de ajuda (Quadro 3).

**Quadro 4 avaliação de dependência e Qualidade de Vida**

Índice Lawton	H		M		Índice QVI	H		M	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano		Rural	Urbano	Rural	Urbano
Dep Severa	1	1	2	1	Sem Qualidade		1	3	2
Dep Moderada		1	1	1	Com Qualidade	1	1		

Fonte: Dados do autor

Avaliando as atividades instrumentais da vida diária através do índice de Lawton, verificamos na nossa amostra que cinco indivíduos, com maior incidência no meio rural, apresentam dependência severa, não realizando ou necessitando de ajuda para a maioria das atividades, revelando os restantes três uma dependência moderada.

Pela aplicação das referidas escalas podemos concluir, que a nossa amostra cumpria os critérios inicialmente definidos relativamente à situação de dependência funcional (Quadro 4).

Na caracterização da amostra aplicou-se ainda a escala Índice de Qualidade de Vida (QVI) pela qual apenas um homem de cada um dos contextos se situava nos scores do QVI que os qualificava com qualidade de vida, contribuído para isso o facto de disporem de ajudas técnicas na locomoção e atividades da vida diária, terem

participação familiar e num dos casos ter sido referido atividade lúdica gratificante, enquanto que noutro mantinha uma comunicação social e afetiva centrada na envolvente habitacional (Quadro 4).

Cumprida a condição de dependência dos sujeitos, os homens da nossa amostra apresentavam idades compreendidas entre os 71 e os 77 anos, enquanto que as mulheres apresentavam idades entre os 73 e os 94 anos. Todos tinham desenvolvido atividade profissional, se em meio rural eram centradas no trabalho agrícola, em meio urbano a sua diversidade passava pela área dos serviços e das artes e ofícios. Quanto ao estado civil, todas as mulheres eram viúvas vivendo uma com os filhos e as restantes quatro sozinhas, sendo que destas, três residem em meio rural, enquanto que os homens dois eram casados residindo com as esposas e um solteiro a residir sozinho. Relativamente ao suporte social nenhum dos indivíduos do meio urbano beneficiava de apoio formal, dispondo do apoio de familiares e vizinhos, contrariamente, os indivíduos em meio rural dispunham todos de suporte formal ao nível das valências de centro de dia ou de apoio domiciliário.

Para além dos idosos, fizeram parte da nossa amostra 16 profissionais que corresponderam a 88% dos profissionais que nos territórios definidos no estudo têm funções de coordenação de respostas de apoio domiciliário e centro de dia. Todos eles eram do sexo feminino, 83% tinha formação académica de nível superior dos quais 53% eram licenciados em serviço social.

#### **4. A palavra dos sujeitos**

Os diversos idosos com quem falámos mostraram-nos a sua diversidade. Uns trabalharam fora de casa, outros ficaram mais confinados ao espaço habitacional, uns têm amigos, outros têm bons vizinhos, uns viajaram por terras além fronteira, outros pouco saíram da sua aldeia, uns mais faladores, outros mais reservados, uns casaram e têm filhos, outros permaneceram solteiros, mas na sua diversidade há sentimentos e necessidades comuns. Foi o expressar desses sentimentos e necessidades que deu unidade e singularidade ao grupo de pessoas com quem falámos.

##### **4.1. O Espaço**

A diversidade dos sujeitos e a sua adaptação ao ambiente, permitiu perceber a relação que mantêm com ele e por isso considerámos os possíveis ambientes com que pode interagir e ser por eles influenciado nomeadamente: ambiente habitacional; ambiente envolvente à habitação, próxima do indivíduo e no qual se efetuam trocas com os microssistemas e um ambiente mais alargado, considerado por Brofenbrenner (1996) como mesossistema.

Relativamente ao primeiro, o ambiente habitacional, sete idosos da nossa amostra disseram-nos que mantêm com aquele espaço uma relação gratificante, pelo facto de gostarem da sua casa, que reflete a concretização do sonho de serem proprietários, traduzindo esta a sua história de vida, é um baú de memórias que povoam cada recanto. Permanecer na sua habitação, cenário de diversos episódios da sua vida com todas as suas referências é sentir-se protegido, tal como refere Michel Lamy (1995), de que a casa é o abrigo do homem, sua propriedade, o seu nicho ecológico. Neste território, quem manda e quem impõe a sua vontade é o idoso, só ele permite o acesso ao seu espaço, a quem reconhece credibilidade para essa partilha.

À medida que o espaço se alarga, a relação física vai-se esbatendo, contribuindo para isso diversos fatores, em particular a limitação física, agravada em alguns casos pelas barreiras arquitetónicas, não só da habitação como do espaço envolvente, circundante à habitação. Da nossa amostra cinco indivíduos (quatro rural, um urbano) manifestaram ter relação física com o espaço envolvente, tendo-nos sido transmitido por três dos idosos do contexto urbano a inexistência de relação física com este último espaço, revelando-se na arquitetura do território rural uma maior acessibilidade. Facto que nos leva a considerar a influência do contexto arquitetónico na relação com os sistemas que interagem com o indivíduo.

