INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

PERCURSOS PELA VELHICE

UMA PERSPECTIVA ECOLOGICA EM PSICOGERONTOLOGIA

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor

MARIA CONSTANÇA PAUL

1991

WHEN I'M SIXTY-FOUR

When I get older losing my hair,
Many years from now.
Will you still be sending me a Valentin
Birthday greettings bottle of wine.
If I'd been out till quarter to three
Would you look the door,
Will you still need me, will you still feed me,
When I'm sixty-four.
You'll be older too,
And if you say the word
I could stay with you.
I could be handy, mending a fuse
When your lights have gone.
You can knit a sweater by the fireside
Sunday mornings go for a ride,
Doing the garden, digging the weeds,
Who could ask for more.
Will you still need me, will you still feed me,
When I'm sixty-four.
Every summer we can rent a cottage,
In the Isle of White, if it's not to dear
We shall scrimp and save
Grandchildren on your knee
Vera Chuck & Dave
Send me a postcard, drop me a line,
Stating point of view
Indicating precisely what you mean to say
Yours sincerely, wasting away
Give me your answer, fill in a form
Mine for evermore
Will you still need me, will you still feed me.
When I'm sixty-four

(J. Lennon & P. McCartney, 1967)

Ao Gonçalo, ao lado de quem quero envelhecer.

Ao André e à Mariana.

Aos meus pais.

Aos meus sogros.

PREAMBULO

O meu percurso académico, de que é usual falar nestas circunstâncias, esperava-se que fosse a descrição de como, passo a passo, quem sabe se desde pequenina, nutri uma secreta atracção pelos velhinhos.

Ainda que sempre interessada pelo Homem, pelo seu percurso de vida, parece que a minha única constância tem sido no amor. Fui voluntariosa e selectiva nos meus interesses, e inconstante nos modelos e áreas da Psicologia que me foram sucessivamente fascinando.

Trabalhando numa Escola, em que lemos todas as manhãs, quando entrámos, a frase de Abel Salazar: "Um médico que só sabe medicina nem medicina sabe", não me parece abusivo querer saber, pelo menos, de vários domínios da Psicologia, e optar por uma abordagem ecológica no estudo do homem, como uma unidade pessoa-ambiente.

No final, o percurso é simples. Primeiro, o Prof. Dr. Eurico Figueiredo, ensinou-me a ser eclética, depois, a autonomia faz parte de qualquer percurso de desenvolvimento, e é sempre um processo complexo. Como afirmava Fleming (1988, p. 373) "Com o reconhecimento de que está a funcionar em áreas fora do escrutínio parental, o adolescente chega à consciência súbita da separação, realiza o significado da desvinculação

psicológica e dos seus aspectos negativos e deseja restaurar a harmonia. Surge a queixa da incompreensão parental, na qual o adolescente faz conter o desejo de ser distinto e o desejo de aprovação..." Acreditamos que o restaurar a harmonia é sempre possível, quando se obtem o reconhecimento de ser distinto, e se conquista um lugar, em que a partilha é mais equitativa.

Com o Prof. Dr. Luís Soczka aprendi muitas coisas fascinantes, como o poder questionar qualquer paradigma, que estes, da mesma forma que as pessoas e as culturas, estão em constante mutação. Ensinou-me, fundamentalmente, que a realidade é muito mais complexa do que os académicos a pintam, e que percebê-la é ir lá, é participar dela, e ter a arte e o engenho, de saber contar o que se viu e fez.

A Prof. Dra. Liliana de Sousa vai-me permitir que eu lhe diriga um obrigada fraterno pelo apoio, que se estendeu ao longo de todos estes anos em que trabalhamos juntas, a "ensinar-me as formalidades", do estar e do fazer, no limiar mínimo, que ela sabia que eu podia suportar, e a provar-me, sempre discretamente, que estava ali, para o que fosse preciso, muito para além de qualquer formalismo.

O Prof. Dr. João Barreto, que só tive o privilégio de conhecer muito recentemente, foi uma ajuda preciosa nos comentários críticos que fez ao meu trabalho, que se insere
numa área científica da sua especialidade. Além desse contributo inestimável, devo-lhe a confiança e entusiasmo que

me transmitiu, com uma disponibilidade que nunca esquecerei.

Sem o empenho e interesse da Maria do Carmo Roncon e da Joana Lencastre, na qualidade de Directoras e Assistentes Sociais, respectivamente da Casa de Lordelo e dos Hospitais Menores, o trabalho não teria sido de todo possível. Mais do que a própria disponibilização formal dos seus serviços, agradeço o que me transmitiram da sua experiência de muitos anos, e me ajudou a compreender melhor o ser velho, o viver num Lar. Através delas, quero também agradecer às instituições, que tão dignamente representam, a Associação das Obras Sociais de S. Vicente de Paulo e a Santa Casa da Misericórdia do Porto, a abertura e disponibilidade demonstrada.

A Manuela Góis, Assistente Social do Serviço de Apoio Domiciliário do Bairro do Carriçal, foi, sem dúvida, uma excelente companheira, que partilhou comigo todo o profundo conhecimento que tem, da dinâmica social dos bairros de habitação económica, de forma a que eu começasse a compreender um pouco, essa micro-cultura, de que estava tão distante.

Para a Joana, a Margarida e a Francelina, um muito obrigada muito especial. Vocês foram uma ajuda importante, naqueles momentos de muito aperto, entre os dados recolhidos e os dados que faltava recolher, atempadamente.

Todos os funcionários dos estabelecimentos e serviços de idosos, que passaram horas comigo, a descrever as rotinas

institucionais e o comportamento dos "seus" idosos, a oferecer-me aqueles preciosos cafés, e a partilhar toda a sua experiência, numa área tão exigente como a de cuidar de idosos, os meus mais sinceros agradecimentos.

Quando falei tanto das redes sociais de apoio informal dos idosos, não vou passar sem falar da minha própria rede social de apoio, familiar, de amizade, de vizinhança, que foi tornando possível a concretização de um trabalho, que eu como mulher devo afirmar, sem pieguice mas com frontalidade, redobradamente difícil, para nós, esposas e mães, que insistimos em tentar conciliar a tarefa inconciliável, da gestão doméstica e afectiva dos nossos lares, com montanhas de papéis e listas de números que inundam a casa, e soterram desde os bifes aos brinquedos.

Finalmente o meu agradecimento muito sincero e especial para todos os idosos, que comigo colaboraram, e que constituem o motivo único da existência deste trabalho, esperando ter tratado com fidelidade e carinho, as memórias que tive o privilégio de partilhar com eles.

O meu interesse pelos idosos foi tomando corpo, aquando o que se poderia chamar uma ressaca do trabalho em hospital. Nunca tive apetência pelo "timing" da vida num hospital, pela resposta imediata que é necessário dar em situações de crise, pelo fazer primeiro e pensar depois... se houver tempo. No hospital é sempre preciso fazer qualquer coisa. Tudo o que se passa à nossa volta é urgente e rotineiro. Pouco espaço e tempo restam, para o pensar nas pessoas e nos processos, as competências ganham-se praticando, praticando muito.

Num saudosismo que sempre acompanha os oriundos de terras pequenas e calmas, comecei a pensar que talvez só os velhos tivessem algum tempo para mim, para conversar. De facto, como pude vir a constatar, esta ideia não é de todo coincidente com a realidade, e a própria disponibilidade do idoso, tem tantas vezes a ver com a sua urgência de viver a vida que lhe resta, ou o seu desinteresse pela vida que já lhe sobra. O velho contador de histórias é, muitas vezes, mais um mito.

Tinha o meu filho André uns 5 ou 6 anos, quando me apercebi que o seu conceito de velho estava firmemente associado ao de pobre e, mesmo depois, de com exemplos vários lhe ter explicado a clara diferença entre ambas as condições, muitas vezes essa ideia persistia no seu discurso. Perguntei a mim mesmo porquê, porque é que essas duas condições, apareciam incluidas numa só classe, que correspondia, não sei se ao estereótipo de velho, se ao de pobre... Essa ideia voltou-me à mente. O ser velho é talvez uma espécie de pobreza, nas suas

limitaçoes físicas, e quantas vezes de estatuto. Seguramente, mais complicado do que o envelhecimento é a pobreza. De sobremaneira difícil para o pobre é ser velho: Nós percorremos alguns caminhos de velhos e pobres.

Há claramente velhices bem e mal sucedidas, e eu tive o privilégio de conviver, desde pequena, com pessoas muito idosas, que envelheciam condignamente, adaptando constantemente as suas necessidades e interesses, recriando o seu ambiente, tornando-o adequado, sem desistir de viver. Recordo o meu avô, com 91 anos, a fazer palavras cruzadas na sua poltrona, serenamente, sem rancor nem amargura pela vida que ia acabando.

Ensinaram-me que fazer ciência, era chegar a leis universais, encontrar as semelhanças e constâncias dos fenómenos. Defeito meu, ou da disciplina de Psicologia, o que é facto é que sempre que procurei as leis, vi mais claramente a diferença, como se o momento seguinte à comprensão global dos fenómenos, fosse a sua diferenciação. Isso mesmo aconteceu com os idosos. As minhas primeiras imagens são de uma uniformidade perturbadora mas securizante. Ao entrar numa daquelas instituições da terceira idade, cinzentas e frias, com uma decoração pobre e repetida, vi idosos vestidos de escuro, sentados em sofás, embrulhados em muitas mantas, olhos semi-cerrados, entre pregas de pele, mãos esqueléticas pendentes, e um andar lento e curvado: são todos iguais! Outra qualquer instituição, o mesmo retrato: a massificação e dependência

daquela gente, parecia evidente. Quantificar aquela monotonia afigurava-se tarefa simples e sem história.

O difícil é iluminar os rostos, animar os corpos, como se o passar o tempo tivesse esbatido as diferenças e restasse apenas uma condição: ser velho, ter fraca capacidade física (e mental), passar o tempo que resta, a passar o tempo que resta! Só muito lentamente os corpos acordam, na continuidade das suas histórias de vida, a voz acende-se, os gestos esboçam-se e eu fico perdida, já não sei o que há de comum entre eles, volto a pensar: velhos e pobres, pobres e velhos... O processo é doloroso, o meu desenvolvimento e o envelhecimento deles, é isso? O desenvolvimento de ambos? O envelhecimento de ambos!

São meus parceiros durante meses, sentamo-nos lado a lado, deixamos correr o silêncio, ou as palavras, não sei se nos chegamos a compreender. Há uma certa cumplicidade táctica: eu faço a minha leitura, seguramente eles fazem a deles. Temos apenas acesso à percepção das coisas. É subjectivo! Questionamo-nos sobre o que realmente importa, se o objectivo desconforto em que vivem ou a sua percepção de conforto.

São já os modelos teóricos em Psicologia, e respectivas metodologias de investigação, que eu estou a questionar.

Não há velhos, há estes velhos de que vos vou falar, e outros velhos, neste ou naquele cenário, num ou noutro contexto. Destes, creio que em breve vai deixar de haver. As próximas

gerações já não são tão analfabetas, não viveram a sua meninice ou juventude durante a 1ª Guerra Mundial, ou constituiram família durante o salazarismo e a recessão. As idosas não foram criadas de servir, não trabalharam de sol a sol, sem horário, nem reforma, para roer uma côdea de pão, não...(não?!?).

Mas estes que eu conheci, viveram vivem e sentem, como ao longo destas páginas que se seguem, vou tentar transmitir.

Porto, Setembro de 1991.

INDICE

INDICE

PREÂMBULO 7

INDICE 17

1 INTRODUÇÃO 23

2 UMA PERSPECTIVA ECOLOGICA EM PSICOLOGIA . . . 49

2.1 O Contributo de Barker 56
2.2 Modelos em Psicologia: A Perspectiva Transacional em Psicologia Ambiental . . 59
2.3 Aspectos Metodológicos da Investigação em Psicologia Ambiental 73
2.3.1 A Validade da Investigação em Psicologia Ambiental 76

3 A PERSPECTIVA ECOLOGICA DO ENVELHECIMENTO HUMANO 81

3.1 Modelos Explicativos 83
3.1.1 Modelo de Congruência /Complementaridade de Carp . . . 86
3.2 Os Idosos e seu Ambiente Residencial . . 91
3.2.1 A Ligação do Idoso à sua Casa e Ambiente Residencial 92
3.2.2 Permanecer em Casa versus Institucionalização 95
3.3 Alternativas de residência para Idosos com ou sem Incapacidades Funcionais . . 100

4 CONTROLO DO MEIO NOS IDOSOS 111

4.1 Modelos de Controlo nos Idosos 113
4.1.1 O Controlo Real: o Desânimo Aprendido 115
4.1.2 O Modelo de Congruência 117
4.2 O Controlo Percebido: a Teoria da Auto-Eficácia 121
4.3 O Modelo de Processamento da Informação no Controlo da Acção 131
4.4 O Controlo Participativo 136
4.5 O Controlo Primário versus Secundário . 140
4.6 A Adequação Pessoa-Ambiente 143
4.7 O Controlo "Mindfull" versus "Mindless" 145
4.8 Controlo e Saúde 151

4.9 Intervenções para Aumentar o Controlo dos Idosos em Meio Institucional . . . 161
4.10 Controlo em Situações de Stress 168

5 A RELAÇÃO ENTRE AS REDES SOCIAIS DE APOIO E O STRESS VERSUS O BEM-ESTAR DOS IDOSOS 181

5.1 A Noção de Stress 184
5.1.1 O Stress Ambiental 189
5.1.2 Modelos Explicativos do Stress numa Perspectiva Ambiental . . . 192
5.2 Solidão e Isolamento 198
5.3 A Viuvez 205
5.4 Redes Sociais de Apoio: Aspectos Gerais. 209
5.5 As Redes Sociais de Apoio e a Saúde Mental 218
5.6 Aspectos Diferenciais das Redes Sociais de Apoio: o Sexo e o Estado Civil . . . 220
5.7 Redes de Apoio de Familiares 224
5.8 Redes de Apoio de Amigos 229
5.9 Redes de Apoio Formal e Informal num Cenário Institucional 240
5.10 Relação do Apoio Formal com o Apoio Informal 244

6 BEM-ESTAR E SATISFAÇÃO DE VIDA 257

6.1 Adaptação e Bem-Estar numa Perspectiva de Ciclo de Vida 259
6.1.1 O Modelo dos Acontecimentos de Vida 260
6.1.2 O Modelo de Avaliação Cognitiva . 261
6.1.3 O Modelo de Bem-Estar Subjectivo. 263
6.1.4 O Constructo de Ciclo de Vida como Modelo de Adaptação 266
6.2 A Velhice Bem Sucedida 272
6.2.1 Teoria da Actividade versus Teoria do Desligamento 273
6.2.2 Procura de um Significado Pessoal para a Vida 280
6.2.3 O Contributo de Erikson 283
6.3 Abordagens Interaccionistas do Bem-estar e Satisfação de Vida 288
6.3.1 O Modelo de Lawton 292
6.3.2 Outros Contributos para o Estudo do Bem-Estar 300

7 METODOLOGIA 311

7.1 Introdução 313
7.2 Cenários Comportamentais e População . . 314
7.3 Procedimento Geral 317
7.3.1 Procedimento Relativo aos Idosos. 321

7.4 Tratamento de Dados 321

8 O IDOSO EM INSTITUIÇÃO 327

8.1 Hospitais Menores: Alguns Elementos da sua História 329
8.1.1 O "Monteiro dos Santos": a Rotina as Idosas e o seu Relacionamento. 340
8.2 As Histórias de Vida 348
8.2.1 Histórias de Vida das Idosas do "Monteiro dos Santos" 350
8.3 Casa de Lordelo: Alguns Elementos da sua História 357
8.3.1 A Rotina, os Idosos e o seu Relacionamento 363
8.3.2 Histórias de Vida dos Idosos da "Casa de Lordelo" 369

9 IDOSOS NA COMUNIDADE 375

9.1 Das Ilhas à Habitação Social 377
9.2 Breve Descrição do Bairro do Carriçal . 379
9.2.1 O Apoio Domiciliário 384
9.2.2 Os Idosos que Habitam o Bairro do Carriçal 387
9.2.3 Relacionamento entre os Idosos do Bairro do Carriçal 399
9.3 Breve Descrição do Bairro Monteiro dos Santos 401
9.3.1 Relacionamento Social no Bairro . 404

10 AVALIAÇÃO AMBIENTAL DO LAR E DAS RESIDENCIAS PARA IDOSOS 411

10.1 Apresentação da Escala de Avaliação Ambiental Multifásica - MEAP 416
10.1.1 Lista de Características Físicas e Arquitectónicas - PAF 417
10.1.2 Questionário sobre Política Administrativa e Programa - POLIF 419
10.1.3 Questionário sobre as Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários - RESIF 420
10.1.4 Questionário sobre o Ambiente Social na Instituição - SCES . 422
10.1.5 Escala de Avaliação Global - RS 425
10.2 Análise dos Resultados da Aplicação do MEAP em dois Estabelecimentos: Hospitais Menores e Casa de Lordelo 427
10.3 Características Físicas e Arquitectónicas 431

10.3.1 Características Físicas e Arquitectónicas do Lar 431
10.3.2 Comparação das Características Físicas e Arquitectónicas do Lar com o Perfil Normativo 433
10.3.3 Características Físicas e Arquitectónicas das Residências para Idosos 435
10.3.4 Comparação das Características Físicas e Arquitectónicas das Residências para Idosos com o Perfil Normativo 435
10.3.5 Comparação das Características Físicas e Arquitectónicas do Lar com as Residências para Idosos . 438
10.4 Política Administrativa e o Programa das Instituições 440
10.4.1 Política Administrativa e o Programa do Lar 440
10.4.2 Comparação da Política Administrativa e Programa do Lar com o Perfil Normativo 444
10.4.3 Política Administrativa e o Programa das Residências para Idosos 446
10.4.4 Comparação da Política Administrativa e Programa das Residências para Idosos com o Perfil Normativo 448
10.4.5 Comparação da Política Administrativa e Programa do Lar com as Residências para Idosos . 450
10.5 Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários 452
10.5.1 Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários do Lar 452
10.5.2 Comparação Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários do Lar com o Perfil Normativo 454
10.5.3 Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários das Residências para Idosos 456
10.5.4 Comparação das Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários das Residências para Idosos com o Perfil Normativo 457
10.5.5 Comparação das Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários do Lar com as Residências para Idosos . 459
10.6 Avaliação do Ambiente Social nas Instituições 461

10.6.1 Ambiente Social no Lar 462
10.6.2 Comparação do Ambiente Social no Lar com o Perfil Normativo . . . 465
10.6.3 Ambiente Social nas Residências para Idosos 467
10.6.4 Comparação do Ambiente Social nas Residências para Idosos com o Perfil Normativo . . . 469
10.6.5 Comparação do Ambiente Social do Lar com as Residências para Idosos - Residentes 471
10.7 Avaliação Global das Instituições . . . 473
10.7.1 Avaliação Global do Lar 473
10.7.2 Comparação da Avaliação Global do Lar com o Perfil Normativo . . . 475
10.7.3 Avaliação Global das Residências para Idosos 476
10.7.4 Comparação da Avaliação Global das Residências para Idosos com o Perfil Normativo 478
10.7.5 Comparação da Avaliação Global do Lar com as Residências para Idosos 479
10.8 Conclusão 481

11 AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL DOS IDOSOS EM INSTITUIÇÃO 483

11.1 Avaliação Multidimensional dos Sujeitos Idosos 485
11.2 Procedimento e Características da Amostra 489
11.3 Resultados 490

12 RASTREIO DA DEMENCIA NOS IDOSOS EM INSTITUIÇÃO 495

12.1 Apresentação da Escala de Demência . . . 499
12.2 Procedimento e Características da Amostra 500
12.3 Resultados 500

13 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL EM DOIS GRUPOS DE IDOSOS EM INSTITUIÇÃO 503

13.1 Apresentação da Escala Breve de Avaliação do Estado Mental 505
13.2 Procedimento e Características da Amostra 506
13.3 Resultados 509

14 AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO DOS IDOSOS 513

14.1 Apresentação da Escala de Ânimo - Philadelphia Geriatric Center Morale Scale 515
14.2 Procedimento e Características da Amostra 516
14.3 Estudo da Validade da Escala de Ânimo 518
14.4 Resultados 520
14.4.1 Comparação dos Indices de Ânimo entre Idosos Institucionalizados e a Residir na Comunidade. 524
14.4.2 Comparação dos Indices de Ânimo entre Cenários 527
14.5 Modelo Explicativo da Satisfação dos Idosos com a sua Vida Actual 531

15 RESUMO E CONCLUSÕES 537

15.1 Viver num Lar ou permanecer na comunidade: que satisfação de vida? 543

16 BIBLIOGRAFIA 553

17 ANEXOS 583

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A temática relativa ao envelhecimento tem vindo a assumir particular importância devido ao envelhecimento demográfico das populações, na Europa, e nos países industrializados em geral. Nazareth (1988) considera que o aumento da população idosa não se deve ao facto de se verificar um aumento da esperança de vida, uma vez que esta se alarga essencialmente devido à diminuição da mortalidade nos primeiros anos de vida e não nos últimos. O principal factor responsável pelo envelhecimento das populações é o declínio da fecundidade que provoca um envelhecimento na base e consequentemente um aumento da importância relativa dos mais idosos, invertendo a forma da pirâmide de idades. No nosso país este fenómeno acentua-se devido aos movimentos migratórios, próprio de um país exportador de mão-de-obra. A nossa situação não é assim substancialmente diferente da dos outros países da Europa do Ocidental e do Norte, que são as zonas que têm os países mais envelhecidos. Portugal é, apesar de tudo, um dos países mais jovens deste conjunto, contando com 15.8% de indivíduos com mais de 60 anos em 1980, e há áreas em que este valor é bastante mais baixo, como é o caso da área metropolitana do Porto, em que nos inserimos, onde a percentagem de idosos se situa nos 12.2% (Nazareth, 1988).

Esta nova realidade demográfica vai aparentemente manter-se ou agravar-se, ainda que as características socio-económicas da

população não permaneçam as mesmas. Segundo uma projecção até ao ano 2020, feita por Serow (1988), para a população americana, o crescimento do grupo dos idosos com mais de 85 anos verifica-se a uma velocidade ainda maior do que a dos outros grupos de idosos. Para além do seu número crescente, esta população vai ser muito diferente no futuro, em termos de variáveis como o estado civil, a educação e provavelmente o nível de rendimento. Comparada com as coortes actuais e anteriores, os idosos terão no futuro maior nível de educação e uma maior probabilidade geral de terem reforma, principalmente no que se refere às mulheres, que continuarão a ser o grosso desta população.

O envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio mas cujo mecanismo permanece desconhecido (Kirkwood, 1988). A esperança de vida máxima para as diferentes espécies animais é determinada geneticamente. Muitos sistemas, bioquímicos e fisiológicos, que influenciam a longevidade, evoluiram para regular o crescimento e desenvolvimento, de forma a maximizar a adequação de um dado ecossistema e as limitações das espécies. A duração máxima de vida do Homo Sapiens é consideravelmente mais longa do que a da maior parte dos seus parentes próximos, nomeadamente os primatas não humanos (Pfeiffer, 1990). A diversidade dos efeitos genéticos individuais no envelhecimento torna pouco provável que quer os factores extrínsecos, como a alimentação e a medicina, ou a intervenção genética, tenham efeitos dramáticos na esperança de vida das espécies, apesar dos efeitos significativos a

nível dos indivíduos. Contudo, compreender as determinantes genéticas fundamentais da senescência pode ter grande importância no tratamento e prevenção dos problemas associados à idade, envolvendo a degeneração dos tecidos e/ou o cancro (Harley, 1988).

O envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maturos, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica (Birren e Renner, 1977). A forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, ou seja, a senescência é uma função do meio físico e social em que o organismo se desenvolve e envelhece, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento (Birren e Cunningham, 1985).

A psicologia do envelhecimento tem como objecto as diferenças de comportamento com a idade, as mudanças no comportamento com a idade e os padrões de comportamento exibidos por pessoas de diferentes idades, em diferentes períodos de tempo. Ao estudar o envelhecimento, há autores que sugerem a divisão entre o envelhecimento primário, que seria o normal e sem doenças, o secundário, que se refere a um envelhecimento relacionado com a doença e o terciário, relativo a um período, mais ou menos longo, próximo da morte, em que havia uma deterioração, de aspectos geralmente considerados como não variando com a idade, para níveis anteriores de desempenho. Enquanto no envelhecer primário, o aspecto do funcionamento intelectual

mais afectado seria a velocidade perceptiva, no secundário, seria, além dessa, o raciocínio, implicando a capacidade indutiva. Finalmente, no envelhecimento terciário, a própria comprensão verbal seria afectada, ou seja, envolvendo o processamento de informação, bem conhecida e praticada (Birren e Cunningham, 1985).

De acordo com Schroots e Birren (1980) o envelhecimento tem 3 componentes: a) o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário e c) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. O crescimento e o envelhecimento nunca é o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha (Birren e Cunningham, 1985).

Nesta mesma ordem de ideias podemos considerar 3 tipos de idades, todas elas podendo ser maiores ou menores do que a idade cronológica dos sujeitos: 1) a idade biológica, medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade

adaptativa e de auto-regulação, 2) a idade social, que se refere aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade, e na medida em que mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento e, finalmente, 3) a idade psicológica, que se refere às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio. A idade psicológica é influênciada pelos factores biológicos e sociais, mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações, e as emoções, para exercer controlo comportamental ou auto-regulação.

Um dos aspectos mais focados na literatura sobre o envelhecimento refere-se à perda de capacidades cognitivas dos idosos. Isto não é, contudo, um assunto pacífico e muito menos um dado adquirido, senão vejamos algumas das questões que se colocam à volta deste tema.

O perfil de declínio intelectual clássico, foi considerado por Wechesler (1958), com a distinção das funções verbais que permaneciam nos idoso e o padrão dos capacidades "no-hold" correspondente às funções de desempenho, com um declínio associado à idade. Integradas neste modelo surgem perspectivas que diferenciam o declínio relativamente a uma distinção entre tarefas fáceis e difíceis, entre tarefas sobre-aprendidas ou cristalizadas e tarefas novas ou fluídas, e ainda a perspectiva que distingue as tarefas de velocidade das de potência, em que o declínio se verificava, respectivamente.

para as tarefas difíceis, fluídas e de velocidade.

Numa revisão de trabalhos sobre as mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento Denney (1982) concluiu que a partir dos estudos transversais se verificam diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, favorecendo os primeiros. No entanto, nestas investigações não é fácil distinguir entre o efeito da idade e o da coorte, o que só é possível a partir de estudos longitudinais. Fazendo o seguimento dos mesmos sujeitos ao longo do tempo, parece que o padrão se repete, ainda que a idade em que o declínio começa, e a sua extensão, sejam diferentes, apontando para uma data mais tardia e uma extensão menor de capacidades afectadas. Embora haja mudanças em virtualmente todas as capacidades, os resultados dos testes de vocabulário e informação, podem aumentar ou permanecer estáveis ao longo da maior parte de vida, declinando apenas muito tarde na velhice, enquanto outras capacidades, ligadas ao desempenho, tarefas Piagetianas e resolução de problemas, começam o seu declínio muito mais cedo. Não é contudo de desprezar a variabilidade interindividual. Denney (1982) refere que a intervenção pelo treino das capacidades, não faz desaparecer as diferenças de idade, que apontam para uma diminuição da plasticidade com o aumento da idade.

Para explicar a relação do envelhecimento com as capacidades cognitivas, do ponto de vista teórico, Denney (1982) divide as capacidades em dois tipos 1) as capacidades não exercitadas,

que são função do potencial biológico e da experiência ambiental estandardizada e 2) as capacidades exercitadas optimamente, que reflectem a capacidade máxima atingível por um indivíduo normal, saudável, em condições óptimas de treino. Qualquer destas curvas tem um crescimento até ao fim da adolescência, início da idade adulta, e começam a declinar depois. O seu desenvolvimento é paralelo, embora o nível da curva das capacidades exercitadas seja superior, indicando que em qualquer altura, o exercício e o treino podem melhorar o desempenho. Note-se que, no entanto, é no início do desenvolvimento e na velhice que o afastamento destas duas curvas é menor. Importante é reter que as capacidades exercitadas sofrem um declínio mais tardio e menos dramático do que as outras.

Hertzog (1989) fez uma avaliação dos idosos com base em testes de velocidade perceptiva e de trabalho, e concluiu que as diferenças de idade eram muito atenuadas se se diminuisse a velocidade, uma vez que grande parte da variância relacionada com a idade era partilhada com a velocidade. Verificou então uma forte relação entre a velocidade e a inteligência que poderá alterar os resultados no desempenho em testes psicométricos. A hipótese da taxa de processamento explica este padrão, dizendo que a diminuição da eficiência da velocidade de processamento de informação do SNC, que se reflecte no abrandamento cognitivo, leva a um declínio da inteligência relacionado com a idade (Salthouse, 1985).

Salthouse (1988) propõe um modelo do envelhecimento cognitivo em que o declínio com a idade de aspectos processuais ou cognitivos são atribuidos ao máximo de activação permitida, ou à taxa de propagação da informação. Este é um dos muitos modelos de redes de distribuição-processamento de informação, para explicar o envelhecimento cognitivo que, segundo Charness (1988), servem para explicar o processamento automático de informação, como é o caso da recognição, mas falham em explicar o comportamento dirigido a um objectivo.

Clarkson-Smith e Hartley (1989) abordam a relação entre o exercício físico e as capacidades cognitivas nos idosos e concluiram em favor da sua hipótese que os idosos que praticavam exercício físico vigoroso tinham melhores resultados em medidas de raciocínio, memória activa e tempo de reacção. Nem a auto-avaliação da saúde, nem a condição médica ou a medicação, contribuiam para as diferenças entre os grupos. Estes autores também perfilham a ideia, a que voltaremos mais adiante, de que a perda de vigor físico associado ao envelhecimento é função do estilo de vida sedentário de muitos idosos. De acordo com o próprio Birren et al. (1980) e Salthouse (1985) com a hipótese da velocidade, o abrandamento difuso através do SN, concomitante com o envelhecimento, é responsável pelos defeitos cognitivos relacionados com a idade. O exercício físico relacionar-se-á com a velocidade de resposta, o que se reflecte então nos resultados do desempenho cognitivo dos idosos.

O exercício físico pode então influenciar a velocidade de resposta que se reflecte nas medidas de capacidade cognitiva. Outra via pela qual a actividade física afectaria o funcionamento cognitivo é sugerida por Rogers et al. (1990) que constataram que os reformados inactivos mostram um declínio acentuado na circulação sanguínea cerebral (CBF) e simultaneamente têm piores resultados em testes cognitivos, ao longo de um seguimento de 4 anos.

Ao contrário destes resultados Emery e Gatz (1990), que partiram também da hipótese de haver efeitos benéficos do exercício no funcionamento cognitivo dos idosos, não conseguiram comprovar essa hipótese, com base nos seus dados sobre o efeito de um programa de exercícios aeróbicos por um período de 3 meses.

A ideia da lentificação da resposta nos idosos parece ser um dado do senso-comum, pois num estudo feito por Hendrick et al. (1988) sobre a percepção das capacidades cognitivas de sujeitos jovens e idosos, os estudantes que fizeram a estimativa das capacidades dos sujeitos nos subtestes da WAIS percebiam os idosos como tendo mais dificuldades nos testes de memória e velocidade psicomotora, enquanto não estimavam diferenças de idade no desempenho em testes de julgamento prático e senso comum, em que os idosos eram considerados melhores do que os jovens.

De acordo com Braun (1990) os vários factores que puseram em

causa o modelo clássico foram a tomada em consideração do problema da saúde dos idosos, a crítica dos estudos transversais devido ao efeito da coorte e consequente impacto dos estudos longitudinais, e ainda a mudança na situação de escolaridade. Numa perspectiva neuropsicológica, Braun (1990) fez uma revisão dos modelos existentes sobre o declínio das funções cognitivas no idoso. A sua ideia subjacente é a de que existem perfis de declínio cognitivo da senescência que são independentes dos factores sociais, de saúde e dos artifactos psicométricos. O actual modelo neuropsicológico postula a existência desses perfis de declínio, nas esferas das funções executivas e mnemónicas, que resultam directamente da deterioração dos sistemas frontais e temporais do telencéfalo.

De facto, a ideia de que o declínio das capacidades cognitivas do idoso segue um padrão que implica mais vulnerabilidade das funções do hemisfério direito, como é sugerido pelos resultados do WAIS-Verbal, não foi confirmada por Mittenberg et al. (1989) que consideram poder-se explicar essa discrepância de resultados pela hipótese da velocidade de Birren et al. (1980), uma vez que os testes da WAIS-Motor têm limite de tempo. Os autores testaram indivíduos normais, em medidas lateralizadas e funções focais, para concluir que o declínio das funções cerebrais não era lateralizado e, pelo contrário, havia uma redução bilateral significativamente mais pronunciada em operações associadas com as funções do lobo frontal que, quando afectado, apresenta um quadro sintomático com diminuição da flexibilidade comportamental, redução da

espontaneidade, diminuição do pensamento imaginativo original e abstracto, diminuição da iniciativa e lentificação do pensamento, o que se aproxima do observado em indivíduos idosos.

Arbuckle et al. (1986) partem igualmente do pressuposto de que existe um declínio das capacidades cognitivas do idoso, mas explicam-no por variáveis sociais e de personalidade e afirmam, a partir dos seus resultados, que uma grande proporção de diferenças de idade, e virtualmente todas as diferenças de classe social, nas medidas de memória, podem ser explicadas por variáveis contextuais, em que a educação, a actividade intelectual, a extroversão, o neuroticismo o índice de mentira do Inventário de Personalidade de Eysenk, explicam mais variância nos resultados na memória, do que a idade.

Falámos das capacidades exercitadas e não exercitadas e o seu declínio selectivo, a relação entre o exercício físico e o desempenho cognitivo, mediada pela diminuição da velocidade de resposta, ou interferindo directamente com o fluxo sanguínio cerebral, mas a relação entre todos estes aspectos e o declínio cognitivo dos idosos, não está ainda completamente estabelecida. De qualquer forma, parece haver um certo consenso relativamente à importância da manutenção da actividade nos idosos, para a preservação da sua capacidade funcional e bem-estar. Afirma Barreto (1988, p. 162) "a análise dos nossos próprios resultados sugere que se encontram em particular risco de deterioração mental, ao lado dos

indivíduos afectados por doenças físicas como as cerebrovasculares, também aqueles que estão em situações de inactividade, com acentuada baixa de contactos durante o dia, e os que não têm tarefas definidas que impliquem responsabilidade e tomadas de decisão. Esta insuficiência de estimulação parece, assim, poder desencaderar um declínio da eficiência mental, o que leva a supor que um determinado nível de solicitações é indispensável para a manutenção de estratégias de resposta. O exercício da inteligência será pois indispensável para a sua preservação."

Guerreiro (1988, p. 221) após fazer uma revisão sobre os estudos na área do funcionamento intelectual dos idosos, conclui com uma nota positiva: "Todos os dados que temos vindo a referir levam-nos a aceitar a hipótese de que o envelhecimento normal não envolve necessariamente um declínio geral ao nível do funcionamento cognitivo."

A partir do que ficou dito atrás, conclui-se que, por um lado, ainda não existem dados definitivos em relação ao declínio das capacidades cognitivas no idoso, o seu início, que capacidades estão implicadas e qual a sua extensão e, por outro lado, e este é talvez o aspecto mais pertinente, é que mesmo admitindo que se verifica um certo declínio das capacidades cognitivas dos idosos, desconhece-se como é que esse declínio se traduz, não tanto do ponto de vista psicométrico, mas na vida do dia a dia e no bem-estar dos idosos. Quais os factores de variabilidade interindividual, o que pode atrasar ou minorar a

deterioraçao mental dos idosos, são questões que nos interessam particularmente e que consideramos poder explicar numa perspectiva ecológica.

Bortz (1989) põe em causa a noção de envelhecimento como sinónimo de fraqueza, fragilidade, depressão, dependência e desânimo (helplessness), que não considera características inerentes ao envelhecimento, introduzindo a ideia de que a falta de uso é a entidade patológica que actua no organismo humano. Pensou-se que a perda de massa corporal, o relativo aumento da gordura, e uma quebra na taxa metabólica basal, fossem considerados verdadeiros marcos biológicos do envelhecimento. O organismo idoso parece menos enérgico, mas quando se procuram estes indicadores, num grupo de idosos saudáveis, não se encontram. A maior parte do corpo serve o propósito do movimento, portanto, a falta de uso correspondendo à inactividade física, leva a uma função perturbada, aplicada a todos os níveis do corpo e a todos os tecidos. Uma vez que temos muitas funções redundantes leva algum tempo até que se note a perturbação de uma função devido à falta de uso, por outro lado, a falta de uso é endémica. A história da nossa espécie, ao longo de milénios, é de indivíduos vigorosos e robustos que não sofriam de osteoporose que é uma doença moderna. Os padrões actuais de níveis de colesterol ou a tensão arterial, considerados normais para a civilização industrial, são claramente diferentes e mais elevados do que, por exemplo, os dos Bosquimanes do Kalahari. A inactividade actual prediz, segundo este autor, as

patologias que não são devidas a uma doença específica ou à idade, mas à falta de uso, donde não são inevitáveis e imutáveis, mas preveníveis e tratáveis. Nesta categoria se colocam a vulnerabilidade cardiovascular, a fragilidade musculo-esquelética, a obesidade, a depressão e o envelhecimento precoce. Assim, a homeostase é mantida e a autonomia e independência assegurada no envelhecimento, na medida em que se continue uma existência energética e não se fique na dependência total, como é vulgar observar-se, principalmente, nos lares.

Lima e Viegas (1988) definem a velhice, precisamente em oposição ao envelhecimento enquanto processo biológico, como um conceito referente à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, como uma construção social, inscrita numa conjunturalidade histórica. Referindo-se às sociedades camponesas e às sociedades de cultura oral, estes autores focam o processo de herança que assegurava, pela valorização dos laços de parentesco, o cuidado e de certa forma também a autoridade dos idosos, por quem o filho varão olhava até à morte, assumindo posteriormente o património familiar. O acesso à herança era feito através dos cuidados prestados à velhice. As variantes a este príncipio incluem o manter outro filho, nomeadamente o mais novo, na casa paterna, com a finalidade de olhar pelos pais, sendo ou não beneficiado na herança, estratégia ainda muito frequente entre nós. A alteração da estrutura económica e a introdução das reformas, entre outros aspectos, pôs em causa este sistema de segurança

da velhice. Sendo que, por outro lado, a transmissão do saber deixou de ser feita oralmente, de geração em geração, o que conferia aos velhos o poder da sabedoria acumulada ao longo dos anos de vida. "Assim, surgem a partir do séc.XIX novas instituições, a par do conceito de terceira idade criadas idealmente para reincorporar os velhos na sociedade - desde os asilos e hospitais até às universidades da terceira idade. O isolamento dos velhos é portanto institucionalizado e a velhice passa a ser encarada como uma espécie de doença social." (Lima e Viegas, 1988, p. 156).

Numa perspectiva idêntica Prost (1991) traça a evolução da estrutura familiar que tinha uma função económica, desempenhando simultaneamente um papel determinante na educação dos jovens e na assistência aos idosos. Em relação aos jovens, a aprendizagem de um ofício era concebida como uma relação familiar, de ordem privada e com respeito aos velhos, incapazes de se bastarem a si próprios, encontravam cama e mesa junto de um dos seus filhos. "Não que esta seja uma família patriarcal, descrita por uma mitologia complacente: na maior parte das regiões da França, com excepção do Sudoeste, a família campesina reduz-se ao casal e aos filhos, isto é, àquilo que os sociólogos chamam a família nuclear; o casal dos avós não está longe, instalado numa casa mais pequena, fazendo vida independente por tanto tempo quanto possível; quando isso deixa de acontecer, nomeadamente quando a avó morre antes do marido, os filhos recolhem-no. Assim, para além da sua função económica, a família desempenha uma função educativa e uma

função de segurança social" (Prost, 1991, p.28). O desenvolvimento do trabalho assalariado retira progressivamente à família a sua anterior função educativa e de segurança social, que passa a ser, cada vez mais, da responsabilidade pública, do Estado. As consequências desta evolução, determinada principalmente por razões de ordem económica, reflecte-se, como vimos, na vida dos idosos, determinando em grande parte o aumento da institucionalização.

Num contexto de desvalorização dos velhos, por oposição aos valores da juventude, força física e acção, a biomedicalização do envelhecimento é um fenómeno que corresponde ao encarar a velhice como uma espécie de doença. Estes e Binney (1989) vão precisamente pôr em causa a biomedicalização do envelhecimento, que se relaciona com a construção social e a praxis do envelhecimento, como um problema médico. Igualizando o envelhecimento a uma doença, encorajou-se a sociedade a pensá-lo como patológico ou anormal. A indesejabilidade da doença transfere-se para os seus portadores e molda as atitudes das pessoas em relação a si próprias e dos outros em relação a si. As expectativas associadas a uma tal perspectiva, resultam em comportamentos de afastamento, redução da actividade e aumento da dependência, falta de eficácia e controlo e no controlo social dos idosos, através da medicina.

O modelo médico define o envelhecimento como um processo básico, um fenómeno biológico inevitável e relativamente

imutável. O "envelhecimento normal", enquadrado pelo modelo biomédico, inclui uma vertente individualista que se baseia na relação médico-doente, sem atender a factores sociais e ambientais mais amplos, numa tentativa de resolver a situação daquele indivíduo, habitualmente por intermédio de medicamentos e institucionalização, decidida numa relação muito desigual, entre o médico e o idoso.

A outra vertente é o reducionismo, que visa uma explicação do fenómeno a partir das suas unidades mais pequenas, referindo-se ao idoso não como uma pessoa mas à síndroma de que ele é "portador". Esta perspectiva tem implicações óbvias na praxis e na própria política de saúde, criando as estruturas que servem o modelo assumido como válido: "A biomedicina merece o respeito e um lugar de honra pelo seu contributo para a nossa saúde e bem-estar. Mas a sua extensão e o controlo sobre todos os aspectos da vida, não só diminui a sua própria eficácia, como inibe a sociedade de colocar e compreender assuntos complexos, de forma apropriada e inovadora. Para bem dos idosos e dos que envelhecerão, tem que se resistir à biomedicalização do envelhecimento." (Estes e Binney, 1989).

A referência à terceira idade, apresenta uma visão de uniformidade dos idosos, como se se chegasse a um estádio do ciclo vital, em que se esbatem todas as diferenças individuais e em que pudessemos falar de um grupo homogéneo de indivíduos, caracterizados por uma diminuição de capacidades vitais, de recursos sociais e económicos. Esta visão simplista parece-nos

estar completamente afastada da realidade, em que depressa nos apercebemos de que há idosos e idosos e mais ainda, de que qualquer deles carrega consigo um enorme peso correspondente a toda a sua longa história de vida, determinada quer pelo seu património genético, quer pelo seu património psico-social.

Os diferentes percursos de vida, determinam em grande medida os recursos dos idosos no seu estado actual. Rejeitamos a visão homogeneisante de uma hipotética terceira idade, não deixamos contudo de colocar a hipótese de se verificar a nível intra-individual, uma indiferenciação de sistemas em que as várias esferas da vida, biológica, psicológica e social, estão de novo de tal forma imbrincadas, que a alteração em qualquer dos sistemas tem implicações directas e profundas em todos os outros. O comportamento dos idosos surge-nos muito como um todo, em que uma alteração no sistema biológico, um agravamento de uma deficiência sensorial ou motora, o desaparecimento de mais um ente querido da sua rede social de apoio, por exemplo, se confundem com uma disfunção do humor, apatia, ou a perda de capacidades cognitivas. Mas, ao contrário do que se passa com os recém-nascidos, cujo comportamento tem um grande peso da maturação, como se a estrutura imposesse limites claros ao desempenho, nos idosos não se conhecem (ainda?) mecanismos senão maturativos, degenerativos, responsáveis pelo comportamento. Diferencia-se um envelhecimento óptimo de um envelhecimento patológico, verifica-se que a saúde física tem um peso enorme, por vezes também excessivo e estereótipado, no bem-estar global do

idoso, mas nem todos acabam os seus dias acamados, debilitados e com poucas capacidades mentais.

O que diferencia qualitativamente o envelhecimento, numa perspectiva, não de longevidade mas de qualidade subjectiva de vida, foi um dos nossos objectivos de estudo. Estudámos uma população de idosos pobres, com rendimentos iguais ou inferiores a metade do salário mínimo nacional, que vivem o resto das suas vidas em diferentes meios ambientes, e tivemos como objectivo compreender as implicações disso no seu bem-estar físico e sobretudo psicológico.

Não faz sentido que se pense nos idosos, enquanto tal, como uma população de risco, seja do ponto de vista social, seja do ponto de vista psicológico. Atrever-nos-íamos a afirmar que muitos dos actuais idosos de risco, foram crianças de risco, jovens de risco, adultos de risco. Pensamos ainda que as suas presentes condições de vida podem manter esse risco, minorá-lo ou agravá-lo, e também que há idosos que estão em risco de enfrentar situações e integrar-se em ambientes que podem aumentar a sua vulnerabilidade. Estudar, numa perspectiva ecológica, o que se passa em diferentes cenários onde residem idosos, parece-nos prioritário, para de futuro se diversificarem as alternativas que permitam que os idosos tenham um envelhecimento óptimo.

Mais complicado do que ser velho é ser pobre e chegar a velho. Nestes idosos pobres, o ciclo de vida dificilmente se

distingue de um ciclo de pobreza, em que o que se diferencia não são idades, caracterizadas por diferentes papéis, mas idades caracterizadas pelas mesmas necessidades, em que ter sido criança, jovem ou adulto, se resumiu, muito mais, ao ter sido e ao ser pobre. Se lhes perguntamos se andaram a brincar, se andaram na escola, dizem que não, que andaram a trabalhar para ter alguma coisa para comer. Se lhes perguntamos se iam ao bailarico dizem que não, que não tinham roupa para ir. Se lhes perguntamos como criaram os filhos, eles não se lembram porque andavam a trabalhar e os filhos "lá se iam vingando", (os que vingavam), como podiam. O constituir família, organizar a casa ou a vida, nunca aconteceu assim, foi como se entre canseira e canseira nascessem os filhos, se apertassem num espaço casual, até que alguém lhes concedeu uma casa. Tudo controlado do exterior, por Deus ou os homens mais poderosos. Não ter alimentos ou roupa suficientes dá aos homens um claro sentido de incontrolabilidade do seu próprio destino.

Do relatório de 1982 da Comissão Nacional sobre o Envelhecimento, transcrevemos algumas conclusões: "1) (...) O maior número de mulheres em relação aos homens tende a acentuar-se com o envelhecimento, suscitando a necessidade de medidas especificamente orientadas para aquele grupo populacional.; 2) Se em termos globais, Portugal cabe ainda no quadro dos países mais jovens da Europa, difícil será encontrar situação equivalente quanto às profundas assimetrias de envelhecimento e aos efeitos discriminatórios que provocam: ao lado de distritos com níveis de envelhecimento tão

acentuados como os dos países mais velhos, distritos há, que se apresentam tão jovens como era a Europa nos fins do século XIX.; 3) Não se encontra ainda definida em Portugal uma política global de velhice (...); 6) Além de procurar garantir a segurança económica, a formação e a informação das pessoas idosas, o Estado deverá promover todas as acções que facilitem o associativismo dos idosos, na decisão, organização e gestão de programas que a eles respeitam, como forma de "evitar e superar o seu isolamento ou marginalização social", pela realização de "formas de realização pessoal através da participação activa na vida da comunidade" (Constituição da República Portuguesa, 1976, artº 72º)."; 7) A orientação política actual afirma a importância da família como instituição previligiada para a integração social dos idosos, bem como a necessidade de corrigir os desiquilíbrios de implantação territorial dos equipamentos e serviços e os resultantes do predomínio de equipamentos do tipo fechado, propondo o desenvolvimento de projectos de acção comunitária, nomeadamente de apoio domiciliário.; 10) O melhoramento das condições de vida das mulheres idosas deve ser encarado tendo em conta a discriminação de que sofreram ao longo da vida por serem mulheres e o papel importante que desempenharam na família. Com frequência a precária situação económica em que se encontram na velhice é consequência desse condicionamento".

Neste panorama sobre a velhice, traçado a nível governamental, em que se reconhece a realidade dos idosos no nosso país e a necessidade de tomar medidas que alterem o actual estado de

coisas, destacámos alguns assuntos que nos vão merecer uma atenção particular e que se referem aos idosos com menos recursos e menor nível de educação: 1) a institucionalização do idoso, causas precipitantes, qualidade dos equipamentos e o bem-estar dos idosos aí residentes; 2) o idoso a residir na comunidade, qualidade da habitação, os bairros de habitação económica, necessidades e alternativas de apoio domiciliário.

Dentro da parte relativa ao idoso institucionalizado estudámos duas instituições, escolhidas não por serem representativas, mas por serem consideradas situações paradigmáticas e que obedeciam a critérios de dimensão, acesso e características de serviços oferecidos. Ou seja, um lar da Santa Casa da Misericórdia do Porto, os Hospitais Menores, que serve aproximadamente 100 idosos, em regime de internato e com uma grande componente de serviço de enfermagem, e um conjunto de residências para idosos, apoiadas por um Centro de Dia, da Associação das Obras Sociais de S. Vicente de Paulo, a Casa de Lordelo, que presta apoio a um máximo de 30 idosos, em regime de cedência de habitação e prestação de serviços, preservando a completa autonomia na gestão da vida diária dos idosos ali residentes (sendo mesmo única no género, a funcionar na cidade do Porto).

Relativamente aos idosos a residir na comunidade escolhemos, também a partir de critérios de dimensão e acesso, duas situações diferentes, um bairro de 30 habitações da Santa Casa da Misericórdia do Porto, o Bairro Monteiro dos Santos, com

aproximadamente 70 anos, conhecido pelo "Bairro das Velhas" ou "Bairro das Viúvas" que, como o nome indica, se destina a alojar velhas viúvas necessitadas e, nas suas imediações, um bairro camarário, servido pelo Apoio Domiciliário da Obra Diocesana de Promoção Social e que, pelo facto de ter sido construído, há 30 anos, alojando, ao tempo, famílias já constituidas, a viver em precárias condições, tem, actualmente, uma grande concentração de idosos residentes.

Quer junto dos idosos institucionalizados, quer junto dos residentes na comunidade, procurámos compreender o respectivo cenário, enquadrar as histórias de vida e o actual contexto, avaliando, entre outras coisas, o seu bem-estar psicológico. O conceito de bem-estar, de satisfação de vida, de moral, são constructos multidimensionais, relacionados com uma série de outros conceitos, entre os quais destacamos o de envelhecimento óptimo ou velhice bem sucedida. O que faz com que indivíduos de idêntica condição socio-económica se sintam mais ou menos satisfeitos na última etapa da sua vida, e porquê, são as questões centrais. Os nossos objectivos vão no sentido de compreender a interdependência entre os vários cenários em que os fomos encontrar, as suas histórias de vida e os seus actuais contextos. O facto de estarmos perante um conjunto de tal forma complexo de variáveis, que nenhum modelo interaccionista poderia explicar, fez-nos adoptar um modelo transacional de abordagem ambiental.

Dedicámos o segundo capítulo á problemática da psicologia

ambiental e das abordagens nao intrusivas, e o terceiro à perspectiva ecológica do envelhecimento. Os três capítulos seguintes correspondem a três aspectos centrais na problemática da velhice: o controlo do meio (cap. 4), o papel das redes sociais de apoio (cap. 5) e o bem-estar e satisfação de vida (cap. 6). Seguidamente começámos por fazer um descrição sumária da metodologia utilizada no trabalho de campo (cap. 7) prosseguindo com a descrição qualitativa dos cenários estudados, instituições (cap. 8) e grupos na comunidade (cap. 9), e respectiva população de idosos residentes. No capítulo 10 procedemos à avaliação ambiental quantitativa dos dois ambientes institucionais. A avaliação, também quantitativa, dos idosos, com a utilização de questionários psicológicos, do seu nível de funcionamento, está presente no capítulo 11, 12 e 13 e a avaliação do bem-estar psicológico no capítulo 14. O conjunto dos resultados da investigação levada a cabo com idosos a viver em instituição e a viver na comunidade e respectivas conclusões, são apresentadas no capítulo 15.

2 UMA PERSPECTIVA ECOLOGICA EM PSICOLOGIA

A Psicologia Ecológica surge no âmbito da procura de um novo paradigma em Psicologia "que acabe com a alienação estrutural de uma Psicologia em que não há pessoas com programas de vida e acções intencionais, vivendo e agindo em cenários socio-ambientais concretos e temporais, mas "sujeitos" dos "grupos experimentais" e dos "grupos de controlo" e "respostas" a "estímulos" ou "manipulações" de laboratório". (Soczka, no prelo). Para além deste crescente criticismo em relação à forma de fazer uma ciência vazia das dimensões humanas, o aumento da pressão dos movimentos ecológicos, a preocupação com o ambiente e em resolver problemas sociais estão na origem da Psicologia Ambiental, que visa uma abordagem molar e multidimensional dos fenómenos, favorecendo investigações naturalísticas (Altman e Rogoff, 1987).

O modelo ecológico de abordagem do comportamento teve origem nos trabalhos de K. Lewin na década de 30 e 40, na continuação da escola fenomenológica europeia, da Teoria da Forma. Algumas décadas depois, a psicologia ambiental teve um avanço significativo a partir do trabalho de Proshansky, Ittelson e Rivlin (1967) "A influência do ambiente físico no comportamento: algumas assumpções teóricas", e dos trabalhos de Barker e Wrigth (1955), estes últimos, discípulos directos de Lewin.

Como modelo de análise, a perspectiva ecológica ultrapassa as abordagens parciais e adopta uma visão integrativa, não se limitando ao estudo das variáveis do indivíduo (P), como o faz habitualmente a Psicologia, ou à dimensão ambiental (E), vista pela Psicologia Social, apenas na sua dimensão intra e inter-grupal, e deixando de lado as variáveis físicas do sistema ambiental. De acordo com Wicker (1979, p. 16), a psicologia ecológica é o estudo da relação interdependente, entre as acções de pessoas, dirigidas para um objectivo, e os cenários comportamentais, nos quais essas acções ocorrem". A questão que se coloca agora é saber como o indivíduo percebe, conhece e cria o ambiente, e o papel que o ambiente físico tem em todo este processo. Como é que o ambiente influencia o comportamento, se de uma forma directa, sem mediações cognitivo-emocionais de premeio, ou de uma forma indirecta, como variáveis mediadoras, ou mesmo de forma directa e indirecta, conforme o ambiente e comportamento considerados.

De acordo com Altman e Rogoff (1987), que adoptam a definição de ambiente de Rapoport (1982), o ambiente é uma organização sistemática e complexa de espaço, tempo, significado, e comunicação, que ocorrem em simultâneo numa série de configurações. Compreender os locais e o que lá acontece, requer uma perspectiva holística, em que se reconhece uma unidade temporal que flui, tipos de participantes, regras de comunicação e significados psicológicos de interacção. Dito de outra forma: "os espaços tornam-se locais, quando estão ligados a pessoas, ganham significado psicológico e implicam o

decurso de actividades" (Altman e Rogoff, 1987, pág.31). "O objectivo dos estudos holísticos não é necessariamente testar hipóteses mas descobrir os aspectos dos contextos socio-físicos, nos quais nós conduzimos a nossa investigação, que se espera que possam afectar a variabilidade do fenómeno" (Winkel, 1987, p. 82).

Ao nível da interacção humana, num dado ambiente, e a qualquer propósito, o indivíduo responde, não a uma difusão de estímulos e objectos no espaço, mas a uma outra pessoa, empenhado numa actividade específica, num local específico e com um objectivo específico. O ambiente físico - simples ou complexo - evoca respostas humanas complexas, na forma de sentimentos, atitudes, valores, expectativas e desejos, e é nesse sentido, assim como nas suas propriedades físicas conhecidas, que se deve compreender a sua relação com a experiência humana e com o comportamento. (Proshansky et al., 1967). Com base na elaboração de mapas comportamentais, dos quais derivam categorias analíticas gerais do comportamento, estes autores chegaram a 13 princípios teóricos, que formam a base de uma perspectiva ambiental em Psicologia:

1. O comportamento humano, relativamente a um dado contexto físico é duradoiro e consistente no tempo e de situação para situação; desta forma podem ser identificados padrões característicos de comportamento para esse contexto físico.
2. O comportamento humano, num dado contexto físico, revela diversidades no espaço, em qualquer dado momento do tempo, e

uma variabilidade contínua no tempo, para qualquer espaço considerado.

3. O contexto físico, que define e estrutura qualquer situação concreta, não é um sistema fechado; as suas fronteiras não são fixas, nem no tempo, nem no espaço.

4. O comportamento num dado contexto físico organiza-se dinamicamente: uma alteração numa dada componente do contexto afecta em graus variados todas as outras componentes do contexto, alterando assim o padrão comportamental característico do contexto como um todo.

5. Quando uma mudança no contexto físico não conduz a um padrão comportamental até então característico deste contexto, esse comportamente virá a expressar-se num outro tempo e lugar.

6. A mudança dos padrões comportamentais, característicos de um dado contexto físico, pode ser induzida pela mudança das estruturas físicas sociais e administrativas que definem esse mesmo contexto.

7. O ambiente é um processo activo e contínuo, cujas componentes definem e são definidas pela natureza das inter-relações entre eles, num dado momento e ao longo do tempo.

8. Toda e qualquer componente do sistema ambiental interage ou tem relações definidas em toda e qualquer outra componente, por duas vias: a) actua em todos os níveis de funcionamento do sistema; b) é activada por todos os níveis e é alvo das consequências da sua própria acção, em termos de mudança da situação ambiental.