Ao nível afetivo, sete indivíduos (três urbano; quatro rural) manifestaram ter uma relação afetiva com esse espaço, contrariamente, o único indivíduo em contexto urbano que apresenta relação física com o espaço envolvente revelou não manter uma relação afetiva com o mesmo. Observado o contexto são as pessoas do ambiente rural que apresentam simultaneamente relação física e afetiva com a envolvente habitacional.

Ao continuarmos a alargar o espaço relacional, nenhum dos idosos mantém uma relação física regular com o território mais alargado, porém, os idosos do território urbano mesmo não mantendo qualquer contacto físico com o espaço mais alargado referiram manter uma relação afetiva resultante de contactos gratificantes aquando da sua situação de autonomia física, enquanto que os idosos do território rural mantém uma relação física com o espaço mais alargado, sempre que lhes é proporcionado participar em “excursões” ou, para além disso, quando têm de ir “em governo” à sede do concelho ou à capital, para beneficiarem de recursos, nomeadamente cuidados de saúde que não têm existência local, não manifestam qualquer tipo de relação afetiva com esse espaço.

#### **4.2. O Tempo**

Associada à relação com o espaço, surge-nos a relação com o tempo, sendo esta importante na adaptação do indivíduo ao seu ambiente, pela relação dialética que existe entre ambos, uma vez que a ocupação do tempo decorre num determinado espaço. Os idosos do estudo expressaram ter tido uma relação gratificante com o tempo antes da dependência física, pelas atividades regulares que na sua maioria desenvolviam, fosse no seu espaço habitacional ou na sua envolvente. Contudo, as atividades pontuais que envolviam a interação com outros territórios, ou seja, com o mesossistema, são também por eles referidas como atividades gratificantes, alargando conhecimento, proporcionando contacto com outros modos de vida, enriquecendo o indivíduo no seu processo de desenvolvimento intelectual, emocional e social.

Atualmente, pelas limitações individuais que em graus diversos possuem, o tempo passa de forma não gratificante e os dias decorrem com os sujeitos sentados num vazio à espera do dia seguinte. Porém, também nos foi mostrado por dois idosos do contexto urbano que as limitações não são totalmente impeditivas da realização de atividades gratificantes, continuando estes últimos, a manter uma relação prazerosa com o tempo, desenvolvendo no seu espaço habitacional atividades que lhes dão prazer e satisfação, referindo ainda não se sentirem doentes, apesar dos níveis de dependência que apresentam. Contrariamente, os restantes indivíduos da amostra, que não desenvolvem atividades gratificantes, consideram estar doentes pelas limitações que apresentam, empurrando-os para uma situação de solidão e isolamento, em particular no grupo dos idosos do contexto urbano, sujeitos como referiram, a um maior isolamento social. Levando-nos a considerar que se fosse garantido à população idosa atividades prazerosas que garantissem a sua realização pessoal, o sentimento face ao tempo, à incapacidade e à doença poder-se-ia alterar, aumentando níveis de confiança e de bem-estar.

#### **4.3. Incapacidades**

As dependências físicas que nos foram sendo referidas como decorrentes não só do processo de envelhecimento como de patologias várias, limitam o desempenho de atividades da vida diária, gerando dependência de terceiros, como manifestado por todos os idosos ao longo das entrevistas, os quais também nos referiram que as limitações geravam incapacidade com necessidade de alterar hábitos, rotinas e formas de vida, levando em alguns casos, como os observados em três indivíduos do contexto urbano a situações de solidão e isolamento. No entanto, esta dependência poderia ser minimizada pela utilização de ajudas técnicas, que os idosos na sua maioria desconhece, em particular os que residem em contexto rural. Difícil acesso à informação e falta de aconselhamento encontram-se muito presentes neste grupo, desvantagem acrescida pela redução de contactos com outros sistemas.

Para além das ajudas técnicas, elementos facilitadores da manutenção da autonomia ou da recuperação de níveis de autonomia, os idosos da nossa amostra (3 urbano; 1 rural), em particular os do contexto urbano, expressaram o impacto que teria no seu quotidiano a existência da adaptação desejável das suas habitações, particularmente na acessibilidade à casa de banho, aspeto facilitador do desempenho e autonomia na realização de tarefas relacionadas com a higiene, garantindo-lhes o reconhecimento à intimidade, na preservação do seu espaço íntimo pelo maior tempo possível.

Mas se o apoio na realização da higiene pessoal nos foi referido como sendo uma necessidade importante a suprir, também outras que nos foram sendo mencionadas ao longo da conversa conduzida, revelaram-se de



grande importância para aqueles idosos e que destacamos: o tratamento de roupa, a higiene habitacional, o fornecimento de refeições, companhia e apoio na deslocação dentro e fora de casa.

Face às necessidades expressas, os profissionais quando questionados referem que aquelas quando lhes manifestadas tentam dar uma resposta individualizada, porém tendo em conta a limitação organizacional apenas conseguem responder pontualmente para além do previamente previsto, ao acompanhamento a serviços de saúde, pequenas diligências, ou à articulação interna entre os serviços da valência de centro de dia com os do apoio domiciliário. No entanto, referem necessidades que lhes são colocadas com alguma frequência não dispendo para as mesmas de qualquer resposta, em particular as relativas à prestação de cuidados num horário mais alargado e de serviços fora do estabelecido, reconhecendo porém que os idosos necessitam de um maior apoio do que aquele que lhes é prestado, o qual poderia passar pelo aumento do tempo de permanência dos prestadores no domicílio.

No cruzamento da informação que cada um dos sujeitos nos faculta, podemos perceber que o apontado pelos idosos como necessidades a suprir, em particular a ajuda nas atividades de vida diária, têm existência nas respostas das valências, muito embora seja uma resposta cuja prestação se apresenta limitada na sua tipificação, considerando os idosos que os executores deveriam dispor de mais tempo para a sua realização, o que funcionaria simultaneamente como suporte afetivo. No que respeita ao isolamento e solidão apontados pelos sujeitos, não têm resposta na comunidade, porém, ao ser considerada pelos profissionais a necessidade do alargamento de horário dos serviços, incluindo a cobertura noturna e o aumento do tempo de permanência dos cuidadores formais, a solidão e a segurança seriam claramente minimizadas, reduzindo-se por esta via a necessidade de institucionalização precoce em lar.

Se os cuidados de âmbito social são importantes, não o são menos os prestados pelos serviços de saúde, também eles integrados na rede de suporte aos idosos, contribuindo de forma essencial para a manutenção em domicílio quando em situação de dependência pelo acompanhamento, vigilância e monitorização do estado de saúde dos indivíduos e das suas necessidades em saúde. Mas estes serviços, na forma desigual como o acesso se estrutura cria iniquidades que comportam insegurança e ansiedade, sendo disso exemplo os territórios do nosso estudo, feitos de contrastes na acessibilidade aos cuidados de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e na sua utilização. Se por um lado temos um território rural, isolado geograficamente, onde o centro de saúde dista cerca de 30km e a extensão de saúde funciona em alguns períodos do dia, alguns dias por semana, onde os cuidados de enfermagem são inexistentes e os cuidados médicos domiciliários não têm expressão; temos por outro lado, um território urbano, povoado de unidades de saúde onde o acesso se faz rapidamente pela deslocação a pé, ou através da boa rede de transportes, distam poucos quilómetros do hospital de referência e têm um funcionamento até às 20 horas. Nestes serviços, os cuidados domiciliários sejam eles de enfermagem ou médicos têm existência na resposta.

As diferenças na acessibilidade e na utilização dos serviços estão marcadas nos territórios onde o estudo decorreu e que segundo Santana (2005), com quem concordamos em absoluto refere que, “a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde são duas faces de uma mesma realidade. De um lado temos os indivíduos, utilizadores ou potenciais utilizadores e, do outro, os recursos. Entre ambos estabelece-se uma complexa interação, porque são componentes da mesma identidade expressa no sistema de saúde. Ou seja, a acessibilidade/utilização implica utilizadores e serviços ligados dinamicamente, interagindo e influenciando-se mutuamente.” (p.189) Esta interação pode ser influenciada, segundo a mesma autora, pela distância entre as unidades de saúde e as populações, pelo horário de funcionamento daquelas unidades e facilidade de deslocação nomeadamente pela oferta da rede rodoviária, ou pela disponibilidade de outro tipo de transporte.

Embora existam acentuadas diferenças nos contextos observados, todos os idosos mostram satisfação no atendimento e no acesso à consulta médica, apesar de nem todos a ela recorrerem da mesma forma. Se três dos idosos do contexto urbano referem recorrer com frequência a essas estruturas de suporte, contrariamente, os quatro idosos do contexto rural referiram não recorrer frequentemente. Ao nível dos cuidados domiciliários, todos manifestam alguma insatisfação para com a inexistência de domicílios médicos, já quanto ao nível dos



cuidados domiciliários de enfermagem os idosos de meio urbano manifestaram satisfação pela acessibilidade e desempenho, apresentando os de meio rural insatisfação pela sua inexistência. Nesta apreciação, estes últimos têm uma percepção de acesso a cuidados médicos influenciada pelo facto de na localidade residir um clínico, que embora aposentado, é o garante da assistência médica à população. Este médico que tem acompanhado as gerações daquela freguesia, continua ainda a transmitir segurança por poderem contar de forma incondicional com aquele profissional, cidadão da “terra”.