9. O ambiente é único num dado tempo e lugar.

10. O estudo dos processos ambientais do ponto de vista de um participante particular nesse processo, gera uma situação dicotomizada entre o participante e as restantes componentes do sistema ambiental.

11. Apesar do carácter único de cada situação ambiental, existem tantas envolventes quantas as componentes, a partir dos quais os sistemas e os seus processos são observados.

12. As envolventes de cada componentes são neutras, do ponto de vista do participante no sistema ambiental, e apenas deixam de ser em função dos seus desvios em relação a níveis de adaptação, característicos dos participantes.

13. Apesar do participante permanecer em larga parte inconsciente das envolventes do processo ambiental, essas envolventes continuam a exercer uma influência considerável no seu comportamento.

Numa perspectiva ambiental o estudo das relações homem-ambiente expressa-se, de acordo com Soczka (1986), como um sistema aberto, global, e não dicotómico, que integra as componentes físicas do contexto (arquitectura, acústica, iluminação, decoração, mobiliário, etc) e as enquadra na dimensão social (componentes culturais, organizacionais, interpessoais, intergrupais, etc.) numa dependência recíproca que cria um clima psicológico característico do contexto em análise. As componentes do sistema ambiental não podem ser vistas isoladamente, a não ser por motivos operacionais, para logo de seguida serem reintegradas no funcionamento global do sistema, que é único e em permanente fluxo.

2.1 O Contributo de Barker

No âmbito da Psicologia Ambiental o trabalho de Barker (1968) é, seguramente, um marco fundamental. Este autor afirma que a psicologia ecológica é um novo tipo de abordagem que se preocupa "quer com os comportamentos moleculares quer molares e com o meio psicológico (o espaço de vida nos termos de Kurt Lewin; o mundo tal como é percebido e afectado por uma pessoa particular) e o meio ecológico (o contexto objectivo, perceptual do comportamento; os cenários da vida real em que as pessoas se comportam)" (Barker, 1968, p. 1). A sua atenção dirige-se contudo particularmente ao meio ecológico dos comportamentos molares humanos. O ambiente é considerado como um arranjo, altamente estruturado de objectos e acontecimentos, que coagem o comportamento de acordo com os seus próprios padrões dinâmicos. Para estudar as relações comportamento-ambiente, a qualquer nível, o ambiente e o comportamento têm que ser descritos e medidos independentemente. Na medida em que o ambiente é estruturado, uma das tarefas é descrever essa estrutura. "É importante para a psicologia descobrir técnicas dóceis ("tender-minded") e não intrusivas para perservar intacto o comportamento que ocorre naturalmente e o seu meio ecológico." (Barker, 1968, p. 10). Nesse sentido, Barker apresenta alguns pressupostos básicos: 1) indentificar o comportamento, neste caso molar, que interesse estudar; 2) observar e descrever o meio, no sentido de desenvolver teorias que servirão de guia para futuras

investigaçoes; 3) considerar que, ao contrário do espaço de vida, o ambiente tem uma realidade objectiva externa, com atributos temporais e físicos; 4) considerar que o ambiente ecológico ocorre dentro de unidades com fronteiras; 5) as pessoas que estão dentro de uma dada unidade ecológica, diferem nos seus atributos psicológicos, pelo que o seu comportamento, no mesmo ambiente, difere; 6) mas, como se espera que tenham atributos comuns, os participantes de unidades ecológicas idênticas, exibirão características de padrões de comportamento extra-individual, da mesma forma, que os participantes de diferentes unidades ecológicas, exibirão diferentes padrões de comportamento extra-individual. Resumindo "o ambiente ecológico do comportamento molar de uma pessoa, consiste em locais físico-temporais, limitados e variados, mas com padrões estáveis de comportamento das pessoas, no seu conjunto." (Barker, 1968, p. 11).

As unidades ecológicas, a que o autor se refere, são auto-geradas, têm um local, um espaço e uma fronteira, que separa padrões internos de padrões externos diferentes, e são regidos por leis diferentes, ainda que possam ser idênticas, das que governam os conjuntos de unidades.

Os cenários-comportamentais têm, de acordo com Barker (1968), atributos estruturais e dinâmicos que são os seguintes: 1) os cenários-comportamentais consistem em um ou mais padrões de comportamento, que são entidades de comportamento discretas, com coordenadas temporo-espaciais unívocas, correspondendo a

um fenómeno comportamental extra-individual, com características únicas que persistem quando os participantes mudam; 2) são padrões de comportamento-e-meio, o meio dos cenários comportamentais existe, independentemente dos padrões de comportamento e das percepções pessoais sobre o cenário; 3) o meio é circunjacente ao comportamento, e tem fronteiras temporais e físicas que o envolvem; 4) o meio é sinomorfo ao comportamento, quer dizer, tem uma estrutura semelhante, descrevendo a característica essencial da relação entre o comportamento e o meio do cenário comportamental; 5) as partes do comportamento-meio são os sinomorfos; 6) os sinomorfos têm um grau específico de interdependência. Afirma Barker (1968, p. 19): "Faltava a ciência das coisas e das ocorrências, que tivessem atributos físicos e comportamentais"; 7) os sinomorfos têm um maior grau de interdependência entre eles próprios, do que com outras partes de outros cenários comportamentais; consistem em entidades comportamento-e-meios-sinomórficos-circunjacentes. Nós chamamos a estas partes dos cenários comportamentais, sinomorfos meio-comportamento ou simplesmente sinomorfos. Do ponto de vista estrutural, o cenário comportamental é um conjunto de sinomorfos. As fontes de sinomorfia são: a) as forças físicas; b) as forças sociais; c) os processos fisiológicos; d) a percepção fisiognómica; e) a aprendizagem; f) a selecção pelas pessoas; g) a selecção pelos cenários comportamentais; h) a influência do comportamento no meio".

Os cenários comportamentais têm, além das características

essenciais e invariantes, que acabamos de descrever, muitas outras: 1) o locus geográfico; 2) o locus temporal; 3) a população; 4) o tempo de ocupação; 5) a posição funcional dos habitantes; 6) os padrões de acção; 7) os mecanismos comportamentais; 8) a pressão que exercem sobre várias populações para que entrem e participem neles; 9) a autonomia, que se refere à medida em que o seu funcionamento é influênciado por ocorrências, originadas dentro e fora da comunidade; 10) a assistência, que se refere à medida em que respondem às necessidades de diferentes subgrupos da população.

A semelhança do que se passou com outros modelos em Psicologia, as primeiras tendências dentro do modelo ambiental, entre as quais, a do próprio Barker, que acabámos de referir, foram deterministas, no sentido em que consideravam que havia um determinismo arquitectónico para os fenómenos sociais. Posteriormente, avançou-se com perspectivas interaccionistas, entre o meio e a pessoa, e destas para as transacionais, em que não há já decomposição do todo em factores, e a imbricação dos elementos é completa (Altman e Rogoff, 1987).

2.2 Modelos em Psicologia: A Perspectiva Transacional em Psicologia Ambiental

De acordo com Altman e Rogoff (1987), há quatro diferentes

perspectivas em Psicologia que fizeram a sua progressão histórica até ao momento presente, são elas: 1) a do traço; 2) a interaccionista; 3) a organísmica; 4) a transacional. Estas diferentes visões do mundo diferem na definição de psicologia, unidade de estudo, e concepção das relações entre a pessoa e o meio, para além de pressuporem, diferentes metodologias e estratégias de estudo.

A perspectiva de traço, surge muito ligada a conceitos como o de mente e instinto, assumindo o funcionamento psicológico como governado por forças internas ou qualidades intrínsecas inerentes aos objectos, organismos ou fenómenos, visa a essência, e despreza os aspectos temporais e contextuais dos fenómenos. Esta visão do mundo tem vindo a ser abandonada, em favor de modelos mais complexos na explicação dos fenómenos psicológicos, aos quais vamos prestar uma atenção mais detalhada.

A visão interaccionista do mundo, considerada a abordagem dominante da psicologia comtemporânea, define-a como "um campo que estuda a previsão e controlo do comportamento e processos psicológicos" (Altman e Rogoff, 1987, p. 15). O seu modelo de análise é habitualmente linear, entre uma causa antecedente e um resultado consequente, podendo no entanto abranger cadeias de relações causa-efeito e variáveis dependentes intermediárias. Neste tipo de abordagem, procuram-se identificar situações e pessoas, ou entidades psicológicas independentes, e descrever as suas características e

propriedades, para de seguida estudar os seus efeitos independentes e interactivos, nos resultados e funcionamento psicológico, com a lógica das análises de variância dos modelos estatísticos, que prevê efeitos principais e interacções. Os factores temporais são aqui tratados como distintos dos processos psicológicos, e as mudanças são descritas como resultado da interacção de variáveis e não como aspectos intrínsecos dos fenómenos. Apesar do tempo ser considerado como uma dimensão independente, assumem-se as variações temporais dos fenómenos psicológicos, localizando-os no tempo. A filosofia da ciência, nesta perspectiva, sublinha a análise, objectividade, testabilidade, generalizabilidade, preditabilidade e princípios e leis universais dos fenómenos psicológicos.

Em psicologia ambiental, a abordagem interaccionista caracteriza-se pela consideração da existência separada de contextos e cenários, factores pessoais, processos psicológicos e variáveis temporais, que são analisados e descritos como dimensões separadas, examinando-se posteriormente as suas interacções, na tentativa de determinar relações causais. Geralmente o ambiente é tratado como uma variável independente preditiva, e o funcionamento psicológico como uma variável dependente. O tempo, serve para localizar e descrever as mudanças observadas. A teoria da aprendizagem operante, aplicada aos fenómenos ambientais, é um exemplo de uma abordagem interaccionista em psicologia ambiental, dando ênfase às contingências ambientais, na produção de variações

nos resultados.

A abordagem organicista define psicologia como "o estudo de sistemas psicológicos dinâmicos e holísticos, no qual as pessoas e os componentes ambientais exibem influências e relações recíprocas complexas". (Altman e Rogoff, 1987, p.19). Nesta perspectiva a unidade de análise é o sistema holístico, em que os elementos se consideram subordinados aos propósitos ou relações que governam o todo. Estes todos, e algumas relações parte/todo, são a unidade de análise do fenómeno psicológico, e consideram o todo como tendo propriedades distintas, que não são derivadas directamente das propriedades dos elementos que formam o todo, que não é por conseguinte igual à soma das partes, como o encara a perspectiva interacionista. Os conceitos de homeostase, balanço e consistência integram este modelo. O modelo de Bandura (1986), é um exemplo da perspectiva organística em psicologia, bem como em psicologia ambiental a abordagem de Moos (1984), utilizada por nós próprios na avaliação do ambiente das várias instituições de idosos. Moos considera sistemas holísticos, compostos de elementos separados em interacção multifacetada e multidireccional, como veremos detalhadamente no cap. 10.

Esta visão tem de comum com a de traço e a interacionista, o considerar que os sistemas são compostos de elementos ou partes, mas o que distingue esta perspectiva, é o considerar esses elementos como relacionados de forma complexa entre si, sendo sensível aos factores temporais, postulando uma

qualidade dinâmica, dos sistemas molares. No entanto, as mudanças são reportadas a princípios teleológicos ou à homeóstase, ou seja, causas finais, ideais, de funcionamento estável que seriam o seu fim último.

A perspectiva transacional do mundo, define psicologia como "o estudo de relações em mutação, de aspectos do meio psicológico e ambiental, das unidades holísticas" (Altman e Rogoff, 1987, p. 24). A unidade de estudo são as entidades holísticas, como os acontecimentos envolvendo pessoas, processos psicológicos e ambientes. O todo transacional não é composto de factores separados, mas é a confluência de aspectos inseparáveis, que dependem uns dos outros, para a sua definição e significado. Na perspectiva transacional, não há elementos separados ou conjuntos de relações discretas, em que o sistema seja divisível. As mudanças são consideradas como um aspecto intrínseco dos acontecimentos, e não se fazem em direcção a nenhum ideal, ainda que se admita que a dinâmica dos acontecimentos psicológicos, embora variável, pode formar padrões gerais, ao longo de acontecimentos semelhantes, ou seja, a mudança não é necessariamente ao acaso e idióssincrática. Nesta perspectiva, quer os acontecimentos únicos, quer os semelhantes, são de interesse. Os objectivos são baseados em motivos seja a curto seja a médio prazo, normas sociais, qualidades emergentes dos fenómenos, entre outros, mas são flexíveis e geralmente múltiplos, na mesma configuração transacional. Outro dos aspectos considerados neste modelo é a posição relativa do observador que, noutras

perspectivas é considerado como separado e independente do fenómeno que observa, mas que aqui, é tido como um aspecto do acontecimento, que é parcialmente definido pelas qualidades dele próprio. O papel, perspectiva, e "localização" do observador, têm que ser compreendidos como aspectos do fenómeno em estudo. Em psicologia, a teoria de Lewin é, segundo Altman e Rogoff (1987), em muitos aspectos uma perpectiva transacional, uma vez que o fenómeno psicológico é considerado como embutido nas situações físicas e sociais, formando o "espaço de vida" ou "campo psicológico", que é um espaço dinâmico feito de mudanças contínuas entre regiões e relações pessoa-ambiente.

Do ponto de vista metodológico, a perspectiva transacional é eclética, não rejeita os métodos experimentais, uma vez que todos os processos psicológicos ocorrem num contexto, mesmo que este seja o laboratório e desde que o fenómeno em estudo seja uma acção e não uma estrutura estática, sublinhando estados e condições fixas. É necessário tratar o processo como integrado num contexto, e nenhum contexto é completamente generalizável. Os investigadores que se situam neste modelo, preferem habitualmente trabalhar em ambientes naturais, como casas, locais de trabalho etc. A utilização de medidas normalizadas e rígidas em diferentes cenários, pode resultar numa fragmentação artificial do fenómeno, ou numa imposição de indicadores psicológicos, não apropriados para as qualidades do ambiente em questão.

Idealmente, uma abordagem transacional deve primeiro analisar a situação ou acontecimentos de interesse, incluindo características dos participantes, o ambiente e as normas e regras que ligam as pessoas e o contexto. Depois podem-se utilizar medidas normalizadas, adequadas aos aspectos dos acontecimentos, ainda que possam ser necessários indicadores e medidas próprias daquele acontecimento, e talvez não utilizáveis de novo, noutras situações, que captem os indicadores idiossincráticos do fenómeno. Este processo implica uma forte ligação entre os constructos teóricos e as medidas, e uma capacidade, que os autores aplidam de "artística", para identificar indicadores fundamentais nas situações. Tem que se ter em atenção a função de qualquer acto particular, no ambiente em que é observado, assim como a sua finalidade para o participante. Idealmente as medidas derivam dos acontecimentos e não são impostas de fora, generalizando-se, não as metodologias, mas os constructos teóricos, subjacentes à investigação. "Os que adoptam uma abordagem transacional devem ser receptivos ao uso de um vasto conjunto de métodos de investigação" (Altman e Rogoff, 1987, p. 36).

Os contextos e cenários incluem as qualidades do meio físico e social, que possam ser psicologicamente relevantes, a natureza das tarefas e instruções, o fluir dos acontecimentos, como é que os cenários se relacionam com outros aspectos da vida das pessoas, o significado e interpretação das situações pelos participantes, e a familiariedade dos participantes com o cenário (Altman e Rogoff, 1987).

Blank (1989) também equaciona o problema das correntes dentro da psicologia, reportando-se especificamente ao envelhecimento, de uma forma idêntica à de Altman e Rogoff (1987), que acabamos de relatar, optando posteriormente por uma perspectiva que ele chama de contextualista, que mais não é do que a abordagem transacional descrita acima.

A investigação e as teorias existentes, nomeadamente no âmbito da psicologia social do envelhecimento, enquadram-se em duas diferentes concepções do mundo. Uma visão mecanicista que considera um conjunto de factores estáveis, concebidos como partes de uma máquina, que se interrelacionam basicamente da mesma forma, até que a máquina cesse a sua função. Uma visão organicista que dá enfase ao organismo biológico do indivíduo, donde o próprio desenvolvimento social é explicado pela mudança na estrutura neuronal, ao longo de uma série de estádios estruturados, e progressivamente mais complexos. Ambas estas perspectivas têm em comum o facto de considerarem a existência de uma estrutura base, estável, universal e trans-histórica. Uma outra visão do mundo é a contextualista, que considera o comportamento, o pensamento e os seus contextos, como o produto de transações, negociações, entre um conjunto de participantes, num devir que é intrinsecamente incompleto, e não como entidades estáveis e reais. O desenvolvimento ou as interacções sociais são o resultado de combinações únicas, de influências e acções de todos os participantes, incluindo o meio físico, as estruturas sociais, as representações mentais e acontecimentos históricos, assim

como as pessoas individuais (Blank, 1989). Nesta concepção, a realidade e o pensamento não pode ser compreendido ou explicado sem referência às relações com os objectivos, intenções e significado dos contextos, suas situações e história. Uma vez que as situações e a história estão sempre a mudar, os métodos contextualistas visam revelar processos de negociação, construção e recriação das relações, entre as pessoas, e entre as pessoas e os seus contextos em mutação.

Ao contrário das perspectivas mecanicista e organicista, que visam as leis universais do envelhecimento, o contextualismo sublinha a necessidade de controlo, ainda mais crítico no idoso, em que esse controlo pode ser posto em causa devido a perda de funções, capacidades sensoriais ou motoras, papéis ou pessoas, ou pela colocação em situações que induzem a dependência. No domínio da relação pessoa/meio físico, a perspectiva contextualista integra modelos, como o ecológico de Lawton, mas introduzindo uma vertente dinâmica. O modelo de Competência-Pressão é um modelo linear da relação entre a capacidade do indivíduo e a pressão ambiental, o que implica que apenas uma gama limitada de ambientes são adequados para um determinado nível de capacidade do indivíduo. Segundo Blank (1989) este modelo não deixa de ser uma boa descrição das relações entre dois elementos estáticos, e duas entidades claramente distintas, a pessoa e o ambiente. Expandindo este modelo, o autor propõe considerar uma interacção dinâmica entre um meio em mudança constante e um individuo cujas competências estão também a mudar continuamente. A pessoa cria

o ambiente e altera-o, ao longo do tempo, tanto quanto o ambiente facilita ou dificulta o comportamento funcional ou disfuncional, a auto-avaliação e o afecto. O ambiente depende, nas suas características potenciais, de quem o habita, assim como a actividade e afecto dos residentes depende, dessas características potenciais do ambiente.

A perspectiva contextual, também é defendida por Stokols (1987) que considera que os fenómenos estão integrados e são influênciados por um conjunto envolvente de acontecimentos. A perspectiva contextual em psicologia, caracteriza-se por 1) considerar o fenómeno psicológico em relação com o meio espacial, temporal e sociocultural em que ocorre; 2) alargar o foco de atenção das respostas dos indivíduos a estímulos discretos, a análises molares e longitudinais das actividades e cenários do dia-a-dia; 3) analisar situações específicas do fenómeno psicológico, contrabalançando a procura de leis e relações generalizáveis entre ambiente e comportamento; 4) considerar explicitamente o critério de validade ecológica externa, simultaneamente à validade interna da investigação, não só quando se programa a investigação comportamental, mas também quando se avalia a aplicabilidade dos dados ao desenvolvimento de políticas públicas e intervenções comunitárias.

O primeiro passo a dar, numa investigação contextual, é identificar o fenómeno central que vai ser examinado, para de seguida se definirem o conjunto de variáveis situacionais, ou

contextuais, que se considera que exercem uma influência importante na formas e ocorrência do fenómeno designado. Neste tipo de investigação, incorporam-se preditores suplementares, que surgem da própria situação ou de outras áreas da vida das pessoas, que presumivelmente qualificam a relação entre as variáveis em estudo.

A validade contextual refere-se à fidelidade com que a teoria especifica o padrão de relações entre o conjunto de variáveis designadas e um ou mais factores situacionais. A validade preditiva de uma teoria, é necesária, mas não suficiente, para a validade contextual, uma vez que pode ser obtida num determinado cenário e fracassar em especificar moderadores importantes do fenómeno, que se tornariam evidentes noutros cenários, não observados. A validade contextual envolve a avaliação em diferentes situações, e a apreciação de semelhanças entre diferentes cenários. O objectivo das teorias contextuais, são as fontes potenciais de variações contextuais, em explicações do comportamento, mais integrativas e contingentes, do ponto de vista ambiental. Para além da validade contextual, consideram-se ainda outros critérios como: a) o poder relativo, que se refere á medida em que incorpora o leque completo de factores situacionais, que qualificam um factor particular, b) a eficiência, na medida em que inclua apenas os factores que exercem uma influência significativa nas variáveis em estudo, c) a generatividade, que se refere à sua capacidade de criar novas perspectivas sobre importantes moderadores contextuais do fenómeno em

estudo, que não estavam explicitadas na versão inicial da teoria, ou em trabalho empírico prévio; d) a utilidade de aplicação.

As dimensões básicas da análise contextual são 1) o alcance espacial, temporal e cultural; 2) o estudo a nível, quer individual, quer colectivo; 3) a utilização, quer de representações objectivas, quer subjectivas e a 4) representação das pessoas e do ambiente, em termos da sua independência ou características partitivas ou, pelo contrário, em termos de ordem superior, conceitos compósitos como, por exemplo, a adequação da pessoa ao meio, a identidade do local, etc.

Os pressupostos programáticos que Stockols (1987) propõe, para servirem de guia ao desenvolvimento de teorias e investigação contextual, são os seguintes:

1. A especificação de variáveis moderadoras contextuais que se deve tornar uma parte integrante da teoria psicológica.
2. A atenção, não só às reacções discretas das pessoas a estímulos, mas a fenómenos qualificados pelos cenários comportamentais, domínios da vida e situações em que ocorrem, permitindo avaliar a interrelação entre condições ambientais, actividades e experiências que ocorrem dentro e em diferentes domínios da vida.
3. Examinar os fenómenos psicológicos, em relação a dimensões temporais e contextos, o que implica considerar que a história de um indivíduo ou grupo e a sua antecipação do futuro,

qualificam a sua experiência de, e a resposta a, condições ambientais imediatas.

4. Evitar o reducionismo de muitas teorias comportamentais, e considerar sistematicamente as dimensões socio-culturais do indivíduo e comportamento colectivo.

5. Examinar o contexto efectivo de um fenómeno, na perspectiva individual e de grupo.

6. Utilizar quer representações objectivas quer subjectivas do contexto, reduzindo duas fontes de enviezamento na investigação psicológica: a tendência de interpretar o comportamento das pessoas inteiramente em relação a características objectivas do seu meio físico e social ou, no outro extremo, considerar o efeito directo (não mediado psicologicamente) das condições do ambiente no comportamento. A avaliação sistemática das características objectivas do meio, assim como das apreciações subjectivas das pessoas sobre o que as rodeia, permitindo perceber quais os efeitos contextuais no comportamento que são ou não mediados cognitivamente.

7. Apreciar o grau e qualidade e interdependência entre as pessoas, as suas actividades e os locais, por intemédio da partição ou de termos compósitos, evitando as abordagens ateóricas dos ambientes.

Uma questão pertinente, que Stokols (1987), coloca é sobre a relativa estabilidade/instabilidade dos fenómenos comportamentais, apontando para a necessidade de desenvolver teorias transformacionais, que expliquem as circunstâncias em

que as transações pessoa/meio têm probabilidade de sofrer uma mudança rápida e fundamental.

Moos (1976) considera seis dimensões, que não são mutuamente exclusivas, mas antes interrelacionadas, para conceptualizar e avaliar os ambientes humanos, são elas: 1) as dimensões ecológicas, que incluem variáveis geográficas-metereológicas e arquitecturais-físicas; 2) os cenários comportamentais, que são as únicas unidades que incluem, quer propriedades ecológicas, quer comportamentais; 3) as dimensões da estrutura organizacional; 4) as dimensões que identificam as características pessoais colectivas e/ou comportamentais dos residentes; 5) as dimensões relacionadas com as características psicossociais e os climas organizacionais; 6) as variáveis relevantes à análise funcional ou de reforço dos ambientes.

Estas dimensões, aplicam-se ao estudo de qualquer sistema físico e social, e da sua análise resulta um conhecimento que visa maximalizar as probabilidades do crescimento humano e facilitar um funcionamento eficaz. "O arranjo óptimo dos ambientes é provavelmente a mais poderosa técnica de modificação do comportamento que temos disponível (...) Nessa medida, a tarefa mais importante para as ciências sociais e comportamentais, devia ser a descrição e classificação sistemática dos ambientes e dos seus diferentes custos e benefícios, para a adaptação" (Moos, 1976, p.50).

2.3 Aspectos Metodológicos da Investigação em Psicologia Ambiental

Depois de caracterizada a abordagem ambiental em psicologia e nomeadamente a perspectiva transacional e contextualista, vamos considerar mais alguns aspectos relativos às questões metodológicas que se colocam e à validade das investigações realizadas neste domínio. Proshansky (1976) resume as questões relacionadas com a metodologia em psicologia ambiental, por oposição ao paradigma analítico-experimental, que segundo ele fracassou na sua tentativa de explicar os fenómenos, a um conjunto de cinco exigências fundamentais.

A primeira exigência metodológica, em psicologia ambiental, refere-se ao seu objecto de estudo que é o mundo real. Para compreender as relações entre as experiências e comportamento humano e as dimensões do cenário físico, é necessário adoptar uma metodologia que perserve a integridade desses acontecimentos, o que implica que a) os conceitos analíticos e dimensões empíricas utilizadas no estudo do indivíduo/cenário físico, no seu contexto natural, sejam eles próprios de tal natureza que preservem a integridade das relações (o que exclui o estudo de pequenas parcelas como os estímulos e as respostas); b) para chegar às dimensões e conceitos analíticos adequados, é necessário o estudo continuado do fenómeno, no seu contexto natural, para estabelecer e definir as suas propriedades e fronteiras e c) não chega afirmar que os

métodos devem ser não intrusivos, mas é necessário descobrir novas técnicas, e possivelmente em relação à natureza específica do fenómeno em estudo, o que implica, entre outras coisas, o envolvimento dos próprios sujeitos que estão a ser estudados.

A segunda propriedade metodológica do fenómeno indivíduo/cenário físico, requer que se faça uma distinção entre reacções do sistema comportamental e reacções do sistema psicológico. Do primeiro, ou seja do comportamento e experiências, o indivíduo não tem consciência, enquanto que, relativamente às respostas ou comportamentos do sistema psicológico, há consciência por parte do indivíduo. No processo de resposta contínua, ao cenário físico, em que nós entramos e saímos no dia a dia, o indivíduo não está, em larga medida, consciente dos seus comportamentos e experiências, donde, as medidas para os avaliar, não podem ser as mesmas das utilizadas para medir sistemas psicológicos.

A terceira exigência metodológica refere-se a uma orientação para o conteúdo, ou seja, perceber as características reais do cenário físico, a sua finalidade, quais as formas de comportamento específica que eles elicitam, que tipo de pessoas envolvem, etc.

A quarta exigência metodológica é relativa à orientação no tempo. Orientar a investigação no aqui e agora, perservando a integridade pessoa/cenário físico, é estudar os fenómenos ao

longo do tempo, uma vez que eles têm um princípio e um fim. Um acontecimento humano tem a sua história, o que aconteceu, e um desfecho.

A quinta exigência metodológica é estudar os fenómenos com uma orientação contextual, ou seja, tendo em atenção o seu contexto mais amplo, não só nas suas características físicas mas também sociais, organizacionais e culturais. A ideia não é apenas nomear esse contexto, mas torná-lo parte da análise conceptual do comportamento da pessoa.

"Em primeiro lugar, não só rejeitamos o modelo da ciência física de laboratório para a nossa investigação, mas rejeitamos a concepção da relação de simples causa-efeito, na compreensão de como é que o ambiente construido e as relações humanas, estão relacionados. Ao investigar, procupámo-nos muito menos com o controlo experimental e muito mais com o que, quando e como, descrever os acontecimentos decorrentes. Isto, porque não estamos à procura das relações usuais variável independente-variável dependente. Estamos à procura do padrão de relações, entre as propriedades observadas e descritas dos cenários físicos e das reacções observadas e descritas, semelhantes, das pessoas nesses cenários. Uma vez que a influência é mútua, são esses padrões de relações que são críticos, e não o isolar de como uma variável causa efeito noutra. (...) não acreditamos num conjunto fixo de princípios universais para o comportamento humano complexo. (...) é o tempo, assim com o espaço, que governam as influências

comportamentais." (Proshansky, 1976, p.59).

2.3.1 Validade da Investigação em Psicologia Ambiental

A questão da validade da investigação em psicologia ambiental já considerada por Stokols (1987) mereceu uma atenção particular por parte de Winkle (1987). Este autor considera que as investigações de campo visam os sistemas físicos, relativamente limitados, nos quais as pessoas exercem actividades dirigidas com um objectivo. A natureza e expressão desses objectivos é determinada por um conjunto complexo de variáveis pessoais, sociais e situacionais. Alguns desses factores são generalizáveis para outros cenários, enquanto outros são específicos de um dado local e tempo. Há muitas ocasiões em que as histórias pessoais dos indivíduos, os valores, as associações simbólicas ao cenários e as estruturas sociais, representam elementos contextuais importantes, essenciais para compreender as acomodações progressivas das pessoas ao meio.

A validade de uma avaliação refere-se ao facto de estarmos a medir o que nos proposemos medir. Ora, se a investigação ecológica não é menos válida do que outro tipo de abordagem, só por si, o facto de ser uma investigação de campo, não lhe confere mais validade do que a uma qualquer experiência de laboratório, pelo que se torna pertinente, debater a questão

da validade das investigações ambientais.

A validade ecológica de uma investigação refere-se à medida em que o desenho experimental do plano de investigação, e os instrumentos utilizados consigam uma estimativa fiel da multidimensionalidade dos fenómenos objecto de estudo, e dos componentes do contexto, que se espera que influênciem a variação dos fenómenos. A validade é baseda na probabilidade de que o desenho utilizado, o sistema de constructos introduzido ou induzido, explique o fenómeno, e/ou as intervenções utilizadas sejam capazes de produzir informação relativa às variações sistemáticas nos parámetros que definem os componentes do cenário, que afectam o fenómeno de interesse (Winkel, 1987). Este autor, reclama a necessidade de compreender o significado ou interpretações que as pessoas fazem dos ambientes que contactam, no decurso do seu desenvolvimento.

Tradicionalmente, a investigação decompunha e desagregava as múltiplas variáveis de um fenómeno, estudava-as isoladamente, para depois sintetizar e reconstruir uma teoria formal. Esta fase analítica da investigação, visava detectar as causas dos acontecimentos e a sua generalização. Controlavam-se o máximo possível de condições, usavam-se processos aleatórios, e para garantir a fiabilidade dos resultados, era necessário definir a variável causal, assegurando que ela precedesse no tempo a variável dependente, e demonstrando que era a única fonte de

variabilidade, para assegurar a validade interna do estudo. A validade externa, tinha então que ser conseguida a partir da generalização dos resultados a outros cenários, indivíduos, ocasiões e medidas alternativas.

Do ponto de vista ambientalista, a dinâmica dos cenários, a sua história e fases maturativas, a auto-selecção dos participantes, entre outros aspectos, que constituem potenciais ameaças à validade da investigação no sentido que acabamos de expor, devem ser consideradas, garantindo a validade da investigação.

Winkel (1987) revê uma série de propostas, nomeadamente de Stokols (1987) e Brunswick (1952) para, a partir daí, equacionar o problema da validade da investigação ecológica. Stokols (1987) propõe que se opte por uma abordagem ambiental que faça uma representação compósita do ambiente, envolvendo variáveis preditoras, cuja escolha tem como critério os aspectos do contexto, ou situação, que presumivelmente tenham um impacto nas medidas. Utilizando-se constructos multidimensionais, que representem a interdependência entre múltiplas partes da situação, por exemplo a adequação pessoa-ambiente, que influencia o grau de stress experimentado por um indivíduo. A adequação da pessoa ao meio é um constructo multidimensional, que afecta toda uma série de medidas de resultados que se queiram avaliar. Estas medidas compósitas, seriam então generalizáveis entre os cenários, quando se pretendesse determinar a validade externa de uma investigação.

"Os conceitos compósitos sao baseados num formato que resume as dimensões descritivas de um ou mais aspectos ambientais, permitindo a comparações entre cenários fenotipicamente diferentes." (Winkle, 1987, p. 81).

O contributo de Brunswick (1957), propõe a distinção entre variáveis distais e proximais dos fenómenos, considerando que a correlação entre as duas representa a validade ecológica das variáveis proximais que, portanto, variaria de um indicador e de uma situação para outra. As implicações metodológicas daí decorrentes, vão no sentido de, para além de se deverem fazer amostragens de pessoas, seria também necessário fazer amostras de ambientes, para se determinarem as ligações entre as variáveis distais e os resultados.

Seguindo a sugestão de Brofenbrenner (1977) uma experiência ecológica deve ser compreendida no campo do desenvolvimento, percebendo a acomodação progressiva do organismo humano em crescimento ao seu ambiente. O objectivo é mais o de ajudar a descobrir, do que testar hipóteses. Os métodos, como as observações naturalísticas, o estudo de casos, e as abordagens de campo, não são os preferidos deste autor, que tem uma perspectiva mais intervencionista, ao considerar que para que se perceba como uma coisa funciona é necessário tentar modificá-la. Além disso, Brofenbrenner (1977), defende a ideia de comparar sistematicamente dois ou mais sistemas ambientais.

Na discussão de todos estes contributos para a problemática da

validade ecológica das investigaçoes, Winkel (1987) foca ainda outros factores como a) a utilização de estratégias de amostragem selectiva, podendo ser usadas quer para estabelecer a variação nas variáveis explanatórias, quer para diminuir o grau de correlação que possa existir entre essas variáveis; b) a determinação das fronteiras do cenário, uma vez que as fronteiras físicas em si, não estabelecem as fronteiras psicológicas dos comportamentos, que podem ser reconhecidos; c) a avaliação do grau de premeabilidade directa e indirecta dessas fronteiras, por exemplo, troca de informações entre os participantes de diferentes locais, trocas essas que podem ser intencionais ou não, e congruentes ou incongruentes com as agendas comportamentais dos vários cenários; d) o grau de familiaridade que o investigador tem com o cenário que vai estudar, e a contribuição desse factor para a variação das medidas dependentes, é outra das questões que deve ser considerada; e) o conhecimento sobre se as pessoas que estão em diferentes cenários, escolheram lá estar, foram lá colocadas, ou um misto das duas coisas e, finalmente, f) a utilização desejável de várias fontes de informação, não só saber o que as pessoas pensam, sentem e nos comunicam verbalmente, mas também o que é que elas fazem.

Pondo em prática estas recomendações, avançadas por Winkel, as potenciais ameaças à validade da investigação ecológica podem ser contornadas, e passam a ser encaradas como variáveis mediadoras, numa perspectiva sistémica de abordagem dos fenómenos.

3 PERSPECTIVA ECOLOGICA DO ENVELHECIMENTO HUMANO

3.1 Modelos Explicativos

A equipa de Lawton, do Centro Geriátrico de Philadelphia, propõe um modelo ecológico, em que expande a equação de Lewin (1951), acrescentando-lhe a variável de interacção da pessoa com o ambiente, assim: B = f(P, E, PxE). Os aspectos que predizem a adaptação ambiental dos idosos são, a sua competência individual e a pressão exercida pelo meio (Lawton e Nahemow, 1973). Os traços da pessoa, têm a ver com a competência, definida como o limite teórico máximo da capacidade do indivíduo para funcionar, nas áreas de saúde biológica, sensação-percepção, comportamento motor, e cognição. O meio ambiente é conceptualizado, em termos das exigências que faz das capacidades sociais e físicas dos indivíduos, quer do ponto de vista real, quer subjectivo: a pressão alfa do mundo real e a pressão beta do mundo percebido. As exigências excessivas do meio, em relação às competências, provocam resultados negativos e stress, e as exigências inadequadas levam à perda de competências, por falta de uso. O ambiente ideal seria o que fizesse apelo ao uso pleno das capacidades residuais do indivíduo: "a zona de desempenho potencial máximo". De acordo com a hipótese de "docilidade ambiental", quanto menor é o nível de competência dos indivíduos, mais os factores do ambiente influenciam o comportamento. O indivíduo mais competente suporta uma maior pressão do meio.

Na sequência de várias críticas que este modelo de competência-pressão sofreu, nomeadamente de Carp (1984), Lawton fez uma revisão do modelo e, em 1985, introduziu o elemento de actividade do sujeito, na procura de adequação ao meio ao afirmar: "num processo ecológico primário, a pessoa responde à pressão do ambiente; numa perspectiva mais activa, a pessoa tem necessidades e preferências que a levam a procurar o ambiente que possa satisfazer essas necessidades" (Lawton, 1985, p. 451), posteriormente, Lawton (1987) apresentou a reformulação do seu modelo, incluindo as noções de proactividade, que confere ao indivíduo a possibilidade de alterar a estrutura social, e não se limitar a sofrer as consequências do ambiente.

Dentro das teorias ambientais do envelhecimento estão ainda outros modelos de Congruência, como o modelo socio-ambiental de Gubrium (1972), que considera a congruência entre as capacidades do indivíduo e as exigências de actividade, que o meio lhe coloca, ou seja, o indivíduo fica mais satisfeito consigo próprio e com as suas condições de vida, quando há congruência entre o que os outros significativos esperam dele, e o que ele pode esperar de si próprio. Há ainda os modelos de Kahana et al. (1975, 1980), de Kiyaks (1978), de Nehrke et al. (1981), todos visando a relação entre as características reais e/ou subjectivas do meio ambiente e da pessoa idosa, para uma adaptação óptima. As investigações de Moos e Lemka (1984) com o MEAP, embora sem proporem nenhuma teoria formal sobre o

ambiente e o envelhecimento, apoiam, através dos seus resultados, a ideia de que as variáveis das pessoas e do ambiente, e a interacção entre elas, são preditivas dos resultados.

No modelo de Victoria Plaza, referido nos diversos trabalhos de Carp (Carp e Carp, 1984, Carp, 1987), refere-se que os indivíduos que, antes de serem realojados, tinham personalidades e traços de comportamento congruentes com o meio físico, social e administrativo, se adaptam melhor ao novo meio e, pelo contrário, os indivíduos que anteriormente à mudança eram incongruentes com esse meio, são negativamente afectados por ele.

Carp e Carp (1984), partem dos mesmos pressupostos de Murray (1938), ao considerar que o bem-estar depende da satisfação das necessidades pelo meio. Essas necessidades, organizam-se hierarquicamente, de acordo com o modelo de Maslow (1954). A equação de Lewin é modificada pela introdução de mais um termo, que exprime a congruência entre a pessoa e o ambiente: B = f(P, E, PcE).

De acordo com Carp (1987) há dois modelos conceptuais que explicam a relação dos idosos com o ambiente: 1) o Modelo de Efeitos Directos e Indirectos do Ambiente e 2) o Modelo de Congruência/Complementariedade.

No modelo de Efeitos Directos e Indirectos do Ambiente,

considera-se que o meio ambiente objectivo, onde residem os idosos, tem um efeito directo no seu funcionamento, e também um efeito indirecto, canalizado através da percepção da satisfação com o meio. As variáveis do meio, são aspectos do meio específico, relevantes para as características dos seus utilizadores, as variáveis das pessoas são traços relevantes para o meio específico, incluindo as competências, as necessidades, os traços de personalidade, o estilo da vida passada e a idade. Os resultados podem ser modificados por: 1) outras características interpessoais dos utilizadores (sentido de competência pessoal, estilo de lidar com as situações e atitudes relativas à própria saúde); 2) situações extrínsecas (estado de recursos/privações e apoios sociais); 3) acontecimentos de vida recentes. Os resultados intermediários, são percepções da satisfação com o ambiente e as diferenças individuais no comportamento. Os resultados finais, são a sobrevivência, a independência e o bem-estar.

3.1.1 Modelo de Congruência/Complementaridade de Carp

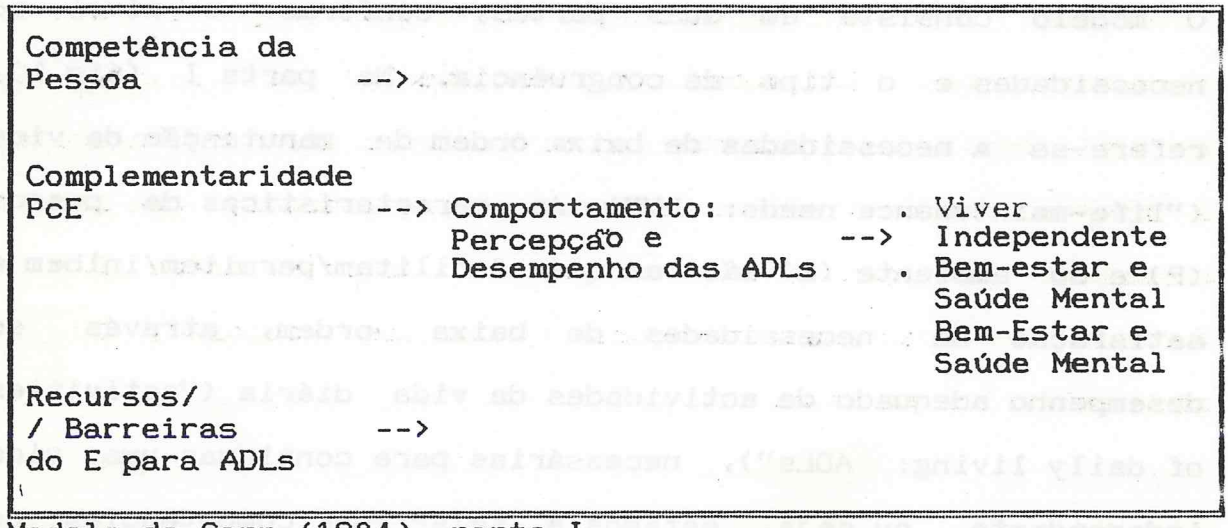
No Modelo de Congruência/Complementaridade, proposto por Carp e Carp (1984), os autores pretendem englobar vários contributos anteriores, principalmente da área da Psicologia Ambiental, como eles próprios referem, nomeadamente a teoria de campo de Lewin (1951) e a teoria da Pressão/Necessidade de Murray (1938), que são as bases dos modelos que pretendem

explicar as transações pessoas idosas/meio ambiente, e ainda, o citado modelo de Lawton, o de Kahana et al. (1980) e o de Nerke et al. (1981).

O modelo consiste em duas partes, conforme o nível de necessidades e o tipo de congruência. Na parte I (fig.1), refere-se a necessidades de baixa ordem de manutenção da vida ("life-maintenance needs: LM"). As características da pessoa (P) e do ambiente (E) são as que facilitam/permitem/inibem a satisfação de necessidades de baixa ordem, através do desempenho adequado de actividades da vida diária ("activities of daily living: ADLs"), necessárias para continuar uma vida independente, ou seja, estamos a falar das competências do indivíduo, e dos recursos/barreiras do meio, relevantes para as ADLs. A congruência é o grau de complementaridade entre esses dois factores. Os componentes de P e E, assumem aqui valências positivas ou negativas, de forma a que maior competência, assim como um ambiente que exerce uma pressão positiva (muitos recursos e poucas barreiras relativas às ADLs), favorece a adaptação, enquanto baixa competência e/ou um meio negativo, dificultam a adaptação. O grau de adequação entre o indivíduo e o meio, explica a restante variância. A adaptação depende da competência de P e das exigências de E, e da sua complementaridade, como por exemplo, no caso de um idoso com dificuldades de visão e um ambiente bem iluminado e bem sinalizado, ou compensação, por exemplo, uma cozinha especial para o desenrolar de actividades em cadeiras de rodas. Este modelo considera as pessoas com baixas

competências e num ambiente pobre, as que estão em maior risco de não poderem manter a sua vida independente.

Fig. 1

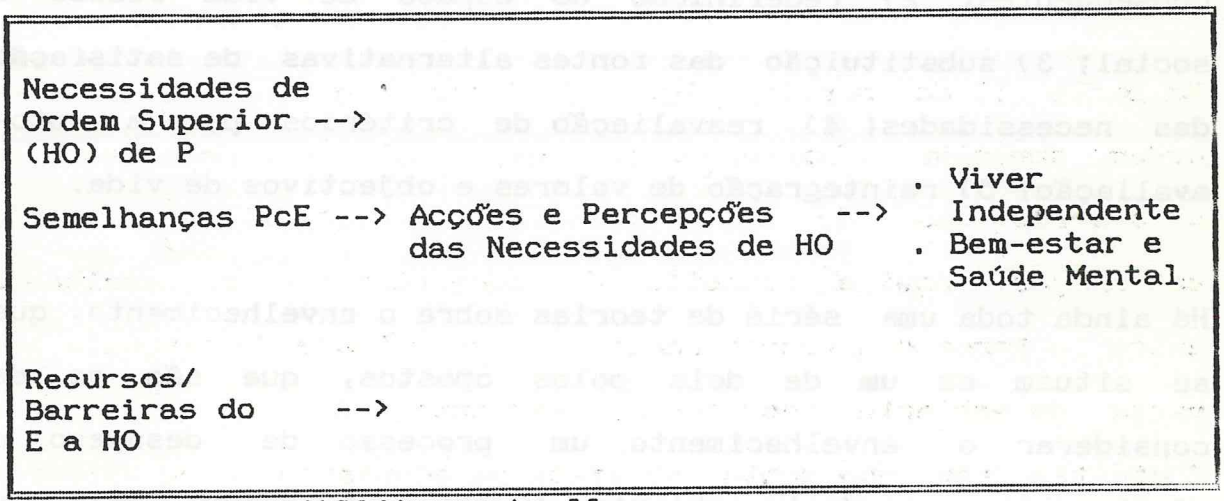


Modelo de Carp (1984), parte I

Na parte II do modelo (fig. 2), focam-se as necessidades de ordem superior ("higher-order needs: HO") e, de novo, as características de E que facilitam/permitem/inibem a sua satisfação. Aqui o conceito de congruência é a semelhança entre a força das necessidades e a capacidade de resposta por parte do ambiente (recursos do ambiente). As variáveis de P e E não têm aqui, do ponto de vista da adaptação, uma valência positiva ou negativa, ou seja, não é bom ou mau que o indivíduo tenha muita ou pouca necessidade de privacidade, ou que o meio forneça muitas ou poucas possibilidades de privacidade, mas que haja uma semelhança entre as necessidades de privacidade do indivíduo e as possibilidades do meio. As características do ambiente, são aspectos do meio físico e humano que rodeiam o indivíduo, avaliadas objectiva e

independentemente dos próprios sujeitos. Os preditores dos resultados, nesta segunda parte do modelo, através da semelhança com o E, são as necessidades de ordem superior, e os traços de personalidade, relevantes ao meio ambiente. Os resultados podem ser modificados ou mediados por 1) outras características intrapessoais (sentimento de competência pessoal, estilo de lidar com as situações e atitudes relativas à própria saúde); 2) as situações extrínsecas, que são o resultado de transações anteriores e actuais entre P e E (estado dos recursos/privações e apoios sociais); 3) os acontecimentos de vida.

Fig. 2



Modelo de Carp (1984), parte II

Os resultados intermediários, são percepções e comportamentos, em ambientes relevantes, para cada combinação P E. Os resultados finais, são continuar uma vida independente e o bem-estar das pessoas, que são afectadas pelas duas partes do

modelo ou seja pela competência de P, as exigências do E e a complementaridade-compensação PcE relativas à manutenção da vida e ainda a semelhança PcE relativa às necessidades de ordem superior (HO) e traços de personalidade.

Segundo Carp (1987) as teorias subjacentes a estes dois modelos são as teorias gerais do envelhecimento e as teorias ambientais do envelhecimento. Nas primeiras integra-se a de Erikson (1959), que considera que a tarefa principal da velhice é a aceitação do ciclo de vida e do significado da pessoa nesse ciclo, ou a de Clark e Anderson (1967) que estabelece 5 tarefas para esta etapa da vida: 1) reconhecimento do envelhecimento e definição das limitações consequentes; 2) redefinição do espaço de vida físico e social; 3) substituição das fontes alternativas de satisfação das necessidades; 4) reavaliação de critérios para a auto-avaliação; 5) reintegração de valores e objectivos de vida.

Há ainda toda uma série de teorias sobre o envelhecimento, que se situam em um de dois polos opostos, que são os de considerar o envelhecimento um processo de desapego e afastamento pessoa/meio ambiente (Cummings e Henry, 1961), o que implica que o melhor meio para o idoso seja o que facilita essa separação e um outro extremo que considera esse desapego questionável (Maddox, 1965), ou mesmo causador de uma baixa moral (Lowenthal e Boler, 1965), o que implica que o ambiente seja, pelo contrário, considerado tanto mais favorável quanto mais facilitar a manutenção da actividade e do interesse, por

parte dos idosos. Estas teorias serão discutidas com mais promenor no capítulo VI, quando integrarmos a adaptação ambiental numa questão mais ampla, que se refere à adaptação, no sentido do bem-estar do idoso e do envelhecimento bem sucedido.

3.2 Os Idosos e o seu Ambiente Residencial

Toda a problemática do envelhecimento, na actualidade, passa pela grande opção de segregar os idosos para ambientes protegidos, mais ou menos institucionais, ou criar a possibilidades para que eles possam envelhecer e morrer nas suas próprias casas e ambientes residenciais. Há que ponderar vários aspectos, na abordagem desta questão, desde os factores ligados às capacidades funcionais do idoso, à qualidade objectiva e adequação do seu ambiente residencial e, sem dúvida nenhuma, ao seu sentir, ao seu bem-estar subjectivo. O bem-estar e satisfação de vida dos idosos, passa por outros aspectos, além do seu ambiente residencial, dos quais nos ocuparemos mais tarde. De momento, depois de termos acabado de referir alguns modelos conceptuais gerais de adaptação do idoso ao ambiente, vamos dar relevo ao ambiente residencial do idoso, nas vertentes de residência integrada na comunidade, e adaptação a um meio institucional.

3.2.1 A Ligação do Idoso à sua Casa e Ambiente Residencial.

A questão do ambiente em que residem os idosos, torna-se pertinente, devido a razões de vária ordem, que se prendem com a diminuição das capacidades de adaptação do idoso, tornando-o mais sensível ao meio ambiente. A sua saúde e restrições implícitas impostas ao seu funcionamento, fazem com que o meio se torne um importante elemento facilitador, ou uma barreira para a sua vida.

Numa perspectiva transacional, Werner et al. (1988), referem os aspectos temporais da casa de cada um, no sentido do seu lar (home), focando três processos gerais pelos quais as pessoas podem estar ligadas às suas casas: 1) os papéis e relações sociais; 2) o livre arbítrio; 3) as práticas de apropriação, que se compreendem em transações dinâmicas envolvendo pessoas, o local e o tempo. Da mesma forma que a colocação da casa no espaço envolvente, seja uma rua, uma praça, ou outra, influencia as relações interpessoais, também a organização e o uso do espaço dentro da casa, apoia diferentes tipos de comunicações e significados para os residentes. As regras sociais indicam os comportamentos apropriados e esperados num dado ambiente, e em tempos determinados, conferindo significado aos ambientes, pessoas e comportamentos. As pessoas também estão ligadas às suas casas por laços afectivos, podendo ainda atribuir-lhes um valor simbólico, por associação a memórias do passado. As casas

reflectem valores culturais relativos às identidades pessoais e sociais. O conceito de livre arbítrio, indica que os objectos e o meio são percebidos de acordo com a sua função utilitária e significado psicológico e não com as suas características físicas específicas. No caso da casa de cada um, ela adquire um significado psicológico único, para aquela pessoa particular. O processo de apropriação, ligação e identidade das pessoas com as suas casas, refere-se ao facto de que a pessoa se apropria do seu meio, porque o controla, o torna familiar, cuida dele, etc, formando uma unidade transacional pessoa/ambiente. Estes processos que ligam as pessoas aos locais, desenrolam-se no tempo, podendo variar de um período da história do indivíduo para outro. "Os lares contêm qualidades temporais intrínsecas; reflectem relações dinâmicas, fluentes e em mutação, entre as pessoa e os ambientes. Estas relações têm histórias e futuros, bem como um presente, envolvem mudança e estabilidade, recorrência e rítmo." (Werner et al., 1988, pág.415).

As pessoas vivem num mundo de significados e atribuem significados ao ambiente, afirma Rubinstein (1989) que descreve o processo psicossocial de ligação do idoso à sua casa, e como os idosos enchem a casa de significado. No contexto da relação do indivíduo com a cultura, sublinha-se o significado pessoal, como um nível significativo de análise. As características do ambiente do lar é qualquer elemento com um significado subjectivo, incluindo objectos, possessões, mobília, colecções, corredores, quartos, paredes ou rotinas

comportamentais. A casa ganha significado através de três classes de processos psicossociais 1) a ordem sociocultural; 2) o curso de vida; 3) o corpo. O processo centrado no social, refere-se ao arranjo do lar, baseado na versão pessoal das regras socio-culturais, relativas a como deve ser e funcionar uma casa. O processo centrado na pessoa refere-se a como o curso da vida se manifesta no comprometimento da pessoa com o ambiente. Este processo tem quatro aspectos que são a) a relação, ou a lista completa, ou o conhecimento operante, das diversas características do seu lar; b) a personalização que se refere ao conhecimento básico das características ambientais com significado que corresponde a acontecimentos, propriedades ou projecções da vida de cada um, implicando um nível de envolvimento do indivíduo com o ambiente relativamente distante, com uma diferenciação clara da fronteira subjectiva entre o sujeito e o objecto; c) a extensão, que corresponde por sua vez ao diluir da linha de fronteira entre o sujeito e alguns objectos, o que implica um grande envolvimento do próprio com uma dada característica, que é como que uma parte de si mesmo e, finalmente, d) a ligação ao ambiente, seja ao local, seja aos objectos, incluindo a própria transferência ambiental, com o recriar no ambiente presente as experiências passadas. O processo centrado no corpo refere-se à ligação do corpo, como objecto, às características do ambiente, no que o autor aplida de uma texturalização do corpo relativamente a características extra-corporais, como o espaço, a luz, o calor, o ambiente, ou seja a rotina do idoso, nas várias texturas do seu ambiente.

Os idosos referem estes aspectos como constituindo o seu conforto. Todos estes processos permitem ao indivíduo exprimir e manter o seu eu, para além das mudanças por que possa passar. O significado do ambiente para o idoso, no qual está implícito o curso da sua vida, verifica-se através da forma como cada um destes elementos da identidade pessoal se exprime ambientalmente. A construção subjectiva do curso de vida, tem um papel importante no significado que o idoso atribui ao ambiente (Rubinstein, 1990).

O lar de cada pessoa, como uma unidade holística, sugere a importância de investigar e teorizar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente, a que ironicamente chamamos Lar, mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade, relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa, de facto, ser o "lar" do idoso.

3.2.2 Permanecer em Casa versus Institucionalização

Na abordagem das relações da pessoa com o ambiente, há outro aspecto importante a considerar, que tem a ver com os tipos de territórios à disposição dos indivíduos. Altman (1975) propõe uma divisão em três tipos: a) primário; b) secundário; c) público. Os territórios primários são os que têm um acesso

exclusivo ao próprio indivíduo, o território secundário é o partilhado diferencialmente pelos membros, e o território público é aquele que pode ser partilhado igualmente por qualquer dos indivíduos da comunidade. Os territórios promovem um sentido de familiariedade, permitindo a identidade, preditabilidade e continuidade, no fundo a sensação de controlo do meio. O comportamento territorial é caracterizado pela posse, controlo e defesa, funciona como um estabelecer de fronteiras entre o indivíduo e o outro, regulando a interacção social. Nós próprios tivemos a oportunidade de observar, com frequência, os comportamentos de territorialidade nas instituições e bairros estudados, e vários autores referem padrões de comportamento espacial que ocorrem associados a um dado território (Altman, 1975; Lawton 1983). Enquanto os territórios primários permitem as actividades de auto-manutenção e íntimas, os secundários permitem um leque mais restrito de comportamentos, de natureza menos privada constituindo como que uma ponte entre o público e o privado. Esta distinção é fundamental para o planeamento de estruturas para idosos e vai ser importante para explicar alguns comportamentos, quer dos idosos institucionalizados quer a residir na comunidade.

Kinney et al. (1987) examinam o modelo ecológico de Lawton (1983) operacionalizando 2 tipos de competências dos indivíduos, a independência comportamental, o alerta mental e as exigências dos três tipos de território explicitados por Altman (1975). Nos lares o território privado pode limitar-se

à cama ou à cadeira de cada um, ou corresponder aos quartos dos residentes, o território secundário é o conjunto das salas de estar de cada andar e finalmente o espaço público é o átrio central do edifício. Os comportamentos estudados foram a posse, o controlo e a defesa. As conclusões deste estudo vão no sentido de verificar que os indivíduos mais independentes manifestavam maior territorialidade, nomeadamente no território privado, não havendo diferenças entre o grupo de idosos dependentes e independentes, relativamente ao espaço semi-público e público. Relativamente ao grau de alerta mental, verificou-se que os indivíduos mais perturbados mostravam mais territorialidade, nomeadamente no espaço público, não havendo diferenças relativas ao espaço privado e semi-público. A conclusão geral, diz-nos que a competência individual medeia a relação entre os territórios definidos arquitecturalmente, e a resposta dos residentes a estes espaços.

O Modelo Ecológico de Lawton (1985), também explica grande parte do problema com que se deparam os idosos, com perturbações funcionais. Por um lado, as suas incapacidades impõem limites ao seu funcionamento autónomo que, por seu turno, o ambiente em que residem não facilita, obrigando, inúmeras vezes, à adopção de soluções não desejáveis, como seja a institucionalização.

A questão dos cuidados aos idosos tem duas vertentes, uma que prevê que seja a família do idoso, nomeadamente os filhos, que

devem prestar esses cuidados, mantendo o idoso em sua própria casa, ou levando-o a cohabitar com a família e, por outro lado, à expectativa que seja o Estado a assumir essa responsabilidade, criando estruturas que se ocupem dos idosos.

Entre estas duas vertentes há que alargar o leque de alternativas disponíveis e adequadas a cada idoso. Há ainda que ter em consideração os idosos sós e como é que eles lidam com a perda de independência funcional, na ausência de familiares (Woroby e Angel, 1990). Os idosos com poucos filhos ou, os que os têm, mas a viver longe, podem não ter fontes instrumentais imediatas de ajuda e restar-lhes-ão poucas alternativas, tornando-os uma população de maior risco de institucionalização. As opções são, segundo estes autores: a) continuar a viver só; b) ir viver para a casa de outra pessoa ou trazer alguém para viver consigo; c) entrar para um lar. Os factores que determinam qual destas opções o indivíduo toma, tem que ver com a economia, a cultura e as pessoas. O objectivo deste estudo, foi verificar em que medida o declínio das capacidades funcionais levava a uma maior dependência dos outros e à institucionalização. Neste estudo longitudinal, de dois anos, concluiu-se que para além do poderoso impacto das mudanças, na saúde, nas mudanças na residência, havia uma forte preferência entre estes indivíduos, não casados, por viverem sós. Excepto os muito incapacitados, os que tiveram uma diminuição na capacidade funcional entre 1984 e 1986 continuavam a viver sós, ao fim desses dois anos, se a sua situação económica assim o permitia. Pode concluir-se, que se

se afastarem os obstáculos económicos e as limitações da habitação, que impediam a vida independente no passado, muitos dos idosos escolhem viver em suas casas, mesmo quando ficam viúvos.

Excepto para alguns sub-grupos raciais e étnicos, as famílias alargadas, multigeracionais, parecem ter mesmo desaparecido. Os factores culturais assumem-se, neste estudo, como determinantes do tipo de residência dos idosos (Worobey e Angel, 1990), contrariando um pouco o esperado a partir do modelo de competência-pressão que faria prever uma institucionalização maciça destes idosos incapacitados.

O modo de residência de velhos incapacitados, é um problema importante, relacionado nomeadamente com a política. Stinner et al. (1990) testaram formas alternativas pelas quais a incapacidade dos idosos pode influenciar a co-residência com parentes adultos. Os homens com múltiplas incapacidades, mas não os que tinham uma só incapacidade, tinham mais probabilidade de co-residir com familiares adultos, do que os que não tinham incapacidades, independentemente de um conjunto de características seleccionadas de base. Havia também indícios de que a ausência de um esposo reforçava este padrão.

3.3 Alternativas de Residência para Idosos com ou sem Incapacidades Funcionais.

"A vida independente é um objectivo da sociedade, e a manutenção do funcionamento autónomo entre os indivíduos institucionalizados parece desejável, do ponto de vista da gerontologia. Tem-se como finalidade o bem-estar dos indivíduos, considerado o resultado óptimo da relação pessoa-meio ambiente. Continuar a viver (de forma independente) inclui longevidade, não-institucionalização, e funcionamento autónomo dentro das instituções. A saúde mental ou bem-estar, é definida em termos de afecto positivo, inexistência de comportamentos inadaptados, e boa moral/satisfação de vida, avaliada por instrumentos normalizados." (Carp e Carp, 1984, pág.284).

Lawton (1985) diferencia as chamadas "mudanças assistênciais" das "mudanças amenas", considerando as primeiras como as mudanças para ambientes assistidos, sejam a casa de familiares, sejam instituições e as segundas, as mudanças feitas no sentido de aumentar o bem-estar e conforto geral, que se observam na busca de locais de clima mais ameno, por exemplo, por idosos mais abastados.

No nosso país, o movimento migratório de idosos é escasso e a questão não nos parece pertinente. A insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência em que está inserida, nunca nos surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que

realizamos junto da população idosa. Já os problemas de saúde que limitam o funcionamento dos idosos, e a falta de recursos económicos, para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, nos apareceram inúmeras vezes, como o factor próximo que antecedeu a institucionalização do idoso, à semelhança do referido por vários autores (i.e. Patrick, 1980; Longino, 1982). A viuvez conta-se também entre os factores precipitantes da mudança para a casa de algum familiar ou da entrada para o lar. Outro dos motivos, referidos com alguma frequência pelos idosos do nosso estudo, foram a situação de despejo, mais ou menos litígioso, principalmente dos que residiam no centro da cidade, que está a ser reabilitado em termos comerciais e noutras zonas da cidade, devido à degradação das habitações alugadas, que já não ofereciam um mínimo de segurança, ou à mera pressão exercida sobre os idosos, num contexto de grande especulação imobiliária e carência de habitação, para a população em geral. Entre a realidade da "guerra fria" senhorio/inquilio idoso, alegada por este, e a sua fantasia paranóica, resta-nos o facto de sabermos que essa pressão do ambiente, em termos reais ou subjectivos, precipitou a mudança assistencial de muitos dos idosos com quem conversamos nos lares.

Para a maioria dos idosos que entrevistamos, o factor escolha de um novo local para residir foi extremamente limitado, devido quer à escassez generalizada de equipamentos, quer aos seus baixos recursos económicos, tornando esta forma de institucionalização num misto de voluntária e compulsiva,

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

determinada pela conjuntura macrossocial. Quantas vezes a própria entrada no Lar não foi uma opção antecipada, para garantir em tempo útil, em que ainda tinham capacidade funcional, a segurança de um amanhã previsto como difícil. Podemos afirmar, apesar de tudo, que as "mudanças assistênciais" são típicas de idosos cuja independência funcional e recursos económicos diminuiram.

Sherman (1988) demonstra a importância de estar atento às interações pessoa-meio, quando se examina o continuum de alternativas de casas para os idosos. Este autor descreve algumas boas combinações entre a pessoa e o meio, quer em casas na comunidade, quer segregadas para idosos. Há algumas circunstâncias em que o meio parece ter um efeito particular na pessoa, nomeadamente em casas que prestam cuidados onde se encontram mais idosos pouco saudáveis, mas mesmo nestas casas a pessoa pode actuar no micro-sistema. Assim, e dado que para muitos idosos, como já referimos, é prioritário mudar de residência, há que diversificar o leque de alternativas disponíveis, tendo presente que não há um único tipo ideal de casa para idosos. Partindo do pressuposto da transação pessoa-ambiente, devem considerar-se as necessidades e capacidades de diferentes idosos, e disponibilizar a melhor combinação do idoso com o ambiente, seja em casas segregadas seja integradas na comunidade.

A questão do meio ambiente de residência dos idosos coloca-se a vários níveis que têm a ver com o planeamento de

equipamentos para idoso, a serem realojados, sejam lares, residências com apoio, conjuntos de apartamentos ou a própria adaptação das estrututas e casas existentes. De acordo com Wister (1989) há um movimento recente nos EUA que visa remeter de novo os idosos à sua própria casa "aging in place". É uma posição oposta à institucionalização que tem vindo a ser considerada nefasta, em vários aspectos, para o idoso. Ao pensar-se em manter os idosos nos seus próprios ambientes residenciais, começa-se a colocar a questão relativa à adaptação das casas e a implementar estratégias de apoio domiciliário.

Quando se pretende definir a qualidade da habitação dos idosos, deparamo-nos com a dificuldade de definir critérios válidos. Segundo Lawton (1985), as deficiências dos alojamentos, colocam limitações comportamentais, e se quem lá reside tem limitações de mobilidade, de capacidade perceptiva, o efeito do meio no comportamento é proporcionalmente maior do que no caso de uma pessoa completamente competente. Uma vez que tais limitações são mais frequentes nos idosos, o efeito das deficiências do meio são potenciadas, ou seja, a deficiência é definida, em parte, pelo utilizador do ambiente. Por outro lado, temos que considerar a percepção subjectiva que os idosos têm da qualidade da sua habitação. Há deficiências que não incomodam os utilizadores, e que são cotadas pelos peritos, que usam outros níveis ideais de vida, para classificar as casas. Segundo Rabushka e Jacobs (1980) os peritos consideram as deficiências mais frequentes do que os

ocupantes. Seria de considerar, em paralelo com a implementação do apoio domiciliário, de que falaremos posteriormente, programas de manutenção das casas, pequenas reparações e ajustes, que indivíduos de idade avançada, são já incapazes e fazer. Para os idosos, principalmente os pobres, o problema mais premente é de facto a habitação (Carp, 1987). Este aspecto, associado ao baixo rendimento auferido por estes indivíduos, que por outro lado têm pesados encargos com a sua saúde, torna-os um grupo em risco de institucionalização.

Verificou-se que a maior parte dos idosos, com mais de 74 anos, a residir na comunidade, não fazem alterações no interior ou exterior da sua casa, não as escolheram em função de nenhuma característica que tornasse a sua vida mais fácil, não pensaram em mudanças futuras, e preferem um domicílio idêntico ao que habitam. A razão para tal atitude é o considerarem que a sua casa é confortável ou, pelo menos, fazem uma aceitação táctica das actuais circunstâncias, parecendo existir uma certa resistência à mudança. A adaptação psicológica pode ser definida como resposta interna à interação entre a competência individual e as exigências do meio, num processo caracterizado da seguinte forma: 1) há uma aceitação gradual, de uma série de inconveniências, relacionadas com a saúde; 2) o desenvolver de estratégias inovadoras, para negociar um aumento de exigências do meio; 3) uma mudança de expectativas, relativamente ao que se consideram as condições de vida adequadas; 4) uma negação da deterioração de competências; 5) uma percepção limitada do

tempo de vida que resta; 6) uma redefinição do comportamento maladaptativo, como um desafio. Subjacente a este processo está o medo da dependência e institucionalização (Wister, 1989).

Na medida em que os idosos fazem poucas alterações adaptativas no ambiente, e parecem adaptar-se psicologicamente à diminuição de competências, e ao subsequente aumento das exigências ambientais, conclui-se que um modelo explicativo da adaptação do idoso ao meio, tem que considerar uma vasta série de atributos subjectivos dos indivíduos, que medeiam a relação entre as suas competências e os factores de pressão do meio (Carp, 1987).

O facto de o ambiente residencial ocupar um lugar importante na vida dos idoso, a satisfação com o ambiente residencial liga-se com o sentido de bem-estar psicológico destes. Paralelamente a esta constatação, tem-se vindo a afirmar a dificuldade de estabelecer critérios válidos para a avaliação do ambiente residencial dos idosos, e já focamos a discordância dos pontos de vista, entre o técnico e o utente idoso, na apreciação da qualidade da sua casa e zona residêncial (e.g. Rabushka e Jacobs, 1980), tendo-se avançado com algumas explicações de ordem subjectiva, que contribuem para esse facto. Numa tentativa de resolver esta questão Christensen e Carp (1987) tentaram isolar os preditores ambientais da satisfação residencial, desenvolvendo um sistema de avaliação das variáveis objectivas do ambiente e da

satisfação subjectiva com as unidades de residência e áreas locais. Os Indices da Qualidade Ambiental Percebida (PEQIs) foram os critérios iniciais para a construção de escalas de avaliação, que liguem os aspectos objectivos, com a satisfação que os idosos sentem nesse domínio. A análise, usando as variáveis baseadas nos PEQIs explicavam 31% da variância na satisfação com as unidades de residência e 20% da variância na satisfação com as áreas locais, depois de controlar as características pessoais dos residentes. A interpretação e aplicação das escalas ambientais, para avaliar os cenários residenciais, sugere a importância das variáveis subjectivas na explicação da satisfação residencial, sendo contudo necessária uma validação posterior, mais ampla, da técnica de escalonamento baseada nos PEQIs.

No sentido de criar alternativas de habitação para os idosos, diversificando as actuais estruturas existentes, quase todas do tipo lar, destinado a uma população com deficiências funcionais, há que elaborar programas bem definidos que tenham em consideração as preocupações e preferências das pessoas a quem se destinam. Devlin (1990) coloca a questão de construir casas para idosos, com um desenho específico, nomeadamente com o objectivo de garantir a segurança dos idosos, como seria por exemplo a construção de edifícios em altura. Mas, a segurança não é de facto a única fonte de stress associada à habitação. Evitar a confusão e a desorientação, incrementando a possibilidade de controlo do meio por parte do idoso, são outros dos aspectos importantes, que se enquadram no conjunto

das variáveis cognitivas de legibilidade do edifício.

Com base num questionário feito aos idosos sobre o conhecimento e familiariedade do edifício e da área envolvente, das fontes de satisfação e insatisfação que daí advêm e outros dados demográficos, verificou-se que todos os idosos, quer de um edíficio em altura quer em banda, mostraram um elevado nível de satisfação, o que de resto parece ser uma constante nos diversos estudos sobre as diferentes condições de habitação dos idosos, como já se referiu. No entanto, da análise de aspectos particulares de insatisfação, concluiu-se que relativamente aos edifícios mais baixos, com equipamentos dispersos por uma área mais ou menos extensa, a insatisfação se prende com o medo dos assaltos, nas deslocações para as áreas sociais, nomeadamente à noite e a própria localização das diferentes unidades. Por outro lado, nos edíffício em altura, surgem os medos do elevador e o medo da altura em geral. Os aspectos de facilitação do convívio social, que estariam contemplados nos edifícios baixos, parece não estar de todo provado, uma vez que o facto de implicar o passar zonas descobertas em alturas de inverno, também se torna um factor impeditivo da participação dos idosos. O convívio com a natureza e a possibilidade de jardinagem, que geralmente é do agrado dos residentes, não é muitas vezes contemplada nas construções dos edifícios em altura, que deviam ter em consideração a extensão da territorialidade, quer em termos de defesa, quer lúdicos. Assim sendo, verificamos que para além do tipo de edifício há que considerar programas claros de

objectivos que promovam o bem-estar dos idosos.

Neste tipo de opção de criar zonas residenciais destinadas para idosos, ou seja, segregadas, há que ter em consideração as hipotéticas vantagens e inconvenientes para os idosos, de viverem rodeados por pares, homogeneizando a sua vivência diária. Lawton e Cohen (1974), são da opinião de que viver neste tipo de cenários, facilita a interacção social entre os residentes, embora as vantagens desse facto, para a moral das pessoas, não seja de todo conclusiva. Hinrichsen (1985) estudou o impacto da residência em casas para idosos através da análise compreensiva das redes sociais de apoio e concluiu que nos locais de residência em que havia uma grande concentração de idosos, se verificava que o número de amigos era maior, as amizades mais activas, e a satisfação de vida mais elevada e não confirmaram a existência de uma cultura própria aos idosos que, segundo outros (e.g. Rose 1962), teria tendência a desenvolver-se nestes locais, acentuando, nomeadamente, o medo pela falta de saúde no futuro.

No planeamento de residências segregadas para idosos, há que ter em consideração a eventual reacção da população que habita a área circundante, que acabaria por poder ter um peso negativo suplementar, na posterior adaptação dos idosos a um novo ambiente. Mangum (1988) estudou o problema da resistência da comunidade a casas planeadas para idosos, no sentido de verificar se isso se devia a uma rejeição dos idosos, ou a antipatizarem com um novo conjunto de casas, na sua

vizinhança. Os resultados foram relativamente animadores, uma vez que se concluiu que as populações suburbanas antipatizavam mais com os complexos de casas, principalmente se fossem muito densos ou destinados a populações consideradas marginais, do que com grupos de casas especificamente para idosos.

Estes dados, são mais uma achega para a consideração de que não existem soluções óptimas e universais, para a residência dos idosos, e que mesmo as soluções aparentemente menos favoráveis, como é o caso da criação de autênticas vilas só de idosos, pode ter vantagens para o seu bem-estar, se preservarmos, como sempre, a possibilidade de escolha e adequação do idoso ao ambiente. Há sempre lugar para soluções mais imaginativas e, talvez, apesar de tudo mais simpáticas, como a que foi levada a cabo numa experiência piloto, descrita por Lazarowich (1990), de um tipo particular de apartamentos para avós em Victoria na Austrália. Este programa de apartamentos existe há 10 anos e tem 3000 unidades, cujo objectivo é promover a privacidade e a proximidade à família. Estes apartamentos, são pequenas unidades com apenas um quarto, uma área de cozinha e uma casa de banho, que se coloca na proximidade, e mais ou menos ligados à casa da família. O resultado deste programa parece positivo, embora a grande quantidade deste tipo de residências, que actualmente são geridas pelos responsáveis pelo programa, introduza algumas dificuldades de funcionamento. Os resultados apontam para considerar as iniciativas do Estado como mais eficazes do que as locais, e que a administração descentralizada está

associada com uma melhor capacidade de entrega dos apartamentos.

Para além das questões que se prendem com as necessidades e preferências específicas dos idosos, contempladas nos diversos programas, que presidem á criação de equipamentos, podemos adoptar alguns principios gerais, relativos à política geral de habitação: 1) a principal necessidade dos idosos é permanecer em suas casas na comunidade; 2) para uma minoria, mudar-se para uma casa melhor, é a necessidade principal; 3) casas de grande qualidade são uma necessidade prioritária, quer para os que permanecem em sua casa, quer para os que se mudam; 4) para os que se mudam a quantidade de alternativas tem que ser alargada. Há contudo limitações de vária ordem ao preenchimento das necessidades de habitação como: a) limitações dos dinheiros públicos disponíveis; b) uma oferta limitada de casas de alta qualidade, quer no presente quer no futuro próximo e c) exigências competitivas de outros grupos para uma distribuição equitativa das poucas casas existentes. Estas limitações surgem agravadas no caso dos idosos por uma maior proporção de indivíduos com fracos rendimentos do que noutros grupos etários, uma maior probabilidade de perturbação funcional e uma menor integração social com uma reduzida ligação ao mercado de habitação (Lawton, 1985).

4 CONTROLO NOS IDOSOS

4.1 Modelos de Controlo nos Idosos

Todas as diferentes perspectivas, que vamos abordar, sobre o controlo visam explicar a relação entre o controlo, real ou percebido, dos indivíduos sobre o seu meio ambiente, e a influência desse controlo ou ausência dele, no comportamento, saúde e bem-estar psicológico dos idosos.

A importância psicológica do controlo pessoal tem a ver com a ideia de que ter liberdade, autonomia e controlo é benéfico para os idosos, enquanto não ter controlo ou autonomia é potencialmente mau, para o seu bem-estar psicológico (Fry, 1989). A noção de reversibilidade e estratégias de confronto, introduzida por Lazarus e Folkman (1984), prevê que uma pessoa tem poder ou controlo sobre os acontecimentos se tiver a possibilidade de os reverter, se assim o desejar. Por seu turno, Rodin (1979) operacionaliza a noção de controlo, como a capacidade de influenciar os resultados pretendidos, através de respostas selectivas. O envelhecimento é visto como uma trajectória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência comulativa de aumento da vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico (Fry, 1989).

Kuhl (1986) divide os modelos de controlo pessoal em duas categorias, uma em que foca o processo de controlo real, e outra que dá enfase às concepções subjectivas de controlo. Os modelos de controlo real, analisam as deficiências comportamentais, atribuindo-as à falta de estratégias de controlo eficientes que, obviamente, resultam num fraco desempenho, mesmo que haja uma forte motivação para exercer o controlo. De acordo com os modelos de controlo percebido, o efeito comportamental das concepções subjectivas do controlo pessoal são medidas por um processo motivacional, em que a perda de controlo percebido resultará numa redução da motivação para tentar exercer controlo. Na medida em que a percepção individual de controlo subestima a sua verdadeira capacidade, podem surgir deficiências comportamentais, não obstante a disponibilidade de estratégias de controlo eficientes.

Os dois grandes modelos que focam o controlo real e o controlo percebido são a "learned helplessness" (desânimo aprendido) de Seligman, 1975 e a auto-eficácia de Bandura, 1982. Mas proliferam muitos outros conceitos, mais ou menos próximos do conceito inicial de controlo que, segundo Reid e Stirling (1989), são tentativas de ultrapassar as limitações da teoria inicial. A extensa lista de conceitos inclui: locus de controlo externo e interno, controlo de decisão, controlo comportamental, preditabilidade, controlabilidade, controlo cognitivo, "learned helplessness", eficácia pessoal, controlo secundário, controlo primário, causalidade pessoal, controlo

proximal, controlo ilusório, "mindlessness-mindefulness", "powerless" e "empowerment", muitos dos quais vamos rever ao longo deste capítulo.

A questão que se coloca é a de explicar o papel potencial de vários factores do meio físico e psicológico, associados com a redução do controlo, que possam acelerar o processo de envelhecimento. A sequência causal mais geral sobre os efeitos do controlo é a que engloba os seguintes termos: as Atribuições Externas ou Internas de Controlo Real e/ou Percebido, põem em acção Estratégias de Confronto, que conduzem a determinados Resultados, mais ou menos favoráveis ao indivíduo.

4.1.1 O Controlo Real: O Desânimo Aprendido

O modelo de "learned helplessness" de Seligman de 1975, considera, basicamente, que a passividade nos idosos, surge devido às graves privações que acontecem em meios constringentes, em que os idosos vivem e, principalmente, à não contingência das respostas do meio, ao seu comportamento. A cadeia causal prevê que haja: 1) uma privação de controlo, seguida por 2) uma percepção da perda de controlo, 3) uma deficiente motivação, 4) um deficiente desempenho e, finalmente, 5) um envelhecimento acelerado. Esta perda de controlo, pode resultar num aumento de sentimentos de depressão, um retraimento apático e um aumento da

vulnerabilidade a longo termo.

De acordo com Seligman (1975) o controlo percebido não se pode reduzir à expectativa acção-resultado, reflectindo, em vez disso, os dois tipos de expectativas: a acção-resultado e a situação - resultado. Ou seja, há uma percepção de não controlo, se os dois tipos de expectativas forem iguais, se a probabilidade de obter um resultado é a mesma, independentemente de se realizar ou não uma dada acção. Esta definição de controlo percebido, inclui situações em que há uma elevada expectativa, e casos em que a probabilidade de ocorrência de um resultado é a mesma, exerça-se ou não alguma acção: Fracasso/Sucesso não contingente. No modelo de Maier e Seligman (1976) também se prevê o Controlo Eficiente, quando a probabilidade de obter um resultado é maior, se houver acção, e o Controlo Passivo, em que a probabilidade de obter um resultado é mais baixa, se houver acção do que se não houver, caso muito frequente em instituição.

O conceito de desânimo aprendido tem a ver com o declínio do bem-estar psicológico dos idosos institucionalizados, e está associado com imagens de enfraquecimento, apatia e ausência de poder. Este termo foi proposto para explicar o facto de que os indivíduos sujeitos a séries incontroláveis de acontecimentos aversivos, desenvolvem uma deficiência comportamental generalizada, mesmo em tarefas diferentes daquelas em que fracassaram. Referem-se situações em que o indivíduo é exposto a acontecimentos incontroláveis e tem a expectativa de que

eles permanecerão incontroláveis. O desânimo aprendido integra os constructos de controlo, percepção de alternativa, depressão e dependência, com origens diferentes, e dele derivam 4 deficiências distintas, uma de motivação, outra de cognição, outra de auto-estima e ainda uma outra de afecto, que no seu conjunto integram o modelo de desânimo da depressão (Kuhl,1986).

4.1.2 O Modelo de Congruência

Kahana et al. (1989) propõem a integração da noção de desânimo aprendido, num modelo interaccionista de congruência, que permite prever consequências negativas, bem como positivas, da institucionalização dos idosos. As modificações recentes do modelo de desânimo aprendido, chamam à atenção do tipo de atribuição feito pelo indivíduo, para explicar a ausência de controlo. Estaria em jogo um estilo de atribuição pessoal versus universal. O primeiro refere-se ao reconhecimento por parte do indivíduo da sua incapacidade interna de conseguir o controlo, enquanto o segundo, é relativo às situações em que o individuo considera que qualquer outra pessoa, naquela circunstância, também não conseguiria ter controlo sobre os resultados. As atribuições pessoais, relativas à ausência ou perda de controlo, têm mais implicações em termos da quebra de auto-estima, e afecto depressivo, do que a perda em si. A identificação de condições não contingentes do meio, por parte do sujeito, ou seja, quando o indivíduo percebe e aprende que

os comportamentos de que dispõe não têm impacto na obtenção de um resultado desejado, ou no evitar um indesejado, que não é capaz de influenciar os acontecimentos que valoriza, ficará numa situação de desânimo aprendido.

Nos lares, os idosos que vivenciam inúmeras perdas, integrados num meio que é limitativo, e assume o controlo de muitos aspectos das suas vidas, deprimem-se, e ficam desanimados, o que pode ser responsável pelas deficiências cognitivas, frequentemente observadas nos idosos institucionalizados.

Chegamos ao modelo dos "environmentally induced deficits", variante do desânimo aprendido, que se manifesta por uma baixa auto-estima e moral, e um excesso de incapacidade (Kahana et al., 1989).

A população de idosos institucionalizados, está então em risco de dependência, perda de controlo e desânimo. Nas transações pessoa/meio, relativas ao controlo, os efeitos negativos, resultantes da instituicionalização, foram atribuidos às políticas institucionais, às características ambientais e aos comportamentos dos funcionários, todos contribuindo para uma redução inapropriada do controlo e escolhas dos pacientes, e a um reforço da dependência. Kahana et al. (1989) apresentam um modelo conceptual sobre os efeitos da institucionalização, alternativo ao de desânimo aprendido: o modelo de congruência.

A institucionalização ocorre geralmente na sequência da

incapacidade funcional, combinada com a ausência ou insuficiência de apoios sociais. Estes autores sugerem que a congruência entre as necessidades dos pacientes e o comportamento de quem presta o apoio, são os determinantes essenciais do bem-estar e competência dos idosos incapacitados, depois da institucionalização. Quando surge incongruência entre as políticas institucionais e as necessidades dos residentes, estes fazem esforços no sentido de lidar com essa incongruência. Em meios ambientes contingentes os esforços dos idosos são bem sucedidos em meios não contingentes é provável que se desenvolva desânimo aprendido, depressão e incapacidade excessiva.

Este modelo de congruência adopta uma abordagem interaccionista para compreender a relação entre a dependência e o bem-estar entre idosos institucionalizados. Nesta perspectiva, os resultados positivos seriam mais prováveis quando os comportamentos do pessoal são congruentes com as necessidades de dependência de pessoas particulares. Uma boa adequação entre a pessoa e o ambiente, conduz a resultados positivos, enquanto uma fraca adequação entre o comportamento do pessoal e as necessidades dos residentes, com vista à independência ou dependência, pode influenciar o desenvolvimento de uma série de resultados negativos. Este modelo, como foi referido no capítulo anterior, relativo à perspectiva ambiental do envelhecimento, insere-se numa perspectiva Lewiniana e no modelo de necessidade-pressão do comportamento humano de Murray (1938) e ainda na concepção

Piagetiana de adaptação ao meio, feita através da assimilação e acomodação.

De acordo com este modelo, é mais provável que os indivíduos procurem e encontrem ambientes congruentes com as suas necessidades. Se há dissonância entre a pressão e as necessidades, o indivíduo, se tiver essa possibilidade, pode abandonar o meio, caso contrário fica desconfortável e em stress. Para os idosos, cujas capacidades adaptativas podem estar diminuidas, a adequação da pessoa ao meio é particularmente importante. Como foi sublinhado por Lawton (1982), na sua "hipótese da docilidade ambiental", a importância do meio ambiente é provavelmente maior para indivíduos vulneráveis.

Mas, como sublinha Kulh (1986), um meio que tenha muitas contingências entre os resultados do comportamento e as consequências desejadas, pode ser necessário, mas não suficiente, para que o indivíduo obtenha controlo sobre as consequências. Um requisito suplementar é a disponibilidade de capacidades cognitivas e motoras para produzir os resultados, o que implica, não só a possibilidade de executar os componentes de um plano de acção, mas também a coordenação dos componentes envolvidos. Haveria assim que considerar um tipo de controlo consciente e activo, da sequência de passos envolvidos no desempenho e outro modo de controlo automático e holístico, que exige menos memória activa.

4.2 Controlo Percebido: a Teoria da Auto-Eficácia

Relativamente ao controlo percebido, a teoria mais importante é a de Rotter, de 1966, sobre o controlo interno versus controlo externo do reforço, que descreve as diferenças individuais na generalização das crenças relativamente a acontecimentos reforçantes. O tipo de controlo percebido pelo indivíduo, é uma das determinantes da expectativa individual do resultado do comportamento, numa dada situação. Esta expectativa acção-resultado, mais o valor subjectivo do reforço do resultado, determina o potencial do comportamento (Kuhl,1986). Na linha teórica sobre o controlo percebido, estão uma série de modelos teóricos, entre os quais se destaca a Teoria da Cognição Social de Bandura (1986).

Bandura, em 1986, apresentou a sua mais recente conceptualização teórica sobre os determinantes pessoais do funcionamento psicossocial, conferindo um papel central aos processos cognitivos, vicariantes, auto-reguladores e auto-reflexivos. Na sua Teoria Cognitivo-Social, o funcionamento humano é explicado por um modelo de reciprocidade triádica, em que o comportamento, os factores pessoais, os factores cognitivos e os acontecimentos ambientais, actuam entre si, como determinantes interactivos. Os factores cognitivos, surgem como os mediadores, e referem-se às capacidades de simbolização, previsão, vicariância, auto-regulação e auto-reflexão.

A capacidade simbolizadora é a possibilidade de atribuir um significado a tudo o que é vivênciado e, mais do que isso, permite ultrapassar as próprias experiências sensoriais, e idealizar soluções simbólicas para a resolução dos problemas. A capacidade vicariante, junta-se a capacidade de simbolização, permitindo ao indivíduo aprender através da observação dos comportamentos dos outros, e das consequências que daí lhes advêm. A capacidade de previsão, refere-se à possibilidade de antecipação das consequências futuras de um dado comportamento, permitindo que os indivíduos orientem as suas acções, no sentido de aumentar a probabilidade de ocorrência de um dado resultado. Esta possibilidade exige a capacidade auto-reguladora, que tem a ver com a auto-motivação e a possibilidade que os indivíduos têm de se regularem por critérios internos, constantemente auto-avaliados e redefinidos. Finalmente, a capacidade de auto-reflexão, confere ao homem a possibilidade de auto-conhecimento, o reflectir sobre as experiências passadas e actuais, de forma a orientar o seu comportamento futuro.

A visão de Bandura é interaccionista e dinâmica. Os factores têm um peso probabilístico, pondo em causa modelos anteriores, baseados na função de Lewin, acusados de adoptarem uma visão unidireccional ou, na melhor hipótese, bidireccional entre a pessoa e o ambiente, como determinantes do comportamento. As perspectivas, quer de determinismo pessoal, quer de determinismo ambiental, parecem, no dizer de Nogueira (1991), insuficientes, uma vez que, se nos limitarmos ao interesse

pela visão pessoal que o indivíduo tem da realidade, é negar o importante papel que o meio joga na determinação do que os indivíduos pensam ou percebem e, por outro lado, considerar apenas o papel do meio, é esquecer a influência das capacidades cognitivas dos indivíduos.

A reciprocidade triádica baseia-se num modelo de determinismo recíproco, em que o comportamento, os factores cognitivos e os demais factores pessoais, assim como as influências ambientais, operam de forma interactiva como determinantes recíprocos, ou seja, prevê-se uma acção múltipla entre os factores causais (Bandura, 1986). Neste modelo, o determinismo não se refere a uma sequência causal prévia, de factores que actuam de forma independente do indivíduo, mas a um conjunto de factores implicados num determinado resultado e daí o carácter probabilístico destes. Qualquer dos três grupos de factores considerados, pode assumir o papel de determinante principal, variando de acordo com a actividade, a situação e o indivíduo considerado. O tempo é uma importante condição do factor causal, e estes conjuntos de factores não actuam de forma holística, havendo momentos de influência bidireccional e efeitos mútuos sequênciais, durante períodos de tempo variáveis.

A propósito da noção de auto-eficácia, afirma Bandura (1986, p. 41), "as percepções de eficácia que as pessoas possuem, determinam, em grande parte, as opções que tomam, a quantidade de esforço que dispendem em diferentes actividades, a sua

perseverança face a resultados decepcionantes, e a atitude ansiosa ou segura, com que enfrentam as situações". O aspecto do auto-conhecimento que mais influencia a vida diária do indivíduo, é a opinião que este possui da sua eficácia pessoal, que actua independentemente das capacidades subjacentes. Bandura (1986, p. 416) define assim o conceito auto-eficácia percebida, "como a avaliação de cada indivíduo sobre as suas capacidades, na base da qual organizará e executará os seus comportamentos, de modo a alcançar o rendimento desejado. O conceito não faz referência aos recursos de que se dispõe, mas apenas à opinião que o indivíduo tem sobre o que pode fazer com eles". Neste modelo há dois conceitos fundamentais que são o de eficácia pessoal ou eficácia percebida e a expectativa de resultados.

O primeiro refere-se aos julgamentos que as pessoas fazem das suas capacidades de funcionar, a um determinado nível de desempenho, o segundo, refere-se ao julgamento das consequências prováveis de um dado comportamento. As pessoas podem deixar de emitir um comportamento porque duvidam seriamente de serem capazes de obter um determinado resultado ou, porque embora se saibam capazes, não esperam ver qualquer resultado dos seus esforços, porque o meio não responde ou é punitivo. Um idoso que não realiza os exercícios físicos indicados pelo médico, pode não se sentir capaz para tal, ou não achar que isso seja importante para a sua saúde. São evidentes as implicações que estas diferentes causas da inactividade têm para a intervenção, no primeiro caso têm que

se desenvolver as competências e a percepção de auto-eficácia, enquanto no segundo caso, tem de se mudar o meio social.

As expectativas de auto-eficácia são o factor mais importante, mas não o único determinante do comportamento, há também que considerar as próprias capacidades dos indivíduos e os incentivos situacionais. As dimensões destas expectativas compreendem a magnitude, que tem a ver com o nível de dificuldade das tarefas, a generalização, referindo-se ao facto de certas experiências inspirarem expectativas de eficácia específica, enquanto outras dão um sentido de eficácia mais geral, e a força de cada expectativa, que pode ser maior ou menor. As fontes de expectativas de eficácia, são as realizações pessoais, as experiências vicariantes, a persuasão verbal e os estados fisiológicos.

Se pensarmos nos idosos pobres que estudámos, facilmente se conclui que todas estas fontes de expectativa de eficácia actuam negativamente. As suas realizações pessoais são escassas e estão longe de serem consideradas um êxito, além de que são frequentemente vistas como sendo da responsabilidade de fontes externas e não do próprio. As experiências vicariantes, são de condições semelhantes à sua e com igual nível de fracasso repetido, ao longo da vida, e na situação presente. Os que contactaram com outro tipo de vidas e situações, como foi o caso das "criadas de servir", observaram, de facto, o êxito de outros, mas de cuja condição diferiam radicalmente o que, segundo o próprio Bandura (1977),

nao produz efeito identificatório, não aumentando, por isso, as percepções de auto-eficácia. Toda a persuasão verbal, a que o idoso está sujeito, aponta geralmente para aumentar a crença de que ele não possui mais as capacidades suficientes para conseguir o que deseja, baseadas num estereótipo generalizado sobre o idoso. Finalmente, os seus estados fisiológicos, dão-lhes frequentemente indicações de vulnerabilidade, aumentando o stress a que está sujeito.

Estas fontes de informação que rodeiam o idoso, podendo contribuir para uma diminuição da expectativa de eficácia, são processadas cognitivamente, são avaliadas por cada um. Aqui entram duas funções, uma relativa à informação obtida de cada fonte, e outra resultante da combinação dessas informações. Não há uma equivalência entre o rendimento e a capacidade percebida, pois temos que considerar, por exemplo, o grau de dificuldade que um dado comportamento assume para o idoso e que, em retroacção, cria uma determinada imagem de auto-eficácia maior ou menor.

Estes mecanismos de auto-eficácia, influenciam a determinação pessoal da acção, a nível da escolha de actividades, esforço a dispender, persistência, padrões de pensamento e reacções emotivas. Ou seja, o indivíduo tende a evitar tarefas que julga excederem as suas próprias capacidades, esforçar-se-á menos e durante menos tempo, se tem menor percepção de auto-eficácia e, simultaneamente, tenderá a exagerar a magnitude das suas deficiências e dificuldades potenciais, diminuindo o

seu funcionamento psicossocial. Ao estabelecer esta relação entre as avaliações de auto-eficácia e os comportamentos, Bandura (1986), chama á atenção, como já referimos, de que não se podem esquecer as competências necessárias ao desempenho de uma dada tarefa, independentemente da motivação para a realizar, e essas estão por vezes comprometidas nas pessoas idosas. A relação entre as percepções de auto-eficácia e o comportamento é influenciada por factores como os incentivos ou limitações do meio, as eventuais percepções erróneas sobre a eficácia pessoal, o tempo decorrido entre a avaliação de auto-eficácia e a acção, as ambiguidades relativas à própria acção, entre outros.

Na longa história de vida dos nossos idosos, a análise da evolução da percepção de auto-eficácia, parte do conhecimento da reprodução de um ciclo de pobreza, em que eles, desde crianças, no seio das suas famílias e com os seus pares, começaram a desenvolver baixas expectativas de auto-eficácia, quer por fracassos sucessivos, quer por aprendizagem vicariante. Quando chegam á velhice, essa longa construção da percepção de baixa eficácia pessoal, reforçada continuamente pelo meio, está estritamente ligada a um decréscimo acentuado no desempenho, que ultrapassa, em muito, as potencialidades comportamentais que possuem. Afirma Nogueira (1991, pág.44): "O declínio em termos de capacidades de realização, atribuído ao envelhecimento biológico acarreta avaliações erróneas no que diz respeito a outras áreas de funcionamento. Do mesmo modo que nos períodos iniciais do desenvolvimento, as

principais fontes de informação sobre eficácia, proporcionadas ao velho, são a base das suas reavaliações de eficácia pessoal. Este avalia as suas realizações e compara-as com as passadas, assim como com as realizações dos outros. Podem existir problemas nesta fase da vida, porque uma diminuição no sentido de auto-eficácia, favorece o aparecimento de processos auto-perpetuadores, que originam um declínio no funcionamento cognitivo e no comportamento. O indivíduo que se sente inseguro da sua eficácia, não só limita o âmbito das suas actividades, como também diminui o esforço dispendido. O resultado é uma perda progressiva de interesses e capacidades."

A percepção de auto-eficácia relaciona-se com o controlo ou a ausência deste, antecipando e regulando a ansiedade, ligada quer ao controlo comportamental, quer ao controlo cognitivo. Esta teoria, que se desenvolveu no âmbito da teoria da aprendizagem social, postula então que as percepções que as pessoas têm das suas capacidades, afectam a forma como elas se comportam, o seu nível de motivação, os seus padrões de pensamento e as suas reacções emotivas, em situações determinadas. A teoria da auto-eficácia explica a forma como as pessoas influenciam a sua própria motivação e comportamento.

O modelo da auto-eficácia não nos parece, contudo, oferecer uma explicação cabal do fenómeno observado no idoso institucionalizado que se define, em termos gerais, por uma

baixa de funcionamento e bem-estar psicológico. Explicado por este modelo ficam, de facto, algumas questões que têm a ver com as fontes de informação da percepção de auto-eficácia, todas elas tendentes a baixar a expectativa de eficácia de acção, num meio que, por sua vez, reforça a baixa expectativa relativamente aos resultados. Apoiandos numa visão desenvolvimentista da auto-eficácia, torna-se também previsível que estes idosos pobres tenham baixas expectativas, confirmadas quer pela sua própria experiência, quer pela observação dos seus pares, no passado e na actualidade. Ficam por explicar as situações de adaptação versus inadaptação, em idosos com idênticos níveis de expectativa de acção e de resultados, que se torna mais compreensível se recorrermos a modelos de congruência, baseados no modelo do desânimo aprendido, descrito acima, ou de controlo secundário, que analisaremos de seguida.

A perspectiva de implicação tríadica, apresentada por Bandura, enquanto modelo muito geral e cujos factores têm peso probabilístico, admitindo a hipótese de que o determinante principal varie de situação para situação, fornece a base de compreensão para muitos fenómenos de controlo percebido, mas, cremos que exige um refinamento quando visamos explicar comportamentos básicos, que não são guiados por objectivos de sucesso exteriores à acção em si mesma, nem sujeitos a validações externas e quando nos referimos a indivíduos que colocam claramente no exterior o controlo das suas vidas. O auto-conhecimento parece um exercício grotesco, se aplicado a

situações de urgência de sobreviver, em que a eficácia possível é uma perspectiva económica e determinada circunstancialmente pelo ambiente. Sobreviver no limiar da pobreza exige, certamente, amplas capacidades e eficácia pessoal, mas esse nível de sucesso não aumenta, por certo, a noção de auto-confiança, como a podemos perceber em contextos educativos e de carreira, próprios da classe média, e não fornece percepções de auto-eficácia, facilitadoras do desempenho, em contextos adversos, como é muitas vezes o caso dos lares de idosos.

Quando se avança na explicação que estes dois grandes modelos do controlo, o desânimo aprendido e a auto-eficácia, oferecem para explicar a quebra de funcionamento dos idosos, principalmente em meio institucional, diluem-se as fronteiras da proposta inicial da divisão entre modelos de controlo real e modelos do controlo percebido. A teoria do desânimo aprendido dá mais ênfase à perda real de controlo, mas baseia nela a percepção de perda de controlo que, na mesma linha causal, influencia o comportamento adaptativo dos idosos. A teoria da auto-eficácia, inclui na sua recíprocidade triádica o peso probabilístico do meio, seguramente responsável pelo controlo real, e chama repetidamente à atenção para as capacidades reais de desempenho do controlo, o tipo de acção, o incentivo em presença, etc, que interagem dinamicamente com as avaliações cognitivas, deixando em aberto o peso circunstancial de cada factor à análise das situações concretas.

Vamos, de seguida, abordar mais algumas concepções teóricas sobre o controlo, que redefinem alguns dos pressupostos já contidos nestes modelos, e avançam com outros, aumentando o poder explicativo do conceito de controlo no desempenho dos idosos. Sublinhando mais o controlo percebido, o real, ou a dinâmica entre ambos, as teorias que se seguem dão também particular atenção aos mecanismos que os indivíduos possuem para lidar com o stress a que estejam sujeitos. Estamos a referir-nos às estratégias de confronto (coping) em situações de stress, e ao resultado do controlo em termos de adaptação ao meio.

4.3 O Modelo de Processamento da Informação no Controlo da Acção

Em ambientes institucionais os idosos desenvolvem fracas expectativas de auto-eficácia, quer devido às suas condições reais de saúde, quer ao estereótipo do idoso como um indivíduo de baixas capacidades quer a toda uma série de outros factores ambientais da própria instituição e respectivo pessoal, que reforçam a sua imagem de incapacidade e incompetência, quer ainda as expectativas de resultados, uma vez que o meio é em geral, no mínimo, pouco receptivo à mudança, e à actividade

por parte do idoso.

O envelhecimento pode ser acelerado pela generalização de uma deficiência na motivação que presumivelmente reduz as percepções de controlo. Contudo, os efeitos de aceleração, podem também ser o resultado de uma diminuição das funções de controlo actuais. As capacidades auto-regulatórias e as capacidades para emitir alguns comportamentos e produzir certos resultados pode deteriorar-se, como resultado de mudanças biológicas, reversíveis ou irreversíveis, associadas com o envelhecimento, e/ou como resultado de mudanças sociais, que perturbam a eficácia do controlo. Isto inclui o empobrecimento das contingências resultado-consequência, no meio em que vivem os idosos, diminuição das oportunidades de emitir comportamentos que produzam determinados resultados (reforma forçada, por exemplo) e diminuição de oportunidades de exercer forte controlo auto-regulatório sobre a manutenção e prática de intenções próprias, (ex: meios superprotectores, estereótipos sociais, relativos à passividade do idoso, etc) (Kulh, 1986).

Este autor, parte de um modelo de 4 estádios de funções de controlo actual ou percebido, que são: 1) a auto-regulação; 2) o desempenho; 3) os resultados e 4) as consequências. A ideia geral é a de que as percepções de controlo determinam a força da motivação para desempenhar um comportamento, que possa produzir uma consequência desejada. Se qualquer dos 4 tipos de expectativa está abaixo do valor crítico, pensa-se que ocorre

uma falha na motivação. As expectativas podem então ser relativas à 1) incapacidade auto-regulatória, seguindo o exemplo apresentado, quando o indivíduo a quem o médico recomendou que andasse 2 Km por dia se julgava incapaz de se dispor a fazê-lo todos os dias; 2) incapacidade de desempenho no caso do indivíduo se julgar incapaz de correr 2 Km; 3) a incapacidade de atingir o resultado, (action-outcome), neste caso de completar os 2 Km e, finalmente, 4) a incapacidade de, a partir daquele resultado, atingir o objectivo (outcome-consequences), ou seja, acreditar que o facto de correr os 2Km seja benéfico para a sua saúde.

É dado ênfase à capacidade auto-regulatória dos sujeitos, e propõe-se um modelo de processamento de informação no controlo da acção. Os termos de auto-regulação, controlo da acção e vontade, são definidos em termos de processo que medeia a manutenção de uma intenção, contra a pressão de tendências competitivas, até que seja iniciada e realizada. Na medida em que as mudanças físicas, psicológicas e sociais, associadas ao envelhecimento, perturbam a eficácia da auto-regulação, cada vez menos acções intencionais serão realizadas, e as capacidades cognitivas e motoras deteriorar-se-ão devido à falta de uso. A eficácia auto-regulatória é função de 2 factores: depende da capacidade auto-regulatória do indivíduo, e da dificuldade de desempenho, quer dizer, da quantidade de capacidade auto-regulatória para desempenhar a intenção corrente. A dificuldade de desempenho é devida, 1) ao número e força de outras tendências de acção, auto-geradas, que

competem com a intenção corrente; 2) à compatibilidade de acções socialmente exigidas, com a intenção corrente; 3) ao modo de controlo activado.

Os modos de controlo podem ser ou orientados para a acção, ou orientados para o estado. Kulh (1984) chama metaestático, ao estado em que o organismo está orientado para a acção e a atenção se centra na estrutura de acção desenvolvida, e cataestático, ao estado em que o organismo está orientado para um estado interno ou externo, caracterizado pela perseveração de cognições, relacionadas com algum estado passado, presente ou futuro, ou mesmo a ausência de qualquer pensamento consciente, coerente. A orientação para um destes dois estados depende, por sua vez, do 1) grau de incongruência percebida entre as partes de informação processada e 2) a medida em que o indivíduo desenvolveu intenções degeneradas, quer dizer representações cognitivas de estados intencionais, nos quais um ou mais elementos estão mal definidos, pouco activados ou não especificados. Uma incongruência entre as expectativas de um indivíduo e a nova informação, pode originar um foco de atenção orientado para a acção, se a incongruência excede o nível crítico, espera-se uma resposta orientada para o estado, quer dizer a atenção centra-se na informação que produz a incongruência e no estado cognitivo-emocional vivênciado como resultado dela.

A evidência empírica, acumulada por Kulh (1986), sugere que a passividade e as deficiências no desempenho, observadas em

muitos indivíduos em situações de stress, podem ser atribuidas a deficiências funcionais, mas não ao resultado de uma redução dos sentimentos de controlo. A contribuição relativa da perda de controlo real ou percebido, continua em aberto, e em estudos que visavam comprovar o modelo do desânimo aprendido verificou-se também que as deficiências no desempenho se observavam em sujeitos classificados como orientados para o estado. Esta orientação para o estado, pode resultar de uma percepção de perda de controlo, mas também se verifica na sua ausência. A orientação para o estado, ao contrário da orientação para a acção, pode impedir a passagem à acção de comportamentos pretendidos, o que, por vezes, é adaptativo.

Resumindo, de acordo com Kulh (1986) muitos factores podem estar envolvidos na aceleração psicogénica do envelhecimento. A perda de controlo percebida, pode acelerar os concomitantes físicos e mentais da velhice, reduzindo a motivação individual para exercer funções de controlo, sempre que possível. As mudanças no meio social, associadas com a velhice, podem colocar exigências maiores nas funções auto-regulatórias, tornando o estabelecimento de intenções auto-geradas e orientadas para a mudança, cada vez mais difíceis. Como resultado, as capacidades auto-regulatórias podem ser usadas com menos frequência e menos eficazmente. Muitas capacidades motoras e cognitivas podem deteriorar-se, devido à falta de uso. As deficiências psicológicas podem acelerar o declínio dos indicadores físicos da velhice, quer indirectamente,

causando a redução do exercício físico, quer mais directamente, reduzindo o nível de substâncias transmissoras, necessárias para um funcionamento mental e físico óptimo, e pelo enfranquecimento do sistema imonulógico.

O estereótipo social, que implica que o idoso seja associado com uma atitude reflexiva, conservadora, prudente, pode contribuir substancialmente para a aceleração do processo de envelhecimento.

4.4 O Controlo Participativo

O controlo é sempre considerado um aspecto relevante do processo de envelhecimento. Reid e Stirling (1989) reinterpretam o controlo nos idosos à luz da Teoria de Aprendizagem Social Cognitiva do Controlo, desenvolvendo especialmente o conceito de Controlo Participativo, que explica como é que as transações interpessoais, entre o idoso e os profissionais de cuidados de saúde, permitem manter a experiência de controlo, em situações em que as mudanças de saúde e a pressão institucional provocariam uma diminuição de

controlo. Estes autores criticam, a que eles consideram ser uma visão determinista e mecanicista dos conceitos de controlo psicológico, na medida em que encaram o fenómeno como estável e unidimensional, não tendo em consideração a complexidade do sistema social e pessoal em presença, considerando que uma mudança na assertividade do idoso, ou no comportamento do pessoal da instituição, provocaria uma mudança unidireccional nos residentes e que, por outro lado, os comportamentos e o ambiente eram constituidos por entidades distintas, como as crenças de controlo pessoal, a eficácia pessoal, a preditabilidade do meio, o valor dos resultados desejados, os meios restritivos ou não, que postos em relação, à semelhança de peças de uma máquina, produziriam os resultados desejados.

A visão aqui defendida é interaccionista, relativa a uma relação de assimilação/acomodação dinâmica, do indivíduo com o meio. Os autores inferem que a capacidade dos residentes em lares com cuidados de enfermagem, em manter um sentido de controlo é um componente chave do seu complexo ajustamento. Ao reconceptualizarem o conceito de controlo, dão ênfase à fenomenologia da experiência de controlo e consideram esta experiência um produto da interacção da pessoa com o meio. A experiência de controlo é então primária, enquanto as crenças (beliefs) de controlo, são uma experiência secundária. As crenças externas podem seguir uma experiência de falta de controlo, ou representar uma perspectiva do meio, independente da experiência pessoal, não tendo necessariamente, correspondência um-a-um com a experiência de controlo, esta

sim, mais importante.

A ideia de locus de controlo, que coloca no exterior, por exemplo, as forças que, como o destino ou o poder dos outros, influenciam as condições de cada um, é, nesta abordagem, um conceito erróneo. De um ponto de vista fenomenológico, não são as crenças da pessoas nos factores externos que levam à falta de controlo, mas a incapacidade de responder a essas fontes externas.

Paralelamente a estes factores externos, há ainda os internos, como os impulsos as emoções, as limitações fisiológicas, a capacidade de concentração, que também contribuem para a condição da pessoa. "Ter controlo é agir sobre, ou à luz de uma série de forças, dentro e fora do indivíduo, que de outra forma determinariam a condição da pessoa." (Reid e Stirling, 1989, p. 233).

A Teoria da Aprendizagem Social Cognitiva do Controlo integra um ênfase fenomenológico, com os modelos da atribuição e a aprendizagem social do controlo. Um dos seus postulados é de que as motivações primárias dos indivíduos vão ter influência sobre o meio. O controlo é a experiência de agir sobre o meio ambiente de cada um, e é optimalizado quando os resultados da acção sobre o seu meio coincide com as expectativas (ou apreciação) pessoais da dominância relativa, de determinantes externos e internos, da sua situação. A essa coincidência chama-se balanço. A experiência de controlo é então um

constante balanço percebido, entre a avaliação de forças internas e externas, que coincide com as suas reacções a essas forças. Na medida em que verificamos que o que fazemos (e o que acontece como resultado) não reflecte este balanço, experimentamos uma perda de controlo. Há ocasiões em que as pessoas experimentam uma falta de sincronia no balanço de forças internas e externas, o que é geralmente uma altura potencial de crise. A partir destes pressupostos pode-se prever que um idoso pode acreditar em forças dominantes externas e, não obstante, estar bem ajustado e satisfeito. Se as suas acções forem eficazes à luz das suas expectativas, então o peso das forças externas é menor do que se as expectativas não fossem corroberadas.

Outro dos conceitos associados a esta teoria é o de controlo participativo, que se refere ao processo de adquirir controlo pela via da interacção recíproca com os outros. Os componentes do controlo participativo são, em primeiro lugar, que a pessoa chegue à conclusão de que há outros que são mais capazes do que ele próprio, seja pela sua energia ou recursos, para responder à sua situação. Ao dar o poder necessário ao profissional de saúde e ao mesmo tempo não perder o controlo sobre a sua situação, o idoso está a establecer o controlo participativo com o profissional de saúde. A dinâmica desta situação reside no facto de ao dar esse poder a quem cuida dele, o idoso está a negociar um melhor controlo sobre a sua situação, do que o que conseguiria só, reduzindo a sua ansiedade, devido a não ser capaz de enfrentar o problema

sózinho, podendo ainda canalizar algumas das suas energias para outras actividades. A comunicação que se estabelece entre o idoso e quem lhe presta cuidados, faz com que haja menos revolta contra o pessoal, e vice-versa. Em suma, neste processo dinâmico, o idoso ganha controlo através dos outros.

O conceito de controlo participativo de Reid e Stirling (1989), que acabamos de expor, é semelhante ao conceito de controlo secundário de Rothbaum et al. (1982), que vamos ver de seguida, sendo ambos formas alternativas de explicar os comportamentos passivos dos idosos institucionalizados, coincidente, de resto, com as conclusões obtidas nos nossos próprios trabalhos, como veremos mais adiante. Perspectiva semelhante é ainda adoptada por outros autores, como Baltes e Reisenzein (1986), que consideram a dependência em ambientes institucionais causada, inúmeras vezes, pelo comportamento do pessoal das instituições, que promove a diminuição dos níveis de funcionamento dos idosos. No entanto, consideram eles, estes comportamentos de dependência são por vezes mecanismos úteis de controlo secundário, em ambientes institucionais.

4.5 Controlo Primário versus Controlo Secundário

Outra forma de compreender o comportamento passivo dos idosos, numa perspectiva positiva, é a que teve origem na distinção, introduzida por Rothbaum et al. (1982), entre controlo primário e controlo secundário. O primeiro é relativo ao

controlo percebido, obtido pela manipulação efectiva e activa sobre o meio, enquanto o controlo secundário, se refere ao comportamento do indivíduo, que não tenta alterar o meio, mas o aceita, e portanto controla o impacto do meio em si próprio.

São descritas 4 formas de controlo secundário: 1) controlo secundário preditivo ou antecipatório, segundo o qual, o ser capaz de prever as consequências prepara o indivíduo para o impacto psicológico; 2) controlo secundário vicariante, quando há uma identificação com outros, que têm controlo primário, aumentando assim o sentido de controlo de si próprio; 3) controlo secundário ilusório, que existe quando ao colocar o controlo nas mãos do destino ou da sorte, se evitam as consequências negativas do sentido de perda do seu próprio controlo primário e 4) controlo secundário interpretativo, quando se constroi uma finalidade e aceitação para o acontecimento, que se torna assim parte de um objectivo mais lato, como o caso da vontade divina.

White e Janson (1986) fazem uma reavaliação da perspectiva operante do controlo, desânimo aprendido e teoria dos papéis, apoiando-se na distinção dos conceitos de apoio primário e secundário, para interpretar o comportamento passivo dos idosos, não como um sintoma depressivo, como a perspectiva do desânimo aprendido, mas como uma expressão de controlo secundário, face a expectativas não preenchidas e a um meio não responsivo. De resto, referem os autores, nunca se chegou a uma conclusão precisa sobre se a depressão é uma

consequência do desânimo se, pelo contrário, o sentimento de desânimo gera a depressão.

Do ponto de vista da teoria operante e de papéis, o desânimo aprendido nem sempre explica as diminuições funcionais nos idosos, pois, nem sempre consegue demonstrar a não contingência percebida ou objectiva, anterior às alterações comportamentais. Neste contexto, o declínio do desempenho, devido à não contingência, é uma adaptação a novas contingências, um comportamento instrumental passivo, em que o importante são as consequências que desta forma são controladas. Se o ambiente numa instituição desenvolve a expectativa do "bom doente", que é ter um comportamento passivo-dependente, os idosos que assim se comportam, podem estar a adoptar formas de controlo secundário, adaptativo, ou a desenvolver desânimo, adoptando o papel de "mau doente", não adaptativo. Na perspectiva da "teoria operante", da "teoria dos papeis" e da "teoria do controlo primário-secundário", a aparente passividade do idoso está sob controlo do meio, que favorece os comportamentos passivo-dependentes. O desânimo dos idosos institucionalizados, pode então ser explicada por factores de duas ordens, a) a falta de responsividade do meio e 2) factores adaptativos, a adaptação que o idoso faz às contingências existentes, através de estratégias de controlo secundário. Por outras palavras, a fonte de desânimo, passividade, dependência e ausência de poder nos lares é

múltipla: o aborrecimento inerente à rotina, que provoca uma orientação "mindless"; o estado de saúde dos residentes, acompanhado do isolamento sensorial, que leva ao reforço da deficiência nos idosos; o afecto depressivo, muito difundido nos idosos que não estão bem, que predispõe diferencialmente para uma avaliação realista de controlo externo; contingências institucionais, que apoiam a passividade e a dependência; os estereótipos de "bom paciente" e o papel do pessoal institucional, assumido pelos residentes e pelo pessoal, que conduz à passividade. Assim, fazer em vez do idoso, mais do que "ajudar", reforça a passividade comportamental (White e Janson, 1986).