A forma como os idosos da nossa amostra se comportam no recurso dos serviços de saúde não pode deixar de ser integrada na cultura de cada lugar. Se em contexto urbano as pessoas recorrerem com alguma frequência aos serviços de saúde, em contexto rural ainda está presente a forma cultural de se recorrer ao médico em situação de doença aguda, sendo o farmacêutico local e as mezinhas caseiras o recurso habitual para “pequenos males”.

A percepção dos idosos difere um pouco da percepção dos profissionais das instituições os quais manifestam de forma acentuada a dificuldade no acesso atempado a consultas, sendo no entanto também sentido por estes a necessidade de cuidados de saúde domiciliários ao nível médico, necessidade acrescida pelo profissional do contexto rural com a necessidade de cuidados domiciliários de enfermagem.

As divergências que nos surgiram pelos sujeitos do contexto rural quanto aos cuidados de saúde, prendem-se com o facto de o profissional ter centrado a sua percepção nos cuidados disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde como sendo prestados de forma irregular, sem que se observe um acompanhamento sistemático da população em geral e dos idosos em particular, enquanto que estes avaliaram a sua segurança relativamente ao acesso à consulta, a qual sentem ser garantida pelo médico que reside na localidade.

#### **4.4. A Família**

Relativamente à família como rede de suporte, quatro idosos (2 urb; 2 rural) da nossa amostra sem distinção de contexto mantém contacto regular com a família alargada que com eles não coabita, não tendo sido considerado impeditivo deste contacto o afastamento territorial, enquanto que os restantes mantêm pouco contacto com os elementos familiares que não habitam na sua proximidade territorial.

Como rede de suporte cinco dos idosos (3urb; 2 rural) da nossa amostra refere ter apoio da família, em particular dos filhos que com eles coabitam ou que habitam na proximidade territorial, sendo os idosos do contexto urbano que manifestam ter mais apoio da família como prestadora de cuidados, revelando que ao terem organizado a sua vida já no espaço urbano foram favorecidos por não verificarem um afastamento territorial da família, o que lhes assegura um apoio que lhes transmite segurança, contrariamente ficam os idosos do contexto rural penalizados pela migração dos seus familiares que procuraram outros territórios que lhes permitissem organizar a sua vida.

Contrariamente à satisfação que os idosos manifestam face à cooperação da família, os profissionais dividem a sua opinião, se uns consideram que as famílias fazem uma boa cobertura, a maioria é de opinião contrária, atribuindo como justificação a indisponibilidade de tempo pelas rígidas exigências profissionais agravadas pela inexistência de flexibilidade de horários laborais. Mas o abandono e a negligência também são mencionados por alguns, que apesar disso desculpabilizam estas atitudes pela compreensão e empatia para com ritmo de vida familiar.

Os profissionais da nossa amostra que manifestaram a sua opinião referem que a família deveria efetuar um maior acompanhamento no dia-a-dia e ter mais disponibilidade para satisfação das necessidades dos idosos, devendo articular-se melhor com as instituições e serviços de suporte. Para isso seria importante que tivessem ao dispor mais apoios, nomeadamente ao nível da alteração do regime laboral, diversificação do tipo de apoios sociais, e ainda apoios económicos para fazer face às participações familiares exigidas pelas instituições ou para pagamento a terceira pessoa que permanecesse mais tempo com o idoso ou que com ele estivesse de forma permanente.

#### **4.5. A Vizinhança**

Se a família como elemento da rede de suporte é importante, não o é menos a rede de vizinhança, apresentando-se esta distinta nos dois contextos. Os idosos da amostra independentemente do seu contexto referiram ter nos vizinhos um suporte de apoio, no entanto o contexto marca a diferença ao nível do tipo e forma da prestação. Se em contexto urbano os vizinhos apoiam na realização de atividades de exterior, nomeadamente, pequenas compras, diligências em serviços públicos, apoio nas refeições e alguma vigilância, desenvolvendo atividades que não implicam relações de intimidade, em contexto rural o suporte dos vizinhos vai além das atividades mencionadas, havendo a participação em atividades que implicam a entrada no espaço íntimo do sujeito, tais como higiene pessoal, vestir, apoio no deitar. Estes indivíduos referiram sentir segurança pelo facto de terem vizinhos que os apoiam em caso de necessidade, mesmo daqueles que não lhes prestam um apoio direto, já esta situação não é sentida pelos idosos da “cidade”, cujos vizinhos com quem não mantêm uma relação mais direta são vistos como pessoas distantes. Da rede de vizinhança, ressalta ainda a forma como o apoio é prestado, assim, se em contexto rural ela nos foi referida de forma incondicional, dependente da necessidade do idoso, já em contexto urbano ela surge-nos dependente da disponibilidade do outro e da forma voluntariosa com que o fazem. Os profissionais, em particular os do contexto urbano, vêm a rede de vizinhança como sendo um apoio frágil, particularmente nas zonas de urbanização recente onde a relação entre os indivíduos é fraca de tão envolvidos que estão nas suas vidas, mas reconhecem aqueles profissionais a existência de uma rede de vizinhança com alguma consistência nas zonas mais antigas do concelho, porém, é uma rede de vizinhança também ela envelhecida, apresentando fragilidades no apoio ao outro.