4.6 A Adequação Pessoa-Ambiente

A teoria de adequação pessoa-ambiente de Fitch e Slivinske (1989) visa explicar as percepções situacionais de controlo por parte dos idosos. É uma perspectiva do controlo relativa, não do exercício real do controlo sobre o meio, mas às percepções situacionais de controlo, considera também que os idosos são particularmente sensíveis à diminuição da percepção de controlo devido 1) a uma maior vulnerabilidade física, 2) à natureza aparentemente não contingente de muitos acontecimentos vivênciados, 3) a oportunidades limitadas, do ponto de vista social, para o exercício de controlo e 4) à interiorização de um estereótipo negativo, por parte de muitos idosos. Presumivelmente, as percepções de perda de controlo

nos idosos, correspondem a perdas reais de controlo. Considera-se não só uma adequação objectiva da pessoa ao ambiente, de que já falámos, mas também de uma adequação subjectiva entre a pessoa subjectiva e um meio subjectivo, percepcionado pelo indivíduo que, em paralelo, influenciam o nível de funcionamento e ajustamento do idoso. Segundo estes autores, as percepções de controlo tem mais valor preditivo do que o controlo real, mas as intervenções no controlo percebido, que não são apoiadas pela possibilidade de exercer um controlo real sobre o meio, são pouco eficazes a curto prazo. A diminuição da capacidade visual e auditiva dos idosos, coloca muitos problemas de adaptação, e verifica-se uma grande dificuldade em comunicar, que aumenta o isolamento e origina sentimentos de suspeita, reacções paranoides, e uma diminuição real do controlo sobre o meio. As questões de saúde, surgem ao lado do apoio social, como factores adicionais e interactivos, com o estabelecimento da depressão. Ou seja, as percepções de declínio de capacidades, tem a ver com a sua real diminuição e também com a percepção que os idosos têm das suas capacidades.

A perda de controlo percebido pode dever-se ao facto de os indivíduos subestimarem as suas capacidades auto-regulatórias e/ou as suas capacidades de exercer componentes comportamentais, para conseguir um certo resultado, ou subestimarem a necessária resposta do ambiente. Noutros casos ainda, as percepções de pouco controlo podem ser muito realistas, no sentido em que reflectem deficiências reais

(Kuhl, 1986).

A perda de controlo real ou percebido, põe em acção estratégias de confronto, utilizados para resolver as discrepâncias entre as capacidades do indivíduo e as exigências do meio. Estas respostas podem ser dirigidas para alterar a pessoa, o meio e/ou as suas percepções. A sua funcionalidade depende da situação, da natureza da perturbação causadora de stress e de a resposta poder implicar uma maior vulnerabilidade. Nos idosos, principalmente nos mais incapacitados, do ponto de vista funcional. Há situações que não são passíveis de sofrerem uma acção directa e sugerem a importância de accionar outros mecanismos de confronto, como os que focam a emoção ou os cognitivo-passivos, que aumentem a auto-estima e a percepção de controlo. De uma forma geral, considera-se que os indivíduos que têm crenças externas, são mais vulneráveis a acontecimentos que causam stress e menos capazes de confronto, do que os que têm crenças internas.

4.7 O Controlo "Mindfull" versus "Mindless"

Dando relevo ao processo que conduz a resultados mais ou menos positivos, ao longo do envelhecimento, Piper e Langer (1986), expuseram o conceito de "mindful control". O conceito de "mindefulness" corresponde a um estado dinâmico da mente, a um processo de diferenciação, à capacidade de fazer distinções, criar categorias, ou atribuir significados, tornar o

desconhecido em conhecido, o novo em familiar. O estado de "mindlessness" é de reduzida actividade cognitiva, que resulta de uma estrutura rígida, que pode surgir depois de várias repetições de uma experiência, ou até de uma única exposição a uma informação, que o actor aceitou sem questionar. As considerações relativas a uma actividade cognitiva reduzida, descrevem-na como automática, habitual, e pré-atenta, o que se aproxima muito do que se entende por "mindlessness". Por vezes, este estado pode ser adaptativo, a curto termo, mas há que estar sempre "mindful" de qualquer coisa, que se traduz em benefícios para a saúde em geral. A ligação deste estado com a redução de controlo percebido verifica-se, uma vez que há um processamento automático do comportamento, que de outra forma afectaria a percepção de controlo.

Embora conscientes dos resultados, o relevo é dado ao processo que conduz a um dado resultado. Mesmo que um determinado fim seja atingido, se o indivíduo não está consciente do processo de interacção com o meio, que produz esse fim, não experiencia controlo. A falta de actividade cognitiva, a que os autores chamam "mindlessness" tem efeitos negativos em várias situações.

O conceito de "mindfullness", da mesma forma que o de controlo comportamental, visa o controlo real dos estímulos físicos ou psicológicos mas, em vez de se orientar para os resultados, orienta-se para o processo. A diminuição da incerteza é uma resposta "mindfull", que leva a sentimentos de eficácia.

Skinner e Connell (1986), definiram controlo como o conjunto de "modelos causais" de cada indivíduo, relativos ao que produz os resultados desejados e indesejedos na vida de todos os dias, e sobre o papel do self, no processo causal. Este conceito implica uma visão mais alargada do controlo, do que o considerar a dimensão bipolar interno-externo, implicando também outros processos do self, como os motivacionais e relativos à acção, enquanto seus potenciais antecedentes e consequentes. Numa perspectiva individualista e histórica sobre o controlo, Gergen e Gergen (1986), sublinham o controlo não real mas percebido, ou seja, afirmam que não há uma imposição do ambiente em termos de diminuição do controlo, há sim formas diferentes de compreender as circunstâncias em que se está inserido e de se comportar em função disso. Estes autores criticam o determinismo do modelo de desânimo aprendido e a ideia de que as afirmações relativas à causalidade dos acontecimentos, como externa ou interna, são indicadores de estados mentais, disposições, cognições, ou coisas no género. As explicações causais são antes consideradas formas de discurso e desempenho social, inseridas no tipo de relacionamento em que o indivíduo está envolvido.

Na cultura Ocidental, o envelhecimento é visto como um declínio generalizado, centrado essencialmente no sistema físico, o que faz com que os idosos adoptem uma forma de explicação convencional, muito centrada na deterioração do sistema corporal, diminuição de várias actividades, procura de

alívio no apoio médico e a dependência na relação. Estas explicações, mais do que mecanismos psicológicos, são consideradas construções históricas, abertas à mudança e ao longo do tempo, através da auto-reflexão e negociação social, deixando um potencial de mudança ao indivíduo, que o torna capaz de criar outros futuros.

Vamos finalizar a apresentação desta série de teorias sobre o controlo com uma perspectiva global sobre a vulnerabilidade dos idosos, em que Fry (1989) integra uma série de conceitos básicos na discussão do controlo, muitos dos quais já passamos em revista, e uma sequência causal complexa de factores que influenciam os resultados negativos da ausência de controlo nos idosos. São considerados os aspectos reais e percebidos do controlo, quer da história do indivíduo, quer do seu envolvimento socio-cultural, dando ênfase aos consequentes comportamentos de passividade e dependência, tão frequentemente observados nos idosos, principalmente nos residentes em lares.

Os precipitantes da vulnerabilidade e ausência de controlo dos idosos são, de acordo com este autor, as privações severas de apoios sociais e emotivos, a perda de relações íntimas, pouco antes de um episódio causador de stress, e podem provocar reacções profundas nas pessoas idosas. A forma possível pela qual os factores socio-demográficos e ambientais, interagem com as orientações de controlo, predispõem os indivíduos para estados de vulnerabilidade.

Há dois conjuntos de factores de risco no meio ambiente dos idosos, um constituido pelas percepções individuais, representados pelos factores amplificadores dos sistemas de apoio social dos individuos e outro, constituido por factores etiológicos primários, os condicionalismos médicos, determinados geneticamente, e problemas genéticos maiores, de incapacidades intelectuais, energia física e funcionamento sensório-motor. Os factores genéticos e a história de vida dos idosos, podem moderar o risco de depressão e resultados negativos, e salientar as percepções de controlo. As histórias vividas de traumas, perda de relações, sistemas de crenças culturais e sociais e a ideologia de controlo, são identificadas como factores chave no desenvolvimento da vulnerabilidade. O desânimo aprendido, a passividade, a dependência, o excesso de incapacidade, são muitas vezes considerados os resultados de severas ameaças ao sentido de controlo, somados à vulnerabilidade de cada um. A depressão reactiva e os comportamentos apáticos, podem ser vistos como resultados da vulnerabilidade, ou factores predisponentes à vulnerabilidade na velhice.

As situações de vulnerabilidade na velhice, podem ser explicadas por duas teorias, uma a que o autor chama "teoria dos obstáculos" e outra, a que ele chama, de "big bang". A primeira assume que as baixas expectativas de controlo se desenvolvem em função de circunstâncias desagradáveis, que levam a um comportamento apático e a uma depressão tipo desânimo aprendido. Por seu lado, a teoria do "big bang"

assume que um certo número de privações e deficiências motivacionais, se desenvolvem na velhice, a partir de perdas e privações anteriores. A incapacidade de lidar com a doença e as crises na velhice, é muitas vezes o resultado da perda de controlo percebido, nos primeiros estádios do desenvolvimento (Fry, 1989).

Resumindo, nesta perspectiva, o grau de vulnerabilidade na velhice que se traduz na depressão, passividade, stress, ansiedade ou excesso de incapacidade, depende de factores sociodemográficos de base, de factores etiológicos primários, que podem ser externos ao sujeito, como acontecimentos sociais de relevo, do tipo da Guerra Mundial, ou internos, ligados a determinantes genéticos, e ainda de factores amplificadores, como o número de filhos, a reforma, entre outros. Finalmente há que considerar o impacto que todos estes factores têm na auto-estima de cada idoso, as percepções que ele tem dos acontecimentos. Todo este sistema de interacção sociodemográfica e do meio é possivelmente "sintonizada por uma "metamemória genética", construída ao longo de cada estádio de desenvolvimento, com base na activação do sistema simpático adreno-medular e do eixo adreno-cortical-pituitária, em situações de incontrolabilidade.

A vulnerabilidade nos idosos é o resultado da soma de padrões, de baixa expectativa de controlo, numa série de domínios cognitivo-comportamentais como a) a eficácia pessoal, em termos do desempenho de actividades de rotina, em que muitas

vezes o idoso é sujeito à infantilizaçao, b) o controlo interpessoal, o controlo percebido, na esfera da eficácia pessoal, pode reduzir a auto-estima, que vai influenciar as interacções interpessoais, c) o controlo socio-político, que se refere ao eventual conflito entre os objectivos pessoais e os factores socio-políticos, que governam a sua reforma, pensão, etc, que leva também a uma quebra no controlo percebido, finalmente há que considerar d) a área de auto-controlo e auto-regulação, que envolve um conflito interno do indivíduo consigo próprio. Esta falta de eficácia em controlar os acontecimentos, pode então levar à dependência e evitamento ou a um pessimismo versus optimismo extremo, que conduz a tentativas pouco realistas de restaurar o controlo (Fry, 1989).

4.8 Controlo e Saúde

Considerando, de uma forma geral, a relação entre a saúde física e o controlo, verifica-se que assume três aspectos, é considerada 1) uma consequência na alteração do nível de controlo; 2) a causa da alteração no nível de controlo, ou 3) interactiva com a percepção e o exercício de controlo. As questões mais salientes relativas à saúde, na sua relação com o controlo são: a) a falta de saúde ou doença crónica não é geralmente controlável pelo indivíduo, e portanto fornece boas bases para crenças em ausência de controlo e não contingência; b) a saúde é um factor limitador para o exercício do controlo

primário e c) os problemas de saúde são uma ocasião para os outros apoiarem comportamentos passivos e dependentes. Nos estudos em que a saúde é considerada uma variável do controlo, em idosos institucionalizados, verifica-se a sua associação à perda de controlo percebido, associada com o locus de controlo externo, e é preditiva de uma menor moral e satisfação de vida (White e Johnson, 1986).

A perspectiva de Rodin (1986), sobre a relação do controlo com a saúde, é interactiva. As variações no controlo são vistas como capazes de influenciar o grau da reacção de cada um ao stress, quer determinando a medida em que estes acontecimentos são realmente percebidos como causas de stress, quer modulando as respostas fisiológicas aos acontecimentos, que são avaliados como causadores de stress. A auto-determinação num contexto médico, aumenta o estado de saúde e de recuperação da doença, havendo no entanto muitas diferenças individuais. Os idosos parecem ser duplamente vulneráveis, por um lado estão mais expostos às pressões ambientais, ao seu sentido de auto-determinação em função da idade por si, e são também mais vulneráveis, do ponto de vista fisiológico, aos efeitos da incontrolabilidade. Os mecanismos reguladores da homeostase nos idosos são também menos eficazes. As intervenções feitas no sentido de aumentar o sentimento de controlo nos idosos têm vindo a demonstrar ter efeitos positivos na saúde. A hipótese geral, defendida por esta autora, é a de que a incontrolabilidade afecta as respostas neuroendócrinas, imonulógicas e a doença, em indivíduos de todas as idades.

Relativamente aos idosos, haveria ainda a considerar as mudanças com a idade, nestes mesmos sistemas, o que reforça a ideia de existir uma relação forte entre o stress incontrolável e a imunossupressão nos idosos. Note-se que Bandura et al. (1988), também consideram que a percepção de baixa eficácia, em situações de muito stress parece ter um impacto negativo no sistema imunitário.

Rodin (1986) considera que o aumento de controlo pessoal não é sempre benéfico para todas as pessoas. A mudança do modelo médico tradicional, para formas mais participativas, em que os indivíduos têm um papel mais activo nos seus próprios tratamentos, pode não corresponder à expectativa das pessoas, que podem não querer partilhar a responsabilidade nas decisões médicas. As tentativas repetidas de obter controlo sobre processos incontroláveis, pode também induzir maior stress. Ou seja, há condições em que o aumento de controlo é benéfico para o indivíduo e outras em que não. Parece contudo que a manipulação de factores do meio, através do exercício de controlo, pode ter um impacto relevante na saúde dos idosos, dando uma perspectiva mais optimista sobre o envelhecimento, independentemente de reconhecer que ocorrem profundas mudanças biológicas neste período.

A aceleração psicogenética da velhice física, tem a ver com os factores do meio que encorajam a passividade, tornando muito difícil ao idoso manter e empenhar-se no exercício físico. Muitos sintomas, associados com a velhice, estão fortemente

correlacionados com a quantidade de inactividade física, que também pode resultar em algumas mudanças neurofisiológicas, que reforçam os factores psicogénicos, que estão na origem dessa mesma inactividade, criando um ciclo vicioso, como referimos na introdução.

A inactividade física reduz a quantidade de catecolaminas no SNC. Estes neuro-transmissores não estão só envolvidos na depressão mas também na manutenção de um nível óptimo de alerta, necessário para levar a cabo qualquer operação mental, incluindo as funções auto-regulatórias. A inactividade resultante da percepção de fraco controlo, ou de deficiências auto-regulatórias reais, podem produzir mudanças neuropsicológicas que, por sua vez, podem aumentar as deficiências percebidas ou reais. Para além de causar inactividade física e os seus inúmeros efeitos nocivos, as deficiências de controlo real ou percebido, podem ter algum efeito directo em algumas funções cerebrais. Quando uma porção do cortex está activa, há um aumento compensatório na intensidade metabólica e circulatória, e a actividade gera actividade (Kulh, 1986). A deterioração de algumas capacidades mentais, são mais devidas à falta de uso do que à doença ("disuse rather then disease", Kulh, 1986, p.25).

A medicina comportamental é um campo interdisciplinar emergente, que visa promover a saúde através da compreensão de interacções complexas entre factores psicossociais e o funcionamento fisiológico. A doença é considerada como

resultando de um conjunto de factores, que vão desde os fisiológicos, aos comportamentais, sociais e ambientais. A teoria da aprendizagem social considera, por exemplo, que fracas estratégias de confronto e determinadas condições de trabalho, originam reacções de stress fisiológico e psicológico e, por sua vez, as reacções disfuncionais provocam ainda maior stress. Os altos níveis de stress levam a perturbações de saúde, que são encaradas de forma diferente de indivíduo para indivíduo (O'Leary, 1985).

Outro dos aspectos do controlo, considerado numa ligação estreita com a saúde e os comportamentos que a promovem é o locus de controlo. Speake, et al. (1989) referem que um locus de controlo interno da saúde, está positivamente associado com práticas de estilos de vida saudáveis, enquanto os locus de controlo atribuidos à sorte e a outros poderosos, está associado com menos práticas saudáveis. Assim sendo, os idosos com locus de controlo interno, podem assumir mais a responsabilidade pessoal, para ter práticas que promovam a saúde durante a velhice. Os mesmos autores, consideram que há, no entanto, uma relação significativa entre o locus de controlo relativo a outros poderosos, como os médicos e enfermeiros, e as práticas de saúde. Estes outros poderosos, em termos de saúde, também podem influenciar positivamente o estilo de vida dos idosos.

A teoria da auto-eficácia, fornece pressupostos importantes para a explicação da relação do controlo com a saúde,

relacionando as percepções de auto-eficácia com as diferentes formas de comportamentos de saúde nos idosos. A probabilidade de ocorrência de uma ameaça e a eficácia das estratégias de confronto, têm importantes efeitos positivos nas intenções para adoptar um comportamento saudável, recomendado como preventivo. A percepção de uma ameaça à saúde, activa a avaliação cognitiva da: 1) severidade da ameaça; 2) probabilidade de ocorrência do acontecimento (vulnerabilidade percebida); 3) eficácia de uma estratégia de confronto recomendada; 4) expectativa de auto-eficácia para a estratégia de confronto, tendo-se verificado que a expectativa de auto-eficácia é o melhor preditor das intenções comportamentais nesta área (Maddux e Rogers, 1983).

De um ponto de vista mais geral, a teoria da auto-eficácia pode ter um papel muito importante no rastreio de situações de risco podendo, através das inúmeras escalas específicas que vão proliferando nas diferentes áreas da saúde, antecipar e prevenir as situações-problema, avaliar a eficácia de um dado tratamento, e abrir perspectivas de intervenção mais eficazes para cada situação (Maddux et al., 1987). Este autor e muitos dos seus colaboradores, têm de vindo, desde há anos, a desenvolver investigação na área de aplicação da teoria da auto-eficácia aos domínios da saúde.

Stanley e Maddux (1986) partem da definição de psicologia da saúde de Matarazzo, citada por eles próprios, em que se diz que é uma disciplina relativa à "a promoção e manutenção da

saúde, à prevenção e tratamento da doença, e à identificação da etiologia e correlações diagnósticas da saúde e disfunções relacionadas" (Matarazzo, 1980, pág. 815). Nesta definição, constam duas vertentes, uma relativa à promoção da saúde e outra preventiva da doença, tendo sido esta última a vertente que motivou mais investigação. Os modelos de prevenção sugerem que as mudanças no comportamento ocorrem, quando a pessoa percebe que o seu comportamento actual pode levar a condições pouco saudáveis e que a eliminação desse comportamento e/ou a adopção de outro, reduz a probabilidade da doença ou incapacidade. O modelo de promoção da saúde foca as consequências positivas de adoptar um novo comportamento, mais do que os riscos associados à manutenção de outro, aplicando-se assim, não só a indivíduos doentes, como a pessoas saudáveis. Uma das teorias do modelo de prevenção é a da motivação-protecção, que referimos a propósito do trabalho de Maddux e Rogers (1983), que na sua versão incorporam componentes da auto-eficácia. A preocupação de Stanley e Maddux (1986), visa aplicar este mesmo modelo, agora não numa perspectiva de prevenção, mas de promoção da saúde em que: 1) a vulnerabilidade percebida pode ser vista como uma expectativa de resultados para o comportamento de saúde actual da pessoa; 2) a resposta de eficácia pode ser vista como uma expectativa de resultados para um comportamento alternativo de promoção da saúde; 3) a severidade da ameaça pode ser traduzida como o valor dos resultados do comportamento alternativo de promoção de saúde e, finalmente, 4) a expectativa de auto-eficácia para a resposta alternativa de

confronto, seria o equivalente à expectativa de auto-eficácia para o comportamento de promoção da saúde. O exemplo de aplicação, fornecido pelos autores, refere-se a um programa de exercício para indivíduos sem doença ou incapacidade, focando os resultados positivos do exercício, mais do que as consequências negativas da sua ausência. Quer a expectativa de auto-eficácia, quer a resposta (expectativa de resultados), influenciam as intenções dos sujeitos para desempenhar um comportamento de promoção da saúde, numa situação que não se baseia no medo ou na ameaça de consequências nefastas.

O ênfase dado a estas teorias, que na área do controlo se relacionam com a saúde, como é o caso destas variantes da teoria de auto-eficácia de Bandura (1977), com clara finalidade interventiva, parece-nos justificado, porquanto falar de idosos passa sempre por falar da sua condição de saúde, que se torna um dos aspectos chave do seu bem-estar geral ou, dito de outra forma, de um envelhecimento óptimo como temos vindo a perspectivar.

Há um grande corpo de investigação que demonstra a ligação entre a doença crónica e aguda e os acontecimentos causadores de stress, sendo que muitos dos investigadores colocam o stress como precursor da doença, e que a manutenção de uma boa saúde requer a redução do stress. Isto corresponde ao primeiro tipo de perspectiva, apresentada por White e Johnson (1986), sobre a relação entre o controlo e a saúde, que coloca a diminuição do controlo como a causa da perturbação de saúde.

Um dos mediadores entre o stress e a doença seriam as estratégias de confronto (Preston e Mansfield, 1984). O corpo responde ao stress físico ou emocional com algumas mudanças fisiológicas, que afectam negativamente a saúde dos indivíduos.

Apesar de se continuar a acreditar no efeito nocivo do stress sobre a saúde, os trabalhos que relacionam os "life events" com a doença nem sempre são conclusivos, e parece que há indivíduos que reagem agindo, enquanto outros caem no desespero. Este diferente tipo de resposta, a este stress específico, pode então estar ligada ao "locus de controlo", apontando para que os indivíduos que têm "locus de controlo" interno estão mais protegidos, porque por um lado sentem que está "tudo sobre controlo" e, por outro lado, se desmoralizam menos nas situações de stress.

A capacidade de estabelecer redes sociais de apoio é considerada, por estes autores, uma outra estratégia de confronto, também ele possivelmente associado a um locus de controlo interno. A ausência dessas redes resulta num isolamento, que pode originar sentimentos de insegurança que podem ser causadores de muito stress. O estudo, levado a cabo numa população rural de idosos, aponta para a existência de quatro tipos de combinações entre os factores de stress e a saúde percebida: 1) um grupo sem stress e com poucas limitações de saúde, uma quantidade relativamente pequena de estratégias de confronto e uma rede social pouco extensa; 2)

um grupo com stress abaixo da média, a saúde razoavelmente boa, a mais pequena rede de apoio social e o menor número de estratégias de confronto; 3) um grupo com o segundo maior índice de stress, saúde abaixo da média, uma rede social de extensão mediana e o maior número de estratégias de confronto e, finalmente, 4) um grupo com muito stress, fraca saúde, implicando uma actividade limitada e perda de controlo sobre o corpo, uma pequena quantidade de mecanismos de confronto, mas uma extensa rede de ajuda, não se verificando, neste caso, a relação stress/dimensão da rede social de apoio/saúde. A justificação avançada para estes últimos resultados é de que eventualmente se deverá distinguir entre uma rede de ajuda para resolver os problemas diários, de indivíduos altamente dependentes, da rede social de apoio que dá carinho e encorajamento, além de apoio instrumental temporário. Estes autores avançam ainda com a ideia de que a própria doença pode ser um mecanismo de confronto relativamente ao stress e uma forma de preencher necessidades de dependência.

Outra vertente diferente do problema, da relação entre toda uma série de conceitos que temos vindo a analisar como o controlo, as redes sociais informais e a saúde, bem como os factores mediadores e as respectivas implicações, em termos de bem-estar psicológico é a apresentada por Rook et al. (1990), que estuda a influência do controlo social nos riscos de saúde e na perturbação psicológica. Trata-se de perceber a contribuição das redes sociais informais na saúde física e emotiva dos idosos. Os teóricos do controlo social, opõem-se

às teorias do apoio social, que temos vindo a defender ao longo deste trabalho, considerando que a acção regulatória por parte dos outros pode ser útil, mesmo quando não é afirmativa nem bem-vinda, conduzindo a comportamentos menos desviantes e a um funcionamento mais estável mas que, em contrapartida, pode gerar stress psicológico. Estes autores visaram especificamente testar este pressuposto relativamente a comportamentos que colocam a saúde em risco, ou seja, ver até que ponto o controlo social desencoraja as práticas nocivas, como o tabagismo, o uso de álcool ou a sobremedicação, e qual a sua relação com o funcionamento psicológico e a satisfação interpessoal. O controlo social era aqui considerado como as tentativas directas, por parte dos outros, de influenciar as práticas de saúde dos idosos, e a existência de papéis de obrigação significativos, relativamente aos outros. O funcionamento psicológico referia-se a índices de depressão, solidão e auto-estima, enquanto a satisfação interpessoal era relativa à satisfação com amigos e familiares.

As considerações teóricas avançadas por Rook et al. (1990), citavam trabalhos que apontavam para o facto de os indivíduos que vivem sós serem menos sujeitos à regulação social, portanto terem menos problemas psicológicos e exibirem mais comportamentos deviantes, e da mesma forma aconteceria, relativamente a pessoas casadas sem filhos, ou cujos filhos viviam longe, em comparação com os que tinham filhos. Os resultados obtidos por estes autores, não puderam contudo confirmar as suas próprias hipóteses e, pelo contrário,

constataram que a acção regulatória dos outros era positiva, e estava associada a menor perturbação psicológica e maior satisfação nas relações interpessoais.

4.9 Intervenções para Aumentar o Controlo dos Idosos em Meio Institucional

Em meios institucionais, a perda de controlo é considerada a responsável, pelo menos em parte, pelos sentimentos de desânimo e depressão, assim como do declínio físico acelerado (Schulz, 1976). A intervenção realizada por Shultz, utilizou estudantes universitários que visitavam os residentes idosos em lares, conforme um plano que envolvia três condições, uma em que os residentes decidiam sobre as visitas a efectuar e a sua duração, outra em que os idosos eram informados sobre quando a visita teria lugar e a sua duração e uma terceira condição, em que o grupo de residentes era visitado num calendário ao acaso. Da análise dos resultados, o autor concluiu que o grupo que controlava as visitas e o grupo que as previa, não faziam diferença significativa, e ambos se diferenciavam do grupo que tinha visitas ao acaso, e do grupo sem qualquer tratamento experimental. Verificaram-se resultados positivos nos dois primeiros grupos, relativamente ao estado psicológico e de saúde e ao nível de actividade.

Fica por comprovar o efeito da manipulação do controlo e preditabiliade e o da visita em si.

Outro dos estudos, muito citados como exemplificativos do efeito do aumento de controlo no bem-estar dos idosos institucionalizados, é o de Langer e Rodin (1976). Estes autores tentaram aumentar o controlo através da responsabilidade e escolha. A noção operacional de controlo, adoptada por Rodin (1986) é a de que é uma capacidade de regular ou influenciar resultados pretendidos, através de respostas selectivas, sendo o controlo percebido, as expectativas de ser capaz de participar nas decisões e empenhar-se em acções, no sentido de obter resultados desejados ou evitar os desfavoráveis, partindo do princípio de que se é responsável pelos resultados dos esforços próprios. A intervenção realizada processava-se em três etapas: 1) numa primeira o director do lar falava a todos os residentes no sentido de os encorajar assumir responsabilidades nos acontecimentos do dia-a-dia, sublinhando as opções de escolha e influência pessoal; 2) poucos dias depois, os residentes foram visitados pelo director, num contacto pessoal, sublinhando as expectativas expressas anteriormente; 3) deram aos residentes a oportunidade de escolher uma planta e responsabilizar-se por ela. Num outro grupo, o director também falou com os residentes, mas descrevendo os serviços existentes no lar e as capacidades do pessoal para responder às necessidades dos residentes, o que seria uma mensagem de expectativa de dependência. Os resultados, avaliados com base

em inquéritos preenchidos pelos próprios e avaliações feitas pelas enfermeiras, apontavam para um aumento das medidas de felicidade, actividade e bem-estar, no grupo experimental.

Num artigo de Rodin (1980), em que se refere a repetição do desenho experimental de Langer e Rodin descrito anteriormente, refere-se que, à semelhança do que se passou na primeira investigação, não houve aumento da percepção de controlo dos residentes.

Reich e Zautra (1990), realizaram uma investigação para verificar os pontos de convergência entre duas linhas independentes de estudos sobre o controlo. Uma que aborda o controlo como traço de personalidade e a outra, intervencionista, que visa aumentar o ajustamento e bem-estar dos idosos, através da manipulação do controlo. De acordo com estes autores a eficácia das intervenções, para aumentar o controlo percebido, varia com as predisposições individuais de controlo. Tentar aumentar o controlo de pessoas, que não acreditam que isso seja importante, pode não só ser ineficaz, como contraproducente. A intervenção constou de 4 sessões, com discussões didácticas sobre: 1) acontecimentos que são causados pelo próprio, e acontecimentos que ocorrem sem a influência causal do sujeito; 2) actividades desejadas e como as iniciativas de cada um reflectem as escolhas e o controlo pessoal; 3) a resolução de problemas e aprendizagem sobre como lidar com coisas, que não se podem controlar; 4) um balanço entre a felicidade e o controlo. O desenho experimental

compreendia 3 grupos, o experimental, o placebo (com contacto) e o testemunho (sem contacto). Os resultados apontavam para uma relação estreita entre o aumento de controlo e os traços de personalidade pré-existentes, das crenças de controlo. Havia um impacto favorável das intervenções para aumentar o controlo, nos sujeitos que tinham altos níveis de crenças de controlo. Relativamente aos sujeitos que tinham baixos níveis de crenças internas de controlo, verificava-se um melhor domínio e saúde mental. As intervenções não tinham o mesmo resultado para toda a gente, e eram mais eficazes para quem à partida já possuia um sentido interno de controlo. Para os outros indivíduos, o benefício advinha do processo de interacção social. Estes dados, vão também ao encontro do modelo de adequação da pessoa ao ambiente, de Lawton (1980), já descrito, uma vez que a intervenção oferecia uma adequação do ambiente com as disposições de personalidade e, por outro lado, o grupo placebo oferecia um meio apoiante, congruente com o baixo controlo pessoal de alguns indivíduos. De qualquer forma, verificava-se um ganho no funcionamento psicológico na sequência da intervenção.

Munson (1989), fez uma revisão de uma série de trabalhos, que poderiamos chamar de clássicos, sobre a relação entre o controlo e o bem-estar em meios institucionais, tendo concluido que os efeitos benéficos das intervenções realizadas para aumentar o controlo dos residentes em lares, não ficaram dèmonstrados, quer devido á fraca metodologia de muitos desses trabalhos, quer porque não visaram questões pertinentes de

controlo para os indivíduos, e as intervenções não foram feitas para fazer mudanças directas nas contingências de controlo, acessíveis aos residentes. Este autor, considera que a intervenção visando alterar o comportamento do pessoal será uma forma de intervenção eficaz, para alterar a redução do controlo dos idosos institucionalizados. O pessoal tem tendência a apoiar selectivamente os comportamentos de dependência, quer tendo em consideração as necessidades aparentes dos idosos, quer devido a valores associados com o papel de prestadores de cuidados. Ensinando o pessoal a estar consciente de que são uma fonte de reforço social junto dos idosos e a apoiarem o comportamento de independência dos residentes, aumentar-se-á o controlo e independência destes.

O programa realizado constou de oito sessões, em que as quatro primeiras sublinharam a mudança no controlo, dependência e depressão, assim como uma abordagem dos cuidados para apoiar o funcionamento independente dos residentes. As últimas quatro sessões, visaram a aquisição de capacidades comportamentais, de comunicação, de trabalhar com indivíduos com deficiências orgânicas e em estados confusicionais, e assuntos relativos à família. Previa-se que os residentes que receberam cuidados por parte do pessoal que fez o curso, demonstrariam um maior nível de percepção de controlo, e melhorias no funcionamento e ajustamento psicológico. Os resultados apontaram para, por um lado, os trabalhadores de saúde encararem os seus idosos como mais simpáticos e capazes do que no início do curso e, por outro lado, os residentes mostraram ter aumentado as suas

expectativas de controlo, donde se conclui, que intervenções deste tipo, dirigidas ao pessoal de saúde, promovem um aumento no sentido de controlo por parte dos residentes.

Relativamente ao ânimo, ao ajustamento psicológico avaliado com o "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton (1975), que nos próprios usamos também, não se verificou alteração no grupo de intervenção, ou seja, não houve relação entre o ajustamento psicológico e a percepção de controlo. Para explicar este facto, o autor coloca as hipóteses de a magnitude da mudança de controlo não ser suficiente para se reflectir numa medida de auto-avaliação do ajustamento, ou da escala de ânimo ser mais uma medida de traço de ajustamento, do que de estado de ajustamento, e relativamente pouco sensível a mudanças a curto prazo. Ainda relativamente ao efeito da intervenção, agora no funcionamento nas actividades do dia-a-dia dos idosos, verificou-se também uma melhoria, avaliada pela enfermeira chefe.

Examinando a relação entre a dependência funcional, o controlo e o ânimo, em lares de cuidados intermédios e em lares de cuidados de enfermagem, verificou-se que em residentes nos primeiros, os níveis de controlo em oito áreas do funcionamento de rotina, estavam moderadamente relacionado com o nível de ânimo, assim como de dependência funcional. Para os residentes em lares com cuidados de enfermagem, que tinham níveis mais baixos de capacidade funcional, o controlo, em actividades do dia-a-dia, estava muito mais fortemente

associado com o ânimo, enquanto a dependência funcional não estava relacionada com o ânimo. Para os residentes que tiveram um declínio significativo na sua capacidade funcional, o controlo sobre as actividades de cuidados pessoais, assumia maior importância para o ânimo. Estas actividades constituem a parte maior do seu actual reportório comportamental.

Munson (1989) propõe um modelo de relação hipotética entre a dependência funcional, o controlo pessoal e o continuum de tipos de residências para idosos, em que há uma relação positiva directa entre os factores, que faz corresponder a uma grande dependência funcional a nível, por exemplo, dos cuidados pessoais, o residir num lar com cuidados de enfermagem, e ter menor controlo pessoal.

Apoiando-se num modelo de desânimo aprendido e, entre outros, nos trabalhos de Moos (1981), em que se considera que o aumento das escolhas em ambientes, quer comunitários, quer institucionais, tem consequências positivas nos residentes, BerKowitz et al. (1988), realizaram um programa entitulado "Mutual Self Help", cujos objectivos eram diminuir o isolamento e solidão, aumentar as capacidades sociais e o bem estar físico e psicológico, principalmente a auto-estima dos idosos. Da intervenção resultou um aumento do controlo percebido, maior envolvimento social e auto-estima. Verificou-se que um aumento do controlo real sobre o ambiente, aumentou significativamente o seu bem-estar psicológico.

4.10 Controlo em Situações de Stress

Um dos elementos importantes a ter em consideração, na relação entre a perda de controlo e os resultados, é a capacidade que o indivíduo tem de lidar com essa situações de stress, as estratégias de confronto de que dispõe.

Lazarus e DeLongis (1983), fizeram uma revisão sobre a relação dinâmica entre o stress, as estratégias de confronto e o envelhecimento, apresentando três razões pelas quais a questão ainda não está resolvida: 1) as actuais medidas de stress e dos mecanismos de confronto, ainda são pouco satisfatórias; 2) as crenças, os valores e o empenhamento pessoal, que se desenvolvem a partir da história única dos indivíduos, modelam a avaliação do stress e as estratégias de confronto, com consequências profundas na moral, funcionamento social, trabalho e saúde física e, 3) a maior parte dos estudos realizados neste domínio são transversais, embora fosse importante examinar as questões longitudinalmente.

O stress é geralmente tratado como relativo a acontecimentos de vida, que criam mudança e necessitam adaptação, referindo-se aos acontecimentos dramáticos. Uma vez que estes autores concluiram que a frequência deste tipo de acontecimentos diminui com a idade, então, para não se concluir que os idosos não viviam situações de stress, concluiu-se que o stress próprio dos idosos, não é avaliado. Estes autores, propõem que a atenção se volte mais para os azares do quotidiano, que eles

chamam de "daily hassles", que englobam os acontecimentos irritantes, frustrantes, perturbadores, e os problemas relacionais do dia-a-dia, que por vezes são transitórios, outras vezes repetidos, ou mesmo crónicos. A relação entre este tipo de acontecimentos e os acontecimentos de vida é fraca. Por outro lado, seria também necessário medir os "daily uplifts", as experiências positivas de cada um.

Aproximamo-nos de uma abordagem cognitiva, que considera como os acontecimentos são avaliados por cada indivíduo em função das suas expectativas. Relativamente ao processo de confronto, estes autores assumem que as pessoas tentam alterar o que se passa com elas, mudando as coisas e, quando não conseguem, utilizando modos cognitivos de confronto, através dos quais eles podem mudar o significado da situação. As estratégias de confronto têm duas funções, uma é a resolução do problema, outra é a regulação da emoção. Raramente os indivíduos utilizam uma estratégia centrada no problema, ou uma estratégia centrada na emoção, o que se verifica é que há uma fraca estabilidade do uso destes padrões, ao longo de diferentes acontecimentos, e não há provas da existência de mudanças normativas, em função da idade, não obstante, algumas fontes de stress serem mais frequentes nos idosos. Voltamos à questão de que a apreciação cognitiva do acontecimento, como benigno, perigoso ou ameaçador, para o bem-estar, determina a resposta emotiva.

Os mecanismos centrados no problema, mudam as relações pessoa-

ambiente perturbadas, enquanto os centrados na emoção, mudam, através da reapreciação realista ou defensiva, a forma como um acontecimento é construído ou esperado e, portanto, a reacção emotiva a ele. Os mecanismos centrados na acção, actuam através de actos cognitivos, como o desvio da atenção, desligamento intelectualizado, negação, reinterpretação do passado, humor, pensamento mágico e fé religiosa. Quando se utilizam estratégias centradas na acção, a situação objectiva permanece a mesma, apenas a reacção emocional é mais benigna.

Nesta perspectiva, considera-se que a avaliação da situação muda constantemente, como resultado de mudanças na relação pessoa-meio ambiente, ou de uma mudança defensiva de forças, assim como, variam as formas de lidar com a situação. Lazarus e DeLongi (1983) consideram que as pessoas têm que dar um significado de utilidade às suas vidas, e que esse significado pode ser ameaçado em qualquer altura, uma vez que o meio físico e social mudam. Os indivíduos atribuem um significado pessoal ao que vai acontecendo, através das características mais ou menos estáveis da personalidade. O impacto dos acontecimentos e as respostas dos indivíduos, só pode ser compreendido à luz dessas características. Outro aspecto determinante das estratégias de confronto é o controlo pessoal. As crenças surgem, elas próprias, da necessidade de dar significado à vida e manter a esperança. O conceito de controlo pessoal é frequentemente dividido pelos teóricos em dois, um relativo a acreditar que se é capaz de realizar os actos necessários para lidar com a situação, e outro, que o

meio é responsivo aos esforços desenvolvidos, surgindo daí as inúmeras designações de controlo existentes. Estas crenças sobre controlo influenciam, quer a avaliação do stress, quer de estratégia de confronto.

Karuza et al. (1990), seguindo a orientação teórica de Brickeman et al. de 1982, distinguem formalmente entre a atribuição de responsabilidade pela causa do problema, da atribuição de responsabilidade pela sua solução, propondo quatro modelos de Ajuda e de Confronto. Relativamente a cada modelo distinguem-se 5 factores que são: 1) a percepção do self; 2) as acções esperadas do self; 3) outros que devem agir; 4) as acções esperadas por parte dos outros e, 5) a visão implícita da natureza humana. As atribuições pela responsabilidade dos problemas pode ser elevada ou baixa, assim como a atribuição da solução dos problemas, originando, por combinação, quatro modelos: 1) o Modelo Moral; 2) o Modelo Compensatório; 3) o Modelo de Conhecimento (Enlightenment) e o 4) Modelo Médico, que se caracterizam da seguinte forma:

1. O Modelo Moral, trata o indivíduo como responsável quer pela causa quer pela resolução dos problemas, ou seja, os problemas são causados pelo indivíduo, que é moralmente responsável por se ajudar a si próprio. Os indivíduos são fortes, e agentes responsáveis da sua vida.

2. O Modelo Compensatório trata os indivíduos como não responsáveis pela origem dos problemas, mas responsáveis pela

sua solução. Os indivíduos, ainda que nao sejam eles próprios a causar os seus problemas, têm que encontrar formas de compensar as dificuldades. Quem se insere neste modelo vê-se, a si próprio ou aos outros, como boas pessoas, mas de certa forma deficientes ou limitados pela pressão do meio, esperando-se que adoptem uma orientação de resolução dos problemas, empenhando-se activamente na resolução das dificuldades.

3. O Modelo de Conhecimento trata os indivíduos como responsáveis pela causa dos problemas, mas não pela sua resolução. Os indivíduos, neste modelo, necessitam de uma luz no sentido de conhecerem a causa do problema e a acção necessária para lidar com ele. Os indivíduos são culpados das suas dificuldades, mas o seu comportamento está fora do seu controlo, e necessitam de ajuda para os resolver, submetendo-se a quem seja capaz de lhes prestar auxílio.

4. O Modelo Médico trata o indivíduo como não sendo responsável, quer pela causa, quer pela resolução dos seus problemas. Trata-se de indivíduos fracos, impotentes para resolver os seus problemas. Os outros têm a responsabilidade de diagnosticar as suas dificuldades, e encontrar as respectivas soluções.

Karuza et al. (1990) fazem a aplicação destes modelos aos idosos, e começam por referir que os estudos sobre os idosos consideram que os que melhor são capazes de lidar com o

stress, e têm resultados mais adaptativos, são os que mantêm um sentido de controlo sobre os resultados. O controlo, que habitualmente é referido é o controlo sobre as soluções, não distinguindo a responsabilidade pelas causas, da responsabilidade pelas soluções. Espera-se que os idosos se integrem no modelo médico, e que a ajuda se oriente também dessa forma. Estes autores, concluem dos seus resultados experimentais, que de facto há uma tendência dos idosos para serem menos responsáveis, quer pela causa, quer pela solução dos problemas, adoptando frequentemente o modelo médico, mas também o modelo compensatório. A atribuição da responsabilidade pela causa dos problemas parece não se reflectir na capacidade adaptativa dos indivíduos, mas, a atribuição da responsabilidade da solução dos problemas ao próprio, parece ter grandes vantagens adaptativas, a nível de bem-estar.

Já referimos a vulnerabilidade acrescida do idoso, nomeadamente devido às suas limitações físicas. No que se refere às estratégias de confronto, será que o idoso utiliza, as mesmas ou outras, em maior ou menor quantidade, de forma idêntica ou diferente, do que os indivíduos doutros níveis etários?

As teorias maturativas sobre as estratégias de confronto, nas quais se inserem os trabalhos de Blanchard-Fields e Irion (1988), visam as diferenças de idade, ou seja, as componentes de desenvolvimento, envolvidas na relação, entre a avaliação

de controlabilidade e as estratégias de confronto. Em estudos anteriores, estes autores já tinham concluido que nos idosos, a avaliação de controlabilidade dos acontecimentos, mediava a utilização de estratégias mais emocicionais ou instrumentais, centradas no problema. Para os idosos, as situações controláveis levavam ao uso de estratégias centradas no problema, enquanto as incontroláveis resultavam em estratégias centradas na emoção. No presente estudo, verificaram que as medidas de controlabilidade específicas à situação, não mediavam a escolha de estratégias de confronto e que não havia diferenças de idade relativas à interioridade do locus de controlo. Mas, a idade moderava a relação entre o locus de controlo e as estratégias de confronto. O locus de controlo interno estava negativamente relacionado com os mecanismos de escape-evitamento, reacção hostil e auto-culpabilidade, nos idosos. A crença no poder dos outros estava, por sua vez, positivamente relacionada com a resolução dos problemas, e a crença na sorte relacionava-se também, positivamente, com o distanciamento e auto-controlo. Esta tendência, verificada nos idosos, oposta à que se verificava nos adultos jovens, sugere que o locus de controlo é mais diferenciado nos primeiros. Por sua vez, a natureza da situação que provocava o stress, influenciava a avaliação de controlabilidade, que variava com a idade, sendo as situações de desafio, percebidas como mais controláveis do que as de ameaça.

Também numa perspectiva desenvolvimentista, Denney e Pearce (1989) abordam a capacidade de lidar com a resolução de

problemas práticos em adultos. Os seus resultados, apontam para um melhor desempenho entre os 20 e os 40 anos, que diminuia depois disso. Mesmo quando os idosos enfrentavam problemas delineados com o objectivo de lhes dar vantagem, tinham mais dificuldades do que os indivíduos de meia-idade.

Questionando as diferenças de idade nas estratégias de confronto, principalmente no que se refere às interacções da idade com as diferentes situações de stress, Feifel e Strack (1989), estudaram como as pessoas de meia idade e idosas lidavam com cinco situações de conflito, comuns na vida do dia-a-dia. As situações seleccionadas foram: tomada de decisão, derrota em ambiente de competição, lidar com a frustração, conflito com a autoridade, e desacordo entre parceiros. As três principais estratégias de confronto utilizadas, foram a resolução de problemas, o evitamento e a resignação. Os resultados apontaram para que, quer o grupo etário, quer a situação, pareciam associados, fosse individualmente fosse em interacção, com o uso diferencial das estratégias de confronto, em ambos os grupos. Nenhum destes dois elementos por si, como queriam os desenvolvimentalistas ou os situacionistas, explica os resultados, e constata-se que os indivíduos não têm apenas um estilo de lidar com o stress. Contudo, os idosos usam significativamente menos o evitamento, para lidar com situações de tomada de decisão ou conflito com a autoridade, do que o grupo de meia-idade. Não se verificaram diferenças entre os grupos, relativamente à utilização da resolução de problemas e à resignação. Ambos os grupos, usavam

preferencialmente a resolução de problemas para lidar com todos os conflitos.

Considerando a literatura existente, no seu conjunto, verifica-se existir uma consistência razoável de diferenças nas estratégias de confronto, relacionadas com a idade: há reduções quantificáveis no confronto, com a idade. Todos os investigadores revelam uma diminuição no número de estratégias usadas pelos idosos. A problemática que daí advém é a de considerar essa redução adaptativa ou maladaptativa (Meeks et al., 1989). Estes autores investigaram esta questão em três situações, duas relativas a problemas de saúde, e uma outra relativa à mudança, e verificaram um decréscimo no número de estratégias de confronto referidas pelos sujeitos. Essa diminuição quantitativa não significava, contudo, um decréscimo da qualidade das estratégias de confronto. De facto, em dois dos seus estudos, a idade não aparecia relacionada com a eficácia do confronto, enquanto, no terceiro, favorecia os mais idosos. A ideia geral, veículada por estes autores, é a de que a diminuição do número de estratégias de confronto, reflectia um aumento da eficácia em lidar com situações de stress, mais do que a deterioração de capacidades adaptativas.

Ainda dentro de uma perspectiva desenvolvimentista, outra das questões sobre o controlo nos idosos, é relativa às mudanças no locus de controlo com a idade. Lachman (1986), revê 14 investigações sobre o assunto, e constata toda uma série de

resultados discordantes que apontam, ora para o incremento da internalidade, ora para o aumento do locus de controlo externo, ou mesmo para a estabilidade do locus de controlo ao longo da vida adulta e velhice. São óbvias as diferenças metodológicas utilizadas de estudo para estudo, entre as quais há a destacar as questões relativas à utilização de uma escala uni ou multidimensional, geral ou específica, a um domínio do comportamento. Esta autora vê vantagens no uso de escalas multidimensionais e específicas a um domínio, principalmente no caso dos idosos, em que parece haver uma maior diferenciação no locus de controlo, e cujas mudanças, relativas à idade, ocorrem em determinados domínios específicos como a saúde, por exemplo. Com base em três estudos sobre o controlo, no domínio da inteligência e da saúde, verificou-se que não havia diferenças relativas à idade nas medidas globais, mas que os idosos eram mais externos nas dimensões do locus de controlo, no domínio da inteligência e da saúde. As maiores diferenças de idade encontraram-se nas dimensões de mudança e poder de outros, sugerindo que os idosos sabem a importância de fontes externas de controlo, como por exemplo o médico, e ao mesmo tempo preservam o sentido de controlo interno.

Numa perspectiva oposta coloca-se McCrae (1989), que refere o facto de as teorias maturativas das estratégias de confronto terem sido pouco provadas nos estudos longitudinais de campo, que mostraram existir poucas diferenças de idade na sua utilização, apontando, em vez disso, para uma estabilidade no

estilo de confronto ao longo do estado adulto. No estudo realizado, por ele próprio, em que analisou 28 tipos de mecanismos de confronto e o seu arranjo em 2 factores, num estudo longitudinal de adultos entre os 21 e os 91 anos, os dados mostraram que havia poucas diferenças nas estratégias de confronto, o que é consistente com os trabalhos existentes. O dado transversal mais saliente, apontava para o facto de que os indivíduos mais velhos, usavam menos agressão interpessoal para lidar com o stress. Outro dos determinantes importantes do confronto são as características da situação, assim, a acção racional foi mais utilizada para lidar com os desafios, e a fé para lidar com a ameaça e a perda. De qualquer forma, o dado mais consistente foi a diferença interindividual no confronto, verificando-se uma estabilidade moderada das diferenças individuais, nesta amostra de indivíduos residentes na comunidade, o que aponta para considerar que as diferenças nas estratégias de confronto são, em parte, função das características permanentes do indivíduo.

5 A RELAÇÃO ENTRE AS REDES SOCIAIS DE APOIO DOS IDOSOS E O STRESS

É geralmente aceite que os idosos estão sujeitos a grandes níveis de stress provocados pelos acontecimentos de vida, desta última fase do ciclo vital, que vão desde a reforma à morte dos seus pares, e por condições persistentes como a diminuição das suas capacidades físicas e consequente perda de autonomia e controlo, diminuição da eficácia de algumas estratégias de confronto, colocação em ambientes residenciais inadequados às suas necessidades, entre outros aspectos, que os tornam mais vulneráveis ao stress. Por outro lado é conhecido o papel das redes sociais de apoio no sentido de evitar o stress e/ou lidar com as situações que o causam. Para esclarecer estas questões, vamos abordar as redes sociais de apoio dos idosos do ponto de vista do seu papel relativamente ao stress ambiental do envelhecimento. Começaremos por fazer uma referência à própria noção de stress, para de seguida referirmos o problema da solidão do idoso e da viuvez, como algumas das condições determinantes desse stress. De seguida, entraremos na discussão da relação do stress com os sistemas de apoio e os resultados em termos de saúde física e psicológica do idoso. As redes sociais de apoio familiar ocupam grande parte da discussão, embora se refiram também alguns trabalhos sobre as redes de apoio social constituidas pelos amigos e vizinhos. A relação entre o apoio informal e o apoio formal ocupar-nos-á a última secção deste capítulo.

5.1 A Noção de Stress

As teorias gerais sobre o stress são 1) a fisiológica, nomeadamente de Cannon (1932) e de Seyle (1956), que centravam o seu estudo nas respostas fisiológicas do corpo a estímulos nocivos, o primeiro dando ênfase ao papel do sistema nervoso simpático e Seyle ao eixo pituitário-adrenocortical; 2) a psicológica, que teve o seu maior desenvolvimento a partir dos trabalhos de Lazarus (1966), em que o autor sublinhava a interpretação individual do significado dos acontecimentos do meio e da avaliação dos recursos disponíveis para lidar com o acontecimento e 3) a ambiental, a que prestaremos atenção mais detalhada, fazendo referência a vários modelos desta perspectiva.

O modelo teórico do stress, derivado de Selye (1956), define-o como uma exigência ambiental sobre o organismo, cujos agentes são conceptual e analiticamente distintos dos indivíduos que os experimentam, ou das circunstâncias que os rodeiam. Neste modelo o significado do acontecimento é uma propriedade do acontecimento em si e não se coloca a questão da dinâmica particular que existe entre o sujeito e o acontecimento. Há uma mera associação entre um dado acontecimento e um dado resultado, sem considerar qualquer processo psíquico ou social mediador.

Uma das abordagens mais frequentes do stress, e da sua relação com a saúde mental e física é através do estudo de acontecimentos discretos ou mudanças de vida, ocorridas há pouco tempo. O modelo dos acontecimentos de vida tem um conjunto de pressupostos que são 1) a mudança em si mesma é uma propriedade crítica dos acontecimentos de vida, que define o seu carácter de stress; 2) um dado acontecimento de vida requer um grau de ajustamento variável de indivíduo para indivíduo; 3) os diferentes tipos de acontecimentos podem ser considerados conjuntamente em termos do ajustamento que exigem e 4) os níveis normativos da quantidade de ajustamento que exigem a um indivíduo, podem ser substituidos por medidas de ajustamento na base individual (Gottlieb, 1981).

A análise contextual dos acontecimentos de vida e do stress potencial que possam originar, diferencia-se completamente do modelo de Seyle (1956) que referimos, uma vez que considera os acontecimentos de vida integrados num contexto temporal, psicológico e social que determina o seu significado e, por outro lado, a capacidade do indivíduo em lidar com ele. Nesta perspectiva, o stress refere-se a acontecimentos que provocam mudanças nas actividades usuais das pessoas, mas cujo poder de stress é subjectivo. Os acontecimentos passaram a ser considerados fortuitos e discretos e não há nenhuma dimensão que só por si determine o seu impacto: seja a mudança, a desejabilidade, o controlo, a antecipação ou qualquer outro. Os acontecimentos são considerados no contexto da complexidade e condições de vida, embora se considere que a sua ocorrência

nem sempre é casual e que muitas vezes são originados por condições precárias, de saúde física ou mental, pré-existentes e da responsabilidade dos próprios sujeitos (Eckenrode e Gore, 1981).

De acordo com estes autores, os sistemas de apoio são recursos contextuais que permitem que se lide com sucesso com os acontecimentos de vida que provocam stress e com as perturbações com eles associadas, explicando porque é que muitas pessoas, em situações de stress, não sofrem essas consequências adversas de saúde. Haveria um factor de vulnerabilidade, constituido pelo sistema de apoio e outras variáveis, como o estatuto socio-económico e a educação, que determinaria o impacto de um dado agente de stress. Mas não se trata mais de considerar o stress por um lado, e o sistema de apoio por outro, mas de reconhecer a sua interdependência. O stress é avaliado em termos de acontecimentos de vida discretos, de condições persistentes e dos sistemas de apoio, na sua vertente potencial e actual (real). Esta nova linha de investigação, na área do stress e dos sistemas de apoio, parte do príncipio que o estudo das redes sociais é um forma privilegiada de compreender, quer o apoio, quer o stress social e as próprias fontes sociais de perturbação. A vertente temporal, aqui incluida, engloba a análise histórica da conjuntura que resultou em stress e a forma de lidar com ela (Eckenrode e Gore, 1981).

Uma das formas de conceptualizar o efeito do apoio social na

menor incidência de sintomas psicológicos, nomeadamente a depressão, é através da teoria dos efeitos positivos directos do apoio social no funcionamento psicológico. Outra das teorias prevê que o efeito seja o de colmatar o stress, dispersando os seus efeitos adversos e actuando apenas nos períodos de crise.

É geralmente aceite que os acontecimentos que provocam stress antecedem o estabelecimento de episódios depressivos, enquanto a disponibilidade de apoios sociais foi associada com uma menor insidência de sintomas psicológicos e uma menor probabilidade de uma recaída, depois de um episódio depressivo. É pouco claro, contudo, se a influência protectora dos apoios sociais é devido a um efeito positivo directo no funcionamento psicológico ou a um efeito diminuidor do stress (Overholser et al., 1990). A teoria sobre o efeito directo afirma que os apoios sociais exercem uma influência protectora em relação ao nível de stress. Pelo contrário, a teoria do amortecimento considera que os apoios sociais servem para atenuar os efeitos dos acontecimentos de vida que provocam stress, mas só quando a pessoa está a atravessar um desses períodos de crise.

Overholser et al., (1990) tentaram clarificar a relação entre o stress e os apoios sociais relacionados com os sintomas psicológicos. De facto, a maior nível de stress correspondiam mais sintomas e os indivíduos que tinham mais apoio apresentavam menos sintomas. Embora, quer o stress, quer os

apoios sociais, estivessem significativamente relacionados com uma série de sintomas psicológicos, a interacção entre estas variáveis não estava significativamente relacionada com a sintomatologia psicológica. Verificou-se que os acontecimentos de vida e o apoio social exerciam um efeito independente. Este argumento é contra a teoria do amortecimento do stress e a favor da teoria dos efeitos directos do apoio social, pelo menos quando aplicada a doentes.

Cutrona e Rose (1986) abordaram também estas duas teorias sobre o efeito dos acontecimentos de vida causadores de stress e os apoios sociais. Com base na teoria do amortecimento, que considera o papel primário do apoio protector em situações de stress, aumentando o poder de lidar com os acontecimentos de forma adaptativa, pode-se prever a saúde mental, examinando a interacção entre o stress e o apoio social. Na outra perspectiva, haveria uma relação directa entre o apoio social e a saúde mental e física, independentemente dos efeitos do stress. Do exame prospectivo sobre o efeito do apoio social e do stress na saúde mental e física dos idosos, feito duas vezes no espaço de 6 meses, estes autores concluiram que o apoio social é um bom previsor do estado de saúde física, enquanto a saúde mental estava relacionada com o stress e o apoio social. Altos níveis de apoio social parecem servir para reduzir os impactos negativos do stress, na saúde mental. Os indivíduos com melhor saúde mental, na primeira avaliação, tiveram menos stress e maior apoio durante os 6 meses. Assim, diferentes componentes do apoio social estavam associados com

mudanças na saúde mental e física. A saúde física era directamente influenciada pelos apoios sociais que estavam relacionados com sentimentos valorizados pelos outros, enquanto a saúde mental estava relacionada com os efeitos amortecedores do stress, dos apoios sociais que envolviam assistência. A saúde mental inicial era, por seu turno, um bom previsor quer do stress quer do apoio social futuro.

Na verificação das teorias sobre a relação do apoio social com o stress é necessário distinguir, de acordo com estes dados, os resultados em termos de saúde física, dos resultados em termos de saúde mental. Estes dados são contrários aos obtidos por Overholder et al. (1990), que também se centraram nas consequências para a saúde mental, embora, se os encararmos numa perspectiva contextual e não numa visão interaccionista, que procura efeitos causais directos entre variáveis, os dados deixem de ter este carácter contraditório e se integram num modelo explicativo geral dos efeitos positivos do apoio social no bem-estar físico e psicológico dos sujeitos.

5.1.1 Stress Ambiental

A avaliação que um indivíduo faz das ameaças potenciais ou do prejuízo que as condições ambientais lhe possam causar, relativamente ao conjunto disponível de estratégias de confronto com essas circunstâncias, determina em que medida o ambiente é sentido como um agente de stress, e afecta a saúde

e bem-estar do homem (Evans e Cohen, 1987).

O meio físico tem características persistentes que podem influenciar, se há ou não stress, para o sistema biológico do indivíduo, que tem que se auto-regular, num contexto em que as exigências do ambiente mudem. Há contudo uma grande variabilidade de respostas individuais, e do mesmo indivíduo ao longo do tempo, que têm a ver com a sua história passada, a avaliação das ameaças e as estratégias de confronto.

O stress verifica-se quando há um desiquilíbrio entre as exigências ambientais e as capacidades de resposta do organismo. Enquanto conceito relacional que traduz esse desiquilíbrio, está implícito que o stress varie com o estado psicológico da pessoa, com as condições ambientais físicas e com as percepções que os indivíduos têm delas.

As características dos agentes de stress são de quatro tipos gerais: 1) os cataclísmos; 2) os acontecimentos de vida; 3) as contrariedades do dia a dia; 4) os agentes ambientais. Os cataclísmos são os acontecimentos catastróficos súbitos, que geralmente afectam toda uma comunidade e exigem grandes respostas adaptativas. Nesta categoria colocam-se, a título de exemplo, os tremores de terra, as erupções vulcânicas, as tempestades, os desastres nucleares, etc. Os acontecimentos de vida são os grandes incidentes da vida das pessoas, que tipicamente requerem respostas adaptativas pessoais ou sociais, e que geralmente têm um referencial próprio no tempo,

como é o caso do casamento, divórcio ou viuvez. Neste conjunto de acontecimentos, os que são incontroláveis, indesejáveis e imprevistos, tendem a causar resultados negativos nas pessoas. As contrariedades do dia a dia são os acontecimentos que causam frustração, tensão ou irritação e referem-se a acontecimentos ambientais tais como, o elevador superlotado, questões de trabalho, ou problemas interpessoais. Finalmente, os agentes ambientais causadores de stress referem-se a condições do meio físico, mais continuadas e estáveis, que constituem o pano de fundo que passa despercebido, enquanto não é sentido como uma ameaça, por exemplo à saúde.

Os vários tipos de agentes de stress ambiental podem ser categorizados, de acordo com Evans e Cohen (1987), ao longo de oito dimensões: a) a sua saliência perceptiva, ou seja, se é facilmente identificável, uma vez que se sabe que a exposição continuada a agentes baixa ou moderadamente agressivos provoca habituação; b) o tipo de ajustamento que exige, as condições muito intensas e incontroláveis provocam acomodação e uma tentativa de confronto emotivo, mais do que esforços para lidar directamente com a fonte de stress; c) a valência dos acontecimentos, relativa aos ganhos ou perdas que o acontecimento implica para o indivíduo, introduzindo uma clara distinção entre uma abordagem fisiológica e uma abordagem psicológica do stress; d) o grau de controlabilidade sobre o agente de stress, colocando o controlo como um mediador da avaliação psicológica, que é influênciada, quer pelo locus de controlo individual, quer pelos recursos do indivíduo para

lidar com a situação, donde os acontecimentos incontroláveis serem encarados como mais ameaçadores e terem efeitos mais negativos, embora, se a sua presença se mantiver tenderem, um pouco paradoxalmente, a provocar habituação, como já se referiu; e) predizibilidade do acontecimento que provoca stress, aspecto muito ligado ao anterior, que faz com que, quando o acontecimento é esperado, seja sentido como mais controlável e, portanto, menos ameaçador; f) necessidade e importância da fonte de stress; g) a sua ligação ao comportamento humano e finalmente, h) a duração e periodicidade dos acontecimentos que causam stress.

5.1.2 Modelos Explicativos do Stress numa Perspectiva Ambiental

Evans e Cohen (1987) consideram cinco modelos na abordagem ambiental do stress:

1. O Modelo dos Níveis de Estimulação - é um modelo que considera uma função em forma de U invertido, entre os níveis de estimulação física, o afecto, o desempenho e a saúde do homem. Excesso ou falta de estimulação do meio provoca stress nos indivíduos. As propriedades das variáveis físicas, como a sua intensidade, complexidade ou variedade, novidade, ambiguidade, fontes contraditórias ou inconsistentes de informação e a sua finalidade e instabilidade, bem como a incongruência dos padrões de estimulação ambiental, podem

influenciar os níveis de estimulação experimentados pelos indivíduos. A ideia subjacente é a de que a activação é um continuum comportamental, que vai do sono à alta excitação, com uma base fisiológica na activação do sistema reticular da base do cérebro, e os indivíduos têm um melhor desempenho em níveis moderados de alerta.

2. A Adaptação e Capacidade para Lidar com os Acontecimentos - é outro dos modelos ambientais sobre o stress, que sublinha os aspectos psicológicos das capacidades adaptativas humanas. O reportório flexível de recursos de que o indivíduo dispõe, permite-lhe manter o equilíbrio, face a um grande leque de condições ambientais. Daí a teoria do nível de adaptação, baseada no fenómeno, já descrito, de habituação face a estimulação intensa continuada.

3. O Modelo de Controlo - em que se parte do príncipio de que as pessoas têm uma forte necessidade de dominar o ambiente e de se sentirem auto-eficazes. Nas situações em que tal não se verifica e os indivíduos não têm controlo sobre o ambiente, sofrem efeitos negativos, deficiências cognitivas e falta de motivação, podendo-se gerar uma situação de desânimo aprendido, de que falámos longamente no capítulo sobre o controlo.

4. A Predizibilidade - é outro dos modelos explicativos do stress, que considera o efeito nocivo dos agentes imprevistos ou imprevisíveis, noção esta muito ligada à própria noção de

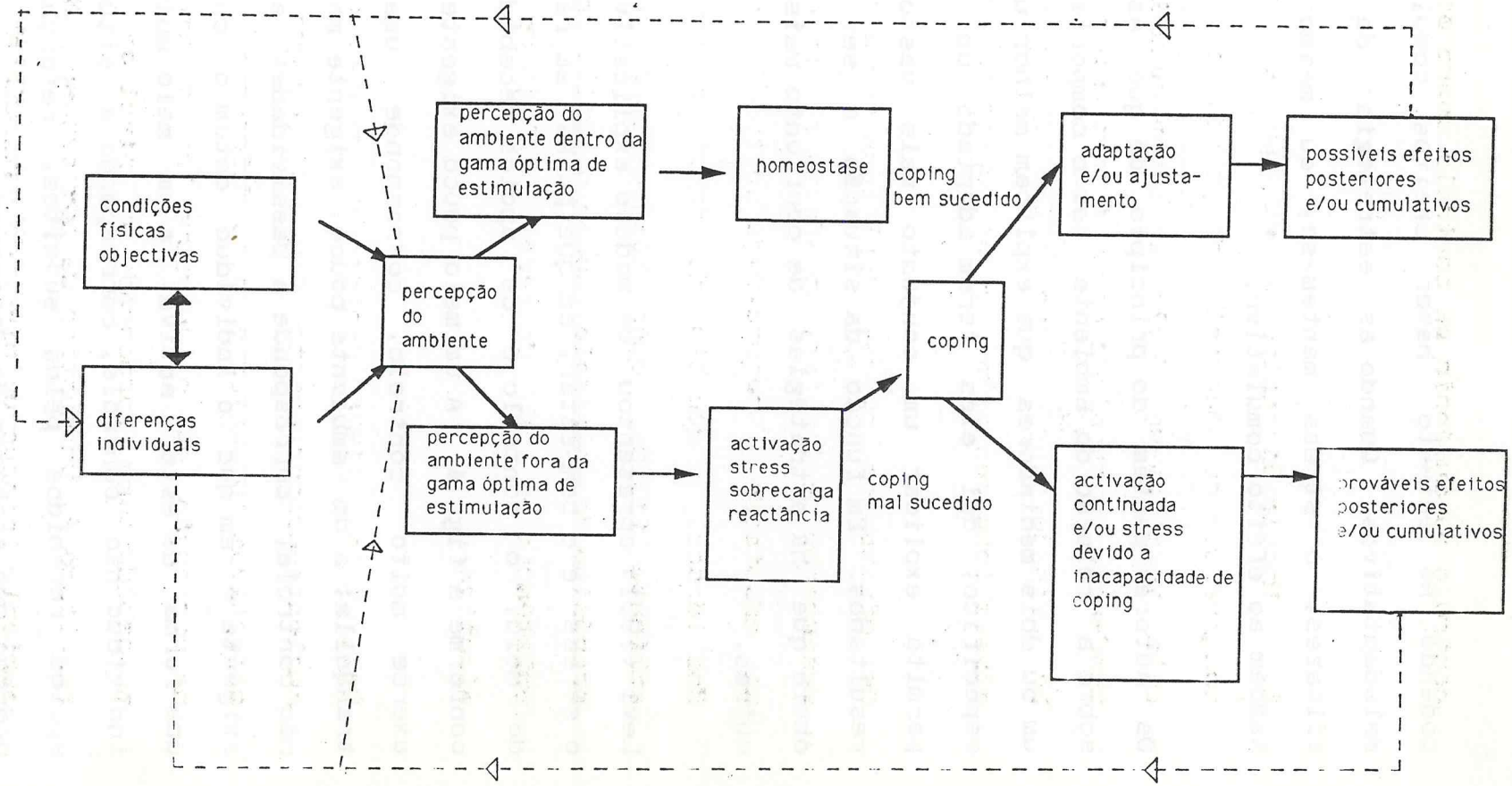
controlo ou ausência de controlo sobre os acontecimentos.

5. O Modelo Sistémico - em que se sublinha que quando há congruência ou adequação da pessoa ao ambiente não há stress. Este verifica-se devido à incongruência pessoa-ambiente. A tendência natural do corpo é para manter a homeóstase, quando há pressões fortes que desiquilibram o sistema, surgindo o stress como resposta a essas condições ambientais.

Os efeitos do stress verificam-se a nível fisiológico, do desempenho de tarefas, do afecto e comportamento interpessoal, na adaptação e respectivos custos, a curto e a longo prazo. Nos idosos, a questão do stress coloca-se a nível, quer do ambiente físico, quer humano, como já vimos longamente a propósito do controlo sobre o meio, e é muito sensível à existência ou não de redes sociais de apoio instrumental e afectivo.

Bell et al. (1978) proposeram um modelo eclético de relações ambiente-comportamento (fig. 3) em que as condições físicas objectivas do ambiente a as diferenças individuais interferem na percepção que o indivíduo tem do ambiente. Caso este seja percebido como fornecendo um nível de estimulação óptima, o resultado é um sentido de homeostase. Nas situações em que o ambiente fornece um nível de estimulação não adequado, gera-se stress que põe em acção as estratégias de confronto (coping). Caso as estratégias utilizadas sejam eficazes há adaptação,

Fig. 3 Modelo Ecléctico de Perspectivas Teóricas (Adaptado de Bell et al. 1978)



podendo no entanto haver efeitos comulativos posteriores maladaptativos. Quando as estratégias de confronto não são eficazes, o stress mantem-se, ou mesmo agrava-se, devido também ao efeito comulativo.

Os autores partem do princípio de que as diferentes teorias sobre a relação do ambiente com o comportamento, seleccionam um ou dois mediadores que explicam melhor um conjunto de dados específico, daí eles terem adoptado um modelo global que permita explicar um conjunto mais vasto de situações e resultados. Em função da situação a ser analisada é também óbvio que há estratégias de confronto mais adequadas do que outras.

Levi (1991) apresentou um modelo explicativo da relação entre o stress e o bem-estar, em que punha em relação as exigências do meio, o controlo e os apoios recebidos pelo indivíduo, conforme a fig. 4. A um meio pouco exigente e em que o sujeito exerce muito controlo, corresponde uma forma de estar tranquila; a um ambiente pouco exigente mas que o indivíduo não controla, corresponde a passividade; a um ambiente muito exigente e em que o indivíduo detem o controlo, corresponde uma forma de estar activa; a um meio muito exigente que o indivíduo não controla, corresponde a situação de stress. Os apoios recebidos pelos sujeitos, reforçam ou atenuam os padrões que acabámos de descrever.

Fig. 4

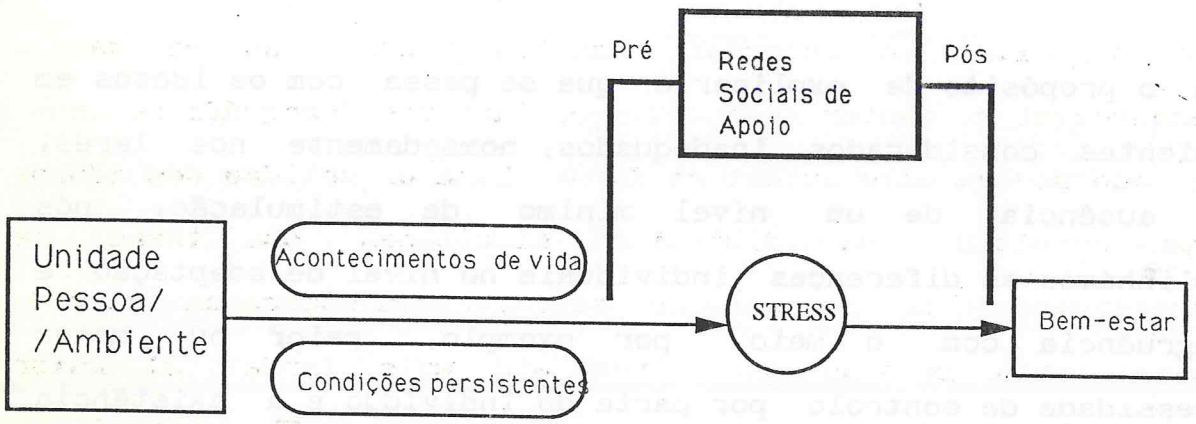
-	EXIGENCIAS DO MEIO	+
Tranquilo	Activo	+
Passivo	Stress	CONTROLO -

Com o propósito de explicar o que se passa com os idosos em ambientes considerados inadequados, nomeadamente nos lares, por ausência de um nível mínimo de estimulação, nós sublinhámos as diferenças individuais no nível de adaptação e congruência com o meio, por exemplo, maior ou menor necessidade de controlo por parte do indivíduo e a existência de redes sociais de apoio formal e/ou informal, para prevenir e/ou colmatar o stress ambiental.

Um modelo explicativo da relação entre as redes sociais de apoio e o stress, considera a unidade ecológica pessoa/ /ambiente, sujeita a condições de stress discretas, como é o caso dos acontecimentos de vida, e a condições de stress persistentes, relativas a condições de saúde e residência, por exemplo. Para lidar com estas condições de vida, o idoso tem um conjunto de recursos internos, quer em termos de estratégias de confronto, quer em termos de recursos externos, como a existência ou não de uma rede social de apoio. A rede

social de apoio dos idosos actua, como vimos, directamente como preventiva do stress (modelo dos efeitos directos) ou para colmatar os efeitos do stress em situação de crise (modelo do efeito amortecedor), sendo um dos factores do bem-estar físico e psicológico do idoso (fig. 5).

Fig. 5



5.2 Solidão e Isolamento

A solidão do indivíduo num determinado cenário ambiental, muito frequente nos idosos, é muito provavelmente uma das condições persistentes de vida que aumenta os níveis de stress. Poderiamos considerar a situação de solidão/ /isolamento, como de inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio, determinante do stress e com

consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos.

A solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal (Bowlby, 1969). A solidão, nesta perspectiva, surge como a falta de alguma relação necessária e não devido ao facto de se estar só. Monk (1988) apresenta alguns dados que sugerem mesmo que o viver só encoraja, muitas vezes, as pessoas a desenvolver e manter amizades. Os factores demográficos que, de acordo com este autor, estão na base da solidão dos idosos como resultado da diminuição simultânea das taxas de fertilidade e de mortalidade são: 1) uma esperança de vida maior: mais pessoas que vivem até mais tarde; 2) maior sobrevivência no grupo de pessoas com mais de 75 anos; 3) as mulheres viverem mais tempo do que os homens; 4) mais idosos vivendo sózinhos.

Constatada a maior vulnerabilidade dos idosos para experimentarem solidão, é importante saber qual o impacto desse sentimento na sua saúde mental. Lowental (1968) estudou exactamente a insidência da solidão numa amostra de utentes do pavilhão psiquiátrico do Hospital Geral de S. Francisco (EUA). Analisando os seus ambientes residenciais e contacto que mantinham com familiares e amigos, verificou diferenças significativas entre os níveis de solidão destes idosos,

comparativamente com um grupo testemunho, a residir na comunidade. Sheldon (1948), citado por Monk (1988), descreve uma categoria particular de isolados, a que chama os isolados voluntários, ou os que toda a vida foram isolados, confirmada posteriormente por vários autores, entre os quais Lowenthal (1968), já citado. Este tipo de isolamento integra-se num modelo circular em que, independentemente de ter origem emocional, social ou fisiológica, se observa uma exacerbação dos sentimentos e comportamentos depressivos e paranóicos. Estas perturbações afectivas contribuem então para aumentar o isolamento. "A falta de estimulação sensorial, como é experimentada em condições de isolamento, acelera a degeneração das células e a perda de funções orgânicas. Segue-se a depressão, contribuindo para a interferência na recepção de estímulos internos (...) no que é comummente chamado de senilidade (...), em resumo, a relação, nos idosos, entre a saúde mental e o isolamento, pode constituir um padrão circular de causa-efeito" (Monk, p.539, 1990). O modelo circular proposto pelo autor é o seguinte: (...) Isolamento <=> Declíneo na eficiência da recepção sensorial <=> Diminuição dos estímulos que atingem o cèrebro <=> Atrofia das células cerebrais <=> Falhas de memória e comportamento <=> Desorientação <=> Ansiedade e medo <=> Depressão <=> Bloqueamento à recepção de estímulos <=> Afastamento <=> Isolamento <=> (...).

Os tipos de isolamento, descritos por Bennett (1980), relativos a um continuum entre o isolamento e a integração,

sao os seguintes: 1) os isolados involuntários ou recentes, que, por motivos que não controlam, como por exemplo a saúde, ficam incapazes de manter o seu envolvimento social e sofrem uma diminuição acentuada dos seus níveis de funcionamento, nomeadamente cognitivo; 2) os isolados voluntários de longa data, que levaram uma vida inactiva e pobre do ponto de vista social, embora possam não apresentar sintomas de perturbação psicológica; 3) os isolados precoces, que começaram a cortar a sua participação social em estádios precoces do seu desenvolvimento, formando um grupo bastante homogéneo de indivíduos não casados, mas comparativamente activos e independentes; 4) os socialmente integrados. Os dados apresentados pelo autor, indicam que as mulheres são mais isoladas do que os homens mas, aparentemente, que isso não as afectar tanto como a eles, e para o facto de ser maior o número de isolados de longa data a viver em lares do que na comunidade. Isto aponta para a eventualidade de, a falta de redes sociais de apoio aumentar o risco de institucionalização deste grupo. No geral, os indivíduos isolados tendem a ter um baixo estatuto socio-económico, o que é particularmente evidente no grupo dos isolados de longa data.

Monk (1988), refere uma categoria particular de isolados que são os "invisíveis". Estas pessoas habitam as pensões baratas e degradadas ou quartos alugados dos centros das cidades e lutam para manter a sua independência a todo o custo, apesar dos seus magros recursos. Os seus contactos sociais são mínimos e eles parecem não se incomodar com isso, mantendo um

anonimato tão grande, que correm o risco de se tornarem virtualmente "invisíveis" ao mundo externo. No fundo esta categoria é muito idêntica à que Bennett (1980) denominou como os isolados de longa data.

O apoio familiar é considerado por Monk (1988), numa perspectiva positiva, ao afirmar que os filhos e a família respondem admiravelmente às necessidades dos seus membros idosos, apesar das limitações da sua capacidade de ajuda, impostas pelas actuais circunstâncias de vida, nomeadamente o facto de as várias gerações não viverem já sob o mesmo tecto e estarem separadas por grandes barreiras geográficas e pela entrada da mulher no mercado do trabalho, limitando a sua possibilidade de olhar pelos idosos que, por outro lado, prolongam por muito tempo a sua cronicidade incapacitante. Seria então um mito, o abandono familiar e filial, muito difundido e mantido pelos técnicos que lidam com apenas uma franja de idosos, principalmente os mais desprovidos de todo o tipo de recursos e que depois generalizam os resultados, dessa amostra enviesada, ao conjunto da população.

Na medida em que a literatura demonstra uma clara relação entre a depressão e a solidão, Mullins e Dugan (1990) controlaram a depressão, para terem uma visão mais precisa das condições de solidão, e examinaram o impacto de várias relações sociais, nos níveis de solidão referidos pelos idosos. Estes autores confirmaram a associação consistente entre a solidão e a depressão mas, independentemente do

efeito da depressão, verificaram uma associação entre a solidão e outras variáveis, como o número de pessoas que estabelecem um determinado tipo de relação com o idoso, a residirem num raio relativamente próximo; a frequência do contacto; a qualidade das relações e a satisfação que daí advém, variando com o tipo de relação social considerada. A qualidade da relação é importante com respeito aos filhos e aos amigos íntimos. A frequência de contacto é importante para as relações com vizinhos e amigos íntimos e a satisfação com a frequência de contactos é importante apenas para os vizinhos. As conclusões indicam que os que estavam menos satisfeitos com a qualidade das suas relações, e tinham menos contacto com amigos íntimos, eram os mais solitários. O facto de ter ou não filhos, netos, ou vizinhos, não tinha efeito significativo na solidão referida.

De acordo com Jong-Gierveld (1989) a solidão deve ser vista como uma experiência subjectiva, não directamente relacionada com factores situacionais objectivos, donde, uma definição da solidão se refere a uma situação vivenciada pela pessoa, quando há uma desagradável ou inaceitável falta de certas relações sociais, ou relativamente à qualidade destas. A percepção que o indivíduo tenha da sua capacidade de fazer novas relações ou melhorar as existentes, dá a dimensão da gravidade da solidão. Este autor tenta integrar a teoria sobre as relações pessoais e sociais, utilizando um modelo de explicação causal, baseado na teoria cognitiva. O modelo proposto engloba as características pessoais de base, como o

sexo, a idade, a educação, o estado civil e o local de residência/ vizinhança que se relacionam, por um lado, com os valores pessoais e da sociedade, as normas e os desejos relativos às relações sociais e, por outro lado, com as relações sociais concretas. Estes dois aspectos vão conjuntamente influenciar a avaliação subjectiva do fosso entre o desejo e a realidade relacional, com influência directa na emoção de solidão, o seu tipo, duração e intensidade.

Anderson (1990) faz uma abordagem sobre a solidão, completamente diferentes das anteriores, focando, numa perspectiva estritamente individual e intimista, a sua relação com o narcisismo. A etiologia da solidão nos idosos é considerada em função da influência parental na infância. A intrusão narcísica na primeira infância, desenvolver-se-ia como dificuldades narcísicas ao longo da vida, que se manifestavam mais tarde em sentimentos de solidão, daí a solidão nos idosos ser maior em grupos que sofreram intrusão parental. Os sentimentos de solidão seriam ainda maiores se a mãe era doméstica. Há também uma ligação entre estatuto social e a solidão, mas apenas para as pessoas oriundas de famílias não intrusivas, cuja mãe era doméstica.

5.3 A Viuvez

A viuvez é muitas vezes associada a sentimentos de solidão, precisamente pela perda de uma relação íntima muito particular. Os viúvos são do tipo isolados involuntários que têm que enfrentar um penoso período de adaptação a um novo estado. No conjunto de acontecimentos de vida que provocam stress, a perda, por morte de um ente querido, é talvez dos mais relevantes. Os idosos já vivenciaram, no decurso das suas longas vidas, inúmeras perdas, nomeadamente as dos seus próprios pais, mas é nesta fase que essas perdas se sucedem com uma frequência e proximidade maior, pois os seus pares, irmãos ou amigos vão morrendo. No conjunto desses lutos sucessivos que vivenciam, ocorre frequentemente o mais doloroso de todos: a perda do cônjuge. Este é um dos tipos de acontecimentos que provocam uma transição de um estádio de vida para outro, exigindo uma alteração no estatuto, actividades e papéis anteriores. O stress causado pela viuvez distingue-se do causado por outro tipo de perdas por morte, mesmo de pessoas muito chegadas, como os pais ou filhos.

No sentido de verificar o efeito único deste acontecimento no ajustamento posterior dos idosos, Norris e Murrell (1990) estudaram idosos que perderam recentemente um esposo, idosos que perderam um pai ou um filho, e idosos que não estavam de luto. As avaliações foram conduzidas antes e depois das mortes. Na amostra de viúvos, a saúde permaneceu estável, mas a depressão aumentou em flecha, e permaneceu elevada. As

mudanças foram mínimas na amostra de pessoas que perderam um pai ou um filho e na que não estava de luto. Identificaram-se os factores que contribuíam para a depressão e a saúde nos 9 meses seguintes à morte dos esposos: o nível de depressão posterior à morte foi associada com uma maior depressão anterior, às pressões financeiras elevadas, a um stress global maior, poucos interesses novos e menor apoio social. A saúde actual era uma função da saúde antes do luto, da existência de novos interesses, da pressão financeira e stress global. Em geral os acontecimentos de vida e, por outro lado, as estratégias de confronto, tinham efeitos maiores na amostra de viúvos do que nas amostras de testemunho.

A transição para a viuvez é mais significativa para a depressão do que o luto em si, e é mais preocupante em termos de saúde. O stress, que é experimentado na sequência da perda, aumenta a perturbação das pessoas viúvas que se ajustam melhor quando criam novos interesses e têm uma forte rede social de apoio.

Quer a teoria dos papéis, quer a teoria da actividade, consideram a viuvez como uma perda de papéis, uma diminuição da expectativa em relação ao papel activo e ao auto-conceito na sociedade, que confere poucos papéis alternativos aos idosos. Ambas as teorias sublinham a diminuição do envolvimento social, sem ter em consideração o papel das redes sociais no relacionamento interpessoal (Mauser, 1983). O modelo apresentado é complexo, partindo do estado civil

(casado, viúvo e casado de novo) como a variável independente, mediada pela características das redes sociais, as ligações individuais a outras redes e os recursos pessoais, influênciando o isolamento versus envolvimento social, e o bem-estar dos idosos, que são as variáveis dependentes. O seu estudo incidiu numa população rural de homens viúvos e os seus resultados apontaram para o facto de os viúvos não serem isolados socialmente, comparando quer com os homens casados, quer com os que voltaram a casar. Verificou-se mesmo um maior envolvimento com os filhos do que nos outros dois grupos, ainda que a frequência desse contacto pareça não compensar completamente a perda da relação íntima que mantinham. A viuvez não provoca rupturas nas redes sociais e antes parece apoiar a teoria da continuidade, uma vez que a maior parte dos amigos dos viúvos já o eram, quando eles ainda eram casados, havendo ainda algumas situações em que se verifica a teoria da compensação, com o alargamento das amizades, após a morte da esposa. A teoria da homogeneidade é também evidente, uma vez que se observam mais escolhas de amigos, com um estado idêntico ao seu. É de realçar, no conjunto das conclusões, a verificação do papel positivo das redes sociais de apoio, mas principalmente da existência de um amigo íntimo, ou confidente, para tornar o luto menos doloroso e para haver uma boa adaptação do idoso ao seu estado de viuvez. O voltar a casar pode, nesta perspectiva, ser uma boa solução para o idoso.

Do conjunto das estratégias para lidar com o stress da viuvez

destaca-se, precisamente, o voltar a casar que Gentry e Shulman (1988) estudaram, comparando viúvas que voltaram a casar, viúvas que puseram essa hipótese mas ainda não o fizeram, e viúvas que não colocaram essa hipótese. Controlando a idade, verificou-se que o grupo que casou demonstrava menos preocupações do que os outros. Além disso, as mulheres que disseram estar mais preocupadas depois da morte do cônjuge, foram as que casaram e reconhecem que agora estavam muito menos preocupadas. As que não casaram dizem estar tão preocupadas agora como quando enviuvaram, e as que puseram a hipótese de casar de novo, e não o fizeram, dizem estar agora mais preocupadas. Com base nestes dados, parece que de facto o voltar a casar pode ser um mecanismo eficaz para algumas mulheres superarem os problemas da viuvez, nomeadamente a solidão, as despesas e a manutenção da casa.

Na situação de viuvez, o papel das redes sociais familiares é decisivo na adaptação do idoso ao seu novo estado, e há vários estudos que verificam o apoio dado pelos filhos nestas circunstâncias. Há duas vertentes nessas investigações, uma dá ênfase às características dos filhos que influenciam a tarefa de apoiar as viúvas, e a outra centra-se nas atitudes das viúvas relativamente à independência, forma e grau de confiança que elas depositam nos outros, nomeadamente nos filhos, para as apoiarem.

O'Bryant e Morgan (1990) investigaram o peso relativo destas duas formas de encarar o apoio na viuvez, estudando o apoio

dos filhos a viúvas recentes e as orientações destas para a auto-suficiência. Dos dados obtidos, concluiram que as mulheres recentemente viúvas são bastante auto-suficientes nas tarefas do dia-a-dia, havendo no entanto grandes variações que tinham a ver com o seu estado de saúde e idade. Nas áreas em que o apoio é necessário, elas delegam amplamente nos filhos. As experiências passadas das viúvas, e as atitudes relativas à independência, influenciam a quantidade geral de ajuda que recebem, enquanto os rendimentos, o número de filhos, e a percepção da capacidade dos filhos em ajudar, afectam a proporção de ajuda que vem dos filhos. Cooney (1989) conclui que, apesar de tudo, a co-residência com os filhos é mais provável com viúvas recentes e de meia-idade do que, por exemplo, com as mães divorciadas.

5.4 Redes Sociais de Apoio - Aspectos gerais

Já começou a ser aflorada a questão das redes sociais de apoio, como tendo um papel positivo relativamente às situações de stress que o idoso enfrenta, vamos agora abordar, com mais promenor, o que se entende por rede social de apoio e qual o seu papel no bem-estar dos idosos.

"A nível individual, os estudos empíricos apoiaram geralmente a noção de que a integração, nas suas várias formas, tem uma relação positiva com a moral e/ou o bem-estar. É importante contudo notar, que as definições, quer da integração social,

quer dos factores de ajustamento, à qual está relacionada, variam muito. Assim, a integração social dos idosos foi definida em termos de participação organizacional, actividade social, redes sociais de apoio, integração residencial, e padrões de amizade. O ajustamento, por sua vez, foi definido como moral, satisfação de vida, felicidade, competência, satisfação ambiental, ou mesmo como saúde mental positiva" (Kahana, p.872, 1982).

Gotlieb (1981) refere-se ao estudo das redes sociais de apoio, como relativo às forças sociais no ambiente natural, que contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, à forma como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio, e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema. Para este autor, a definição de rede social de apoio surge de imediato ligada a um resultado em termos do bem-estar do homem, promovendo especialmente a sua saúde mental. São vários os autores que, algumas décadas atrás, se referiram a esta problemática, entre os quais destacamos, na área da epidemiologia, Cassel (1974), especialmente preocupado com as condições ambientais como a sobrepopulação ou a falta de habitação adequada, na saúde física e mental das populações; Caplan (1964, 1974), na área da psiquiatria, que falava nos sistemas de apoio primários, grupos de ajuda mútua, grupos de vizinhos, etc, como prestando uma ajuda fundamental no alívio do stress das pessoas, e o próprio Kelly (1966), que se referia aos agentes urbanos, incluindo desde os barbeiros até aos comerciantes, com um papel de primeira linha no apoio

aos problemas emocionais da classe operária e como mediadores entre a cultura local e os sistemas formais de saúde, nas áreas urbanas.

Um sistema de apoio é uma rede de apoio social: um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, por exemplo, relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada (Wellman, 1981).

Podemos dividir as redes sociais de apoio aos idosos em dois grupos principais: 1) redes de apoio formal e, 2) redes de apoio informal. Por sua vez o apoio que estas redes prestam é basicamente também de dois tipos a) o apoio psicológico ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico, conceitos estes que explicitaremos no capítulo seguinte e, b) o apoio instrumental, que pressupõe a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos, e perda de autonomia física, temporária ou permanente. O peso relativo dos dois tipos de redes de apoio social, na ajuda psicológica ou instrumental, é outro dos assuntos que abordaremos.

No grupo constituido pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de conselho ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, ou centros de convívio. Neste

conjunto destacam-se as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, directa ou indirectamente, à Igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais, todas beneficiando de algum apoio do Estado e que, no seu conjunto, são as promotoras da maior parte dos serviços existentes no nosso país, a nível da chamada Terceira Idade. Ultimamente, têm surgido também algumas instituições privadas com fins lucrativos, muitas das quais de qualidade duvidosa, que florecem devido à generalizada falta de estruturas formais de apoio aos idosos no nosso país.

As redes de apoio informal ao idoso podem subdividir-se em dois grandes grupos a) as constituídas pela família do próprio idoso e b) as constituídas pelos amigos e vizinhos. O papel das redes familiares é conhecido, e nele acentou, desde sempre, o apoio necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível. Com a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais difícil, a que não é alheio, entre outros aspectos, o trabalho feminino fora do lar e a própria exiguidade das habitações. Não obstante estas novas dificuldades, a família, na nossa sociedade, tem ainda um papel importantíssimo no apoio instrumental ao idoso e, como veremos, também no seu bem-estar psicológico.

As redes sociais de apoio informal, constituídas pelos amigos

e vizinhos do idoso, embora menos estudadas, parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio à velhice, principalmente do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se, esta última, mais em situações de ausência de familiares.

As características das redes de apoio informal, geralmente consideradas, são os seus aspectos morfológicos ou estruturais, como o tamanho, a composição, a densidade e a acessibilidade. Além destas, há outra abordagem que considera os padrões interactivos, como o conteúdo e o respectivo apoio, o grau de reciprocidade, a durabilidade, intensidade e frequência do contacto entre os elementos da rede. Estas últimas características permitem uma visão mais dinâmica do que a análise estrutural, mas são mais subjectivas (Auslander e Litwin, 1990).

No sentido de estudar o apoio, faz-se uma análise das redes sociais, considerando, de acordo com Wellman (1981), os seguintes aspectos: 1) o conteúdo dos laços, apoio ou não apoio, o seu carácter voluntário; 2) a força dos laços, (a intensidade com que manifestam o seu conteúdo específico) e a simetria; 3) a estrutura dos laços, o seu conjunto, densidade, complexidade, numa visão integrada e diria sistémica, dessas redes, que não se limita a considerar dados discretos, como a frequência e duração do encontro entre duas pessoas, etc.

Ficher (1982), num extenso trabalho sobre redes de apoio,

começa por distinguir três tipos de envolvimento ou relação entre as pessoas: a) o formal, no sentido em que envolve regras reconhecidas socialmente, com direitos e deveres recíprocos, como é o caso das relações filiais; b) o sentimental, quando há um sentido de preocupação e proximidade relativamente ao outro e, c) a troca, quando o envolvimento é no sentido de partilha de actividades apoio emotivo ou ambos, num dar e receber recíproco. Do ponto de vista metodológico, este autor apresenta um esquema de entrevista que visa obter o retrato, o mais completo possível, da rede de apoio de cada sujeito, dentro de uma certa economia de tempo. Começa por se perguntar quais as pessoas chave da rede pessoal, depois o nome de quem dá, ou poderia dar, vários tipos de apoio como: 1) quem olharia pela sua casa na sua ausência; 2) com quem falam de decisões de trabalho; 3) quem os ajudou nas tarefas de casa nos últimos três meses; 4) com quem tiveram uma actividade social recentemente, etc. Para cada uma destas questões, o sujeito refere quantas pessoas quiser, das quais só se registam as oito primeiras. No momento seguinte, dá-se ao sujeito a lista de pessoas referidas, permitindo-lhe acrescentar mais alguém e depois, sobre cada uma delas, vai-se saber o sexo, como a conheceu, há quanto tempo, se vive perto ou longe, todos os outros dados sociodemográficos e ainda se partilham a mesma religião, passatempo ou outra actividade, a quem se sentem mais chegados, entre outros aspectos. Depois, o retrato do mundo social privado de cada sujeito, pode ser analisado em termos de tamanho, contexto social (familiar, de trabalho, de vizinhança), e relacionado com cada variável do

próprio sujeito, como o seu estado civil ou sexo.

As redes sociais de apoio não têm carácter estático, pelo contrário, à medida que as pessoas seguem o curso do ciclo de vida, passando por estádios, como o ser solteiro, casado, ser pai(mãe), ficar com a casa vazia (empty nest), ser viúvo, a família, as amizades e outras ligações mudam (Mauser, 1983). Depner e Ingersoll-Dayton (1988) adoptam uma perspectiva desenvolvimentista do sistema relacional, pelo que, em alternativa à noção de rede de apoio (network), utilizam um conceito semelhante o "convoy", mas que é um atributo do curso de vida podendo, por conseguinte, incluir muitas redes de apoio diferentes cujos membros podem mudar com o estádio de vida da pessoa, não estando, portanto, centrado num tempo específico. As interacções, dentro deste conjunto complexo e evolutivo de redes de apoio, incluem o dar e receber apoio, que pode ser instrumental ou aconselhamento, variando ao longo do tempo, e reflectindo as necessidades e os recursos dos seus membros.

O objectivo de Depner e Ingersoll-Dayton (1988) é explicar como é que as trocas nas redes de apoio, assim consideradas, variam com a idade, o sexo e o indivíduo referenciado. As quatro dimensões das redes de apoio social referidas são: a) a existência, versus funcionamento de uma rede, b) o tipo de relações (filhos, irmãos, amigos), c) os tipos de apoio social (apoio emotivo, respeito, apoio na doença) e d) o receber versus dar apoio. A existência de relações sociais é benéfica

em si mesma porque contribui para um sentido de integração social ou evita o isolamento mas, a distinção existência/ /funcionamento é crucial, do ponto de vista destes autores, uma vez que uma mudança na existência de uma relação quer dizer que se formou ou rompeu um laço entre duas pessoas, mas pode haver mudanças no funcionamento e as relações permanecerem intactas. A questão chave é saber se as mudanças no apoio social, relacionadas com a idade, são atribuíveis em primeiro lugar à perda de relações importantes (nomeadamente devido à mobilidade ou à morte) ou a mudanças, ao longo do tempo, no funcionamento das relações.

É importante fazer distinções entre o tipo de pessoas envolvidas na relação, sejam filhos, irmãos ou amigos, uma vez que o tipo de apoio parece estar associado, de forma única, a cada relação. Distinguir o tipo de relações torna possível examinar se as perdas num dado tipo estão associadas a mudanças no apoio trocado noutros tipos de relações, e facilita ainda a comparação das relações em termos de verificar se as mudanças, ligadas à idade, são atribuíveis mais à sua existência ou ao seu funcionamento (Depner e Ingersoll-Dayton, 1988).

Os membros das redes sociais oferecem vários tipos de apoio uns aos outros, e uma abordagem desenvolvimentista, como a de Depner e Ingersoll-Dayton (1988) deve considerar como é que os tipos de apoio variam com os estádios de desenvolvimento dos indivíduos. Os tipos de apoio considerados são a ajuda, o

afecto e a afirmação, sendo as duas primeiras as que habitualmente designamos por apoio instrumental e emocional, e a afirmação, menos utilizada, referindo-se ao sentido de aceitação e valorização, de respeito que o indivíduo recebe dos outros membros da rede.

As mudanças relacionadas com a idade tornam-se evidentes, relativamente, quer à existência, quer ao funcionamento das redes, esperando-se perdas relativas à existência, principalmente em alguns tipos de relações entre pares, ou seja irmãos e amigos. Relativamente ao funcionamento, a idade traz consigo alterações devido, por exemplo, à mudança nos papéis sociais ou mobilidade, que podem diminuir as oportunidades de interagir e, consequentemente, o apoio. Haverá também um aumento de certos tipos de apoio, como o relacionado com as condições de saúde, directamente ligados ao envelhecimento. A distinção entre a ajuda recebida e prestada é outro elemento importante para perceber a evolução da recíprocidade das relações ao longo da vida, a quantidade de apoio recebido, versus prestado alterar-se-á, esperando-se que o idoso receba mais apoio do que o que fornece aos outros.

Relativamente aos diferentes tipos de apoio, emocional, na área da saúde e no respeito, o seu curso ao longo do desenvolvimento é diferente. Enquanto o apoio emocional varia com a idade, principalmente devido à perda da relação entre irmãos e ainda na medida em que os idosos dão menos apoio emocional aos seus filhos, o apoio prestado na saúde diminui

muito com a idade, enquanto o apoio recebido aumenta. O respeito ou afirmação é uma área do apoio social que tem poucas variações com a idade, apenas se verificando que os idosos fornecem afirmação a um número mais reduzido de amigos.

5.5 As Redes Sociais de Apoio e a Saúde Mental.

A literatura sugere que o indivíduo que não está satisfeito com a quantidade de apoio social que lhe dão pode sofrer perturbações psicológicas. Ao mesmo tempo há provas de que os indivíduos que inicialmente sofrem de desordens emotivas podem, consequentemente, estar menos satisfeitos com o seu sistema de apoio social, referem Krause et al. (1989).

Para tentar resolver esta questão, torna-se necessário, na opinião destes autores, refinar as medidas existentes relativas à avaliação das redes sociais de apoio, tendo em consideração vários aspectos, entre os quais, que há variações individuais nas necessidades de apoio e que os outros significativos podem ser simultaneamente fonte de interacções positivas ou negativas, o que implica a necessidade de medir a satisfação com o apoio. É mesmo mais provável que o conflito nas relações íntimas afecte mais o bem-estar da pessoa, do que os conflitos com membros mais periféricos da sua rede social. A avaliação da satisfação com o apoio dá uma medida da reciprocidade da relação, que nem sempre é equitativa nos idosos. Com base nestes pressupostos, os autores concluiram

que a satisfação com o apoio social altera os sintomas depressivos, mas que os níveis iniciais de depressão não estão relacionados com com mudanças subsequentes na satisfação com o apoio. A evidência vai no sentido de verificar que as mudanças na satisfação com o apoio tendem a anteceder as mudanças nos sintomas depressivos. A medida da satisfação, utilizada neste estudo, foi uma medida global, embora, de acordo com os autores, fosse necessário avaliar a satisfação com fontes específicas de apoio. Nesse sentido Krause e Markides (1990) introduziram uma medida dos comportamentos naturais de apoio, para ser utilizada em estudos sobre a relação entre o stress, o apoio social e a saúde dos idosos, em que propõem que se messam as variações individuais na necessidade de apoio, em quatro dimensões distintas de apoio social: a) apoio de informação, b) ajuda tangível, c) apoio emotivo e d) integração. Esta medida evita que se confundam as relações potenciais de apoio, com o apoio efectivamente recebido, e mede as variações nas necessidades individuais de apoio. A escala, segundo os seus autores, mostrou ter valor prognóstico do efeito nos sintomas depressivos, dos quatro tipos de apoio social, e da satisfação que os idosos têm, com o apoio nas situações de stress relacionado com o luto.

Alargando o seu estudo, Krause et al. (1990) desenvolveram um modelo conceptual para explicar a relação entre a personalidade, o apoio social e a perturbação psicológica. Começaram por avaliar a interrelação entre três dimensões do apoio social: a) o contacto social, b) o apoio recebido e c) o

apoio antecipado. Além disso, examinaram o impacto de seleccionar factores psicológicos e sociais no apoio social. Os dados sugerem que o contacto social, especialmente com membros da família, tende a aumentar a quantidade de apoio recebido, e o apoio recebido, por sua vez, tende aumentar as percepções da disponibilidade no futuro, isto é, a antecipação do apoio. O contacto com os amigos e a antecipação de apoio futuro, exercem um efeito directo no bem-estar do idoso, enquanto o contacto com a família e o apoio recebido no presente, têm um efeito indirecto. Os idosos que são extrovertidos tendem a fazer mais contactos sociais do que os introvertidos, o que se correlaciona positivamente com o apoio. As regras sociais, especialmente as regras maritais, também têm impacto no processo de apoio social, verificando-se que os idosos casados têm mais contactos com os membros da família e recebem mais apoio, enquanto os idosos não casados desenvolvem mais contactos com os amigos. Ou seja, a extroversão social e o estado civil emergem como correlatos potencialmente importantes do apoio social na velhice.

5.6 Aspectos Diferenciais da Rede Social de Apoio: o Sexo e o Estado Civil

O sexo das pessoas introduz diferenças nas redes de apoio, principalmente na categoria de amigos. Os idosos parecem ter mais conhecidos, enquanto as idosas têm mais confidentes, o que também terá implicações em termos do apoio recebido,

esperando-se que as mulheres tenham mais apoio emotivo, habitualmente associado aos amigos, e ainda, que dêem mais apoio na área da saúde do que os homens. Considerando simultaneamente a idade e o sexo, sabemos que a idade acarreta uma redução na extensão das relações e que, por outro lado, as mulheres têm redes de apoio mais amplas, esperando-se então que isso constitua uma vantagem para este sexo. Os resultados obtidos por Depner e Ingersoll-Dayton (1988) apontaram para que um menor número de irmãos, nas redes de apoio dos idosos, fosse associado com uma diminuição das trocas sociais e do apoio relacionado com a saúde. Além disso, os efeitos do envelhecimento tinham mais a ver com o contributo do idoso para a rede e o apoio prestado aos outros, do que com o apoio recebido. Confirmou-se o facto de que as mulheres tinham melhores recursos de apoio social do que os homens, particularmente no meio das suas amizades, uma vez que relativamente aos irmãos, a situação era idêntica. Não se encontraram, contudo, indícios de que a vantagem das mulheres no apoio social contrabalançasse os efeitos do envelhecimento na rede. A perda dos irmãos é irreparável, enquanto parece que a perda das velhas amizades vai sendo substituida.

Dentro dos idosos, as mulheres parecem, apesar de tudo, mais isoladas (Silverstone, 1985), confirmando o que já referimos a propósito dos estudos de Bennett (1980) mas que é contrário aos resultados, também já citados, obtidos por Depner e Ingersoll-Dayton (1988), que dão precisamente vantagem às mulheres no que diz respeito ao apoio social. Em nosso

entender, as redes sociais de apoio dos idosos têm a ver com toda a história de vida dos indivíduos e o contexto socio-económico em que estão inseridos, pelo que dificilmente se chegaria a uma lei geral sobre a questão.

Relativamente à diferença entre os sexos nas redes de apoio informal de amigos, Cohen et al. (1988) vêm provar que a questão da rede social de apoio de cada indivíduo tem mais a ver com a história e estilo de vida, do que com o sexo em si. Ao examinarem a diferença entre os sexos na interacção social de idosos residentes em pensões, estes autores, não verificaram maior isolamento das mulheres, cujos dados longitudinais mostravam redes dinâmicas que permitiam a substituição de umas pessoas por outras. Comparando os sexos, verificaram semelhanças na dimensão das redes sociais e na sua utilização para resolver necessidades e lidar com a doença física. A explicação para estes dados, de certa forma discordantes com outros resultados na literatura já revista, dever-se-á à semelhança das histórias de vida entre os sexos. O estilo de vida geral destas mulheres aproxima-se do dos homens, donde as suas interacções sociais serem parecidas.

Estes aspectos diferenciais foram focados num trabalho de Wolf e Pinnelli (1989) que, a partir de dados nacionais da situação das mulheres idosas em Itália, concluiram que, à semelhança do que se passa noutros países industrializados, o envelhecimento da população é um fenómeno desproporcionalmente associado com as mulheres não casadas, nomeadamente viúvas. As mulheres

idosas podem viver sós ou com outros, e podem receber ou não ajuda externa. Os dados mostram diferenças pronunciadas no comportamento, de acordo com a região de residência, o nível de educação, o grau de incapacidade, a experiência de trabalho e a reforma. As variáveis com maiores efeitos foram a idade e a incapacidade. Em idades mais avançadas, a tendência para viver com outros e receber ajuda externa aumenta imenso. Relativamente ao grau de incapacidade as soluções adoptadas são mais flexíveis. As mulheres com um nível de educação mais elevado são mais autónomas e preferem viver sós, ainda que com ajuda externa. Os dados indicam a importância da família como fonte de ajuda e/ou co-residência em situações de necessidade. Um dos poucos dados que parece incontestável é a diminuição da extensão da rede social, com o avançar da idade, independentemente de qualquer outro tipo de variáveis, principalmente no que se refere a pares (cônjuge, irmãos, amigos).

Para além dos dados diferenciais relativos ao efeito do sexo nas redes sociais de apoio, Stull e Scarisbrick-Hauser (1989) referem a existência de dados divergentes quanto ao efeito da variável estado civil, criticando o facto de a maior parte das investigações sobre os idosos colocar no mesmo grupo de não casados os indivíduos que nunca casaram, os separados ou divorciados, e os viúvos, o que faz com que os resultados não sejam fiáveis, uma vez que são situações completamente diferentes do ponto de vista do risco de institucionalização.

Até agora não houve consenso relativamente aos aspectos diferenciais das redes de apoio social desta população. Reexaminando a situação dos solteiros, em termos de saúde, interacção social, lar e estrutura familiar, verificaram que comparados com os viúvos, os casados e os separados, os solteiros são socialmente activos, não são isolados e podem não estar em maior risco de institucionalização. Uma ameaça maior pode pairar sobre os divorciados/separados e os viúvos que tiveram grandes mudanças de vida simultâneas, como foi sugerido nos estudos sobre a transição para a viuvez (e.g. Norris e Murrell, 1990). Os casados e os que nunca casaram é mais provável que tenham uma certa continuidade em muitos dos seus domínios sociais, como os ambientes residenciais e relacionamento interpessoal.

5.7 Redes de Apoio de Familiares

Silverstone (1985) fez uma revisão dos sistemas de apoio social informal para idosos dependentes. De acordo com o autor, os idosos ainda que estejam bastante segregados das estruturas formais da sociedade, estão bem integrados nas redes sociais de apoio informal da família, amigos e vizinhos. Embora os idosos vivam frequentemente sós ou com o cônjuge, eles não estão isolados do resto da família mais alargada. O carácter dos arranjos de cuidados de longo-termo e a sua qualidade têm a ver com padrões demográficos, estruturas familiares, papéis e funções, locais de residência, estatuto

socio-económico, entre outros aspectos. De acordo com as U.S. National Center for Health Statistics, 1975, citadas por Silverstone (1985), 80% dos cuidados domiciliários prestados a idosos com problemas funcionais é feito por familiares, a quem os idosos solicitam ajuda em primeiro lugar.

Os serviços mais frequentes prestados pelos familiares são, por ordem decrescente de importância: o transporte, o verificar o bem-estar do idoso, os serviços domésticos, a assistência administrativa e legal, a preparação de refeições, a coordenação, as compras, a supervisão contínua, a enfermagem, e a ajuda financeira geral. Há alguns autores que apontam, como veremos, para serem as filhas as figuras principais de prestação de apoio informal e outros que reservam esse papel para os cônjuges. A qualidade dos cuidados prestados é uma das facetas menos conhecidas do apoio informal (Silverstone, 1985). Haverá algumas situações em que, à semelhança do fenómeno descrito relativamente aos Lares, há um excesso de incapacidade provocada pelo meio, e outras ainda em que haverá abuso relativamente ao idoso. Em relação a este último aspecto, que vimos pela primeira vez citado neste trabalho, note-se que é uma realidade cuja dimensão se desconhece e que assume variadíssimas formas, mais ou menos dissimuladas, por ambas as partes envolvidas e que muitas vezes se integra em padrões de violência familiar, como veremos a propósito dos idosos residentes nos bairros camarários. Este autor foca ainda outro aspecto, pouco explorado no actual contexto claramente anti-

institucionalizaçao, que é a constatação de que muitas vezes os laços familiares se fortalecem e a qualidade relacional melhora com a institucionalização do idoso, talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afecto.

Para efeitos de estudo, é frequente dividir os idosos em três grupos referindo os indivíduos entre os 60/65 e os 75 como os idosos-jovens, os indivíduos entre os 76 e os 85 anos como os idosos-idosos e os que têm mais de 85 anos como os muito idosos. Field e Minkler (1988) utilizaram esta divisão no estudo sobre a continuídade e mudança no apoio social. Verificaram uma considerável continuidade de contacto ao longo dos 14 anos por que se prolongou o estudo, particularmente no que diz respeito às relações familiares. Para além dos contactos familiares observou-se um declínio do empenhamento em actividades extra-familiares nos homens, mas não nas mulheres, e no grupo dos muito idosos. As mudanças mais importantes foram observadas no aumento da satisfação com os filhos, paralelamente à diminuição do envolvimento exterior à família. Estes autores dão também relevo ao reforço dos laços entre os irmãos, nesta fase da vida, afirmando que "o laço entre irmãos pode ser um dos mais fortes na velhice, em parte porque é a única relação familiar com o potencial de durar a vida toda" (Field e Minkler, 1988, p.105).

Cicirelli (1989) também considera que há um reforço dos

sentimentos de ligação aos irmãos na velhice. A hipótese considerada é a de que o bem-estar do idoso dependia da percepção da proximidade aos irmãos, da perturbação dessa ligação, e do sexo dos irmãos considerados. Os idosos entrevistados sobre as suas relações dentro da fratria classificaram-nas como sendo de proximidade, rivalidade/ /conflito ou indiferença. Usou-se uma medida de depressão como indicador de bem-estar. Verificou-se que a ligação mais forte era às irmãs, quer para homens, quer para mulheres, e estava relacionada com menor depressão. Também a percepção que as mulheres tinham do conflito e indiferença em relação às irmãs, estava relacionada com um aumento da depressão. Estes dados, idênticos aos obtidos por Cummings e Henry (1961), são aqui explicados pela teoria da ligação, que prevê que a ligação à figura materna no início da vida, se prolongue na ligação fraternal a um elemento do sexo feminino, que por sua vez também seria o que emitia mais respostas afiliativas. Isto, conjuntamente com o peso, ainda maior para estas gerações de idosos, dos papéis esperados para os diferentes sexos, seria a razão de se verificar a importância das irmãs para os idosos de ambos os sexos.

Coward e Dwyer (1990) estudaram a associação entre o sexo, a composição das redes de irmãos, e os padrões de cuidados aos pais prestados pelos filhos adultos, referindo dados que apontavam, por um lado, para o importante papel dos filhos nos cuidados aos seus pais idosos e, por outro lado, para o facto de serem especificamente as filhas que desempenhavam esse

papel. Considerando cinco estilos diferentes de prestação de cuidados: rotina, rectaguarda, circunscrito, esporádico e a dissociação, Matthews a Rosner (1988) concluiram que os cuidados de rotina e rectaguarda eram exercidos sobretudo pelas filhas, enquanto os cuidados esporádicos e a dissociação da responsabilidade filial era mais comum entre os filhos. A especificidade deste trabalho foi contudo o aprofundamento da análise destas diferenças em função da composição da fratria e da disponibilidade dos filhos para olharem pelos pais. A participação na prestação de cuidados foi calculada como proporção da disponibilidade de todos os filhos de um sexo. Os dados revelaram que em todas as categorias de fratrias, as filhas tinham mais probabilidade do que os filhos de prestarem cuidados a pais dependentes; contudo, a repercussão de prestar cuidados não era uniforme. Especialmente os filhos e filhas únicos ou de fratrias de um só sexo, gastavam o mesmo número de horas por dia em cuidados com os pais e tinham o mesmo stress. Por outro lado, as filhas de fratrias mistas tinham um stress maior e mais horas de prestação de cuidados do que os filhos. Assim, conclui-se que esta divisão em tipos de fratrias é esclarecedora da associação sexo/cuidados aos pais, mostrando que em qualquer tipo de composição das fratrias, as filhas têm maior probabilidade do que os filhos de assumir o olhar pelos pais, quer em termos de magnitude, quer de responsabilidade, o que se poderá explicar pelas normas sociais que reforçam a noção de que a prestação de cuidados é uma responsabilidade das mulheres.

Apesar do papel de olhar pelos idosos ser tradicionalmente feminino, Arber e Gilbert (1989) referem que aproximadamente 3/4 dos cuidados prestados em regime de co-residência é levado a cabo por homens, seja na situação de cuidarem da sua esposa incapacitada, seja de irmãos, embora a regra seja mais uma prestação de apoio mútuo do que unidireccional. O conflito e os problemas de stress associados ao papel de prestar cuidados a idosos, seja para toda a família, seja para o elemento mais directamente responsável pelo idoso, tem vindo a ser amplamente estudado, reconhecendo-se no geral que é uma tarefa pesada e com muitos custos físicos e afectivos para quem a leva a cabo. Arber e Gilbert (1989) focam o conflito que o papel de olhar por um idoso pode introduzir em termos de compatibilização de estatutos e carreiras profissionais, que assume aspectos diferenciais conforme se trate de uma mulher, um homem, e se é solteiro ou casado. Referem que em função das actuais normas relativas aos papeis sexuais, os homens e os solteiros em geral, que assumam funções de olhar por um idoso, têm maior apoio social e reconhecimento, do que quando esse papel é assumido por mulheres casadas. Nas situações em que há um idoso a residir com um casal jovem, a probabilidade de surgir conflito devido a papéis em competição é maior.