Em contexto rural e apesar do elevado nível de envelhecimento, o suporte dado pela vizinhança surge na voz do profissional como sendo fundamental ao nível da ligação com o exterior e da segurança, pois são os vizinhos que têm o papel primordial no alerta em situações de doença ou acidente, sendo também fundamentais na companhia daqueles que em alguns casos se encontram isolados geograficamente, em zonas cujos terrenos acidentados quando sujeitos a intempéries impossibilitam o acesso ficando as gentes privadas da prestação de cuidados, valendo-lhes então os poucos vizinhos que alguns ainda têm.

Em contexto urbano, os profissionais consideram, à semelhança do anteriormente verificado, que o papel desta rede deve ser essencialmente de vigilância e segurança, dando o alerta em situação de doença ou acidente, oferecendo companhia e convívio, situação que caracteriza o suporte dado pela rede do contexto rural. No entanto, a satisfação das necessidades da vida diária não é considerada nem reconhecida pelos técnicos como estando no âmbito das atividades a desenvolver pelos vizinhos, embora estes também as vão executando. Parece-nos então que os profissionais não possuem uma noção precisa do que a rede de vizinhança efetua, à exceção do profissional do contexto rural.

#### **4.6. As Respostas Sociais**

São as redes de suporte caracterizadas pela família, vizinhos e serviços de saúde que os idosos da nossa amostra conhecem melhor. Das respostas sociais prestadas pelas instituições só os idosos do contexto rural têm um maior conhecimento, por serem utilizadores, porém, não têm uma perceção das potencialidades de cada uma delas, traduzindo-se em simples apoios prestados de acordo com as suas necessidades. Os idosos do contexto urbano construíram a sua perceção relativamente às respostas existentes, baseada no que ouviram falar a terceiros, no entanto relativamente ao apoio domiciliário foram unânimes em referir que não conhecem a resposta. Quando lhes foi explicado o que cada uma delas pode prestar, a maioria responde que não lhes satisfazem a totalidade das necessidades por precisarem de mais apoios, sendo o lar a resposta sobre a qual têm uma maior perceção pela sua tradicional representação, muito embora a maioria nunca tenha estado em nenhum, por isso a sua representação é também construída pelo que ouvem a terceiros, à exceção de dois indivíduos (1 rural, 1 urb.), que já haviam tido a experiência da institucionalização. Porém, todos são unânimes em manifestar que não é uma boa resposta, segundo os mesmos “lá morriam mais depressa”, sendo o seu desejo viver até ao fim da vida na sua casa, local de aconchego e segurança, a hipótese de virem a integrar um lar só nos foi colocada por três idosos (2 urbanos e 1 rural) e apenas no caso de não lhes ser possível assegurar as necessidades básicas em domicílio.

Quanto aos profissionais, partilham desta opinião quando referem ser a própria casa o melhor local para viver, e que segundo os mesmos seria o espaço que os idosos escolheriam, sendo necessário para isso o desenvolvimento de uma oferta de respostas que de forma mais sistemática permitissem satisfazer as necessidades básicas e cuidados de saúde, assegurando a administração de refeições aos que têm dificuldade em fazê-lo por si mesmos e ainda o controlo da medicação. Para isso, referem a importância de existirem equipas de cuidados interdisciplinares que integrassem na operacionalização profissionais da saúde, respostas institucionais e ainda a família, vizinhos e voluntários.

Para permanecer no seu domicílio, os idosos da amostra transmitiram-nos que para além da satisfação das suas necessidades era importante sentirem-se seguros. A insegurança foi referida particularmente pelos idosos do contexto rural, que se dizem sentir menos seguros durante a noite, pela solidão em que se encontram quando a porta de suas casas se fecha, para as ruas desertas e a preocupação, que ninguém se aperceba, se por doença ou acidente, necessitem de ajuda. Contrariamente, a insegurança sentida pela maioria dos idosos do contexto urbano não se focaliza num período do dia, mas estende-se ao longo das 24 horas pelos poucos contactos diários ou mesmo pela sua ausência.