5.8 Redes de Apoio de Amigos

A relação com amigos e vizinhos difere da que se mantem com familiares porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na

base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades são uma relação expressiva, baseada na escolha e partilha de interesses. As escolhas de amigos são mais fluídas e livres do que as de vizinhos, que apesar de tudo se baseiam mais na relação de proximidade e instrumental. Quer os amigos, quer os vizinhos, fornecem importantes tipos de apoio e assistência que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos (Wenger, 1990).

Fredrickson e Cartensen (1990) referem a selectividade na escolha dos parceiros sociais por parte dos idosos, que manifestam preferência por pessoas familiares em prejuízo de novas amizades. Estes autores também perfilham a ideia de que durante a última parte da idade adulta os níveis de interacção social começam a declinar. A teoria do desapego de Cummings e Henry (1961) considera isso um processo natural, em que os idosos diminuem o seu envolvimento social, como uma forma de preparação simbólica da morte, ao contrário da teoria da actividade de Maddox (1963) que vê nisso, não uma atitude voluntária por parte do idoso, mas o reflexo das limitações impostas pela falta de mobilidade, morte dos amigos, entre outros. A proposta destes autores não se integra em nenhuma destas teorias, e visa explicar a diminuição dos contactos sociais através da teoria da selectividade. Esta teoria explica as mudanças relacionadas com a idade, no comportamento social, em termos da conservação da energia física, muito importante nesta idade, e o aumento da discriminação entre os parceiros sociais, como um mecanismo de regulação do afecto.

As pessoas escolhem primeiramente os parceiros sociais em termos da antecipação do efeito da interacção, sendo esta dimensão muito importante para os idosos. De uma forma geral, os idosos escolhem com mais frequência parceiros familiares, e os resultados sugerem que a selectividade dos parceiros sociais funciona no sentido de conservar os recursos emocionais, face a oportunidades futuras limitadas.

Embora os familiares sejam a maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm um forte efeito no bem-estar subjectivo. Os amigos são, assim, uma importante parte das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização, até ao apoio instrumental. Enquanto os encontros com a família nem sempre são fáceis e são geralmente ritualizados e estéreis, o encontro com amigos é visto como mais estimulante e positivo e daí talvez a sua associação mais forte com o bem-estar geral.

Para compreender com mais clareza a questão, Larson et al. (1986) pediram auto-relatos das experiências imediatas que os idosos tinham com os amigos. A análise desses dados confirmou a ideia de que os idosos tinham experiências mais favoráveis com os amigos do que com membros da família. Esta diferença era em grande parte devida a uma maior frequência de actividades de lazer com os amigos do que com a família, mas também porque a interacção com os amigos tinha qualidades únicas, que facilitavam o transcender a rotina e a realidade

do dia-a-dia, facilitando situações de libertação, recíprocidade positiva, que provocavam divertimento e trocas subjectivas significativas.

Os aspectos mais valorizados da amizade são o prestar cuidados, a partilha de interesses e a confiança. As amizades são uma fonte de auto-confirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e protecção contra o mundo. Embora a proximidade tenha importância para o fomentar novas amizades e mesmo manter as antigas, as velhas amizades têm uma importância que transcende a proximidade física. A amizade é, ainda de acordo com Wenger (1990), afectada pela classe social, sexo e estado civil, verificando-se uma tendência para as pessoas da classe média terem mais amizades baseadas na partilha de interesses, enquanto a classe operária está mais limitada à família, vizinhos e colegas de trabalho, sendo que os idosos da classe média falam em mais amigos e os da classe operária, além de terem menos amigos, relacionam-nos com uma actividades e contextos específicos.

Com o avançar da idade e falta de saúde, nota-se uma diminuição e perda de amigos. Do ponto de vista qualitativo as amizades mostram-se baseadas num apoio emocional recíproco, principalmente para as mulheres, uma vez que para os homens parecem depender mais da partilha de actividades ou interesses. Quando os homens ficam confinados a casa, as amizades parecem desaparecer, principalmente para a classe trabalhadora, mas também para a classe média, não sendo isto

tão evidente no caso das mulheres. As amizades de longa duração e as que são feitas no início da idade adulta, parecem constituir uma categoria à parte, no conjunto das amizades. Como ideia geral, os amigos são reconhecidos como tendo um importante papel, mesmo mais importante do que o da própria família, na moral das pessoas idosas.

Dentro da categoria amigos, podem-se discriminar os amigos mais íntimos, que têm um potencial diferente em termos relacionais. Foi desta sub-categoria relacional que Jones e Vaughan (1990) se ocuparam. As quatro dimensões do apoio social consideradas foram: 1) as características pessoais; 2) as características da dimensão afectiva; 3) as características das trocas sociais; 4) a satisfação com a amizade. Conceptualizando as três primeiras dimensões como as responsáveis pela última, ou seja, pela satisfação com a amizade.

A orientação relacional, para a qual contribuem as características individuais, tem dois componentes: a orientação mútua e a orientação de partilha, sendo a primeira baseada nas necessidades e preocupações do outro e a segunda baseada na possibilidade de comparação dos benefícios mútuos. Espera-se que a orientação mútua tenha um efeito positivo na relaçao, e a de partilha um efeito negativo. As características afectivas da amizade são a maior fonte de contentamento, uma vez que geram mais activação e afecto positivo do que as relações familiares. As trocas sociais

referem-se às trocas percebidas entre amigos, dos recursos reais (comportamentos e bens materiais). O modelo da equidade percebida na relação, contribui para a satisfação relacional na amizade, embora não pareça ter peso relativamente aos amigos íntimos. Outros dados ressaltam do trabalho de Jones e Vaughan (1990), em que os idosos descreveram e avaliaram o seu melhor amigo, em termos de afecto positivo e negativo, equidade e reciprocidade do apoio social e satisfação - o estudo confirmou que a orientação mútua sublinhava a satisfação com o melhor amigo e que o conflito e a negatividade o afastava. Ou seja, as características pessoais e a orientação mútua, são os aspectos que mais contribuem para a satisfação com a amizade, enquanto as características das trocas sociais não têm muito peso nestas relações muito próximas.

Por vezes a distinção entre familiares e amigos, como apoio social dos idosos, não é clara. Inúmeras são as situações em que os familiares, nomeadamente o cônjuge, são considerados os amigos íntimos, diluindo a visão dicotómica que coloca a família a um lado e os amigos a outro. De uma forma geral, parece que esta distinção é menos relevante do que a importância de haver uma rede social de apoio ao idoso e, nomeadamente, haver relações sociais íntimas entre o idoso e alguém, familiar ou não. Chappell e Badger (1989) distinguem o isolamento social do isolamento emotivo, referindo-se o primeiro à ausência de interacções reais com os outros indivíduos e o segundo à falta de um confidente, de alguém

íntimo. A relação entre o isolamento social e o bem-estar dos idosos, foi estudada a partir do exame de dez indicadores comuns de isolamento social. A medida quantitativa (ausência de contactos diários e contactos semanais mínimos), não ter filhos, não ter filhos e ser solteira, não ter filhos e viver só, não tinham relação com a felicidade global e a satisfação de vida. A combinação de indicadores de viver só e ser solteiro, assim como os únicos indicadores de não ter companheiro ou confidente estavam relacionados a nível bivariado com ambas as medidas de bem-estar. Quando se controlam os factores demográficos, económicos e de saúde, não ter confidentes, nem companheiros, estava significativa e independentemente relacionado com o bem-estar subjectivo. Estes resultados apontam para a quantidade e qualidade das relações sociais como indicadores da saúde e bem-estar, apoiando simultaneamente a distinção entre o isolamento social e psicológico, uma vez que nem todos os aspectos do isolamento social se relacionam com o bem-estar.

Já vimos repetidamente como a existência de redes sociais de apoio são um aspecto crucial da vida dos idosos, numa relação directa de apoio, preventivo da institucionalização ou, num contexto institucional, como decisivas no sentimento de bem-estar físico e psicológicos dos indivíduos. Mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um factor importante, destacando-se o papel de uma relação íntima, a existência de um confidente, confirmada em todos os estudos que tentaram ir mais longe na análise das

redes sociais e exploraram o seu conteúdo. Fica ainda por esclarecer que outros aspectos, para além dos contextuais (como a situação no trabalho, a existência ou não de família, o ambiente residencial entre outros), determinam a extensão e mobilidade das redes sociais das pessoas.

Matthews (1986) fez uma abordagem compreensiva, através de entrevistas biográficas, do problema das amizades ao longo do curso de vida, chegando à construção de uma tipologia de estilos de amizade e tendo também referido as características mais frequentes das amizades entre os idosos. Os idosos contam entre os seus amigos com pessoas de idade próxima da sua, como já tinha sido observado por Mauser (1983). A duração das amizades é variável, uns mantiveram-nas de longa data, facilitadas por uma séria de condicionalismos favoráveis que permitiu a sua sobrevivência, são muitas vezes laços com pessoas da sua terra natal. Muitas destas amizades antigas, como que ficaram adormecidas durante anos e foram reactivadas, mais tarde, noutras circunstâncias. As crises servem muitas vezes para testar as amizades e a sua simetria. O sexo dos amigos é frequentemente o mesmo dos sujeitos e raramente são de sexos opostos, embora isso seja apesar de tudo mais provável em indivíduos solteiros, seja enquanto jovens, seja quando idosos, do que entre as pessoas casadas. O fim das amizades é qualquer coisa de passivo, que habitualmente não tem razão específica, limita-se a acontecer, ou a ir acontecendo, sem mágoa.

Distinguem-se três estilos de amizade: 1) o independente; 2) o discriminativo e 3) o aquisitivo. O independente caracteriza-se por não identificar qualquer indivíduo específico, ao relatar a sua história de vida, mesmo que seja instado repetidamente para o fazer. Fala de pessoas que conheceu e conhece, mas não refere qualquer nome a não ser por vezes alguém que conheceu muito recentemente e apressando-se a esclarecer que não é um verdadeiro amigo. Claramente esta categoria de sujeitos independentes não eram isolados, mas consideravam-se a si próprios como auto-suficientes. O tipo discriminativo identifica um pequeno número de pessoas a quem se sente próximo e que são muito importantes para si. Finalmente, o aquisitivo corresponde a uma categoria de pessoas, mais difícil de caracterizar, mas que basicamente fizeram a sua vida coleccionando uma variedade de amizades, que foram fazendo em diferentes circunstâncias, e em que se envolveram pelo menos durante o tempo em que se mantiveram geograficamente próximos.

Para os idosos a realidade é a perda irreparável dos seus pares de longa data, que consigo levam uma parte do próprio sujeito. Estas biografias povoadas, como lhes chama Matthews (1986), falam de como as relações sociais actuais estão relacionadas com coisas antigas, que compreenderam relações sociais concretas noutros cenários. Para os independentes, na velhice, as circunstâncias que os rodeiam afectam-nos como sempre os afectaram, favorecendo contextualmente a existência, senão de amizades, de um relacionamento amistoso entre eles e

os outros. Ainda que eles não estejam interessados em estabelecer laços muito íntimos, gostam de ter pessoas com quem conversar e passar o tempo e isso é-lhes proporcionado pelo contexto de vida. Os discriminativos são talvez os mais afectados pelo desaparecimento dos seus velhos amigos, que para eles significa ficarem sem amigos e sentirem muita solidão. Finalmente, os aquisitivos idosos é provável que tenham amigos antigos, mas estão disponíveis para fazer novas amizades.

Estas três diferentes formas de fazer amigos não é específica dos idosos e, pelo contrário, é claramente um estilo de organizar as relações extra-familiares ao longo do ciclo de vida. No entanto, conforme morrem os pares dos idosos, a possibilidade de substituir essas amizades por outras novas é influenciada pelo estilo de amizade de cada um. Matthews (1986) afirma que, de uma perspectiva socio-psicológica, estes estilos de amizade podem ser vistos como estratégias para apoiar as auto-concepções individuais, não só no presente, mas também no contexto biográfico.

Do ponto de vista da intervenção, várias têm sido as tentativas de fomentar as relações sociais entre idosos com objectivos vários, que vão desde o melhorar o bem-estar psicológico dos indivíduos até à manutenção das capacidades cognitivas, evitando situações de apatia e desânimo, tão frequentes nos idosos. Baumgarten et al. (1988), apostando nas vantagens das redes sociais de apoio, quer em termos de

satisfação de vida quer em termos de saúde mental, planearam uma intervenção comunitária no sentido de avaliar os efeitos de uma rede de apoio mútuo entre residentes de casas planeadas para idosos. A intervenção incluiu um grupo controlo, constituido por um dos blocos do equipamento em causa e, após 15 meses de intervenção junto dos idosos, estimulando a troca de serviços e a participação no grupo experimental, procederam à avaliação do impacto das ligações sociais estabelecidas entre os idosos, a satisfação destes com o apoio social, e os índices de depressão. Os autores não verificaram diferenças entre os grupos, relativamente ao número de ligações sociais com outros residentes, durante o tempo do estudo. A satisfação com o apoio diminuiu nos 2 grupos, sendo mais acentuada no experimental. O grupo controlo teve uma ligeira diminuição do índice de depressão, enquanto o grupo experimental teve um ligeiro aumento. Estes resultados põem em causa o efeito das intervenções sociais em populações que não estão sujeitas a nenhum stress especial.

Neste grande grupo de relações fora da família, há ainda que salientar o papel da vizinhança. A relação entre vizinhos, ao contrário da existente entre amigos, como já se afirmou, baseia-se sobretudo na proximidade, reflectindo independência, simpatia e um envolvimento mais distante. Os idosos parecem ter progressivamente mais atitudes positivas para com os vizinhos, no caso de viverem sós. Wenger (1990) refere que a classe operária tem maior relutância em estabelecer relações muito próximas com os vizinhos, por receio de ser explorada, o

que faz com que se bastem a si próprios, não obstante o papel importante que os vizinhos assumem para os idosos incapacitados. De qualquer forma, a relação que se estabelece entre vizinhos, ainda que amistosa, não é de amizade, é uma relação predominantemente instrumental em coisas como compras, olhar pela casa, situações de emergência, e dando um sentido geral de segurança, originado pela próximidade, embora não seja raro os vizinhos tornarem-se amigos. Verifica-se por vezes uma atitude defensiva por parte dos vizinhos, quando a situação do idoso é demasiado pesada ou há uma grande concentração de idosos na área. Da nossa própria investigação resultou que os idosos da classe operária dificilmente nos falavam de amigos, no sentido que habitualmente essa palavra tem, de pessoa que não é da família e em relação à qual há um sentimento de proximidade, intimidade e confiança. De facto, as únicas categorias reconhecidas por esses idosos eram, para além da família, os vizinhos, com quem mantinham uma relação mais ou menos próxima ou defensiva, mas em qualquer dos casos carregada de significado.

5.9 Redes de Apoio Formal e Informal num Cenário Institucional

As redes de apoio formal não se limitam aos lares e têm vindo a diversificar o seu leque de serviços, nomeadamente através da criação de centros de convívio, centros de dia e apoio domiciliário, que nos vai merecer atenção mais detalhada a

propósito da nossa própria investigação, realizada em algumas dessas estruturas. Uma primeira ideia é de que a qualidade de serviços prestados varia de instituição para instituição, cada qual com a sua especificidade, que deveria corresponder a diferentes necessidades de saúde e socio-psicológicas, dos idosos que a elas recorrem, embora, a sua escassez e o reduzido leque de alternativas, conduza a situações de claro desajuste entre os objectivos institucionais e a população que estão a pretender servir.

De facto, para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema. Para estes, os serviços de apoio domiciliário formal são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade. Do conjunto de pessoas identificadas pelos idosos como tendo papéis importantes, constam o médico (79%), o responsável pelo apartamento (58%) e o assistente social (51%). Os apoios formais eram uma fonte importante de apoio quer instrumental, quer afectivo, numa grande variedade de circunstâncias, que ultrapassavam os papéis previstos para os diferentes elementos. Muitos indivíduos em papéis formais eram considerados amigos e a relação era de natureza altamente personalizada. Relativamente às ajudantes domiciliárias, não se verificou uma personalização das relações, embora se saiba que estas estão numa posição previligiada em termos do conhecimento que têm da situação geral do idoso a quem prestam

apoio, mesmo nas situações mais íntimas. Neste caso, a manutenção da distância entre o idoso e as apoiantes domiciliárias, talvez facilite algum tipo de controlo por parte do idoso (Wolfsen et al., 1990).

Os idosos, como se tem vindo a afirmar repetidamente, sofrem várias perdas de pessoas da sua rede social (cônjuge, irmãos amigos) e a entrada para um lar, subsequente ou não a estas perdas, também pode acarretar uma ruptura, mesmo que não total, nas suas relações. Em contrapartida, a institucionalização também pode facilitar o acesso a novas amizades, nomeadamente para os idosos mais incapacitados, que tinham já muita dificuldade em ter acesso aos seus amigos.

Bitzen e Kruzich (1990) dividem as relações interpessoais dos lares em três tipos: 1) residente/ não residente; 2) residente/ residente e 3) residente/ pessoal ou voluntários. As relações residente/ não residente, verificam-se principalmente com a família, a sua frequência e duração variam com uma série de factores, nomeadamente a distância da residência destes ao lar. As relações entre residentes têm duas possibilidades, ou se verificam entre os parceiros de quarto ou os não parceiros de quarto, havendo sempre uma percentagem significativa de idosos considerados solitários. As perturbações cognitivas, da fala, da audição e de visão influenciam negativamente o relacionamento social entre os idosos. Relativamente aos companheiros de quarto, parece haver uma certa indiferença e superficialidade relacional. As

relações com o pessoal parecem ser pouco problemáticas, ainda que não muito próximas. Os indivíduos mais deficientes mantêm relações mais próximas com o pessoal de enfermagem, enquanto os idosos mais autónomos referem mais o pessoal das actividades recriativas. Bitzen e Kruzich (1990) verificaram que aproximadamente metade dos idosos tinham amizades com pessoas não residentes no Lar e com uma pessoa residente, e 5% tinham uma amizade dentro e nenhuma fora da instituição, e outros 5% diziam não ter nenhuma. A manutenção de uma relação significativa com alguém não residente não estava associada a características da pessoa, como a idade, sexo ou estado funcional, nem mesmo com o tempo de residência. Dentro do Lar, aproximadamente 58% diziam ter um residente a quem eram mais chegados, as capacidades de se deslocarem e de ouvir estavam significativamente associadas à existência desta relação. Dos que tinham alguém chegado no Lar, apenas 16% nomearam o companheiro de quarto e destes quase todos foram do sexo masculino. Este grupo era o que manifestava maior satisfação com o Lar e com a vida, mais afecto positivo e maior nível de apoio social. Estes autores chamam à atenção de que o abandono familiar dos idosos nos lares é um mito que não verificaram, e sublinham a importância de cuidar as capacidades auditivas e visuais dos idosos bem como as suas condições de mobilidade, facilitadoras da comunicação.

As relações entre os residentes e o pessoal têm uma influência grande no seu bem-estar, e são de fomentar a ligação do pessoal aos mesmos idosos evitando a constante mudança de

emprego que interrompe essas relações. Os resultados indicam a importância de ter um amigo chegado para a participação dos residentes em actividades, a satisfação de vida e a satisfação com o lar.

5.10 Relação do Apoio Formal com o Apoio Informal

Como acabamos de verificar o apoio informal é pluralístico, no tipo de pessoas envolvidas, no que fazem e porquê, num fluir mútuo de dádiva e recepção de apoio, formando um sistema ecológico com pessoas desempenhando um papel interrelacionado ou complementar. Pelo contrário, o apoio formal opera sob um sistema de categorias explícito para avaliar as necessidades, regras formais de procedimento, especialização e coordenação formal das regras de ajuda, critérios objectivos de ajuda, padrões estabelecidos de sucesso, etc. A combinação entre estes dois tipos de apoio não é tarefa fácil, seja a nível dos técnicos envolvidos no apoio formal, seja dos agentes informais, mas o equilíbrio entre estas duas formas de apoio, seria desejável, em muitos casos (Froland et al., 1981).

Nos últimos anos escreveu-se imenso sobre a dependência na velhice e sobre a necessidade de aumentar o ênfase na responsabilidade individual e familiar no apoio aos idosos, em oposição à responsabilidade do Estado. Consideramos que a dependência dos velhos não é um problema novo e que havia uma responsabilidade por parte da comunidade pelos idosos no

passado, em oposição á responsabilidade estritamente privada (Evans e Williamson, 1988). Coordenar os esforços da rede social de apoio informal, com o assumir de responsabilidades formais por parte de entidades oficiais que prestem ajuda, mais ou menos especializada, aos idosos, parece-nos o caminho adequado no sentido de melhorar a eficácia e qualidade dos cuidados a esta franja da população.

Há três opções para incorporar as redes de apoio informal na prestação formal de serviços sociais: a) a interpenetração e partilha de cuidados entre a rede informal e formal; b) a substituição ou transferência de cuidados da rede informal para o sistema formal e c) o fortalecimento da rede informal pelo apoio formal, de forma a que este possa continuar a prestar cuidados (Auslander e Litwin, 1990). Se um modelo de complementariedade ou de fortalecimento nos pode parecer mais adequado e favorável, alguns dados apontam de facto para o modelo de substituição, uma vez que vários autores têm vindo a concluir que, actualmente, os idosos que solicitam o apoio formal carecem de outras alternativas de suporte (e.g. Auslander e Litwin, 1990).

Outra forma, ainda que idêntica à anterior, de conceptualizar a integração dos esforços e actividades do apoio formal com o apoio informal, foi proposta por Kaufman (1990) que refere o modelo de suplementação em alternativa à suplantação. Na tentativa de juntar os respectivos esforços os responsáveis pelo apoio formal têm que começar por fazer uma rigorosa

avaliação do funcionamento das redes sociais de apoio de cada idoso e da assistência que elas asseguram (Kaufman, 1990). As variáveis a ter em consideração passam nomeadamente pelo grau de perturbação física e psicológica e o tempo, real ou percebido, em que vai ser necessário prestar os cuidados ao idosos, que influênciam a disponibilidade do apoio dos membros da rede informal. Os factores que devem ser examinados são: 1) as características estruturais da rede social de apoio; 2) a qualidade dinâmica das relações entre o idoso e os membros da sua rede social; 3) a avaliação subjectiva que o idoso faz da sua rede social de apoio e a força dos respectivos elos; 4) o efeito dos acontecimentos de vida nas relações entre os elementos da rede de apoio; 5) o impacto que o reportório comportamental do idoso, incluindo as suas estratégias de confronto com o stress, tem no relacionamento com a sua rede de apoio social.

Relativamente aos aspectos estruturais da rede, há que ter em consideração o seu tamanho, composição, tendo em conta que é mais provável que os familiares assumam o papel de olhar pelo idoso, do que que os vizinhos prestem ajuda instrumental intensiva, e ainda a dispersão dos elementos da rede, em termos de distância entre as respectivas residências.

A qualidade da interacção refere-se à dinâmica relacional, nos aspectos de intensidade dos laços, orientação da rede em termos da visão subjectiva, que o idoso tem da qualidade dos laços que o unem aos membros da sua rede, e da adequação dos

esforços de prestação de cuidados por parte destes, bem como, o conteúdo relativo às características das trocas comportamentais entre os membros.

Os valores e atitudes, quer do idoso, quer das pessoas que constituem a sua rede social de apoio, como sejam: a) os sentimentos associados com as obrigações e expectativas filiais e familiares; b) os sentimentos relativos à independência e expressão das necessidades de dependências; c) as atitudes relativas ao sistema de apoio formal; d) os sentimentos relativos ao estigma social, associados com a procura e utilização de ajuda; e) as percepções e atitudes relativas à qualidade e adequação dos serviços fornecidos pelo sistema formal, comparativamente com os do sistema informal.

Os factores históricos do funcionamento psicológico do idoso, anteriores à incapacidade funcional se instalar, e os factores relativos às suas capacidades, seja em termos de recursos físicos e de saúde, seja económicos e, por outro lado, relativamente à família do idoso, a sua disponibilidade de tempo, são exemplos de mais factores limitativos do funcionamento do apoio informal a ter em consideração pelos responsáveis do sistema de apoio formal. Uma ampla divulgação da disponibilidade dos serviços formais existentes é um aspecto a considerar e que, só por si, tem um efeito securizante na população de potenciais utilizadores e nos membros da rede informal de apoio, que antevêm dificuldades de aumentar o nível de prestação de ajuda, para além dos níveis

actuais e que, no desconhecimento da possibilidade de suplementação do apoio que possam prestar, tendem a forçar alternativas indesejáveis, como a institucionalização prematura do idoso.

Este guia de avaliação das redes de apoio social, proposto por Kaufman (1990), permite programar com eficácia a suplementação que o apoio formal possa dar aos idosos com dificuldades funcionais.

Com o objectivo de desenvolver uma tipologia que identificasse as diferentes formas de relação entre o apoio informal e formal, e verificar se as famílias que se integram nas diferentes categorias tinham características distintivas, como a severidade da perturbação do idoso, ou o nível do stress de quem lhe presta cuidados, Noelker e Bass (1989) levaram a cabo um trabalho de investigação. A tipologia foi desenvolvida na base de partilha ou segregação de tarefas entre os familiares e os funcionários, tendo-se identificado quatro tipos de ligações apoio formal/informal: 1) um dos modelos dá ênfase à natureza complementar dos dois sistemas, considerando que as actividades têm que ser segregadas, com cada um realizando as tarefas que lhe são próprias, em que o apoio informal levaria a cabo tarefas não previsíveis e não técnicas, e o sistema formal se encarregava de tarefas especializadas e previsíveis. Isto implica uma dupla especialização, que daria os melhores resultados para o idoso e minimizaria eventuais conflitos entre os sistemas; 2) outro dos modelos, parte do princípio

que não há áreas discretas de especialização de tarefas, que estas são rotineiras, ligadas aos cuidados pessoais e nas actividades do dia-a-dia, pelo que os sistemas formais deveriam suplementar os esforços dos sistemas informais de apoio; 3) um outro modelo, considera que o apoio formal deve substituir o apoio informal; 4) um último modelo, prevê a completa independência da família relativamente aos serviços formais, que teriam ocasiões distintas para se encontrar com o idoso.

Os dados obtidos por Noelker e Bass (1989) sugerem que as variáveis com valor prognóstico, dos modelos de apoio domiciliário, usados pelos idosos e as suas famílias, eram as variáveis relativas às necessidades das pessoas que prestam cuidados e que os recebem. O sexo da pessoa que olha pelo idoso também era uma variável importante. A especialização entre os sistemas de apoio ocorria, comparativamente com o modelo de complementação, associada a um maior nível de dependência do idoso. Estes autores chamam à atenção para o facto de o recurso aos sistemas formais de apoio se verificar tardiamente, ou seja, quando a família entra em ruptura, o que é negativo e deve ser evitado.

A família e os amigos têm um papel chave na manutenção de idosos com perturbações funcionais na comunidade, evitando a sua institucionalização.

Há uma corrente de opinião que vai no sentido da substituição

do apoio informal por serviços formais, e outra, que propõe antes um apoio complementar, por parte dos serviços formais, a quem presta informalmente cuidados aos idosos. A ideia subjacente é de que há determinado tipo de apoio, nomeadamente o emocional, que é melhor preenchido por pessoas não especializadas, enquanto outros tipos, como a enfermagem, são da competência de pessoal técnico. Edelman e Hughes (1990) examinaram o impacto do apoio domiciliário na prestação de cuidados informais, feita pela família e amigos a idosos em casa. Fizeram uma análise dos dados dos clientes aos 9 e aos 48 meses depois da aceitação no apoio domiciliário e fornecimento das refeições em casa, comparativamente com um grupo controlo sem apoio formal. A análise revelou um aumento de prestação de serviços formais em ambos os grupos aos 9 meses e no grupo de apoio domiciliário aos 48 meses. O aumento, no entanto, foi atribuido ao facto das agências terem novos serviços à disposição dos idosos. Não se verificou uma diminuição significativa do apoio informal, e apenas um fraco impacto dos serviços formais nos informais. A análise dos padrões de serviços para cada cliente demonstrou que os cuidados formais suplementam, mais do que substituem os informais, quer aos 9 quer aos 48 meses. As conclusões da investigação levada a cabo pelos autores para estudar a relação entre os dois tipos de apoio, foram no sentido de que a suplementação dos serviços informais por serviços formais era o que acontecia com mais frequência na comunidade, relativamente quer à substituição quer à especialização/ realojamento.

Froland et al. (1981) preocuparam-se em equacionar o papel das pessoas que prestam ajuda informal na visão contemporânea dos serviços sociais e examinar os padrões de articulação entre as fontes de apoio profissional, voluntário, de vizinhança e familiares, de forma a torná-los mais eficazes. Estes autores fizeram uma revisão dos serviços prestados por 30 agências, que se dirigiam a populações diversas e com diferentes programas e quadros de pessoal, donde isolaram 5 categorias estratégicas gerais: 1) intervenções a nível das redes de apoio pessoal, vocacionadas para reforçar o apoio informal do cliente; 2) ligação ao voluntariado, na medida em que a rede de apoio do cliente era limitada, eram introduzidas pessoas para fazer companhia, aconselhar, etc.; 3) redes de ajuda mútua, o tipo mais frequente de abordagem, que punha em contacto pessoas com problemas idênticos; 4) ajuda entre vizinhos, que detectava pessoas-chave da vizinhança para as integrar em relações de apoio informal, prevenindo a necessidade de serviços formais; 5) poder comunitário, envolvendo o desenvolver de laços entre os líderes de opinião dentro da comunidade, para planear melhorias de serviços.

As medidas de força das redes sociais têm uma correlação positiva com a saúde e bem-estar da população, nomeadamente dos idosos. Os serviços sociais têm vindo a tentar incorporar as redes de apoio informal na prestação de cuidados sociais, donde, um primeiro passo é tentar diferenciar as características de quem pede apoio formal e de quem não pede.

Auslander e Litwin (1990) partem do princípio que as pessoas só pedem apoio formal quando não dispõem de outro tipo de ajuda e o seu problema é grave. Todas as outras questões relativas a um eventual decréscimo do tamanho da rede social dos idosos, as suas limitações em termos de mobilidade e de recíprocidade, bem como a ausência ou o afastamento da família, tornariam o idoso mais necessitado do apoio formal do que outros grupos etários, mesmo só tendo em consideração aspectos relativos às suas redes sociais de apoio potencial. Outra das questões centrais à análise das redes sociais dos idosos é a diferenciação entre o apoio potencial e o apoio real, pois só este último terá uma relação directa com a necessidade de apoio formal. Os autores diferenciam ainda entre o que eles chamam de redes próximas e de redes distantes, uma vez que a existência e o tamanho das primeiras é diferente do das segundas. As redes de apoio distante, constituídas por laços mais fracos, podem ter um importante papel complementar e de sociabilidade e parecem ser um canal de ligação entre o idoso e os serviços formais, mais do que serem eles próprios a prestar uma ajuda real, consistente com as necessidades do idoso. Assim, o tamanho da rede social de apoio próxima é a característica mais importante, conjuntamente com o grau de apoio afectivo. Os autores concluíram, que o grupo que pediu apoio ao serviço social, tinha uma rede de apoio menor e menos apoio afectivo, mesmo controlando a idade e a capacidade física, do que o grupo que não pediu ajuda formal.

O problema do apoio social é considerado por Corin (1990), no sentido do contexto das relações sociais das pessoas e no contexto de um campo mais amplo de apoio que engloba quer os recursos formais, quer os recursos informais. A perspectiva adoptada pela autora é a da forma como o apoio social reproduz ou difere do padrão geral das ligações dos indivíduos em vários cenários sociais. As características das comunidades estão relacionadas com o funcionamento dos sistemas de apoio social, fazendo com que as estratégias de intervenção nos meios rurais, que também divergem entre si, devam ser diferentes das utilizadas em meios urbanos.

A abordagem dinâmica do apoio social, que a autora adopta, centra-se na pessoa e no comportamento, ou seja, na forma como a pessoa usa as relações na rede social, permitindo qualificá-las em termos de apoio social e, com base na reconstrução do comportamento ao longo de uma semana, elaborar um mapa cognitivo que mostra a importância dessas relações no dia-a-dia da pessoa. O seu modelo da procura de ajuda, engloba todas as estratégias de confronto com a situação, ou sejam, para além da eventualidade de não fazer nada, a possibilidade de fazer alguma coisa, que implica 4 alternativas: 1) contar apenas consigo ou 2) pedir ajuda externa pelo recurso a) a serviços formais ou b) à ajuda informal. A predominância de um dado tipo de estratégia para cada pessoa concreta, tem a ver com a disponibilidade das suas relações sociais e a disponibilidade e conhecimento dos recursos formais, para além de variáveis relativas ao carácter da situação (área,

gravidade e longevidade) e pelas variáveis socio-cognitivas.

Ezell e Gibson (1989) colocam uma perspectiva diferente daquela que tem vindo a ser explorada com mais frequência, referindo-se à necessidade actual e antecipada de serviços, por parte de idosos que têm, ou que não têm, apoio informal, ou seja, o impacto das redes de apoio informal na necessidade de serviços dos idosos. A ideia de base é que a ausência de redes informais de apoio fazia aumentar a necessidade de serviços formais na comunidade. As suas conclusões indicavam que os idosos que não tinham apoio informal exprimem apenas um pouco mais necessidades actuais e antecipadas do que os que tinham, e todos esperavam que a quantidade de serviços aumentasse no futuro, especialmente os serviços relacionados com a saúde.

No nosso país, é clara a falta de serviços formais de apoio aos idosos, seja para suplementarem as redes de apoio informal, seja para as substituirem, na ausência ou indisponibilidade dos agentes informais de apoio. Isto surge aliado à falta de recursos económicos de uma boa parte desta população, tornando a situação muito difícil para os idosos e as suas famílias. No actual panorama de escassez de instituições tipo lar, era útil repensar soluções imaginativas de apoio, talvez menos dispendiosas e seguramente mais satisfatórias para o bem-estar psicológico dos idosos, do que a construção de lares. Os serviços de apoio domiciliário deviam ser extensivos a um maior número de idosos e incluir,

para além dos tradicionais apoios na alimentação, higiene e limpeza, serviços de reforma e manutenção do próprio parque habitacional, condição quantas vezes indispensável para que o idoso se mantenha relativamente autónomo e a residir na comunidade.

6 BEM-ESTAR / SATISFAÇÃO DE VIDA

6.1 Adaptação e Bem-Estar numa Perspectiva de Ciclo de Vida.

Whitbourne (1985) fez uma revisão dos modelos de adaptação numa perspectiva de ciclo de vida, partindo do princípio de que a construção do próprio curso de vida é central ao problema da adaptação, na vida adulta e no período da velhice. Essa construção é vista como um sentido unificado dos acontecimentos do passado, presente e futuro, correspondendo à construção da história de vida. É um constructo que se desenvolve transacionalmente com a identidade e influenciado pelo contexto social, da mesma forma que a própria identidade. O constructo do ciclo de vida pode ser alterado em função das transações entre o indivíduo e o meio ambiente, a história de vida pode também sofrer alterações que a tornem mais congruente com os acontecimentos do passado. A noção de adaptação está intimamente ligada, por um lado, à noção de stress e, por outro, à de mecanismos de confronto e à noção de bem-estar. O resultado da adaptação é a perservação da saúde física e do bem-estar psicológico dos indivíduos que, por sua vez, é a força motivacional que facilita a adaptação. Os modelos de adaptação considerados são: 1) o modelo dos acontecimentos de vida; 2) o modelo de avaliação cognitiva e 3) o modelo do bem-estar subjectivo.

6.1.1 O Modelo dos Acontecimentos de Vida.

O Modelo dos Acontecimentos de Vida, parte da noção de que o estado normal do indivíduo é de homeostase e que os acontecimentos de vida que requerem mudanças, correspondem a crises que exigem energia para reestabelecer o equilíbrio. O stress surge como o mediador entre o acontecimento e a adaptação. A resposta da pessoa ao acontecimento é considerada no conjunto dos seus recursos, aquando da sua ocorrência. Os recursos pessoais são o conjunto de reservas e ajudas, a que o indivíduo pode recorrer quando necessita, podendo incluir, por exemplo, a ajuda financeira, o apoio social ou a saúde. Estes recursos distinguem-se dos traços de personalidade e das estratégias de confronto, que facilitam a prevenção, a superação e a resposta, aos acontecimentos que causam stress. Os recursos sociais podem ainda dividir-se em duas categorias, uma correspondendo ao estatuto social e outra às experiências de socialização. No estatuto social inclui-se a ocupação, o sexo, o estado civil e o grupo étnico, enquanto as experiências de socialização são as que preparam os indivíduos para os acontecimentos de vida, permitindo-lhes aprender as capacidades necessárias para lidar com eles. Este conjunto de recursos são os mediadores entre os acontecimentos e a adaptação. Neste contexto, a adaptação divide-se em adaptação física, socio-psicológica (satisfação), auto-estima e

dimensões de actividade.

As estratégias de confronto envolvem as tentativas do indivíduo para restaurar a ordem, na sequência de um acontecimento que causou stress, e incluem avaliar as acções alternativas e delinear um plano de acção. A prevenção do stress, a resistência, o evitamento, são também consideradas por alguns autores como estratégias de confronto. O modelo dos acontecimentos de vida pode resumir-se na sequência seguinte: os acontecimentos de vida geram stress que põe em acção estratégias de confronto que, por sua vez, influenciadas pelos recursos do indivíduo, resultam numa dada adaptação.

As críticas mais pertinentes que Whitbourne (1985) faz a este modelo, referem-se à falta de consideração pelo significado subjectivo do acontecimento e à conotação negativa que lhe é atribuida à priori que leva à fraca verificação empírica das suas premissas.

6.1.2 O Modelo de Avaliação Cognitiva

O modelo de avaliação cognitiva introduz o papel da subjectividade no processo de adaptação. O seu teórico mais representativo foi Lazarus (1966). Nesta perspectiva o stress surge, não como o mediador entre o acontecimento e a reacção, mas como o resultado do acontecimento e simultaneamente o desencadeador de reacções subsequentes e ainda o resultado

dessas reacções. O seu carácter é subjectivo, uma vez que surge da tentativa do indivíduo interpretar as situações, tentar lidar com elas e de seguida lidar com as exigências geradas pelas interpretações, fazendo uma nova reinterpretação do significado do acontecimento. Dito de outra forma, o indivíduo faz uma avaliação cognitiva do ambiente que determina a sua reacção emotiva. Essa avaliação corresponde ao significado que o acontecimento tem para o bem-estar, e é feita em função das crenças, objectivos e valores de cada um. Há uma primeira avaliação do acontecimento como sendo irrelevante, benigno, positivo ou causador de stress. Esta primeira avaliação envolve a influência mútua dos factores individuais e situacionais. Na sequência deste processo, há uma avaliação secundária que envolve a apreciação dos recursos pessoais e sociais disponíveis, se uma determinada estratégia de confronto é ou não adequada e quais os seus custos. A reavaliação de toda a situação é o passo seguinte, e surge como um processo necessário para estabelecer a natureza transacional do processo de avaliação cognitiva ao longo do tempo, sendo a ligação entre o esforço do indivíduo para interpretar e responder à situação.

Neste modelo, as estratégias de confronto, quer para reduzir o stress, quer para responder ao desafio, têm duas finalidades, uma é instrumental, uma vez que muda a natureza da relação pessoa-ambiente e a segunda é paliativa, melhorando a natureza da reacção emotiva da pessoa à situação. Ou seja, as estratégias de confronto activas-directas são instrumentais, e

as estratégias de confronto intrapsiquícas, meras alterações das cognições que resultam da reavaliação, têm funções paliativas. Estas estratégias não se dirigem apenas a acontecimentos presentes, mas também a acontecimentos passados ou em antecipação dos futuros.

Outro aspecto importante introduzido neste modelo é o ter em consideração, não apenas os acontecimentos de vida que provocam alterações graves na vida das pessoas, mas também os pequenos aborrecimentos do dia-a-dia, reflectindo a avaliação das situações de todos os dias, como favoráveis ou desfavoráveis. Estes aborrecimentos da rotina de cada um são considerados como melhores preditores do bem-estar do indivíduo do que os acontecimentos de vida.

O modelo de avaliação cognitiva da adaptação, parte de uma primeira avaliação e significado da situação, considerando a emoção ou o stress que ela provoca, motivando uma segunda avaliação e o pôr em marcha estratégias de confronto, adequadas à adaptação que os acontecimentos exigem.

6.1.3 O Modelo de Bem-Estar Subjectivo.

O modelo do bem-estar subjectivo visa essencialmente explicar o resultado das estratégias de confronto na adaptação. Começa por considerar que a adaptação se reflecte na satisfação que surge da avaliação individual dos recursos pessoais e sociais.

Essa avaliação subjectiva do eu e do ambiente inclui, quer elementos afectivos, quer cognitivos, centrando a sua atenção na qualidade de vida percebida. A adaptação, nesta perspectiva, refere-se ao resultado da avaliação contínua das experiências de vida, mais do que às reacções a crises discretas que provocam stress, e visa mais os aspectos positivos da adaptação, do que as reacções contra o stress.

Neste modelo integram-se duas linhas de investigação. Uma é relativa à previsão do bem-estar a partir de variáveis independentes, como o estatuto social, o rendimento, os níveis de actividade, a personalidade e o seu efeito mediador, o estatuto social, entre outras, num quadro teórico que tem como teorias mobilizadoras a teoria do desligamento versus a teoria da actividade, na sua relação com o bem-estar dos idosos. A segunda linha de investigação é relativa às percepções individuais das situações de vida, como determinantes do bem-estar, ou seja, em que a subjectividade é o preditor mais importante desse bem-estar, operacionalizado como a satisfação com a qualidade de vida.

No modelo do bem-estar subjectivo, os mecanismos de adaptação baseiam-se essencialmente nos níveis de aspiração, que determinam em que medida os aspectos da vida são percebidos como positivos ou negativos. O nível de aspiração é o responsável pelas discrepâncias observadas entre a avaliação subjectiva e as qualidades objectivas de aspectos como, por exemplo, a residência, ou a constatação de que embora os

idosos mostrem índices menores de felicidade, se considerem mais satisfeitos, ao contrário do que se observa nos adultos jovens (Whitbourne, 1985).

Campbell et al. (1976) são os grandes mentores deste modelo que considera um processo de retroacção, em que a satisfação como variável dependente, é o resultado da comparação entre o conjunto de expectativas pelo nível de aspiração e a realidade da situação corrente. A adaptação é aumentada quando o nível de aspiração aumenta, ou diminui em concordância com o indivíduo ser capaz ou incapaz de preencher os objectivos importantes da vida. A consciência de alternativas é aumentada através quer da mobilidade, quer da educação, e faz com que o nível de aspiração aumente. As aspirações são baixas quando há poucas alternativas e o indivíduo reconhece que elas são inacessíveis, o que será o caso de idosos pobres com baixo nível de educação, que têm baixas expectativas porque a sua experiência de vida lhes ensinou que elas não seriam preenchidas (Campbell et al., 1976).

Há sempre um sentido de passividade e resignação implícito neste modelo de adaptação. Whitbourne (1985) refere que todas as estratégias de confronto aqui utilizadas são intrapsíquicas e não se prevê que o indivíduo possa alterar o ambiente para produzir satisfação ou reduzir a infelicidade, como numa abordagem de avaliação cognitiva se admite.

6.1.4 O Constructo do Ciclo de Vida como Modelo de Adaptação.

O modelo do curso de vida como base da adaptação foi proposto por Whitbourne (1985) e pretende integrar aspectos dos modelos de acontecimentos de vida, de avaliação cognitiva e de avaliação subjectiva do bem-estar, que acabamos de referir.

A identidade como base do constructo do ciclo de vida, determina o seu conteúdo, que por sua vez determina o conteúdo, nível e tempo das aspirações individuais. Estas aspirações formam a base da avaliação que o indivíduo faz dos acontecimentos significativos. As estratégias de confronto podem resultar numa alteração da história de vida, no sentido de distorcer o significado dos acontecimentos preservando a auto-estima, mas também podem resultar numa alteração dos níveis de aspiração, através da revisão do constructo de vida, envolvendo uma mudança de cenário. Ou seja, o processo de adaptação é considerado activo, envolvendo a reestruturação da identidade, em resposta às necessidades reais de fazer mudanças para atingir um maior nível de congruência. A questão não é unicamente a perservação da auto-estima, é também a necessidade de resolver os problemas da vida de todos os dias e de sentir que se foi capaz de os resolver. As estratégias de confronto podem ainda passar pela mudança de ambiente, quando se conclui que o fracasso em conseguir realizar as aspirações não se deveu apenas a falta de capacidade própria.

O processo de adaptação previsto neste modelo considera que a adaptação não é apenas do ponto de vista emocional, relativa ao acontecimento, mas implica também um desenvolvimento da identidade. O processo de adaptação assume diferentes formas conforme o acontecimento é ou não congruente com o indivíduo. Um acontecimento consistente com o indivíduo é avaliado de forma favorável e integrado como aconteceu na história de vida, passando a fazer parte da identidade de forma confirmativa, mesmo que seja um acontecimento que criou infelicidade e perda. No caso contrário, do acontecimento ser dissonante com o indivíduo, os seus resultados podem ser diversos. Pode haver uma incorporação do facto na história de vida, mantendo toda a sua veracidade, sem enviesamento, o que provoca uma certa alteração da identidade e consequentemente do constructo do ciclo de vida, alterando o sistema do indivíduo. A segunda alternativa face aos acontecimentos não consistentes é a distorção da causa ou natureza do acontecimento, para o tornar mais consistente com a identidade pessoal não havendo, na sequência disso, um crescimento da identidade pessoal ou uma alteração do constructo do ciclo de vida. Uma última possibilidade é relativa à hipótese de que o acontecimento seja imprevisto ou que entre em conflito com o indivíduo, o que pode fazer com que este abandone o ambiente, não resultando também numa alteração da identidade pessoal.

Como exemplo da necessidade de reinterpretação da história de vida temos as situações de doença grave. Kaufman (1988) estudou idosos que tinham sofrido um derrame cerebral e

examinou o significado da doença na vida de cada um, no que diz respeito à expressão, alteração ou construção da história de vida. Afirma o autor: "é minha convicção que uma doença grave não só interrompe e transforma a biografia de cada um, como também amplia alguns temas da biografia, força a pessoa a tomar controlo activo do processo biográfico, através da tomada de decisão reflexiva e, pelo menos no caso dos idosos, faz alusão ao fim da biografia, chamando à atenção para a morte (...) o indivíduo necessita de reparar e compor o self revendo e recriando a biografia para que faça sentido à luz das circunstâncias que se alteraram na existência do indivíduo" (Kaufman, 1988, p. 217). Os três problemas, apontados pelos idosos, neste estudo, foram: 1) a descontinuidade dos padrões de vida; 2) o fracasso em voltar ao "normal" e, precisamente, 3) a redefinição do self.

Contudo, no modelo do constructo do ciclo de vida, os acontecimentos considerados não são, como já se referiu, apenas os que exigem grandes mudanças, mas também os azares e aborrecimentos do dia-a-dia, seja isoladamente seja no seu efeito comulativo. é um modelo claramente transacional da adaptação entre o passado, o presente e o futuro, tendo em conta a avaliação cognitiva, e de certa forma também o bem-estar subjectivo. Os acontecimentos futuros são interpretados à luz dos passados. Os acontecimentos passados são continuamente reinterpretados à luz do presente e em antecipação do futuro, numa contínua transação entre o indivíduo e o meio, e em que o indivíduo tem um papel activo

na estruturação do desenvolvimento.

"Como modelo transacional da adaptação, o constructo do ciclo de vida, junta uma dimensão aos modelos tradicionais de adaptação, incorporando, no processo de avaliação subjectiva, a visão individual de como a sua vida foi e será moldada. Ao mesmo tempo integra os processos cognitivos e emotivos individuais, numa perspectiva de ciclo de vida que nunca tinha sido feito explicitamente até agora" (Whitbourne, 1985).

Caspi e Elder (1986) adoptam esta perspectiva do ciclo de vida, assumindo que a adaptação é governada por factores para além da situação imediata. Usando dados longitudinais de 79 mulheres da geração de 1900 do "Berkeley Guidance Study", examinaram como é que os factores sociais e psicológicos interagiam ao longo do tempo, no decurso de um envelhecimento bem sucedido, expresso pela satisfação de vida. A consequência dos recursos adaptativos no decurso da idade adulta variam com a classe social. As capacidades intelectuais em 1930 predizem indirectamente a satisfação de vida para as mulheres das classes trabalhadoras, enquanto a saúde emotiva influencia mais a satisfação de vida para mulheres de classes sociais mais elevadas. A actividade social na velhice faz diferença apenas nas vidas de mulheres de classes trabalhadoras. Finalmente a adaptação à velhice estava relacionada com a experiência que as mulheres tiveram com acontecimentos que causaram stress no passado. As mulheres da classe média em 1930 mostravam ganhos atribuidos à Depressão, enquanto a

satisfação de vida das mulheres trabalhadoras diminuiu por causa disso. A análise fornece apoio empírico para a proposição de que a influência de mudanças sociais nas trajectórias de vida é contingente à capacidade dos indivíduos para alterar essas situações.

"Algumas pessoas envelhecem com um sentido de complitude e gratidão enquanto outras vivem os seus últimos anos preocupadas, amargas e com auto-compaixão" (Caspi e Elder, 1986, p. 18). A questão que estes autores colocam é a de um envelhecimento bem sucedido que se exprime pela satisfação de vida, que presumivelmente espelha a vida passada. A satisfação de vida refere-se à avaliação do conjunto das condições da vida de cada um, reflectindo a comparação entre as aspirações e os feitos e o progresso conseguido em direcção dos objectivos de vida, tendo também a ver com o balanço obtido entre o sistema individual e o sistema societário. O curso de vida inclui características pessoais, históricas e sociais.

A avaliação da vida feita pelo idoso é modulada pelas suas experiências passadas, incluindo os recursos pessoais, que aumentam ou reduzem o efeito dos agentes de stress, os acontecimentos históricos que alteraram as suas vidas de forma inesperada e as condições sociais que lhes deram ou negaram oportunidades. O modelo proposto por estes autores, compreende os recursos pessoais na idade adulta (capacidade intelectual e saúde mental) e experiências duras da Grande Depressão, como factores antecedentes. O envolvimento social na velhice é um

factor mediador entre os recursos pessoais iniciais, e a quebra de poder económico, por um lado, e a satisfação de vida por outro. A classe social especifica o contexto geral desta dinâmica do curso de vida.

"As capacidades de resolução dos problemas, a saúde mental, e o envolvimento social são recursos relacionados que produzem um funcionamento psicológico adequado quando os indivíduos se deparam com mudanças de vida e crises." (Caspi e Elder, 1986, p. 19). As capacidades de resolução dos problemas refere-se à capacidade de procurar informação, identificar as dificuldades nas situações-problema e gerar fontes alternativas de acção, que se traduzem em comportamentos que ajudam o indivíduo a superar a crise. O envolvimento social é influenciado, quer pela capacidade intelectual, quer pela saúde mental dos indivíduos e reflecte-se nos níveis de satisfação de vida na velhice. O ter sido capaz de superar com êxito um período difícil como a Grande Depressão, pode armar o indivíduo, de acordo com a teoria de Bandura (1982), com estratégias de confronto eficazes, em ocasiões posteriores, enquanto um fracasso pode fazer predurar a amargura para o resto da vida.

A classe social influencia directamente o acesso dos indivíduos aos vários recursos que podem ser usados para lidar com o stress e, indirectamente, modelando as disposições comportamentais que constituem o reportório de estratégias de confronto dos indivíduos e o desenvolvimento de recursos pessoais adaptativos, que em parte dependem da adequação das

experiências preparatórias a que o indivíduo está exposto.

Os modelos obtidos por Caspi e Elder (1986) para explicar a satisfação de vida das mulheres idosas foi para a classe trabalhadora o envolvimento social, que por sua vez estava relacionado com a capacidade intelectual inicial. Para as mulheres da classe média, a saúde mental influenciava directamente a satisfação de vida, sem ser mediada pelo envolvimento social. Estes resultados são consistentes com os de Billings e Moos (1981) que consideraram que os aspectos cognitivos das estratégias de confronto podiam aumentar os apoios sociais e, conjuntamente com estes, minimizar o stress. Para as mulheres da classe operária, sujeitas a mais perdas e stress, a capacidade intelectual foi o recurso que lhes permitiu contornar as dificuldades e levar por diante as suas vidas, ao contrário das mulheres da classe média que se mantiveram melhor quando possuiam melhor saúde mental.

6.2 A Velhice Bem Sucedida.

Quando se coloca a questão da velhice bem ou mal sucedida estamos a definir padrões de adaptação do idoso às suas actuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando com isso, quer critérios externos, sociais, relativos ao que se espera do idoso em cada cultura, quer critérios internos, numa perspectiva individual, o sentir e a vontade subjectiva. Estes critérios podem não coincidir, e

acontecer que uma pessoa seja considerada inadaptada quando ela se sente satisfeita e inversamente, tornando difícil definir critérios para uma velhice bem sucedida, um "envelhecimento feliz" no dizer de Barreto (1984). As teorias relativas à satisfação de viver podem dividir-se em dois grandes grupos, a teoria da actividade e a teoria do desligamento.

6.2.1 Teoria da Actividade versus Teoria do Desligamento.

A teoria da actividade parte de Kuhlen (1959) que considera que a satisfação e a auto-estima, sinais positivos do envelhecimento bem sucedido, são proporcionais à actividade desenvolvida e à intensidade das interacções sociais. A ansiedade seria, pelo contrário, um indicador de dificuldade por parte do idosos em se ajustar às inevitáveis perdas e crises do envelhecimento. É importante estar ocupado e desempenhar vários papéis, ter actividades e contactos sociais diversificados. O pressuposto básico desta teoria considera a satisfação de viver em função da existência de uma imagem positiva de si mesmo, resultante da percepção de ser capaz de atingir os objectivos pessoais e manter interacções sociais satisfatórias (Barreto ,1984). A teoria da actividade constitui o modelo básico para a elaboração de programas e política administrativa das actuais instituições de idosos. O idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece

activo, encontrando substitutos para as actividades que teve de abandonar, para as amizades que perdeu.

A teoria do desligamento, resumida por Havighurst et al. (1968), foi proposta por Cumming e Henry (1961). O processo de desligamento teria qualidades intrínsecas ou desenvolvimentalistas, correspondendo a um movimento mútuo entre o idoso e a sociedade, em que o idoso aceita, ou mesmo deseja, a diminuição da interacção, havendo um prévio ou simultâneo aumento da centração sobre si próprio e uma diminuição do investimento emotivo nas pessoas ou objectos do meio. Estes autores diferenciam o desligamento como processo, do desligamento como teoria do envelhecimento bem sucedido. Em relação ao desligamento como processo, Havighurst et al. (1968) concluem, com base em dados do estudo de Kansas City, visando pessoas dos 54 aos 94 anos, que isso corresponde às mudanças sociais e psicológicas que caracterizam o envelhecimento, confirmadas amplamente pelos dados, que indicam uma mudança acentuada no grau e qualidade da actividade nos vários papéis e um afastamento do investimento psicológico no meio externo. Além disso, os dados apontam para o facto de o desligamento psicológico ser anterior ao social, o que iria ao encontro da ideia de estarmos face a um fenómeno desenvolvimentista (intrínseco e responsivo) como é defendido pela teoria do desligamento, embora possa ser apenas uma resposta antecipatória, defensiva face a uma eventual rejeição por parte do meio.

Relativamente ao desligamento como envelhecimento bem sucedido, há que considerar a ligação entre o empenhamento e a satisfação de viver. O empenhamento é aqui avaliado relativamente às actividades e papéis actuais e a satisfação de vida é, segundo estes autores, uma medida do bem-estar psicológico, compreendendo a) o prazer, motivação versus apatia; b) a resolução e eficácia; c) a congruência entre os objectivos desejados e atingidos; d) um auto-conceito positivo; e) a tonalidade do humor. O indivíduo está no polo positivo do continuum do bem-estar psicológico na medida em que: a) tire prazer das actividades do dia-a-dia; b) olhe a sua vida de forma positiva e aceite como foi; c) sinta que conseguiu realizar os seus principais objectivos; d) tenha uma imagem positiva de si próprio; e) se mantenha feliz, optimista e de bom humor. Os dados dão conta de quatro combinações possíveis entre a actividade e a satisfação de vida, que podem aparecer como ambas altas, ambas baixas ou ainda alta actividade e baixa satisfação, e baixa actividade e alta satisfação, não permitindo, por consequência, a verificação quer da teoria da actividade quer do desligamento.