A solidão é um sentimento presente na maioria dos entrevistados, em concreto a solidão da noite, altura em que a vida coletiva para, mas a vida particular continua. Também os profissionais reconhecem que é no período da noite que os idosos estão mais desprotegidos havendo coincidência ao nível do contexto rural e divergência no contexto urbano, pois aqui a sensação de insegurança não se limita ao período da noite mas estende-se a todo o dia. É à noite que as redes de suporte estão enfraquecidas, sendo apontado pelos profissionais a importância da criação de respostas de cobertura noturna, incluindo serviços de permanência domiciliária bem como a organização de uma rede de voluntariado de apoio noturno. De facto, é também neste sentido que vão as sugestões dos idosos. Sendo que no contexto rural e tendo em conta a rede de vizinhança os idosos referem que o importante é terem alguém a quem possam recorrer e de imediato terem o apoio solicitado para assim poderem permanecer na sua casa com todo o bem-estar.

### **Considerações Finais**

A abordagem ecológica subjacente ao estudo, possibilita-nos tendo em conta os diferentes contextos perceber não apenas como os idosos percecionam a sua rede de suporte, como com ela se relacionam, qual a interferência da rede na perceção das suas necessidades e ainda, como é que o sistema institucional, na pessoa dos profissionais, perceciona o idoso, nas suas necessidades e nos sistemas que com ele interagem. Este trabalho permitiu sustentar a ideia de que os idosos querem efetivamente permanecer no seu domicílio até ao fim dos seus dias, de que as famílias partilham dessa vontade apesar de se confrontarem com um contexto adverso e de que os profissionais têm esse conhecimento. Associadas a estas vontades temos políticas que promovem pelos seus princípios a permanência em domicílio do sujeito idoso, incluindo aqueles que se encontram em situação de maior dependência. Porém, encontramos idosos desprotegidos nos seus momentos de dependência, espartilhados num formato de respostas que não acompanham o padrão das suas reais necessidades nem das suas famílias, observando-se uma desadequação das respostas ao dispor dos sujeitos.

Manter com dignidade o idoso na sua casa, no seu espaço, no seu habitat, no seu abrigo, invólucro protetor, com as adequadas respostas às singulares necessidades centradas na particular vontade do sujeito é reconhecer e respeitar os seus direitos e vontades, centrando o sistema no sujeito e não nos decisores institucionais. Sendo para isso importante recrear serviços e respostas sociais, não institucionalizantes, que promovam o bem-estar, tendo subjacente a capacidade de adaptação e a elasticidade necessária para se moldarem e fazer face às dinâmicas de cada lugar, de cada família e de cada pessoa.

Este estudo chamou-nos a atenção para a urgência em rentabilizar e potenciar a diversidade dos territórios e das suas gentes, da importância em conhecer e perceber a diferença dos contextos, dos lugares, das pessoas, dos ambientes, das redes de suporte, dos recursos, pois o conhecimento do contexto, das necessidades e das

expectativas, permite pelo princípio da equidade social e da diferenciação positiva garantir a igualdade dos nossos sujeitos aos recursos que proporcionem bem-estar.

A abordagem ecológica levou-nos ao conhecimento dimensional dos sujeitos e dos lugares, sustentando que soluções iguais não respondem a problemas de pessoas e lugares diferentes, mas sim que diversificar e potenciar as já existentes torna-se numa mais-valia social para os indivíduos, famílias e comunidade.

No nosso trabalho encontramos por um lado, um ambiente rural intrinsecamente protetor, com poucos recursos e um menor acesso, mas com a proteção própria do lugar, cuja regulada auto organização dos recursos locais, é favorecedora dos seus habitantes. Apesar das respostas partirem de uma única instituição, as valências aí existentes funcionam num *continuum*, beneficiando os idosos dos vários serviços de acordo com as necessidades do momento, independentemente da valência que integram como utentes. É esta coesão que origina como que uma célula protetora, assegurando segurança e bem-estar aos idosos locais com quem falámos. Com efeito, embora tivessem identificado algumas necessidades, os inquiridos revelavam satisfação pelos serviços de que beneficiavam e nos quais depositavam a expectativa de que quando precisassem de mais apoio este haveria de lhes ser prestado.

Por outro lado, encontramos um ambiente urbano, com mais recursos, maior acessibilidade, formalmente protetor, porém agreste, onde a proteção não se apresenta inata como no território anterior, mas sim ilusoriamente construída. Ela surge nas instituições e nos serviços, mas não de forma imediata, tem de ser formalmente solicitada através de um processo burocrático, com tempos de resposta desfasados dos tempos das necessidades. Nas instituições as valências são estanques e a articulação entre elas é formal. Neste ambiente não há a consideração intrínseca da singularidade dos sujeitos, são gentes anónimas a quem são prestados serviços tipificados e bem definidos.