Como conclusões do seu estudo Havighurst et al. (1968) afirmam o seguinte: 1) os dados apresentam provas convincentes do declínio, com o passar dos anos, quer do empenhamento social quer psicológico, donde o conceito de desligamento parece adequado para descrever este processo de mudança; 2) em alguns aspectos os dados apoiam a teoria da actividade como a do envelhecimento bem sucedido: na medida em que o nível de

actividade diminui, o mesmo acontece com o contentamento do indivíduo em relação à sua actividade presente; 3) ao mesmo tempo, os dados suportam, de certa forma, a teoria do desligamento como a do envelhecimento bem sucedido, uma vez que a relação entre a satisfação de vida e a actividade presente é apenas moderada, verificando-se as quatro combinações possíveis entre actividade e satisfação de vida; 4) conclui-se que nem a teoria da actividade nem a do desligamento são em si suficientes para explicar os dados de que os sujeitos com mais de 70 anos, numa sociedade moderna e industrializada, como é o caso de Kansas City, lamentem a perda do seu papel activo. Simultaneamente, muitos idosos aceitam esta quebra como inevitável no envelhecimento e são bem sucedidos em manterem o sentido de utilidade e satisfação com o passado e presente da sua vida como um todo. Outros idosos são menos bem sucedidos em resolver este conflito e não só têm sentimentos muito negativos relativamente à perda de actividade, como as perdas actuais pesam de tal forma que os fazem ser muito negativos em relação à sua vida, não só presente como passada; 5) parece haver dois conjuntos de valores a operar simultaneamente, senão no mesmo indivíduo, pelo menos no mesmo grupo, em que por um lado há o desejo de se manter activo, para continuar a ter um sentido de préstimo e, por outro lado, um desejo de se afastar do social, para ter uma vida mais de lazer e contemplativa. Nenhuma das duas teorias sobre o envelhecimento bem sucedido explicam esta dualidade de valores padrão; finalmente os autores avançam com uma terceira variável explicativa dizendo que 6) a relação

entre os níveis de actividade e a satisfação de viver, são provavelmente influenciados também pelo tipo de personalidade, particularmente no sentido em que os indivíduos permaneçam capazes de integrar elementos racionais e emocionais da personalidade.

Maddox (1965, 1968) foi um dos grandes críticos da teoria do desligamento de Cumming e Henry (1961), já amplamente referida. Do ponto de vista deste autor, a teoria do desligamento é mais provável que se verifique no grupo dos muito idosos, cujo fraco estado de saúde reduz a sua capacidade de assumir qualquer papel social, ou então, no grupo dos que o desligamento constituiu o seu estilo de vida anterior à velhice. A diminuição do contacto com o meio ambiente tem que ser vista em relação ao limiar de cada um: "A persistência de um estilo de vida envolvendo um relativamente alto nível de envolvimento com o ambiente é tão provável como o seu contrário (...) o padrão de desligamento é visto mais adequadamente como a continuação de um estilo de vida, de um indivíduo particular, do que como o culminar de um processo característico de todos os idosos." (Maddox, 1968, p.182). A ideia defendida por este autor é a de que é necessário avaliar a persistência do estilo de vida individual, que reflecte diferenças no grau de contacto com o ambiente e a relevância deste contacto para a manutenção da satisfação de vida.

Num estudo com o objectivo de examinar a relação entre o nível de actividade e o afecto dos idosos, explorando possíveis

diferenças entre os sexos, Lomranz et al. (1988) verificaram a hipótese de que esta relação era mediada pela satisfação numa actividade específica. Avaliaram o nível de actividade dentro e fora de casa e a satisfação dos idosos nos dois tipos de actividades. O afecto negativo foi medido através da Escala de Depressão de Zung (1965) e o afecto positivo com a Escala de Balanço do Afecto de Bradburn (1969). Para o sexo masculino havia uma correlação significativa negativa entre a depressão e as actividades, quer de casa, quer do exterior, e uma correlação significativa positiva relativamente ao bem-estar. Para as mulheres, obtiveram uma correlação positiva significativa só entre o bem-estar e as actividades do exterior. Quando se controlava a satisfação com uma actividade específica, só duas correlações permaneciam significativas nos homens, confirmando, em parte, a hipótese levantada. Os dados revelam que os níveis de actividade podem predizer quer o bem-estar quer a depressão para os homens, muito melhor do que para as mulheres, enquanto a satisfação com uma dada actividade prediz melhor a satisfação e a depressão, para as mulheres. Há diferenças entre os sexos para o significado da actividade na velhice, com implicações para o afecto, tornando importante que se diferencie entre tipos de actividade assim como entre medidas de afecto.

Em alternativa à teoria do desligamento, Olbricht e Lehr (1976) propõem a teoria da mudança de papéis, que é uma perspectiva mais flexível da proposta de Cummings e Henry (1961). As duas noções importantes que introduziram são a do

"desligamento temporário", correspondendo a um afastamento voluntário que o indivíduo faz em períodos de crise, como poderá ser o da reforma, facilitando a reestruturação de papéis subsequente e a do "desligamento selectivo", em que se considera o abandono de alguns papéis, paralelamente ao reforço de outros.

Nem a teoria da actividade nem a do desligamento integram as diferenças individuais, seja a nível de personalidade, seja de histórias de vida. Ambas tendem a conceber a adaptação ao envelhecimento como um processo linear, com um sentido único e obrigatório para todos os indivíduos (Barreto, 1984). Em nosso entender, o conceito de velhice bem sucedida só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto actual e passado, integrando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas, num modelo do tipo do proposto por Carp e Carp (1984), já citado, com uma vertente estritamente intimista, relativa ao sentir subjectivo de cada indivíduo, que não se compadece com as características reais do seu meio ambiente, mas é sempre uma percepção do meio actual, confrontada com um meio ideal, completamente ideossincrático, que se compreende à luz da reconstrução da história de vida de cada um.

6.2.2 Procura de um Significado Pessoal para a Vida.

O envelhecimento bem sucedido é um constructo relativamente ao qual, como acabamos de verificar, não há acordo entre os autores mas que, no entanto, permite algum consenso no sentido de se relacionar com um mais elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, implícitos numa boa adaptação. Wong (1989) define o envelhecimento bem sucedido como correspondendo a um relativamente elevado nível de saúde física, bem-estar psicológico e competência na adaptação. O sucesso é visto como uma condição que é atingida por aqueles que são capazes de se confrontar com eficácia com as mudanças que acompanham o envelhecimento, o que implica, que mesmo em situações difíceis, como a falta de saúde, os indivíduos possam manter um alto nível de saúde psicológica e satisfação de vida.

Este autor considera que em relação aos factores relevantes para o envelhecimento bem-sucedido, nos anos 60 consideraram-se as teorias do desligamento versus actividade (Cummings e Henry, 1961; Maddox, 1963), nos anos 70 as teorias sobre o locus de controlo (Langer e Rodin, 1976; Shultz, 1976) e nos anos 80 a atenção voltou-se para o significado pessoal, de que Wong é um dos grandes defensores. O significado pessoal é definido como o sistema de constructos cognitivos, baseado nos valores subjectivos e capaz de preencher a vida com significado pessoal e satisfação. Wong (1989) chama ao

significado pessoal a dimensão escondida da saúde, e utiliza um modelo de atribuição causal para explicar como o indivíduo é capaz de prever e controlar dificuldades futuras, enquanto as atribuições existenciais permitem o indivíduo encontrar significado e propósito no sofrimento. A perspectiva do significado pessoal não se afasta muito da visão de Erikson (1986) que considera que a maior tarefa desenvolvimentista da velhice é atingir a integridade do ego, caracterizada pelo sentimento de que a vida valeu a pena e foi significativa, em oposição ao desespero. "Temos que reconhecer uma Identidade Existêncial que as nossas teorias sobre a identidade não podem abranger: estes são todos os problemas do Ser, a presença clara ou dissimulada do qual, temos que aprender a distinguir nos envolvimentos do dia-a-dia dos idosos" (Erikson, 1984, p.163).

Em oposição às civilizações Orientais, que reservam ao velho o aceder à sabedoria, no Ocidente, os valores dominantes são a produtividade, a actividade, a juventude, deixando os velhos sem lugar e portanto sem razão de viver, quando já lhes falta a vitalidade. Quando muitas das maiores fontes de significado como o trabalho, o estatuto social e actividade, são ameaçadas ou diminuidas, como no caso da idade avançada, a questão é porquê viver. Wong (1989) considera que a saúde e a satisfação de vida de cada um, depende em grande parte do preenchimento da necessidade existêncial que é o atribuir um sentido à vida. A tese central é de que a descoberta/criação do significado, através de recursos interiores e espirituais, é uma forma

prometedora de transcender as perdas pessoais e o desespero na velhice. Essa descoberta do significado pessoal realiza-se através de quatro estratégias que são a reminiscência, o empenhamento, o optimismo e a religiosidade.

A reminiscência pode ser integrativa, funcionando no sentido de integrar num contexto significativo conflitos não resolvidos no passado, pode ser do tipo instrumental, quando se refere a lembrar os episódios do passado relativos à resolução de problemas, no sentido de retirar lições para a resolução de um problema actual. A reminiscência pode ainda ser transmissora da sabedoria acumulada ou, pelo contrário, obsessiva, e nesse caso o seu resultado não é positivo, reflectindo antes uma falta de integração. O envolvimento é o sublinhar da responsabilidade e empenhamento pessoal em alguma coisa, e o optimismo o sentido de esperança que evita o desepero.

Finalmente a religiosidade é outro tipo de estratégia que, quer enquanto prática, quer enquanto atitude, parte da ideia de que a vida é uma passagem que faz sentido integrada numa finalidade universal, que dá sentido quer à vida quer à própria morte. O contributo de Erikson, que veremos de seguida, é um exemplo do recurso a esta estratégia, como se depreende das palavras de Weiland (1989) referindo-se ao velho Erikson, "virando-se para as palavras de Jesus, neste estádio do seu próprio ciclo de vida, e utilizando-as num contexto de revisão do último estádio, Erikson fez do recurso espiritual,

mais tradicional uma afirmação contra o desespero do modernismo (Weiland, 1989, p.259).

6.2.3 O Contributo de Erikson

Numa visão compreensiva do bem-estar psicológico nesta última etapa da vida podemos destacar o contributo sui generis de Erikson que, enquanto teórico do desenvolvimento humano numa perspectiva de ciclo de vida, aprofundou o conhecimento deste estado, quando ele próprio era octogenário, escrevendo uma série de ensaios sobre a velhice (Erikson, 1982, 1984; Erikson et al., 1986).

De acordo com Erikson et al. (1986), a velhice tem que ser planeada. O futuro das gerações com vidas longas depende do envolvimento vital, tornado possível ao longo da vida. A velhice é o coroar de toda a sequência de experiências dos anteriores estádios de vida, e tráz consigo a integridade existencial, construida estádio a estádio, num processo epigenético. O envolvimento vital, de que Erikson nos fala longamente, depende do balanço entre as disposições sintónicas e distónicas, própria de cada estádio de desenvolvimento.

Para o bebé a confiança versus desconfiança, são as disposições contrárias, essenciais para se envolver na primeira relação, criando laços afectivos com quem lhe presta cuidados. A esperança, própria deste estádio, é a base

ontogenética da confiança. O desejo vem a seguir, com a capacidade de escolha e de auto-domínio, aqui as disposições contrárias são a autonomia versus a vergonha e a dúvida. No terceiro estádio, correspondendo à idade do jogo, surge o propósito como a força dominante, entre as disposições de iniciativa e culpabilidade. No último estádio da infância, na idade escolar, a disposição sintónica é o ser industrioso, aprender coisas novas, por oposição à disposição de inferioridade, desenvolvendo-se um sentido geral de competência que se torna a base da cooperação activa, contrária à sensação de fracasso. Na adolescência a tensão entre a identidade psicossocial e a confusão de identidade, geram um sentido de fidelidade. No estado adulto, na sequência da resolução do conflito anterior, surge a capacidade de amar em que a dimensão sintónica é a intimidade e a dimensão distónica é o isolamento. No estádio seguinte a grande tarefa é cuidar do que se procriou, produziu ou criou, é o estádio da generatividade em oposição à auto-absorção. Finalmente, a velhice é o estádio da sabedoria, que opõe a integridade ao desespero, é o saber conviver com a integridade da experiência, não obstante o declínio das funções mentais e físicas.

O processo epigenético, tal como foi sumariado aqui, implica que o indivíduo nunca está a lutar apenas com as tensões próprias de cada estádio mas está também empenhado em re-experimentar as tensões que não foram adequadamente integradas e a antecipar as tensões que estão para vir. Mesmo em relação

ao indivíduo que fez uma boa integração num determinado estádio, essa integração tem que ser constantemente revista em função do actual estádio de desenvolvimento, por exemplo, a autonomia que correspondente à primeira infância não é necessariamente a mesma da adolescência ou da idade adulta. O princípio da re-experiência sugere que a luta própria da velhice para lidar com as tensões, entre a integridade e o desepero, depende, em larga medida, do balanço individual apropriado à idade, das tensões psico-sociais precoces e também da re-síntese actual de toda a descompressão e dureza das forças básicas já desenvolvidas. Na velhice, o balanço entre as forças opostas da integridade e do desespero não está predeterminado pela vida vivida até aí, porque depende também da capacidade do idoso para lembrar e rever as experiências anteriores.

O recente trabalho de Erikson et al. (1986) visa então explicar como é que na base de um único ciclo de vida e uma única dinâmica psicossocial complexa, o indivíduo reconcilia temas anteriores no sentido de fazer um balanço de toda a sua vida, como algo que valeu a pena, em oposição a um sentido de fragmentação sem remédio. As questões que estes autores colocam são, entre outras: "Que experiências e circunstâncias sociais é que estas pessoas partilham, pelo facto de serem idosos, ao mesmo tempo e no mesmo local e, talvez, como resultado de terem sido jovens em condições semelhantes? Como é que um indivíduo pode parecer capaz de integrar condições dolorosas da velhice em novas formas de força psicossocial,

enquanto outro pode corresponder às mesmas condições de forma que parece inibir a integração efectiva e saudável ao longo do desenvolvimento?" (Erikson et al., 1986, p.55). É neste último estádio de vida que as forças adaptativas desenvolvidas durante todo o percurso, a esperança, o desejo, o propósito, a competência, a fidelidade, o amor e o cuidar, se agregam no sentido da sabedoria, no sentido do "eu" no mundo, que o coloca numa perspectiva entre as gerações actuais e aceitando o seu lugar numa progressão histórica infinita. "Confrontado com limitações físicas e com um futuro que pode parecer mais inescapavelmente finito do que em qualquer outro momento anterior, os que estão próximos do fim do seu ciclo de vida, vêem-se a si próprios a lutar para aceitarem a inalterabilidade do passado e a falta de conhecimento do futuro, reconhecer possíveis erros e omissões e balançando o consequente desespero com um sentido de integridade global que é essencial para continuar" (Erikson et al., 1986, p. 56).

Do relato das entrevistas feitas com 29 octogenários que fizeram parte do "Guidance Study" do Instituto de Desenvolvimento Humano da Universidade da Califórnia, Berkeley em 1928, ou seja, mais de cinco décadas atrás, vamos referir apenas que foram exploradas no sentido de perceber em cada história de vida o equilíbrio de cada estádio e a força ou fraqueza daí resultante, num percurso retrospectivo, muito bonito e envolvente.

Mas, como veremos posteriormente, as histórias de vida dos

nossos idosos pobres, não encaixam no modelo proposto por Erikson. A luta entre as dimensões sintónicas e distónicas que desfilam ao longo dos estádios, corresponde a uma visão maniqueísta do mundo, que gira à volta de um eixo que representa os princípios e valores da classe média, que leva a sua vida num balanço, geralmente favorável, entre o bem e o mal, que é o seu bem e o seu mal, que acredita no livre arbítrio, que a sua colocação socio-económica permite, com um leque de escolhas à sua volta, numa procura definida de equilíbrios negociados, de opções ponderadas, que estabelece objectivos nas várias esferas da vida, e que luta para os atingir e acaba, hipoteticamente, os seus dias, fazendo as contas, o balanço, tornando-se em contadores de histórias para as gerações em progressão.

Os idosos com quem conversamos não planearam a sua vida, raramente ou nunca tiveram qualquer opção a fazer, viveram-na e continuam a vivê-la, necessariamente como um todo, como o todo possível, como o todo necessário, não em luta entre forças internas contrárias, por vezes em luta entre eles e o exterior. A problemática chave não é intrapsíquica, a problemática que se coloca é entre a pessoa e o seu meio ambiente físico e humano. Atrever-nos-iamos a dizer, que a fome, o frio, a dor que passaram, impôs-se, o mais das vezes, ao Édipo, ao conflito de gerações, à procura de identidade psicossocial. Mas também não há confusão de identidade, não há inferioridade, não há isolamento, para só citar alguns dos aspectos distónicos do desenvolvimento. Não podemos colocar

estes idosos todos, do lado maladaptativo do esquema de Erikson, desenrolando aquela série de adjectivos que caracterizam o lado distónico do desenvolvimento.

Se utilizássemos, de forma acrítica a grelha de Erikson, chagaríamos à absurda conclusão de que predomina, em muitos dos idosos que estudámos, o mau ajustamento sensorial, a falta de vergonha e de vontade, a rudeza, a escassa virtuosidade, o fanatismo, a promiscuidade, a arrogância, a presunsão, e as correspondentes tendências malignas que são o afastamento, a compulsão, a inibição, a inércia, o repúdio, a exclusividade, a rejeição e o desdém, para utilizar os próprios termos de Erikson. Com este modelo, pouco explicamos sobre eles, os seus comportamentos ou o seu desenvolvimento. Temos que procurar outros modelos explicativos da satisfação de vida destes idosos pobres, em diferentes cenários, e também da sua variabilidade inter-individual não obstante as idênticas e tenebrosas condições de vida que tiveram e têm.

6.3 Abordagens Interacionistas do Bem-Estar e Satisfação de Vida.

Stull (1987) define felicidade como o humor transitório que reflecte o afecto que as pessoas sentem relativamente ao estado actual das coisas, ou seja, em que medida os sentimentos positivos contrabalançam os negativos. A satisfação de vida refere-se à avaliação que as pessoas fazem

da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afectivo. Do conjunto destes conceitos, intimamente relacionados, o ânimo é talvez o mais difícil de definir, apontando para um continuum de respostas à vida e aos problemas da vida, que reflecte a presença ou ausência de satisfação, optimismo e perspectivas de vida. No sentido que lhe confere de Lawton (1975), o ânimo é um sentido básico de satisfação consigo próprio, o sentimento de que há um lugar para nós e de aceitação pelo que não se pode alterar. Estes conceitos multidimensionais integram em si mesmos coisas tão diferentes quanto atitudes, traços de personalidade e humores. A questão é que nem as medidas de satisfação de vida são exclusivamente cognitivas, nem as de ânimo são apenas afectivas e as escalas estão muito intercorrelacionadas entre si, dificultando a percepção correcta das variáveis que constituem o bem-estar psicológico.

Os modelos mais difundidos na abordagem da satisfação de vida são do tipo interaccionista que partem de uma perspectiva factorial do conceito e procuram especificar as dimensões incluidas neste constructo.

Bradburn (1969) construiu um modelo do bem-estar psicológico que se baseia na existência de dois factores independentes que são o afecto positivo e o efecto negativo. Estas duas dimensões teriam uma ausência total de correlação, uma vez que as variáveis específicas que influenciam a felicidade global

aparecem ligadas a um destes factores e não ao outro. Por sua vez Campbell e Converse (1972) consideram que os homens percebem a qualidade do mundo no qual vivem através das suas experiências pessoais e propõem que se estude as satisfações e aspirações dos indivíduos, num número limitado de domínios específicos, como a saúde, o alojamento, a família, a situação financeira, entre outros, que resultariam no sentimento de felicidade global.

Mackennell (1974) integra estes dois modelos e apresenta uma terceira alternativa, partindo do princípio de que para além do afecto positivo e negativo poderão existir outras componentes da felicidade, o que pressupõe a existência de uma síndroma subjacente, que domina os sentimentos de satisfação ou insatisfação, relativos a domínios específicos e constitui o elemento principal da satisfação global com a vida. Esta síndroma pode ser compreendida como uma classe de factores distintos que têm em comum a lógica do papel que jogam na infraestrutura da satisfação de vida. Face às mesmas situações objectivas, as pessoas manifestam graus diferentes de satisfação o que, de acordo com Campbell (1974), é explicado pelas suas diferentes aspirações. A síndroma subjacente, proposta por Mackennell (1974), pretende explicar o porquê das pessoas terem essas diferentes aspirações. Estes factores referem-se à variância residual, que fica por explicar, depois de variância explicada pelos factores que estão directamente implicados na satisfação geral, explicando as correlações das satisfações específicas com a satisfação global.

Estes modelos causais nao são muito claros, em nosso entender, para a compreensão de fenómenos tão complexos como a felicidade e são muito mais adequados à explicação de situações bem definidas com um número restrito de variáveis, se bem que nos seus princípios gerais possam trazer alguma luz à discussão das linhas de força de orientação dos fenómenos psicológicos complexos. O próprio Mackennell (1974, p.72) afirma: "no domínio da felicidade a literatura mostrou já claramente que os determinantes da satisfação podem variar entre diferentes seguementos da população: a felicidade das mulheres depende primeiramente da sua situação familiar, a dos homens da sua ocupação (...) é provável que existam um grande número de interacções ainda não especificadas mas que possam ser importantes."

Cutter (1985), numa perspectiva mais da área da geografia humana, apresentou um modelo conceptual que sugere que os estudos da qualidade de vida devem incorporar os indicadores objectivos e subjectivos, das dimensões do ambiente social (crime, saúde, habitação, rendimento e educação), e das dimensões do ambiente físico (como o clima e a poluição para citar apenas alguns). Os indicadores perceptivos referam-se à avaliação subjectiva, que reflecte a auto-imagem de bem-estar da população. Esta auto-imagem foi muito explorada pelos analistas do comportamento, entre os quais Campbell e Converse (1972), que referiam o bem-estar psicológico, incluindo a felicidade, o stress e a satisfação de vida, como aspectos importantes a considerar na qualidade de vida que as pessoas

gozam, em diferentes locais. O peso relativo dos vários componentes deste conceito multidimensional que é a qualidade de vida permanecem uma questão por resolver. Rogerson et al. (1989) referem a importância de combinar indicadores objectivos com subjectivos, na sua avaliação. A finalidade é criar uma nova metodologia para medir a qualidade de vida que inclua um conjunto de "pesos" derivados perceptualmente e indicadores medidos objectivamente, de características sociais, económicas e do ambiente. Não tem havido acordo relativamente ao tipo de indicadores que devem ser usados como critérios nos estudos sobre o nível de vida e bem estar. No sistema de pesos, os indicadores selecionados e os escalões são medidos em comparação com os índices de propriedades locais. A força desta avaliação reside no facto de ela reflectir o processo de avaliação usado pelo público para medir a qualidade de vida. De qualquer forma, uma lista definitiva e geral de dimensões a incluir no processo de avaliação da qualidade de vida é talvez impossível de atingir, dada a diversidade geográfica, cultural e individual que estão em jogo.

6.3.1 O Modelo de Lawton

As três maiores escalas de avaliação do bem-estar psicológico são 1) "Life Satisfaction Index A" de Neugarten et al., 1961; 2) "Philadelphia Geriatric Center Morale Scale" de Lawton, 1975; 3) "Affect Balance Scale" de Bradburn, 1969. Vamo-nos

centrar na Philadelphia Geriatric Scale de Lawton, 1975, uma vez que foi a utilizada por nós próprios no presente estudo. Esta escala é multifactorial compreendendo 3 factores principais que são: a) a Agitação; b) as Atitude Relativas ao Próprio Envelhecimento; c) a Solidão/Insatisfação.

Lawton et al. (1984), ao contrário da generalidade dos teóricos, que consideram o bem-estar psicológico como sinónimo do bem-estar subjectivo, referem-no como um dos quatro componentes do bem-estar subjectivo, que seria assim constituido pelo bem-estar psicológico, a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objectivo. As dimensões subjacentes ao bem-estar psicológico seriam o afecto negativo, a congruência entre as aspirações e as realizações, o afecto positivo e ainda, possivelmente, a felicidade. Em análises subsequentes os autores chegaram aos aspectos mais básicos do bem-estar, relativos a um estado interno, que incluia items do afecto negativo, auto-estima, auto-avaliação da saúde e a satisfação com a família, enquanto a felicidade e a satisfação com os amigos, pesava quer neste factor quer no de estado externo, em que se incluia a satisfação com a residência, o afecto positivo e o desejo de mudança.

Lawton (1983) parte da equação modificada de Lewin, B= f(P, E, PxE) para discutir o resultado das transações pessoa/ meio ambiente, ou seja, a competência comportamental e o bem-estar psicológico. A "good-life" como lhe chama Lawton compreende 4

sectores da existência humana que sao: 1) a competência comportamental; 2) a qualidade de vida percebida; 3) o bem-estar psicológico; 4) o meio ambiente objectivo/ externo. A estes quatro sectores haveria ainda que juntar um outro, que é puramente intrapessoal, correspondendo ao "self" ou "personalidade", completando assim o conjunto do sistema comportamental. No sentido de uma certa simplificação o autor refere-se ao bem-estar subjectivo, incluindo neste conceito, quer o bem-estar psicológico, quer a qualidade de vida percebida, enquanto avaliações que se referem à qualidade da experiência interna, quer ainda o bem-estar objectivo, que inclui o meio ambiente objectivo e as competências comportamentais, enquanto aspectos externos observáveis pelos outros.

As dimensões do bem-estar subjectivo incluem a qualidade de vida percebida, que se refere ao conjunto de avaliações que os indivíduos fazem dos domínios mais importantes da sua vida, como a família, os amigos, o nível de vida, os tempos livres, o meio residencial e a saúde, e o bem-estar psicológico que é ralativo ao estado interno de cada um, na vertente cognitiva e afectiva. Ao contrário da qualidade de vida percebida, o bem-estar subjectivo está menos claramente ligado a domínios separados da vida do dia-a-dia e refere-se mais a um sentido geral de satisfação e saúde mental positiva, geralmente considerada o melhor indicador da auto-estima e da força do ego. Há uma grande diversidade de concepções do bem-estar psicológico que, segundo o apanhado do autor, envolve

dimensões como 1) o neuroticismo ou afecto negativo, incluindo sentimentos disfóricos, ansiedade, depressão, agitação, preocupação, etc; 2) o afecto positivo, sentimento de prazer activo; 3) a congruência entre os objectivos desejados e atingidos; 4) a felicidade.

Visando testar a teoria dos dois factores do bem-estar psicológico proposta por Bradburn, Lawton (1983) colocou a hipótese da existência de uma estrutura factorial comum a várias escalas, construidas para avaliar o bem-estar psicológico. As 4 dimensões referidas acima juntou ainda items relativos ao ânimo relacionado com a idade, o funcionamento cognitivo percebido, a negação, a perspectiva de futuro, os sintomas psicológicos, a auto-estima, a auto-avaliação da saúde e a desejabilidade social e ainda outros do sector da qualidade de vida percebida, como a satisfação com a residência, a qualidade das relações sociais e a qualidade percebida da utilização do tempo. Da análise factorial a que foram sujeitos os dados obtidos com esta selecção de items, provenientes basicamente de quatro instrumentos diferentes (Affect Balance Scale (Bradburn, 1969); Life Satisfaction Index (Neugartem et el., 1961); Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1975) e ainda uma combinação feita por Morris e Sherwood (1975) deste último instrumento com a escala de depressão de Zung, resultou que o autor não conseguiu replicar as dimensões pré-concebidas, tendo obtido 13 factores principais que são o afecto negativo, os sintomas psicológicos, a expressão/negação do afecto negativo, a auto-

estima, a auto-avaliação da saúde, a satisfação com a família, a congruência, a ansiedade social, a felicidade, a satisfação com a residência, o afecto positivo, o uso do tempo, o desejo de se mudar e a satisfação com os amigos, ficando de lado o ânimo relacionado com a idade, o funcionamento cognitivo percebido, a perspectiva de futuro, os sintomas psicológicos, a percepção da qualidade de interacção com a família e amigos. Da rotação destes factores obteve-se um arranjo em que há um factor de perturbação subjectiva, incluindo o afecto negativo, a auto-estima e a congruência, constituindo o que pode ser considerado um factor de bem-estar interior. Um segundo factor que inclui a satisfação com a residência, o afecto positivo, a qualidade percebida da utilização do tempo, o desejo de se mudar e a satisfação com os amigos, que constituem um factor a que Lawton chama de bem-estar interior. A felicidade tem um peso idêntico nos dois factores servindo de elo de ligação na teoria de dois factores do bem-estar psicológico, referida por este autor, como a concepção clássica de Bradburn. A partir daqui Lawton parte para a exploração de como estes dois factores se relacionam com o sector da competência comportamental avaliada relativamente à saúde, à saúde funcional (actividades do dia-a-dia), cognição, uso do tempo e comportamento social.

O modelo ecológico de Lawton considera o comportamento num dado contexto, implicando isto que o desempenho de cada indivíduo deva ser visto como um resultado da transação do indivíduo com o meio, em que a força relativa da pessoa e do

objectivos, e que há também acontecimentos para os quais a pessoa contribui ou provoca, na interacção pessoa/meio. Os acontecimentos negativos atingem mais profundamente o interior psicológico da pessoa do que os acontecimentos positivos e é mais possível prever o seu efeito nefasto, também a longo prazo, do que relativamente a acontecimentos positivos. O facto dos acontecimentos serem causados do exterior faz com que, mesmo os positivos, possam ser associados com afectos negativos. Em relação aos acontecimentos causados pelo próprio, podem promover um sentido de controlo, uma expressão de competência comportamental, e o resultado de todos os aspectos positivos do eu, que por sua vez sai fortalecido.

Citando especialmente trabalhos de Costa e McCrae (1980), Lawton tenta verificar o papel da personalidade nos dois tipos de bem-estar psicológico, que têm vindo a ser considerados. As vertentes da personalidade estudadas são a introversão/ extroversão e o neuroticismo, que não parecem ter uma relação regular com as escalas de Bradburn. Enquanto os extrovertidos podem, com maior probabilidade, viver a vida com mais experiências positivas, não têm, por outro lado, menos probabilidade do que os introvertidos, de experienciarem afecto negativo donde, os extrovertidos de alto neuroticismo, e os introvertidos de baixo neuroticismo, podem atingir o mesmo nível de satisfação de vida, ainda que por caminhos diferentes. Isto confere a estas medidas de personalidade um certo valor preditivo relativamente ao afecto positivo e negativo, o que indicaria a personalidade como um factor

determinante dos dois tipos de satisfação de vida.

A introversão/extroversão funcionariam como um filtro através do qual os acontecimentos externos são processados mas, segundo Lawton, o neuroticismo não é um traço de personalidade, mas um resultado e a conclusão a que chega, é que há muitos caminhos para o bem-estar psicológico, nos quais a pessoa versus o meio, a causa versus o alvo, introversão versus extroversão, os domínios da competência comportamental e os domínios da qualidade de vida percebida, são os aspectos centrais.

Concluindo, relativamente ao bem-estar dos idosos não se detectam padrões causais diferentes conforme as idades, ainda que se verifiquem algumas diferenças no nível de bem-estar referido. Nos idosos parece haver menos acontecimentos de mudança de vida, menor extroversão, uma rede social mais pequena, uma menor competência comportamental e de algumas capacidades cognitivas, menor participação nas actividades, o afecto positivo e o negativo são mais baixos e, por outro lado, a qualidade de vida percebida, em muitos domínios da interacção social, é maior. No fundo há um contínuo de bem-estar e não categorias, efeitos recíprocos assimilativos e não passos causais.

6.3.2 Outros Contributos para o Estudo do Bem-Estar dos Idosos.

Liang em 1985 apresentaram um modelo da estrutura factorial do bem-estar subjectivo, baseado nos factores de Lawton, que acabamos de expor, e integrando também a Escala de Balanço do Afecto e o Indice A de Satisfação de Vida. As quatro dimensões consideradas por Lawton (1983), a congruência, a felicidade, o afecto negativo e o afecto positivo, diferem no ênfase cognitivo versus afectivo e no tempo respectivo. A congruência representa a satisfação de vida relativa à avaliação da satisfação da vida no seu conjunto, mais precisamente tendo em conta a realização dos objectivos a que cada um se propôs, a felicidade refere-se ao afecto positivo a longo termo, enquanto o afecto positivo é um sentimento transitório, de prazer activo, correspondendo mais a um estado emotivo do que a um julgamento cognitivo. O afecto negativo também é transitório e inclui ansiedade, depressão, agitação, preocupação, pessimismo e outros sintomas de perturbação psicológica (Lawrence e Liang, 1988). Estes autores examinaram as diferenças da raça, sexo e idade, na estrutura factorial proposta por Liang (1985) e, embora considerassem que a estrutura multidimensional do bem-estar subjectivo fosse adequada aos vários grupos avaliados, encontraram diferenças de raça, mas não diferenças de sexo ou idade, para os aspectos ligados ao afecto negativo.

O trabalho de Liang motivou investigações posteriores como a

de Stock et al. (1986), que definiram bem-estar subjectivo como um constructo abstracto, superordenado, relativo às reacções afectivas dos indivíduos, num continuum positivo-negativo das suas experiências de vida. Neste constructo inclui-se a noção de felicidade, satisfação de vida e ânimo, tendo em conta a percepção das experiências de vida, em oposição às condições objectivas de vida, e incluindo a gama completa de afectos. As teorias cognitivas da emoção, com os seus componentes afectivos, de activação e cognitivos, é uma conceptualização útil do estudo do bem-estar subjectivo. Os elementos da emoção implicados no bem-estar subjectivo são a valência e a activação. A relação entre os componentes do afecto e da cognição exprimem-se relativamente às contrariedades do dia-a-dia, a acontecimentos passados e em antecipação dos futuros. O peso relativo da soma do afecto positivo e do afecto negativo, em função da sua intensidade (nível de activação), determinam a localização do indivíduo ao longo do espaço bidimensional do bem-estar subjectivo. A cognição medeia quer o estado interno, quer a expressão do bem-estar subjectivo.

A satisfação de vida é a avaliação do progresso feito em direcção a objectivos determinados, ou a avaliação das condições gerais que derivam da comparação entre as aspirações e realizações de cada um. Este conceito distingue-se da felicidade e do ânimo, pela dimensão temporal, uma vez que a primeira foca o passado, a felicidade foca o presente e o ânimo o futuro.

De acordo com estes autores, o ajustamento é a congruência entre o estado de funcionamento da pessoa e as exigências do ambiente. O estado de funcionamento inclui a capacidade cognitiva, os recursos físicos as capacidades de interacção social e o reportório comportamental geral. Neste sentido o ajustamento é um constructo relacional e não apenas a função da capacidade cognitiva, social ou da saúde.

Partindo destes pressupostos que acabamos de descrever, o modelo proposto por Stock et al. (1986) consiste em três componentes recorrentes da expressão de bem-estar, afecto positivo, afecto negativo e a cognição e foi comparado com duas variações de modelos propostos por Liang. Todos os modelos mostraram uma adequação aceitável.

Thomas e Stock (1988) investigaram a multidimensionalidade do conceito de felicidade, em duas amostras de sujeitos, uma de indivíduos dos dois sexos entre os 19 e os 90 anos e outra apenas de freiras católicas entre os 26 e os 89 anos. Verificaram nas duas amostras, duas dimensões, a primeira interpretada como sendo afectiva e bipolar e a segunda dimensão foi interpretada como representando a independência pessoal. Estes resultados mantiveram-se depois da divisão da amostra em três sub-amostras, uma de pessoas novas, outra de pessoas de meia-idade, e outra de idosos.

São inúmeros os trabalhos realizados na área do bem-estar dos

indivíduos que visam, para populações específicas, chegar a modelos explicativos causais, mais ou menos generalizáveis a populações mais vastas. Chatters (1988), por exemplo, avaliou o bem-estar subjectivo entre americanos negros idosos. As preocupações com a saúde e as condições ou acontecimentos de vida causadores de stress, são duas classes de factores, que representam situações de risco, que podem ser importantes para mediar o efeito dos recursos e do estatuto e terem um impacto directo no bem-estar. O modelo causal proposto, inclui o conjunto de recursos pessoais, ou seja o rendimento, o nível de educação, o estatuto, a idade, o sexo e o estado civil são considerados factores externos, antecedentes causais da saúde, stress e felicidade. As variáveis endógenas, como as perturbações de saúde, têm um impacto directo no stress causado pelos acontecimentos de vida e satisfação com a saúde, enquanto o stress causado pelos acontecimentos de vida tem um efeito directo na satisfação com a saúde. Finalmente a saúde e os factores de stress são determinantes do nível de felicidade. Da revisão bibliográfica levada a cabo pelo autor, conclui-se que a idade tem uma relação positiva com o bem-estar subjectivo, donde as pessoas mais idosas têm menos stress e mais felicidade geral.

Relativamente ao sexo não haveria muitas diferenças com respeito ao bem-estar global. O nível de rendimento e educação não mostra uma relação consistente com o bem-estar subjectivo, enquanto o estado civil, mais precisamente a situação de casado, é um preditor do bem-estar. A saúde é o factor crítico

relativamente ao bem-estar, verificando-se uma relação positiva entre ambos factores. O stress tem um impacto negativo, quer na saúde, quer nos resultados do bem-estar, e as avaliações subjectivas da saúde estão relacionadas de forma positiva e consistente com o índice de bem-estar. Os resultados indicam, que embora os factores de recursos e estatuto social tivessem um pequeno impacto no índice de felicidade, estas medidas eram importantes em predizer factores intermediários, relacionados com o estado de saúde, satisfação e stress. A felicidade era directamente influenciada pelo stress e a satisfação com a saúde, enquanto o efeito da incapacidade por doença, era mediado pelo stress e satisfação com a saúde. Os dados sugerem que alguns grupos de idosos negros (i. e. relativamente novos, viúvos e separados) podem estar em risco específico de diminuição de bem-estar. Contudo, fraca saúde e condição de vida, que são determinados pelo estatuto e recursos, representam circunstâncias que põem em risco o bem-estar destes indivíduos.

Do conjunto de variáveis que influenciam a satisfação de vida no geral, a avaliação da saúde seria o melhor preditor, principalmente em pessoas mais idosas. Willits e Crider (1988) observaram a ligação empírica entre a auto-avaliação da saúde e o sentimento de bem-estar, em homens e mulheres entre 50 e 55 anos, relativamente ao conjunto da satisfação de vida, satisfação com a comunidade, satisfação com o emprego, satisfação com o casamento. A avaliação da saúde correlacionava-se com as quatro medidas de satisfação,

havendo, além disso, poucas provas de que a relação da saúde com o bem-estar variasse com o sexo, a educação, o estado civil, o rendimento, o número de familiares na área, o número de amigos ou o envolvimento em passa-tempos.

A saúde mental e bem-estar psicológico entre idosos e muito idosos, residentes em casa, foi avaliada por Morgan et al. (1987) que obtiveram os perfis de saúde mental e bem-estar psicológico de idosos entre 65-74 anos e muito idosos, com mais de 75 anos. Os velhos e os muito velhos tinham níveis idênticos de ansiedade e perturbação pessoal e uma prevalência de depressão semelhante. Contudo, os que tinham mais de 75 anos, tinham maiores níveis de demência, menores níveis de envolvimento social e de satisfação de vida.

Contestando a validade dos resultados dos estudos transversais, como os que temos vindo a apresentar, Markides e Lee (1990) estudaram os predictores do bem-estar e funcionamento nos idosos americanos, de origem mexicana e anglo-saxónica, através de um estudo longitudinal que se prolongou por oito anos. O declínio médio nas medidas de actividade, saúde e bem-estar psicológico observado, não foi grande. Os valores das variáveis dependentes na segunda observação, foram significativamente previstas pelos seus valores na primeira. A idade predizia o declínio nos níveis de actividade, enquanto os idosos menos instruídos e os que tinham menor nível de saúde funcional, tinham mais probabilidade de piorar na auto-avaliação da saúde. Os idosos

com um nível mais baixo de educação também tinham mais probabilidade de aumentar a sua perturbação psicológica. Finalmente, o declínio na satisfação de vida estava associado com níveis iniciais mais elevados de perturbação psicológica. De acordo com estes autores, os dados contradizem a ideia difundida, a partir de estudos tranversais, de que há um declínio generalizado do funcionamento social, psicológico e físico dos idosos.

Como temos vindo a referir, há inúmeras definições do bem-estar psicológico dos idosos, sem que contudo a maior parte delas tenha em consideração o que os próprios idosos pensam, valorizam e sentem. Ryff (1989) realizou uma investigação, visando grupos de indivíduos de meia-idade e de idosos, que avaliaram a sua vida actual e passada. Uma das primeiras conclusões a que o autor chegou foi de que, ao contrário do que é habitualmente afirmado, os idosos não se sentiam infelizes com as suas vidas actuais e não se mostravam interessados em mudá-las, mantendo-se contudo a dúvida sobre se a vida melhora conforme se envelhece, ou se, simplesmente, as pessoas se vão adaptando ao que não conseguem alterar. As experiências antigas surgiram nestas entrevistas, mostrando que continuavam a ter peso na avaliação que as pessoas fazem da sua vida actual. Ao definirem ajustamento, maturidade, complitude e a pessoa ideal, os idosos sublinharam repetidamente o ser capaz de cuidar dos outros, ter um bom relacionamento com a família e os amigos, tudo aspectos de uma dimensão de orientação para os outros, que não costuma ser

diversidade, os sujeitos tendiam a ter uma visão positiva da velhice, associada com uma apreciação realista dos resultados que este estado da vida pode trazer.

Uma das preocupações que tem vindo a ser sublinhada ao longo deste nosso trabalho é relativa à metodologia, seja em termos de modelo de abordagem, a que dedicámos todo o primeiro capítulo, seja a aspectos mais específicos como a utilização de dados transversais em detrimento dos dados longitudinais. Rodgers et al. (1988) chamam à atenção para mais um tipo de questão relativa à especificidade da metodologia utilizada com idosos. Estes autores testaram a validade dos auto-relatos de satisfação nas entrevistas de idosos, relativas a vários domínios das suas vidas, usando escalas diversas, que incluiam respostas verbais e pictóricas, em alternativa. Ao longo de todos os items os factores de concepção explicavam metade da variância total, factores de método explicavam um décimo da variância e o restante terço da variância é que seria próprio de cada item. A comparação entre os resultados dos sujeitos de diferentes idades, indicava que os factores de método explicam quase o dobro da variância para as respostas dos sujeitos mais velhos, do que para os mais novos, o que implica que haja de facto preocupações metodológicas acrescidas, nos estudos com pessoas idosas.

Depois de ter feito uma revisão de todos os modelos mais divulgados sobre o bem-estar, satisfação de vida, ânimo e felicidade, Stull (1987, p. 78) afirma: "O problema que os

investigadores nesta área devem agora colocar é a conceptualização - quer dizer, se as dimensões subjacentes do bem-estar são ou não atitudes, traços de personalidade ou estados de humor, e se sim ou não o bem-estar é melhor representado por alguma combinação destes". Em nosso entender, este problema coloca-se essencialmente em relação aos modelos causais, interaccionistas, que se vêem a braços com dificuldades concretas de estabelecer uma cadeia causal que explique as variações do bem-estar constatadas nos idosos. O bem-estar dos idosos tem de facto a ver com atitudes, traços de personalidade, estados de humor e mais ainda com o ambiente em que os indivíduos se desenvolveram e vivem, numa combinação única, que é a sua história de vida. Só a partir de uma análise transacional da unidade ecológica pessoa/ambiente seremos capazes de compreender o bem-estar subjectivo dos idosos que envelhecem nos diferentes cenários.

7 METODOLOGIA

7.1 Introdução

Como referimos no primeiro capítulo, dedicado à introdução do trabalho, o nosso objectivo geral era o estudo da qualidade de vida subjectiva de idosos pobres, em diferentes cenários, numa perspectiva ambiental. Tivemos em consideração os diversos percursos desses idosos e os seus cenários actuais, visando perceber de que forma as histórias de vida e os contextos presentes, contribuiam para o seu bem-estar subjectivo.

Com a revisão crítica da literatura, apresentada nos capítulos anteriores, quisemos pôr em relevo dois aspectos essenciais:
a) Por um lado, os fundamentos científicos de uma abordagem ecológica em psicologia, quer no que respeita aos seus objectivos, quer métodos, fundamentando assim a nossa própria orientação. Ao revermos, ainda que de forma sumária, os outros modelos em psicologia, pretendemos deixar claro que há outras abordagens, certamente válidas e que, do ponto de vista metodológico, a abordagem ambiental era eclética, o que nos permitia utilizar ora métodos de análise puramente descritivos e qualitativos, ora métodos mais tradicionais, próprios dos modelos interaccionistas, que prevêm a quantificação, a procura de relações causa-efeito, mais ou menos lineares e quantificáveis.

b) Por outro lado, quisemos destacar a literatura relativa a alguns aspectos que considerámos fundamentais, para a compreensão da problemática do idoso, ou seja, os modelos de controlo, a importância das redes sociais de apoio e, finalmente, a própria noção de satisfação de vida. Este último aspecto, não obstante ser altamente complexo e controverso, constitui, de qualquer forma, a pedra de toque de toda a problemática, não só dos idosos, mas do ser humano em geral, que é o seu sentimento de bem-estar geral, de felicidade, que engloba não só a sua saúde mental e física, como a qualidade de vida objectiva, entre outros.

Em Psicologia, não há seguramente receitas para o bem-estar subjectivo das pessoas, mas há situações de risco acrescido, que correspondem a conjuntos muito complexos de factores, com efeitos directos e comulativos, com expressão própria nas coortes visadas, encaradas em toda a sua riqueza, não redutível a um modelo complexo de análise multivariada. Não pondo de lado esse tipo de abordagem quantitativa, quisemos ir um pouco além disso, poder dizer, o que os números não são capazes de traduzir.

7.2 Cenários Comportamentais e População

Nesse sentido, optámos por fazer uma abordagem de diferentes cenários comportamentais que, como diz Wicker (1979, p. 8) "partilham um certo número de características essenciais,

donde, a selecção de um cenário particular para ilustrar as suas características é um pouco arbitrário". Escolhemos duas instituções diferentes, uma do tipo Lar e outra do tipo, menos frequente entre nós, a que chamámos Residências para Idosos. Se, relativamente ao Lar, o leque de escolhas era relativamente vasto, e os critérios usados foram, como referimos na introdução, a sua dimensão, acesso e receptividade, já em relação ao segundo, a escolha estava limitada, à partida, na área metropolitana do Porto, à instituição escolhida.

As duas Instituições estudadas foram (quadro 1):

1. Os Hospitais Menores, propriedade da Santa Casa da Misericórdia do Porto, que englobam três núcleos distintos de idosos: a) a "Enfermaria"; b) o "Monteiro dos Santos" e c) os "Homens", num total de, aproximadamente, 100 residentes.
2. As "Residências para Idosos", da Casa de Lordelo, propriedade das Conferências de S. Vicente de Paulo, com, aproximadamente, 24 residentes.

Quadro 1

Instituções =>	Hospitais Menores	- Enfermaria
		- Monteiro dos Santos
		- Homens
=>	Casa de Lordelo	- Residências para Idosos

Relativamente aos idosos a residir na comunidade estudámos os seguintes grupos (quadro 2):

1. Os idosos que frequentam o Centro de Dia da Casa de Lordelo, propriedade das Conferências de S. Vicente de Paulo, e residem dispersos na freguesia de Lordelo do Ouro, num número aproximado de 25 utentes assíduos.
2. Os idosos que residem no Bairro Monteiro dos Santos, propriedade da Santa Casa da Misericórdia do Porto, onde residem, aproximadamente, 30 idosos, distribuídos por igual número de casas individuais.
3. Os idosos que recebem apoio domiciliário do Centro Social do Carriçal, propriedade da Obra Diocesana de Promoção Social do Porto, num número, aproximado, de 25 idosos.

Quadro 2

Comunidade	=>	Centro de Dia
	=>	Bairro Monteiro dos Santos
	=>	Apoio Domiciliário

Temos, assim, um conjunto de cinco cenários comportamentais diferentes, (dois institucionais e três na comunidade) e sete grupos diferenciados de idosos (quatro grupos de idosos a residir em instituição: 1) "Enfermaria"; 2) "Monteiro dos Santos" e 3) "Homens" dos Hospitais Menores e 4) "Lordelo" das Residências para Idosos da Casa de Lordelo; e três grupos de residentes na comunidade que designaremos por: 5) "Centro de Dia" da Casa de Lordelo; 6) "Bairro" - Bairro Monteiro dos

Santos e 7) "Apoio Domiciliário", do Centro Social do Carriçal). O total da população estudada foi de 160 idosos e o estudo abrangeu ainda 35 funcionários das instituições visadas.

7.3 Procedimento Geral

O procedimento metodológico utilizado foi diferente, em alguns aspectos conforme se tratasse de idosos em instituição ou a residir na comunidade. Todos os questionários psicológicos utilizados estão presentes em anexo.

A. Relativamente aos idosos em instituição a investigação desenrolou-se por várias fases (quadro 3):

Quadro 3

Instituições-	Análise Qualitativa	- Descrição do Cenário
		- Entrevistas Livres
	- Análise Quantitativa	-MEAP
		-MOSES (sub-escalas Cuidados Consigo Próprio e Afastamento)
		-Dementia Scale
		-Mini Mental State
		-Morale Scale

1. Avaliação Qualitativa:

a) Enquadramento e evolução histórica das instituições. Observação, desarmada e participante, da vida e ambiente das instituições, com particular atenção à rotina, e relacionamento entre os residentes, e destes com os funcionários.

b) Entrevistas livres, visando quer as histórias de vida, quer a actual rede social de apoio, com um grupo de idosas dos Hospitais Menores - Grupo do "Monteiro dos Santos" e o grupo de idosos das Residências para Idosos da Casa de Lordelo - Grupo "Lordelo". Os dados obtidos, nestes dois primeiros momentos da investigação, integram o capítulo 8 dedicado à descrição qualitativa das duas instituições estudadas.

2. Avaliação Quantitativa:

a) Avaliação Ambiental Multifásica dos Hospitais Menores e da Casa de Lordelo. Esta primeira abordagem foi feita utilizando o MEAP - Multiphasic Environmental Assessment Procedure, de Moos e Lemka (1984), instrumento que se destina à avaliação de estabelecimentos para idosos e engloba cinco escalas: "Physical and Architectural Resources Dimensions"; "Policy and Program Resources Dimensions"; "Residents and Staff Resources Dimensions"; "Sheltered Care Environment Scale Dimensions" e "Rating Scale Dimensions", que descreveremos promenorizadamente no capítulo 10.

b) Avaliação do estado funcional dos idosos, quer do ponto de

vista do cuidar de si próprio, quer dos comportamentos de afastamento, através da utilização de duas das sub-escalas do MOSES - "Multidimentional Observation Scale for Elderly Subjects" de Helmes et al., (1987), descrito no capítulo 11.

c) Rastreio da Demência feito através da DS - "Dementia Scale" de Blessed et al., (1968), de que nos ocupámos no capítulo 12.

d) Avaliação do estado mental de dois dos grupos de idosos institucionalizados, sobre os quais insidiu a nossa particular atenção ("Monteiro dos Santos" dos Hospitais Menores e "Lordelo" das Residências para Idosos da Casa de Lordelo), através do MMS de Folstein et al., (1975), descrito e comentado criticamente no capítulo 13.

e) Avaliação do bem-estar psicológico com a Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton (1975) que inclui três sub-escalas: Solidão/Insatisfação; Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação, descritas no capítulo 14.

B. Relativamente aos idosos residentes na comunidade não se procedeu à avaliação quantitativa dos ambientes residenciais, nem à avaliação do estado funcional dos idosos, uma vez que se tratam de escalas que são preenchidas pelas pessoas encarregadas de cuidar dos idosos, e não por eles próprios, ou pelo investigador. A investigação, sobre os residentes na comunidade, visou essencialmente os grupos do "Bairro" e do "Apoio Domiciliário", uma vez que a dispersão habitacional dos idosos que frequentavam o Centro de Dia, impedia um análise do seu cenário residencial, que era um dos nossos objectivos. A

investigação desenrolou-se igualmente por duas fases (quadro 4):

Quadro 4

Comunidade - Análise Qualitativa - Descrição do Cenário - Entrevistas Livres - Análise Quantitativa- Morale Scale

A. Análise Qualitativa:

1. Observação do ambiente residencial, do Bairro Monteiro dos Santos e do Bairro do Carriçal, centrada na sua história, caracterização em termos de enquadramento urbano, acesso a serviços, população residente, etc.

2. Entrevistas livres, visando quer a história de vida quer as actuais redes sociais de apoio dos idosos residentes. Os dados obtidos nesta fase da investigação constam do capítulo 9.

B. Análise Quantitativa:

1. Avaliação do bem-estar psicológico através da Philadelphia Geriatric Center Morale Scale de Lawton (1975), que inclui três sub-escalas, Solidão/Insatisfação, Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação, descritas no capítulo 14, e que constituiu o único instrumento quantitativo, que utilizámos, quer com os idosos institucionalizados, quer com os grupos de idosos residentes na comunidade.

7.3.1 Procedimento Relativamente aos Idosos.

Todos os idosos foram contactados individualmente, pelo investigador, e foi-lhes explicado o motivo da investigação em curso. A sua colaboração só foi plena, a partir de um contacto informal directo, que se prolongou durante muitos meses, em que partilhamos muitas horas da sua rotina, de certa forma num conhecimento mútuo e de confiança recíproca, que só reforça a perspectiva do modelo transacional, descrita por Altman e Rogoff (1987), que considera que não há investigador neutral, não implicado no processo de investigação, mas antes que este faz parte do próprio fenómeno em estudo, e como tal deve ser considerado. Qualquer das fases de conhecimento e avaliação dos idosos, foi feita num regime livre, e por vezes interrompido, a pedido do idoso, quando este se mostrava cansado ou aborrecido. O nosso objectivo era de facto obter o melhor desempenho possível do idoso e não atribuir-lhe uma classificação.

7.4 Tratamento dos Dados

Os dados quantitativos, obtidos através de questionários ou escalas psicológicas, foram, sempre que possível, sujeitos a análises confirmatórias das suas propriedades psicométricas, tendo utilizado para o tratamento de dados, o programa estatístico SPSS (versão 3.0).

Para o estudo da fidelidade das escalas utiiizámos o método Alfa de Cronbach, que traduz a correlação estimada entre a escala em questão, composta por K items, e uma hipotética escala alternativa, com a mesma dimensão. A equação que permite o cálculo do coeficiente Alfa é a seguinte:

$$\text{Alfa} = K/(K-1)\left(1 - \frac{\Sigma \sigma_i^2}{\sigma_y^2}\right)$$

Onde K é o número de items da escala Y a variância do item i e i a variância da soma dos items (Nunnally, 1978).

Para a análise dos resultados, utilizamos sobretudo testes de comparação de médias para amostras independentes (t de student) e a análise de variância. análises de resultados.
Os procedimentos utilizados com cada instrumento e a população que abrangeram foram respectivamente:

a) MEAP - Este instrumento foi utilizado, como se referiu, nas duas instituições estudadas: Hospitais Menores e Casa de Lordelo. A quantidade de instituições estudadas (em número de duas) não permitiu fazer uma análise confirmatória dos diferentes factores, considerados em quatro das escalas de

avaliaçao ambiental. Relativamente à escala de Avaliaçao do Ambiente Institucional (SCES) também do MEAP, que consta de 63 items preenchidos pelos residentes, o processo de análise factorial implicaria uma população de aproximadamente 180 sujeitos e não pode portanto ser realizada uma vez que o nosso total de idosos institucionalizados que conseguiram preencher o questionário era de aproximadamente 60 idosos. O carácter descritivo e objectivo do conteúdo do instrumento, bem como a validação confirmada por outros autores referidos no capítulo 9, fez-nos contudo avançar com a aplicação do MEAP, mesmo sem termos procedido à respectiva validação psicométrica.

b) MOSES - Deste instrumento seleccionámos duas das suas cinco sub-escalas: os Cuidados com o Próprio e o Afastamento. Da sub-escala "Cuidados com o Próprio" retirámos um dos items, relativo ao uso de frenos nos idosos uma vez que isso não se verificava em nenhum dos casos estudados. Este estudo visou todos os grupos de idosos institucionalizados ou seja a "Enfermaria" o "Monteiro dos Santos" e os "Homens", dos Hospitais Menores e "Lordelo" das Residências para Idosos da Casa de Lordelo. Procedeu-se à análide da fidelidade interna da escala através do Alfa de Cronbach e numa das instituições, os Hospitais Menores, à fidelidade inter-observador através da correlação de Pearson.

c) DS - O estudo do rastreio da demência, visou todos os grupos institucionalizados, referidos no ponto anterior, e foi igualmente sujeito à análise da respectiva validade interna

através do Alfa de Cronbach.

d) MMS - O estudo do estado mental foi realizado em apenas dois dos grupos institucionalizados: o "Monteiro dos Santos" e "Lordelo", devido a serem os únicos grupos em causa que não diferiam relativamente às outras variáveis consideradas, fossem as socio-demográficas, relevantes para o problema em questão, fossem as variáveis avaliadas pelas escalas anteriormente descritas. A utilização deste instrumento, não obstante a sua ampla aplicação quer no nosso país quer no estrangeiro, mereceu da nossa parte uma série de reservas, de que dámos conta no capítulo 13. A MMS foi igualmente sujeita ao estudo prévio da fidelidade interna, através do Alfa de Cronbach.

e) Morale Scale - O estudo do ânimo dos idosos, através da Escala Multifactorial de Animo, visou todos os grupos de idosos a institucionalizados excepto o da "Enfermaria" (devido ao seu precário estado de saúde física e/ou mental conforme avaliado anteriormente) e todos os grupos de residentes na comunidade "Centro de Dia", "Bairro" e "Apoio Domiciliário". Esta escala foi sujeita a análise factorial confirmatória. Para cada um dos factores foi ainda calculado o coeficiente Alfa de Cronbach, correlação item/total e correlação inter-factores, antes de procedermos à análise comparativa dos resultados dos diferentes grupos. Realizamos ainda uma análise de regressão múltipla por passos, em que se analisaram as variáveis que potencialmente explicavam a variância num único

item sobre a satisfaçao com a vida actual.

8 O IDOSO EM INSTITUÇÃO

Centrámos a maior parte da atenção, ao longo deste nosso trabalho, no idoso a residir em duas instituições distintas que se diferenciam na sua finalidade, concepção e estrutura com hipotéticos efeitos a nível do bem-estar subjectivo da população que servem. A caracterização promenorizada e rigorosa dos diferentes aspectos do seu meio físico e humano é feita no capítulo 9 e a avaliação quantitativa dos idosos aí residentes, integra os capítulos seguintes. O objectivo do presente capítulo é fazer uma apresentação global e compreensiva de alguns aspectos das instituições, antes de procedermos à sua classificação sistemática, transmitindo a vivência subjectiva que nós próprios tivemos ao longo de um ano nas duas instituições, localizá-las do ponto de vista histórico e fazer uma leitura das histórias de vida dos seus residentes.