Apesar de algumas diferenças na perceção das necessidades entre os sujeitos, de uma forma geral, estas têm eco nas que também são identificadas pelos profissionais, e nos traduzem a consciência de que as instituições não cobrem todas as necessidades manifestadas, pelas limitações que as atuais respostas apresentam ao nível do funcionamento e no tipo de serviços que prestam, as quais assumem maior expressão em contexto urbano. Do conhecimento que os profissionais revelaram ter das vontades e necessidades dos idosos, cabe-lhes o papel de advocacia social, alertando dirigentes e serviços de tutela para as preocupações e necessidades que lhes vão sendo manifestadas e às quais as tradicionais valências não conseguem responder, pois a conceção de novas respostas, ou o incremento de outras legalmente previstas mas sem expressão nas redes de suporte, não resultam apenas de orientações governamentais, mas também das dinâmicas, vontades e proatividade institucional, pela abertura à mudança, à inovação, acompanhadas de uma visão estratégica.

Da leitura do discurso dos sujeitos emerge a necessidade de respostas diferenciadas em particular na sua forma de operacionalidade, sendo importante não descurar o investimento no desenvolvimento de atividades gratificantes em domicílio, que de acordo com os sujeitos da nossa amostra aqueles que mantém atividades gratificantes revelaram uma maior auto-estima, uma perspetiva mais positiva perante a vida e um menor sentimento de isolamento e solidão. Sentimentos, observados com maior intensidade no meio urbano, seriam também minimizados pelo aumento do tempo de permanência dos prestadores de cuidados e ainda pela colaboração de grupos de voluntariado. Soluções como esta não teriam tanta expressão no contexto rural onde a rede de vizinhança é redutora do isolamento, contudo, para os idosos que habitam em zonas geograficamente mais isoladas, poderiam ser desenvolvidas respostas que lhes permitisse beneficiar de uma rede de suporte mais consistente.

Porque os cuidados não passam apenas pelo apoio social, é importante que os serviços de saúde prestem de forma mais estruturada e sistemática, cuidados domiciliários, aumentando a taxa de cobertura na zona rural. Nestes cuidados de saúde e sociais é fundamental o reconhecimento da importância da operacionalização efetivamente articulada e integrada com instituições, famílias e vizinhos, rentabilizando recursos pela melhor gestão dos mesmos.

Às famílias, cuja dimensão é cada vez menor, mas cada vez integram mais idosos e a quem é exigido cada vez mais pela multiplicidade de papéis, deve ser dada uma particular atenção, conhecer os seus percursos de vida, perceber-las nas suas dificuldades, nas suas ansiedades, inseguranças, sentimentos, aceitá-las na sua diferença. Delas é esperado que sejam prestadoras de cuidados, porém, é frequentemente esquecida a sua fragilidade, insegurança e de que também elas podem estar doentes devendo ser incluídas no plano de apoio cuja integração de elementos facilitadores ao desenvolvimento do seu papel de cuidador e ações que preservem a solidariedade familiar, poderiam evitar ruturas profissionais, sociais, familiares e por último como referido por Paúl (1997) levar à institucionalização do idoso.

### Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (3ª Edição). Lisboa: Edições 70
- Berger, L., Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta
- Bris, H. J. (1994). *Responsabilidades familiares pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico Social. Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano : Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Bulletin du Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge (2003). Les soins aux parents âgés. Vol.16, nº3. Ontario
- Burgess, R. G. (1997). *A pesquisa de terreno*. Oeiras: Celta Editora
- Calado, D. F. (2004). Velhice-Solidão ou a vida com sentido. In M. L. Quaresma (Org), *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 51-72), Lisboa: CESDET
- Campbell, B. (1983). *Ecologia Humana*. Lisboa: Edições 70
- Costa, A. B. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva
- Fernandes, A. A. (2003). Do envelhecimento demográfico às políticas públicas de proteção social, In J. Portela, J. Caldas & J. Castro (org), *Portugal Chão* (pp. 87-109). Oeiras: Celta
- Fernandes, A. A. (2004). *Quando a Vida é mais longa: Impactos sociais do aumento de longevidade*, . In M. L. Quaresma (Org), *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência* (pp. 13-36), Lisboa: CESDET
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade, Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. (2ª Edição). Coimbra: Editora Quarteto
- Filho, O. B. (1977). *O homem e a ecologia humana: atualidades sobre problemas brasileiros*. São Paulo: Pioneira
- Fonseca, A. M. (2004a). *Desenvolvimento Humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi
- Fonseca, A. M. (2004b). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Campus do Saber
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI
- Gonçalves, C. (n.d.). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista Estudos Demográficos*, nº34, pp.43-60
- Imaginário, C. ( ). *O Idoso Dependente: em contexto familiar*. Coimbra: Formasau
- José, J. S., Wall, K., Correia, S. V. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e Soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais
- Lamy, M. (1995). *As Camadas Ecológicas do Homem*. Lisboa: Edições Piaget
- Madeira, M. J. R. (1996). *Inovar em Acção Social. Porquê e Como?*, Lisboa: Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Direcção Geral da Acção Social
- Moreira, I. M. P. B. (2001). *O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau

- Nazaret, J. M. (2004). *Demografia – A ciência da população*. Lisboa: Presença
- Odum, E. P. (2001). *Fundamentos de Ecologia*. ( 6ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Olivier, G. (1979). *A Ecologia Humana*. Lisboa: Interciência
- Paúl, C., Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: CLIMEPSI
- Paúl, C., Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: CLIMEPSI
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e organizacionais Lda
- Pité, M. T., Avelar, T., (1996). *Ecologia das populações e das comunidades: Uma abordagem evolutiva do estudo da biodiversidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Rosa, M. J. V. (1996). *O envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Cadernos do Público

BARDIN, Laurence, *Análise de conteúdo*, Lisboa: Edições 70, 3ª Edição, 2004

BERGER, Louise; POIRIER, Danielle Mailloux, *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995



BRIS, Hannelore Jani-Le, *Responsabilidades familiares pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*, Fundação Europeia para a melhoria das condições de vida e de trabalho, Conselho Económico Social, 1994

BRONFENBRENNER, Urie, *A Ecologia do Desenvolvimento Humano : Experimentos naturais e planejados*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996

CALADO, Dinah Ferreira, *Velhice-Solidão ou a vida com sentido*, In Maria Lourdes Quaresma (Org), *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*, (pp. 51-72), Lisboa: CESDET, 2004

CAMPBELL, Bernard, *Ecologia Humana*, Lisboa: Edições 70, 1983

COSTA, Alfredo Bruto da, *Exclusões Sociais*, Lisboa: Gradiva, 1998

COTOVIO, Vítor Viegas, *O Ser e o Estar na Velhice – da Existência e da Ética*, Hospital Júlio de Matos, 2000, pp 189-194

FERNANDES, Ana Alexande, *Do envelhecimento demográfico às políticas públicas de protecção social*, In PORTELA, José; CALDAS, João Castro (org), *Portugal Chão*, (pp. 87-109), Oeiras: Celta, 3003

FERNANDES, Ana Alexandre, *Quando a Vida é mais longa: Impactos sociais do aumento de longevidade*, In Maria Lourdes Quaresma (Org), *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*, (pp. 13-36), Lisboa: CESDET, 2004

FERNANDES, Ana Alexandre, *Velhice e Sociedade, Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras: Celta, 1997

FERNANDES, Purificação, *A Depressão no Idoso*, Coimbra: Editora Quarteto, 2ª Edição, 2002

FILHO, Olavo Baptista, *O homem e a ecologia humana: atualidades sobre problemas brasileiros*, São Paulo: Pioneira, 1977

FONSECA, António Manuel, *Desenvolvimento Humano e envelhecimento*, Lisboa: Climepsi, 2004

FONSECA, António Manuel, *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*, Lisboa: Campus do Saber, 2004

FONTAINE, Roger, *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa: CLIMEPSI, 2000

GONÇALVES, Cristina, <As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos>>, *Revista Estudos Demográficos*, nº34, pp.43-60

IMAGINÁRIO, Cristina, *O Idoso Dependente: em contexto familiar*, Coimbra, Formasau,

JOSÉ, José São José; WALL, Karin; CORREIA, Sónia V., *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e Soluções*, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 2002

LAMY, Michel, *As Camadas Ecológicas do Homem*, Lisboa, Edições Piaget, 1995

Les soins aux parents âgés, *Expression* Vol.16 nº3, Bulletin du Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge, Ontario, 2003

MADEIRA, Maria Joaquina Ruas, *Inovar em Acção Social. Porquê e Como?*, Lisboa, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, Direcção Geral da Acção Social, 1996

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges, *O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau, 2001

NAZARETH, J. Manuel, *Demografia – A ciência da população*, Lisboa: Presença, 2004

ODUM, Eugene P., *Fundamentos de Ecologia*. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001

OLIVIER, George - *A Ecologia Humana*, Lisboa: Interciência, 1979

PAÚL, Constança, FONSECA, António M., *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: CLIMEPSI, 2005

PAÚL, Constança, FONSECA, António M., *Psicossociologia da Saúde*, Lisboa: CLIMEPSI, 2001

PAÚL, Constança, *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*, Coimbra, Almedina, 1997

PAÚL, Constança, *Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*, Braga, Sistemas Humanos e organizacionais, Lda, 1996

PITÈ, Maria Teresa; AVELAR, Teresa, *Ecologia das populações e das comunidades: Uma abordagem evolutiva do estudo da biodiversidade*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996

ROSA, Maria João Valente, *O envelhecimento da População Portuguesa*, Cadernos do Público, Lisboa, 1996