8.1 Hospitais Menores: Alguns Elementos da sua História

O nome de Hospitais Menores é a designação dada a uma série de estabelecimentos inicialmente espalhados pela cidade do Porto: o Recolhimento de Velhas Inválidas de Santa Clara, o Recolhimento de Viúvas Pobres de Nossa Senhora das Dores, o Hospital dos Entrevados e o das Entrevadas e ainda o Hospital de Lázaros e Lázaras. Os dois primeiros estabelecimentos

ficaram sob a administração da Misericórdia do Porto desde o início do séc XVI, o Hospital dos Lázaros no séc XVII e o Recolhimento das Viúvas Pobres de Nossa Senhora das Dores foi fundado em 1807. Todos estes estabelecimentos foram sendo transferidos para a Rua das Fontaínhas, onde, a partir de meados do séc. XIX passaram a ter a designação genérica de Hospitais Menores, adoptada pela Santa Casa oficialmente, um século depois, numa tentativa de evitar as anteriores designações estigmatizantes.

Actualmente, os Hospitais Menores constam de três núcleos de idosos, relativamente independentes uns dos outros, que em termos de seviços partilham a cozinha e a lavandaria, embora os refeitórios e outras instalações sejam distintos. Esses diferentes núcleos de idosos são: 1) a "Enfermaria" (só de mulheres), para idosas muito dependentes ou a exigirem pontualmente cuidados de saúde maiores; 2) os "Homens", secção que como o nome indica só tem homens e 3) o "Monteiro dos Santos", o núcleo que mais se distingue do conjunto, pois permanece instalado em edifício próprio, mandado construir, já neste século, pelo benemérito de quem conserva o nome. Além destes três núcleos referidos, existe ainda um pequeno número de quartos particulares duplos (5), junto à secção de "Homens", com quem partilham o refeitório e as salas de estar, e que é actualmente ocupado exclusivamente por senhoras, com condição económica superior à das do "Monteiro dos Santos", e que nós não integrámos no presente estudo, que visava especificamente os idosos pobres.

O percurso, até à actual situação, desenrolou-se ao longo e de muitas décadas. Do Folheto com o Regulamento Provisório dos Hospitais Menores da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) datado de 1940 consta o seguinte:

Artigo 1º - Constituem património da SCMP os seguintes estabelecimentos humanitários, designados por Hospitais Menores e instalados em edifícios próprios sitos na Rua da Fontaínhas da cidade do Porto:

a) Hospital de Lázaros.

b) Hospital de Lázaras.

c) Hospital de Entrevados.

d) Hospital de Entrevadas.

e) Recolhimento de Velhas Inválidas de Santa Clara.

f) Recolhimento de Viúvas Pobres de Nossa Senhora das Dores (outrora reconhecido por Recolhimento do Largo do Camarão).

g) Asilo-Hospital para incuráveis e inválidos de António Monteiro dos Santos.

. único. _ Como se trata de estabelecimentos da mesmas índole, que podem estar debaixo da direcção superior de um só Mesário, ficam todos incluídos no presente regulamento.

Artigo 2ª - O fim principal dos citados estabelecimentos é dar internamento gratuito:

1º Nos Hospitais dos Lázaros e Lázaras, a pessoas, de ambos os sexos, afectadas de úlceras crónicas incuráveis.

2º Nos Hospitais de Entrevados e Entrevadas, a pessoas, de ambos os sexos, com permanência de impossibilidade ou tolhimento grave nos movimentos da locomoção.

3º No Recolhimento de Velhas Inválidas de Santa Clara, a

mulheres incapacitadas para o trabalho pela sua idade avançada.

4º No Recolhimento de Viúvas Pobres de Nossa Senhora das Dores, a Viúvas com idade superior a 50 anos e comprovada invalidez para o trabalho.

5º No Asilo-Hospital para incuráveis e inválidos de António Monteiro dos Santos, a pessoas, de ambos os sexos, em completa incapacidade física para o trabalho e velhice.

. 1º Em nenhum dos estabelecimentos poderão ser admitidas pessoas afectadas de loucura ou de doença contagiosa.

. 2º O internato gratuito só é concedido a pessoas de nacionalidade portuguesa, de preferência do Porto e concelhos limítrofes, assim como às de fora desta área, quando provem a sua residência dentro dela por tempo superior a seis anos.

No seu conjunto a lotação prevista era de 220 pessoas. Os critérios utilizados para a admissão relativamente às condições de pobreza e abandono eram atestados pelas Conferência de S. Vicente de Paulo, Organização Nacional de "Defesa da Família" ou pelo Pároco da freguesia, obdecendo à seguinte escala de preferências:

a) os inscritos que se acharem em maior abandono, vivendo em extrema pobreza, com inteira incapacidade para o trabalho.

b) os que apresentem lesões de maior gravidade.

c) em igualdade de circunstâncias preferirão os pretendentes de mais idade, observando-se a ordem cronológica da inscrição com relação aos pretendentes da mesma idade (...)

Na parte sobre as regalias dos internados consta que eles terão:

a) cama, alimentação e vestuário, assim como tratamento dentro do estabelecimento caso a doença não seja grave; pois se o fôr e o clínico dos Hospitais entender necessário o ingresso do doente no Hospital Geral de Santo António ou em outro (...)

b) faculdade de saída a passeio, para fora do estabelecimento em que estiverem internados, nos dias e horas que forem estabelecidos;

c) decorrido um ano da data de internato, concessão de licença para ausência do estabelecimento em que estiverem recolhidos, dada, dentro de cada ano, até oito dias (...)

d) ser visitados por pessoas da família e das suas relações em dias e horas que estiverem estabelecidos (...)

e) participar na distribuição de esmolas oferecidas ou legadas para esse fim (...)

. 2º. As pessoas a quem fôr facultada a visita aos internatos (...) são obrigados a manter-se com o respeito devido, não sustentando discussões ou conversações acaloradas, nem usando expressões impróprias aos bons costumes e sã moral (...)

No capítulo dos deveres constam, entre outras, as seguintes disposições dos internados e penalidades:

b) ser limpos e asseados com as suas próprias pessoas e vestuários;

c) na medida das suas forças e validez, ajudar à limpeza e arranjo das suas camas, coadjuvando o pessoal em todos os mais

serviços do seu estabelecimento.

d) manter-se dentro dos estabelecimentos em que estiverem internados e nos recintos que que lhes foram destinados, sendo-lhes expressamente proibido desviarem-se para outros (...)

Art. 13º - Os internados que não recolham ao respectivo estabelecimento, findas as horas destinadas a passeio, ficarão proibidos de sair para fora deles pela primeira vez que assim procedam, durante 30 dias; pela segunda vez durante 60 dias; não mais lhes sendo permitida a saída à terceira vez.

Art. 15º - Os internados que se entregarem à mendicidade ou embrieguez, serão proíbidos de se aproveitar das saídas (...)

Art. 16º - Os internados que dentro dos estabelecimentos, forem desobedientes, provocarem questões ou conflitos de qualquer natureza, empregarem linguagem imprópria do lugar e ofensiva da boa moral, ou fizerem uso de bebidas espirituosas, incorreraão nas penas seguintes: de adomestação pela primeira vez; de proibição de saída para fora do estabelecimento, durante 60 dias, pela segunda vez; e de eliminação, pela terceira vez.

Não nos vamos alongar na descrição deste interessante documento que nos permite ter uma noção bastante exacta da vida nos Hospitais Menores e, hipoteticamente, em estabelecimentos similares, que reflectem as atitudes vigentes na época, relativamente a estes indigentes, doentes e/ou idosos, que viviam em estabelecimentos tipo asilos, que são actualmente os nossos lares.

Cinco décadas passadas sobre a elaboração deste documento observámos (e participámos), diariamente, durante aproximadamente um ano, a rotina desta instituição, apercebemo-nos do que mudou e do que permanece, num peso de séculos, difícil de ultrapassar. De qualquer forma, muitas das idosas com quem contactamos, que aqui premancem há 20, 30 e mesmo mais anos, viveram a transformação progressiva do asilo no lar, a modificação do ambiente e atitudes. Estamos convictos de que o comportamento destes idosos só é compreensível se integrado no seu cenário específico e mais do que isso, no contexto social dos seus valores em mutação, da sua história.

O problema dos idosos pobres não é novo, como se depreende dos próprio documentos de fundação e regulamento destes estabelecimentos. Como nem sequer é novo o problema que se coloca face às incapacidades crónicas dos doentes em fases não agudas, a exigirem cuidados pessoais e de enfermagem, mas não suficientemente especializados e críticos que justifiquem a sua permanência nos hospitais, como é o caso de muitos idosos. No século XVI a solução encontrada foi criar uma série de pequenas estruturas, subsidiárias de um hospital central, para onde eram deslocadas as pessoas com problemas de saúde, misturados com precárias condições sociais, não tão idosos como os de hoje. Note-se que a própria idade base das viúvas pobres a serem admitidas era, como se referiu, de 50 anos e embora actualmente esse marco seja os 60 anos, a maior parte dos pedidos tende a ser de pessoas bastante mais idosas,

rondando com frequência os 80 anos, como veremos posteriormente.

A título de exemplo, para ilustrar o que perdura em termos de comportamentos provenientes dos antigos regulamentos, verificámos que em relação à ocupação espacial, não obstante as disposições actuais preverem a partilha de utilização de espaços sociais e refeitórios por homens e mulheres, nota-se uma certa resistência por parte dos idosos a essa prática, e foi-nos dado observar que alguns idosos, mais antigos no estabelecimento, continuam a pedir autorização para saír, sempre que o fazem, e mantêm os mesmos dias e horários que já não estão em vigor há anos. Um exemplo de tipo oposto, mas que reflecte igualmente o peso do passado é a rejeição que actualmente os idosos fazem de alimentos que constituiram a base da sua alimentação durante anos, como é o caso da sopa de couve galega ou a açorda, e que actualmente são rejeitados liminarmente pelos idosos.

Algumas das alterações actuais mais profundas, prendem-se com: 1) a lotação dos espaços, 2) a quantidade e sobretudo a qualidade de serviços e 3) as normas de conduta. Vamos apenas descrever de momento alguns aspectos que considerámos mais relevantes da conjuntura actual, comparativamente com o passado mais ou menos recente do lar.

No que respeita à lotação dos espaços verificámos que no seu conjunto a lotação dos hospitais Menores se reduziu para menos

de metade, o que introduziu uma considerável melhoria da qualidade de vida. Nas actuais 2 camaratas do "Monteiro dos Santos" onde vivem 30 idosas, viviam, há pouco mais de uma década, o dobro das pessoas, sendo que o espaço que separava duas camas não excederia o de uma mesa de cabeceira.

Relativamente aos serviços, não conseguimos precisar a data a partir da qual passaram a ser fornecidas refeições no Monteiro dos Santos mas, a idosa mais antiga que está lá há 53 anos, uma vez que entrou em circunstâncias especiais com 17 anos, acompanhando uma tia idosa como única parente, recorda-se de não darem refeições e as idosas cozinharem, junto às suas camas, em máquinas a petróleo. O regulamento de 1940, de que citámos alguns aspectos, já fala contudo do direito à alimentação, pelo que se poderá pressupor que nessa data já eram fornecidas refeições aos idosos internados, que de resto eles ajudavam a confeccionar. Muitas das idosas, recordam com amargura, as horas de frio que passaram a descascar batatas numa sala enorme, ocupada com uma mesa de tamanho correspondente, que ainda lá está, agora desactivada. A qualidade da alimentação era, como é fácil de imaginar, fraca. Actualmente consta de duas ementas, uma de dieta e outra normal, que os idosos escolhem no início de cada semana, e inclui sempre sopa, prato e sobremesa de doce ou fruta e vinho. Os serviços de limpeza e lavandaria são integralmente realizados por pessoal da instituição que prestam, além disso, inúmeros cuidados pessoais, como o ajudar no banho, cortar de unhas, etc. que veremos com mais promenor no capítulo 10.

dedicado à avaliação das instituições em estudo.

Em relação às normas de conduta elas sofreram profundas alterações, a que não foi alheio o processo de democratização encetado com o 25 de Abril de 1974, a introdução da pensão social e outras reformas e, mais recentemente, a mudança de uma direcção e organização de freiras para pessoal laico. Em traços gerais podemos dizer que os idosos adquiriram liberdade e são mesmo incentivados a sair durante a semana, fins-de-semana e férias. Os horários de visita não estão limitados visando-se uma certa abertura à comunidade e, internamente, como já foi referido, para além da abertura de novos espaços sociais, pretende-se um convívio mais alargado entre sexos e os serviços prestados pelos residentes, são feitos numa base de voluntariado pago.

A rotina destes idosos é de um quotidiano pobre de estimulações e repetitivo. A casa continua a ser fria e relativamente desconfortável e o inverno torna-se particularmente penoso. De uma forma geral ainda foi feito muito pouco para enriquecer o quotidiano socio-recriativo e criar alternativas ocupacionais para estes idosos, excepto no que se refere a acções pontuais, festas, comemorações e férias. Esta constatação deve ser contudo ponderada em função das necessidades dos idosos em presença. Aparentemente estes idosos não têm grandes exigências a esse nível, donde será necessário não apenas disponibilizar alternativas, mas fazer intervenções motivadoras para a actividade.

Embora seja nossa convicção de que a actividade é um dos aspectos fundamentais do bem-estar dos idosos e da manutenção das suas capacidades é urgente repensar em que moldes ela deve ser fomentada. Todos nos alegaram que trabalharam demais durante a vida, que o ser servido é um direito de que não abdicam e no fundo é a sua forma de controlo secundário sobre o ambiente, pelo que a tradicional ocupação, mais ou menos forçada, dos idosos nestes tipos de instituições, com trabalhinhos tipo renda ou carpintarias, exibidos posteriormente em vendas de caridade, que aqui não é praticada, pode ser uma "violência" para idosos que vêm mal, nunca exercitaram as suas mãos nesses trabalhos finos e se apercebem dos seus maus resultados no desempenho. Por outro lado, outras actividades recreativas, menos manuais, surgem muito limitadas devido ao próprio nível cultural das pessoas, que torna inútil a televisão que temos ou uma biblioteca.

Excepto relativamente a programas falados em português, como é o caso de algumas séries educativas infantis, quase todos os outros programas que passam na televisão são, pela sua apresentação ou conteúdo, tão distantes da que foi e é a sua realidade que o idoso não se esforça sequer para os compreender. As únicas acções que pareciam mais motivadoras foram, durante a nossa passagem por lá, para além das festas, em que o mais das vezes são sujeitos passivos, os passeios ou visitas de estudo, no fundo experiências de apredizagem concreta e directa. A participação numa actividade teatral, ainda que trabalhosa pareceu-nos motivadora das atenções

gerais e uma via a explorar no futuro.

8.1.1 O "Monteiro dos Santos": a Rotina, as Idosas e o seu Relacionamento

A vida do Lar começa por volta das oito horas da manhã, mais cedo no dia dos banhos, com a higiene individual mais ou menos assitida, o pequeno almoço e a ida para as salas de estar, ou alguma saída até à hora do almoço, que tem lugar às 12 horas. Dormitar de novo na sala ou mesmo na cama, esperar pelo lanche às 16 horas, voltar à sala, talvez desentorpecer as pernas no pátio, ou dar uma volta nos objectos pessoais na cómoda do fundo da cama, e o jantar espera as idosas pelas 18h e 30 minutos. Depois disso pensa-se na cama, porque as luzes apagam pelas 21 horas, o mais tardar. Ainda que não seja obrigatório recolher, na prática é o que quase todas o fazem, à excepção de duas senhoras que vêm um pouco de TV antes de irem dormir.

O núcleo do Monteiro dos Santos é constituido por aproximadamente 30 mulheres que se distribuem por dois dormitórios, um com 10 camas e outro com 16 e ainda quatro quartos assotados, dois dos quais com ocupação individual. A mobília dos dormitórios consta de camas de ferro, intercaladas por uma mesa de cabeceira e uma cadeira que, conjuntamente com a cómoda colocada aos pés da cama, são os elementos de que cada idosa dispõe. Este núcleo tem um refeitório, uma copa, dois conjuntos de casas de banho e lavatórios, e duas salas de

estar, uma contígua ao refeitório e outra a um dos dormitórios.

Das quatro senhoras dos quartos, apenas uma frequenta as salas comuns mantendo-se as outras, quase todo o tempo, nos seus quartos. As camaratas estão desertas a maior parte do dia salvo no período depois do almoço, em que algumas idosas dormem a sesta, com a excepção de algumas senhoras que não se relacionam com nenhuma das outras e que permanecem todo o tempo junto da sua cama, donde só saem para ir à casa de banho ou tomar as refeições.

O refeitório tem quatro mesas grandes, com lugares marcados de cada residente que possui uma gaveta na mesa, onde coloca objectos seus, como o guardanapo ou qualquer alimento. A sala-de-estar mais utilizada é a anexa ao dormitório e tem no seu conjunto 17 lugares de sofá, dispostos à volta da sala que de resto serve de passagem para o dormitório. A pequena TV existente é antiga e a preto e branco, permanecendo frequentemente desligada. Esta sala é ocupada quase sempre pelas mesmas idosas, na circunstância as mais dependentes do grupo (entre as quais, uma já completamente e outra parcialmente cega, a senhora que conduz a cega nas suas deslocações, uma surda/muda e outra com dificuldades de locomoção). Nesta sala de estar, anexa ao dormitório, à semelhança do que se observa em quase todas as outras da instituição, a inactividade é a regra. Excepto uma idosa, que faz constantemente pegas em malha, que vende à instituição,

todas as outras permanecem inactivas, embrulhadas nos seus xailes, e as trocas verbais são escassas.

Notámos contudo uma grande diferença do Inverno para a Primavera e o Verão, altura em que os lenços vão abandonando as cabeças das idosas, as mantas também, o seu rosto ganha um pouco mais de vida, e as posturas e deslocamentos são um pouco menos rígidos muito embora se limitem, da mesma forma, àqueles espaços indispensáveis. Nenhuma das senhoras que permanece nesta sala sai da instituição há anos, nem participa em qualquer actividade ou passeio. E para elas a rotina é severa.

Todas as mulheres ocupam sempre os mesmos lugares, gerando-se conflito, caso haja alguma "apropriação", como nos foi dado observar, num claro exemplo de territorialidade de que Altman fala (1975). Observámos que a distribuição das pessoas pelos lugares, seja nas salas de estar, seja à mesa, é completamente diferente da observada no dormitório. Frequentemente perguntámos às idosas quem eram as suas vizinhas de cama e a resposta era que desconheciam o seu nome, o que por certo não seria de todo verdade, mas que demonstra a atitude defensiva, adoptada por elas, relativamente à excessiva próximidade das companheiras, sendo este como que o único recurso para manter a privacidade, no meio de uma multidão que se se não desconhece, pelo menos finge-se não conhecer.

Este facto é consonante com a opinião que recolhemos, junto de todas as idosas destes dormitórios, de que era preferível este

sistema de grandes quartos colectivos do que os quartos de duas pessoas. Algumas delas tinham tido a experiência de residirem em quarto de dois e pediram para mudar para o "geral". A explicação desta constatação foi-se construíndo ao longo das conversas, até se tornar uma questão clara para nós. Os quartos de duas pessoas têm geralmente uma que chega primeiro e uma que vem depois. Esta última vai partilhar um espaço privado com outra que não conhece e que domina o território. O equilíbrio entre ambas vai-se conquistando a par e passo, sujeito à personalidade mais dominante e sempre em prejuízo da mais fraca. Há que acertar horas de apagar e acender a luz, o dormir de portadas abertas ou fechadas, em hábitos de muitas décadas, a utilização de rádios ou TV, habituar-se ao cheiro mútuo, aos hábitos de limpeza e por aí fora. O conflito não tem mediação nem testemunhas, por vezes é a guerra fria até que uma desiste e opta pelo anonimato da camarata em que a relação com a parceira do lado não é vital e o eventual conflito se dissolve na multiplicidade de escolhas. A regra passa a ser não estreitar a relação com as vizinhas mais próximas, numa ilusão de privacidade e sentir-se simultaneamente acompanhada e defendida, para se se sentirem mal de noite, para se precisarem de alguma coisa, terem a quem recorrer.

Numa leitura global dos comportamentos e das interacções entre as pessoas distinguem-se, no conjunto destas idosas, em função da sua actividade/passividade, três grupos: a) um de pessoas bastante incapacitadas, com limitações devidas a problemas

sobretudo de visão, audição e motores, que permanecem sempre na sala de estar anexa ao dormitório (7 idosas); b) um grupo de idosas com menos limitações físicas que colaboram em pequenas tarefas de rotina, como o dobrar a roupa e pôr a mesa, que circulam um pouco mais por toda a instituição e participam em passeios quando instadas (12 idosas) e c) um grupo de pessoas mais válidas e activas que colaboram bastante com o pessoal e que são a ponte com o exterior, fazendo pequenos recados e compras dos outros residentes (4 idosas). Esta classificação coincide em larga medida com o grau de independência física das idosas e com a sua sociabilidade. No conjunto há ainda um pequeno grupo de isoladas, cada uma pela sua razão e que são visivelmente rejeitadas e rejeitam todas as companheiras, não formando contudo, ao contrário do que se observa nos outros três grupos que referimos, uma rede entre si (5 idosas). Estes três grupos e as senhoras a que chamamos isoladas, têm atitudes muito diferentes para com a instituição e interagem também de forma muito diferente com o pessoal.

O pessoal auxiliar constitui um elemento central da vida do Lar, por eles passando toda a comunicação e vida da instituição. Convivendo com os mesmos idosos, em regime permanente, durante anos, assistindo e participando na adaptação dos idosos ao Lar e ao seu caminhar até à morte, estes dois polos da mesma relidade vivem lado a lado com papéis complementares, pois se os idosos necessitam do pessoal para cuidar deles, é um facto que o posto de trabalho destes se justifica pela incapacidade dos próprios idosos em serem

autónomos. Durante a nossa estadia no Lar e quando abordávamos a questão da importância da manutenção da actividade dos idosos, vários elementos do pessoal nos questionaram directamente sobre se a nossa avaliação implicaria alguma decisão sobre a existência hipotética de pessoal excedentário na instituição, o que é exemplificativo desta interdependência entre ambas as partes.

O grupo de idosas mais incapacitadas e inactivas mantêm uma relação relativamente mais distante com o pessoal, não obstante a proximidade que os cuidados que recebem implica. São idosas, no seu conjunto, não problemáticas, com uma rotina inalterada há anos, que interagem pouco, seja entre si, seja com o pessoal. O grupo de idosas relativamente activas e mais alerta são o grupo mais heterógeneo de todos, e pontualmente mais conflituoso, quer entre si, quer com o pessoal, verificando-se, de tempos a tempos, uma queixa mútua, uma aproximação seguida de ruptura entre algum elemento do pessoal e uma das idosas, mas sem que o peso desta comunicação seja, ainda assim, muito grande. O grupo das idosas mais activas tem por seu turno uma comunicação intensa com o pessoal, ajuda-o em tarefas internas e privadas, obtendo um certo estatuto senão de favor, de destaque no conjunto dos seus pares. São também claramente as líderes de opinião do Lar, foram os elementos que nos facilitaram o acesso a um número mais vasto de idosas que à partida eram mais desconfiadas e pouco colaborantes. No geral são consideradas boas companheiras, amigas de fazer as vontades, quer por parte do pessoal quer

das outras idosas com quem, apesar de tudo, não convivem muito, uma vez que passam muito tempo fora do Lar ou nas zonas de serviços e menos nas salas-de-estar, durante as horas que medeiam entre as principais refeições e que constituiam o período que nós próprios passavamos lá.

O grupo das isoladas, como já se disse, não formam uma rede entre si, não interagindo de forma positiva nem com os elementos dos outros grupos nem com o pessoal. Passam dias em que não se observa qualquer troca entre estas idosas e os outros e as que se verificam são negativas: queixas e insinuações por parte de algumas para com as suas companheiras, o mutismo de outras, seja para com o pessoal seja com as outras idosas. Este grupo inclui pessoas muito diferentes, que vão desde uma, com ligeira perturbação mental e instabilidade de comportamento, passando por uma outra, assumidamente revoltada e amarga relativamente ao seu destino, até outras que se colocam à margem porque se assumem como superiores às companheiras mas que, numa leitura global, têm um comportamento não colaborante, negativo e de isolamento.

Cabe neste momento referir que a rede de apoio informal que nos foi dado observar assume características claras de prestação de serviços e não se baseia tanto na amizade e/ou solidariedade, uma vez que é paga. A ajuda prestada por uma idosa a outra com dificuldades de visão, por exemplo, faz parte de um contrato entre ambas, sujeito a determinados parâmetros e pago, ainda que a preços baixos mas claramente

estabelecidos entre elas. Note-se que não há propriamente recíprocidade na ajuda e ela baseia-se na capacidade de uma idosa versus a necessidade/incapacidade de outra. Seríamos incorrectos se não referíssemos algumas circunstância de solidariedade entre as idosas como por exemplo uma prática, mais ou menos corrente, de idosas que não bebem vinho, o pedirem, para depois o darem a alguma que goste um pouco mais de bebida, e outros gestos, sem carácter continuado, de entreajuda, principalmente vinda de elementos mais activos e sociáveis e desde que isso não implique obrigatoriedade sistemática.

Não procedemos a uma análise quantitativa das redes sociais de apoio informal exteriores à instituição, uma vez que verificámos que todo o apoio instrumental que estes idosos necessitavam, era dado pela instituição e, por outro lado, o apoio afectivo, quantificável em termos de visitas recebidas ou realizadas era de tal forma esporádico ou inexistente que a sua quantificação é impossível, se aceitarmos como princípio geral que a periodicidade contabilizada não exceda um mês. Apenas quatro das idosas do Monteiro dos Santos tinham visitas regulares de familiares.

Resumindo, as idosas do Monteiro dos Santos emitem 1) uma grande quantidade de comportamentos passivos (dormitar, olhar) e 2) comportamentos activos de vária ordem dentro dos quais distinguimos: a) o comportamento activo isolado, que neste lar se observa muito pouco (bordar, ler); b) o comportamento

activo conjunto, também pouco frequente (rezar, passear, jogar); c) o comportamento de colaboração formal com a rotina da instituição (pôr e levantar a mesa, fazer a cama); d) o comportamento de colaboração informal entre residentes (ajudar a levantar, fazer uma compra, coser um botão); e) o comportamento de colaboração informal com o pessoal (fazer um recado, costurar). A distribuição das idosas por estes diferentes tipos de comportamentos não é aleatória, havendo uma clara predominância de comportamentos passivos, no grupo das mais dependentes, enquanto os comportamentos activos se observam principalmente nos outros dois grupos de medianamente activas e activas, sendo que os comportamentos previstos em 2 d) e e), ou seja, os comportamentos activos de colaboração informal com os residentes e com o pessoal, se limita ao grupo restrito de idosas classificadas como activas.

8.2 As Histórias de Vida

Coleman (1986, p. 3), no seu livro sobre o envelhecimento e a reminiscência, afirma: "A reminescência pode ser útil para alguns mas não para outros. A experiência do envelhecimento não é uniforme". A sua ideia básica ao adoptar uma perspectiva de curso de vida é a de que para se compreender o ajustamento e satisfação de vida dos idosos é necessário conhecer as suas experiências passadas, uma vez que diferentes histórias de vida produzem diferentes expectativas e diferentes normas de comportamento. O resultado da revisão de vida nem sempre é

positivo e pode mesmo ser doloroso e desenvolver sentimentos depressivos e de culpabilidade crónicos, facto para o qual, embora encarando o problema de forma um pouco diferente, nós próprios já tinhamos chamado à atenção, na crítica à noção de revisão de vida de Erikson (1986) que resultaria em integridade versus desespero. Ainda que a reminiscência seja um processo habitualmente observado nos idosos, não é obrigatório nem determinante para o seu bem-estar. "Nem a tendência para recordar nem para não recordar o passado é provável que esteja associada com a moral. Quer a reminiscência quer a não reminiscência se podem exprimir positiva ou negativamente. A reminiscência pode ser uma actividade encorajante e/ou confortante mas também pode ser um processo preocupante e preturbador" (Coleman, 1986, p. 37).

Não valorizando a reminiscência como um processo adaptativo básico, considerámos que só é possível compreender o bem-estar subjectivo dos idosos em função da sua vida passada e do desenvolvimento dos seus próprios critérios de bem-estar, seja relativamente ao conforto físico, seja aos outros domínios da vida. Vamos fazer uma análise sumária dos conteúdos das entrevistas livres que fizemos a cada idosa do Monteiro dos Santos, focando apenas a sua história profissional e dois tipos de percursos de vida, o das solteiras e o das casadas.

8.2.1 Histórias de Vida das Idosas do "Monteiro dos Santos"

O grupo "Monteiro dos Santos" é constituído por uma maioria de mulheres solteiras (76%) e que nasceram fora do Porto (66%), sendo que aproximadamente 50% tiveram como única profissão o ser "criada de servir", ainda que a quase totalidade das restantes tenha trabalhado como empregada doméstica interna ou externa, por períodos mais ou menos longos das suas vidas.

O percurso destas velhas criadas de servir foi muito idêntico. Oriundas de famílias rurais numerosas, vieram servir para a cidade, quase sempre por intermédio dos donos das terras, quando eram apenas meninas de 8, 11 ou 14 anos, como muitas delas afirmaram. O trabalho do nascer ao pôr do Sol, a ausência de fins-de-semana ou férias, cedo fez com que perdessem o contacto com os familiares e gentes da sua terra.[1]. Cá pelo Porto tiveram companheiras com quem se encontravam, na padaria, na missa, ou davam uma volta na tarde de domingo. Depois, umas foram-se casando e as outras encontravam-se e saiam cada vez menos. "As amizades são coisas da juventude. Depois cada qual segue o seu caminho, umas casam-se, outras estão longe. Encontramo-nos na missa, diz-se qualquer coisa e despedimo-nos até à semana seguinte" disse uma das idosas. O seu mundo reduziu-se às pessoas da casa, criaram os filhos dos patrões "os meus meninos", de quem foram chegadas ou cúmplices

---

[1]Note-se que não utilizámos propositadamente a palavra amigos, uma vez que é um conceito pouco utilizado ou mesmo incompreendido pela população em estudo.

durante a infância e a adolescência. Progressivamente essa ligação foi-se desvanecendo, nuns casos, ou alterando qualitativamente noutros: os meninos passaram a ser os novos patrões, as velhas criadas fizeram parte da herança, ajudaram-nos a enterrar os pais e foram ficando, a criar a nova geração de meninos. Entretanto ficaram muito velhas, em vez de prestarem serviço tinham achaques que as obrigavam a recolher à cama e necessitar de cuidados. Aí as coisas precipitaram-se. Se não houve uma saída com ruptura, houve uma mudança directa para o Lar, onde os patrões tinham conseguido vaga.

Sem grande coisa de seu, para ali se transferiram, entregues ao seu destino. Nas cómodas destas mulheres ficam as fotos desactualizadas e amarelecidas pelos anos, por vezes representando a Primeira Comunhão, o casamento ou a passagem pela tropa, dos seus meninos. Falam deles com orgulho e familiariedade de quem contribui para os seus sucessos, desculpam ferozmente o esquecimento a que progressivamente são votadas. No início, ainda tinham uma ou outra visita entre os antigos patrões, depois foram escasseando, inventam-se desculpas várias para a falta de tempo, por vezes fala-se de ingratidão. Para muitas já não ficou sequer a mágua, para outras há ainda uma profunda revolta sobre como tudo se passou, mas elas próprias não vislumbram alternativa e depois até parecem preferir acabar com as visitas formais quando já não há mais nada a não ser memórias.

Algumas destas criadas de servir que trabalharam sempre para a

mesma família acabaram por saír em ruptura quando começaram a render pouco no trabalho, pediram a reforma ou para descontarem para a "Caixa", revindicações a que o 25 de Abril de 1974, não foi alheio. Por essa ocasião algumas tentaram mudar-se para um quarto alugado ou para casa de alguma conhecida, trabalhar em regime externo ou fazer trabalhos em renda para fora, mas as suas pensões rápidamente se provaram insuficientes. Quando partilhavam a habitação ou viviam de favor de alguém, a degradação das relações e a concomitante falta de dinheiro foi a causa próxima da entrada para o Lar. Quando estavam por sua conta, a insalubridade das instalações ou a sua demolição, aliada também à incapacidade financeira, precipitaram a institucionalização.

Um percurso ainda mais amargo parece ser o das que esgotaram a vida de casa em casa, sem criar laços, na procura de melhores condições. Ainda agora são estas as mulheres mais revindicativas, mais insatisfeitas, estabelecem poucas relações com as outras, respondem quando solicitadas "não desdenho, mas também não me ponho a falar (...)" ou falam alto para todas, sem se dirigirem a ninguém em particular, à espera que alguém responda (ou talvez não). Fecham-se e queixam-se da falta ou incapacidade de iniciativa das outras: "não há com quem conversar (...) umas ouvem mal, outras respondem ao lado, não se conseguem fazer entender (...) não dá para manter uma conversa (...)". Estas outras mulheres têm uma consciência aguda de terem sido exploradas toda a vida e quando já não rendiam mais nada jogadas fora, despejadas para o Lar.

Em qualquer das circunstâncias, o Lar em que estão não foi objecto de nenhum critério de escolha por parte das idosas e correspondeu apenas há existência de uma qualquer influência ou vaga, num mercado escasso. Quando ali chegam, algumas destas idosas sentem-se desadaptadas, estavam habituadas, segundo a sua própria expressão, "a lidar com outro tipo de gente (...) mais educada" e não gostam. Adoptam então uma atitude reservada, evitam falar com as outras, num misto de despeito e de vontade de evitar conflitos, depois "vão-se habituando".

As histórias de vida destas mulheres são pobres em acontecimentos, não houve lugar para grandes sofrimentos nem para grandes amores. Desde uma infância difícil com muitas faltas e muito trabalho, até uma existência morna, sem dificuldades básicas, mas muito vazia. Como que viveram as emoções dos outros, os seus sucessos e fracassos sem poderem fazer muito para alterar o curso das coisas. Por exemplo, quando lhes perguntámos da experiência da Segunda Grande Guerra, elas dizem não ter sentido grandemente os seus efeitos, protegidas que estavam por famílias ricas que conseguiam os bens no mercado negro, sem grande dificuldade. Verbalizam uma rotina que se prolongou durante anos, com pequenos conflitos no dia-a-dia, mas nenhuma recorda muito mais do que isso (porque não há mais a recordar, porque não querem recordar...?).

No conjunto das solteiras há ainda algumas que viveram sempre

em colégios de freiras, transitando de uns para outros conforme a idade avançava, os colégios fechavam ou por outras vicissitudes de percurso. Ali estavam ou porque eram orfãs ou porque os pais ou a mãe não tinha condição de as criarem. Estas viveram sempre assim em camaratas, realizando pequenos (?) trabalhos domésticos e de costura. Quase todas aprenderam a ler e a escrever, mas conhecem muito pouco da vida. Viveram sempre entre quatro paredes, protegidas do "mal do mundo", são pessoas inibidas e resignadas, numa aprendizagem de muitas décadas, incapazes de ser autónomas e independentes, que não esperam nada da vida, apenas que Deus as chama para a sua companhia. Quando se revoltam por momentos pela sua condição, rapidamente se arrependem ao comparar-se com outros que sofrem muito mais do que elas próprias e porque essa é a vontade divina e isso dá-lhes novas forças para continuar. Dizia-nos uma dessas senhoras, nos seus 93 anos, e que actualmente está quase cega, o que a impede de ler, coisa que ela muito apreciava: "por vezes eu revolto-me por estar assim (...) limitada a esta cadeira, sem saber nada, sem poder fazer nada, mas depois lembro-me dos que sofrem, têm dores (...) e peço perdão e agradeço a Deus o meu estado". Esta idosa contou-nos uma história linda, de quando mocinha, com uns 6 ou 7 anos, veio pela primeira vez ao Porto e foi com a mãe à Igreja dos Congregados assistir à missa e quando começou a ouvir a música que os meninos cantavam no coro da Igreja perguntou à mãe se ali era o Céu. Pouco tempo depois já tinha percebido que o Céu não era ali, nem mesmo por perto donde ela estava, mas mantem-no vivo dentro do seu coração, como a própria afirma.

Muito diferentes destas são as histórias de vida das viúvas, cheias de precalços e dramas, numa luta continua pelo pão, pelo amor do homem, pelo amor dos filhos. Muitas destas eram também do campo, vieram para cá e cá tiveram os seus filhos, algumas foram mães solteiras "enganadas" pelos homens que lhes "fizeram o mal", pouco depois de terem vindo para a grande cidade. Aí começou o drama, invariavelmente foram despedidas, poseram os filhos nas amas e continuaram a trabalhar. Uma delas conta como agora a filha a rejeita e a acusa de a ter abandonado, de nunca lhe ter ligado e conta com promenor o parto de um segundo filho, que ela própria realizou sózinha, de joelhos no chão, sobre uma manta, depois de ter mandado a mais velhita lá para fora brincar e como umas horas depois já lhe fazia "o comer" e tocava a vida para a frente. Outra nega ainda perante nós a filha que tem e a visita, para fugir ao estigma de mãe solteira. Outras não tiveram filhos, viveram com os companheiros até que estes morreram, ficaram depois na miséria, porque a legislação anterior ao 25 de Abril lhes recusava o direito de receberem as pensões dos companheiros. A vida passada está cheia de emoções, más recordações de rejeições sociais, mas também momentos felizes. Finalmente as que foram mulheres casadas, canseiras em casa, canseiras no emprego e os homens. A violência foi certamente uma das vertentes de muitos destes casamentos. Elas não gostam de falar disso. Sugerem o facto por meias palavras e nota-se que há uma dolorosa aceitação do que parece inevitável, no percurso das mulheres pobres. E depois eles já morreram, a

vida trouxe de tudo, o bom e o mau, estão cansadas não querem recordar, de resto isso já não importa mais.

Das desavenças recentes com as noras "azedas" e os genros "malandros e geniosos" é já mais fácil falar. Curiosamente agora dão-se melhor desde que elas estão no Lar, "cada macaco no seu galho", ali adquiriram sossego, livraram-se da malcriação dos netos, apoiada pelos filhos, readquiriram direitos e controlo, assumem a decisão da vinda para o Lar como sua. Uma delas recorda com saudade a sua aldeia, donde veio recentemente porque os filhos estavam todos no Porto a trabalhar. A essa falta-lhe chão, faltam-lhe as pessoas conhecidas, uma outra, com 87 anos, afirma seguramente que as pessoas não deviam viver tanto tempo, chegar a tanta idade e andar por cá, uma outra vive ainda os problemas de um filho doente. Todas passaram a experiência de quando ficaram viúvas irem viver para casa de um filho(a). A experiência não resultou, algumas limitam-se a alegar motivos do tipo falta de saúde dos filhos, genros ou noras, outras da falta de espaço na habitação, mas quase todas passaram por uma ruptura relacional grave que as levou até ali e, em quase todos os casos, a uma recuperação posterior das relações, agora tornadas mais fáceis pela distância.

Resumindo, os percursos mais habituais destas idosas foram os de raparigas do campo vindas para a cidade servir, tendo perdido a ligação com os familiares e amigos, que se mantiveram solteiras a viver na casa dos patrões, confrontadas

com uma velhice sem alternativas à institucionalização, com uma quase total ausência de meios de subsistência e de redes sociais de apoio, fazendo portanto uma mudança directa da casa dos patrões para o Lar ou com uma curta passagem por um quarto alugado, antes de entrarem para o Lar. O outro percurso é o das mulheres viúvas, de que as mães solteiras e as que viveram "amigadas" são apenas uma variante. Após a viuvez ou a reforma, se tinham filhos, viveram durante algum tempo na casa de um ou vários deles, que resultou em ruptura de relações e entrada para o Lar ou, no caso das que não tiveram filhos, sairam directamente das suas casas, que não tinham mais possibilidade de manter, para o Lar.

8.3 Casa de Lordelo: Alguns Elementos da sua História

A casa de Lordelo é um equipamento social destinado a idosos, com cinco tipos de valências: 1) residências para idosos; 2) uma unidade de cuidados especiais para situações críticas ou pós-traumáticas; 3) um centro de dia; 4) um centro de convívio e 5) apoio domiciliário.

O actual equipamento tem vindo a implantar-se numa estrutura previamente existente, que compreendia um conjunto de "casas dos pobres", com logradoiro comum, lançadas pela Conferência de S. Vicente de Paulo Feminina de Cristo Rei, há aproximadamente 40 anos, ocupando um edifício, construido para o efeito, situado na freguesia de Lordelo desta cidade.

Em 1972 a direcção da casa foi entregue a uma Assistente Social com funções técnicas e de direcção na Associação de S. Vicente de Paulo, que face ao estado de degradação física e moral em que se encontrava a casa, assumiu a tarefa de a reabilitar, tendo em conta, nomeadamente, as necessidades prementes da zona, em termos de equipamentos sociais. Em função dos resultados de um inquérito realizado, definiu-se como objectivo prioritário a organização de um serviço de apoio aos idosos, que viviam em situação muito carenciada. Assim, avançou-se para a concretização do apoio domiciliário com a retaguarda de serviços na Casa de Lordelo, que começou a criar instalações que tornassem esse apoio possível, pela realização de refeições e a prestação de serviços de enfermagem e médicos à população. Na medida do possível, e com a abertura e progresso das questões socias, permitida pelo 25 de Abril de 1974, foram deslocando algumas famílias ali residentes para casas em bairros de habitação social, que foram construídos nas imediações, e utilizando o espaço deixado vago para a realização de obras que permitiram instalar um Centro de Convívio para idosos e algumas valências, como por exemplo o cabeleireiro.

Esta estrutura tornou-se então no primeiro Centro de Convívio existente no Porto e não cessou, a partir de então, de progredir nos seus objectivos, datando ainda deste ano, a inauguração da unidade de cuidados especiais, que surgiu da necessidade de dar resposta ao envelhecimento progressivo da população aí residente e dos utentes externos dos serviços da

Casa de Lordelo.

O espaço físico actualmente ocupado por esta instituição compreende dois pisos, divididos em apartamentos individuais ou partilhados por um máximo de três pessoas, com casa de banho privativa e uma pequena área de cozinha e refeições, para além do respectivo quarto e uma sala-de-estar comum. Este tipo de residências com apoio, tem a capacidade para albergar entre 24 e 30 idosos.

No rés-do-chão estão instalados todos os serviços do Centro de Dia: recepção, cozinha, dispensa e refeitório, lavandaria, salas de estar e de actividades, cabeleireiro, bar, instalações sanitárias, auditório, gabinetes e salas de reuniões da Direcção, e Serviços de Saúde.

No presente, habitam nas Residências para Idosos da Casa de Lordelo 24 pessoas, dezoito mulheres e três casais. Estes residentes usofruem de habitação, o direito a uma limpeza semanal e um café com leite diário, servido ao fim do dia, na sala comum, reservada aos residentes, que se situa no último piso do edifício. Os idosos residentes têm a possibilidade de utilizar todos os serviços do Centro de Dia, como sejam limpezas, ajuda nas compras, refeições, lavandaria, banhos, enfermagem, actividades recriativas, entre outros, pelos quais pagam preços comparticipados, considerados razoáveis para o baixo rendimento económico desta população. Todos os idosos residentes contribuem com uma pequena mensalidade, acordada

directamente entre a direcção e cada um dos residentes, para despesas de manutenção do edifício. A água e a luz é paga pelos utentes, que dispõem de contadores individuais nas suas casas. Não há interferência, por parte da direcção, com as opções, hábitos ou rotina diária dos idosos, nem com o seu orçamento, não existindo qualquer tipo de dados relativos ao rendimento de cada um. Alguns dos residentes mantêm ainda alguma actividade remunerada no exterior, outros vivem apenas das suas pensões de reforma ou pensões sociais, não sendo no entanto cotizados, em nenhuma percentagem, sobre o seu eventual provento.

Há um residente responsável pelo conjunto doa apartamentos e áreas comuns, que tem como missão fechar a porta do edifício a partir das dez horas da noite, salvo aviso em contrário, distribuir a refeição ao fim do dia, e supervisar, de uma forma geral, o uso do telefone e das áreas comuns e, finalmente, dar a resposta possível a situações de crise que surjam, nomeadamente durante a noite e os fins-de-semana, uma vez que todos os serviços de apoio estão encerrados. Esta pessoa é a única a possuir a chave do edifício, a partir do momento em que a direcção decidiu, por questões de segurança colectiva, que as portas deviam permanecer fechadas durante a noite.

Vários dos residentes utilizam serviços do Centro de Dia, havendo outros que não utilizam nenhum e recebem apoio do exterior ou simplesmente de vizinhos, para cozinhar, lavar a

roupa ou ir às compras. Actualmente, elementos do corpo técnico estão a implementar um trabalho junto dos idosos, com reuniões periódicas, no sentido activar a vida da instituição em torno de objectivos comuns, facilitar a comunicação entre os residentes e resolver eventuais conflitos que vão surgindo.

A admissão de novos idosos não está sujeita a lista de espera e tende a dar resposta, quando é possível, a situações de dificuldades económicas e sociais, geralmente indicadas pelos serviços sociais da Câmara Municipal do Porto, tendo vindo a albergar, ultimamente, idosos que foram despejados, ou que habitavam casas em ruínas, nomeadamente no centro da cidade.

A evolução desta estrutura corresponde a um novo conceito de solidariedade social, que deixa para trás a caridade, a esmola e tenta dignificar a pessoa humana, atendendo às suas necessidades como direitos, e exigindo, por outro lado, que ela evolua para novas formas de convivência e integração social, tornando-se ela própria um ser solidário, com direitos e deveres. Mas isto é algo de novo para os próprios alvos da mudança, ser um mero recipiente da caridade alheia não dá qualquer espécie de garantia, mas também não exige qualquer esforço.

Muitos dos actuais residentes habitam a casa há mais de 20 anos e alguns estão mesmo nela desde a sua fundação, e assistiram às alterações que esta tem vindo a sofrer, ao longo destes 40 anos de existência. Nas entrevistas que fizemos a

cada idoso, podémos aperceber-nos de como era a vida nas casas dos pobres, quando não havia nenhum serviço ao seu dispor e apenas umas visitas periódicas, das senhoras que vinham trazer as esmolas, para o sustento daquelas dezenas de famílias pobres que partilhavam um espaço comum. Ali eram frequentes os conflitos, "barulhos" e insultos mútuos, fosse a propósito dos gatos da vizinha, fosse da própria vizinha. Local de pobres, vivendo muitos deles da mendicidade, o álcool e a prostituição eram frequentes. Alguns deles, com a saída dos filhos, que entretanto criaram, viram com amargura o espaço da sua casa ser agora reduzido, para que outra residência surgisse. A vida completamente independente, sucedeu-se uma certa institucionalização, sujeita a novas regras, que oferece serviços mas rouba alguma autonomia. Alguns queixaram-se da nova política administrativa, que integrou a sua casa num "lar": um edifício que albergava famílias é agora um edifício para velhos. Outros porém regozijam-se com o fim da confusão e das discussões entre vizinhos, e apreciam os serviços que usofruem.

Os que entraram mais recentemente têm na sua história de vida outras vivências, outros espaços, trazem consigo outras memórias do antigamente e já a sua actual leitura é diferente, afigura-se-lhes clara a diferença entre esta instituição e um lar tradicional, mas também estes geralmente não escolheram. Esta questão será ainda por muito tempo a pedra de toque dos equipamentos para idosos: aparecem quase todos no fim da linha, quando não há já qualquer escolha ou alternativa e isso

nunca pode ser bom. Mesmo assim perguntámo-nos: será que este ambiente cativa as pessoas e permite que elas se adaptem e se sintam bem? Será que esta forma de institucionalização é a resposta mais adequada para garantir o bem-estar destes idosos?

A esta instituição chamamos "Residências para Idosos" à semelhança dos "Residential Care" dos EUA, para a diferenciar dos Lares tradicionais. A escolha da Casa de Lordelo para o desenvolvimento do nosso trabalho deveu-se, como afirmámos na introdução, exclusivamente ao facto de ela constituir um exemplo, ainda único na região, de uma estrutura que, pelas suas dimensões e característica, se situa a um nível de cuidados intermédios entre a permanência do idoso na comunidade, e o seu afastamento para instituições do tipo lar, com todas as consequências psico-sociais que abordaremos ao longo deste trabalho.

8.3.1 A Rotina, os Idosos, e o seu Relacionamento

Ao nos referirmos a pessoas que se encarregam, ainda que com diferentes graus de eficácia, de praticamente todas as acções necessárias ao seu quotidiano, como seja fazer a sua higiene pessoal, tratar da sua casa, compras, alimentação, vestuário, contas e tudo o que faz parte da existência autónoma das pessoas, a classificação com base na actividade/inactividade dos idosos, como fizemos relativamente ao Lar do Monteiro dos

Santos, nao é pretinente. Neste cenário interessa-nos a diferenciação das pessoas em função da sua participação ou não na vida colectiva do Centro.

Não obstante, praticamente todos os residentes participarem de quando em vez em actividades da instituição, os idosos residentes aqui podem dividir-se essencialmente em três grupos: os que utilizam os serviços do Centro de Dia e participam activamente na vida da instituição (7 - 33%), os que se servem de alguns serviços, como refeições ou actividades socio-recriativas esporádicas (8 - 38%) e os que raramente ou nunca utilizam qualquer serviço, nem colaboram nas actividades desenvolvidas (6 - 28%), seja a nível mais restrito dos residentes, seja a nível mais alargado do Centro de Dia (excepto, por exemplo, o almoço de Natal).

Já sugerimos as diferenças de atitude dos residentes que permanecem ali desde o tempo em que lhes foi atribuída, pela Conferência de S. Vicente de Paulo, uma das "casas dos pobres" e que para ali foram, não por serem idosos ou inválidos (que nem seria o caso) mas por serem pobres, e dos que ultimamente entram para um estabelecimento que fornece residência e apoio a idosos, com capacidades funcionais. Essas diferenças referem-se não só às opiniões que emitem, comparando o antes e o depois, que de resto de uma forma geral são claramente favoráveis à actual direcção e objectivos, mas também à sua adesão às actividades e mudanças, e à utilização de serviços à sua disposição. Daí que a grande clivagem entre os residentes

se faça com base no tempo de residência, sendo o grupo mais antigo o que menos participa na vida colectiva e o grupo mais recente o mais colaborante, activo, e que utiliza mais serviços do Centro de Dia. O relacionamento entre os elementos, embora tenha um pouco a ver com extractos de antiguidade, baseia-se sobretudo na proximidade física e numa rede de entreajuda mais ou menos bidireccional, conforme as capacidades respectivas dos intervenientes. Quanto mais disfuncionais menor a reciprocidade relacional observada, mas maior a quantidade de ajuda recebida.

De qualquer forma, e não obstante se verificarem conflitos entre alguns elementos, a solidariedade é uma atitude vital. Com os serviços do Centro de Dia encerrados no fim-de-semana e durante algum tempo nas férias, e as sempre longas noites dos idosos, sem nenhum pessoal técnico por perto, o medo, ainda que mais ou menos vago destes idosos é uma constante: "se me dá alguma coisa (...) se tenho que ir à casa de banho de noite e caio (...)" são frase repetidas inúmeras vezes por todos os idosos com quem conversámos, mesmo os casados, que anticipam a altura em que não podem já acudir ao marido ou mulher, geralmente seguidas de exemplos vários, reais ou fantasiados, do seu conhecimento, de idosos encontrados mortos vários dias após a sua morte, a cheirarem mal, ou que se teriam salvo, se alguém os tivesse socorrido atempadamente. Este pavor muito real da solidão, claramente associada à noção de morte, que se manifestava no Lar pela preferência do dormitório, onde passa a veleira de noite, sempre na procura de auxílio vertical,

operacionaliza-se aqui numa entreajuda transversal muito evidente, em que todos acreditam em qualquer dos outros para lhes prestar auxílio, em situação de necessidade. A responsabilidade em ajudar o próximo é assumida pessoalmente e não delegada num superior, que tem a responsabilidade e o dever de prestar auxílio, como se verifica no Lar.

A política institucional, por seu turno, fomenta a formação destas redes sociais de apoio informal, imprescindíveis neste esquema organizativo, que prevê a autonomia e independência dos indivíduos. A vida de muitos daqueles idosos passa pela existência da vizinha que lhes vai aos recados, ou do vizinho que lhes conserta a fechadura, independentemente dos funcionários da casa.

Mesmo nas casas em que a cozinha é partilhada por três pessoas, a economia doméstica é separada e eventualmente há mais lugar para os pequenos conflitos. Não verificámos contudo, situações graves, nem pedidos de intervenção superior para os resolver, ainda que pontualmente houvessem acusações de roubos, de qualquer alimento ou vestuário, que nos suscitavam sempre a dúvida se se explicavam num contexto de pobreza e luta pela sobrevivência, de psicopatologia, num misto das duas coisas, no imaginário ou na realidade de cada um. A direcção da Casa de Lordelo, conforme as suas disponibilidades, vai privatizando todas as instalações básicas, como a casa de banho e a cozinha, uma vez que os quartos são todos individuais, o que tem contribuído para a

diminuição da conflitualidade. Mas, mesmo nas situações em que permanece alguma partilha, a vida corre solidária e observámos frequentemente as vizinhas à soleira das portas e nos pátios, a conversarem, no intervalo das lides de casa. Quase todos os idosos frequentam a sala comum aos residentes, onde tomam o leite e pão da ceia, em conjunto, enquanto seguem atentamente a telenovela brasileira do momento.

A ideia inicial de fazer uma sociometria, rapidamente foi abandonada quando nos integramos neste cenário. Se é certo que os residentes têm as suas preferências mútuas, a sua relutância em as publicitar, em ambiente tão fechado como aquele, foi uma constante. Uma ou outra rejeição de um residente, foi facilmente assumida e diríamos, à posteriori, quase consensual, mas em contrapartida, as escolhas hierarquizadas foram claramente recusadas, tacticamente, pelo que resolvemos não insistir.

Estes idosos recebem o apoio instrumental do Centro de Dia e, pontualmente, dos seus vizinhos com melhor nível funcional. Os contactos com o exterior eram evidentes e regulares, principalmente aos domingos, devido à ausência de serviços do Centro, 68% dos idosos afirmaram ter contactos semanais com a família e 18% desses também com amigos exteriores ao Centro. Havia 32% de pessoas que referiram não ter qualquer contacto regular com familiares ou amigos.

Apenas 13% dos residentes manifestaram alguma insatisfação com

a residência e igual precentagem, não incluindo as mesmas pessoas excepto uma, referiram desagrado pelo ambiente humano da instituição. Deste último grupo duas pessoas (9%) consideraram haver muitos conflitos entre os residentes.

Numa observação-participante optámos por valorizar a rede de apoio informal e observar discretamente as amizades entre algumas pessoas, que passavam de facto mais tempo juntas e mantinham lugares próximos na sala-de-estar e nas refeições colectivas e integravam, ou não, as actividades propostas pela instituição, em bloco. A solidariedade observada ultrapassava de qualquer forma em muito estas amizades, estendendo-se a elementos mais isolados e/ou dependentes, numa teia relacional complexa, muito idêntica a um sistema de vizinhança no sentido que lhe é dado por Festinger et al. (1950) ao falarem dos "determinantes ecológicos da estrutura grupal" para designar a variação da intensidade das ligações afectivas em função da distância inter-residencial. Note-se que no Lar não observamos nenhum fenómeno semelhante e, antes pelo contrário, a excessiva proximidade física entre os elementos, determinava, em grande medida, o afastamento relacional. Neste último caso, as reduzidas dimensões do território primário, alteram a relação dos indivíduos com o espaço, e também dos indivíduos entre si, a acreditarmos numa determinante física arquitectónica para o estabelecimento destas relações, como sugere Soczka (1988, p. 323), citando os trabalhos de Merton (1951), ao afirmar que "a proximidade residencial influi na constituição das redes sociais, sobretudo nos edifícios com

acesso a pátios comuns; efeito não perceptível, aliás, para os residentes, que procedem a atribuições de carácter subjectivo para a explicação das suas preferências afectivas". Os trabalhos realizados por este mesmo autor e colaboradores, em bairros da cidade de Lisboa, permitiram chegar à conclusão de que a proximidade de vizinhança dita as relações quotidianas e fundamenta as estratégias de suporte económico, afectivo e de serviços (Soczka, 1988).

8.3.2 Histórias de Vida dos Idosos da "Casa de Lordelo"

Nestas residências para idosos a população é diversificada, apenas 29% são solteiras, 38% são casados e 33% são viúvas, sendo aproximadamente metade dos residentes oriundos do campo. No conjunto das solteiras, umas foram empregadas de fábrica ou foram simplesmente domésticas e apenas três foram criadas de servir internas, durante a maior parte da sua vida. Mesmo no grupo das criadas de servir, as suas histórias são diferentes das do Lar "Monteiro dos Santos", uma vez que serviram em casas menos abastadas, mudaram mais de patrões e todas nos falaram de um sonho que tinham desde meninas, que era chegar a ter a sua casinha, o seu espaço, as suas coisas. E realizaram o seu sonho, senão totalmente, pelo menos em parte. Algumas, nos seus 80 anos, sonham ainda com uma casinha melhor.

Os diferentes percursos de vida deste grupo de idosos, têm em

comum, quase todos, uma infância de miséria e frio. Uma velha mulher contava-nos que quando ia descalça com as cabras para o monte, no Inverno, andava sempre a ver quando as cabras urinavam, para pôr os pés debaixo da urina e os aquecer um pouco. Há falta de pão, comia com os irmãos, o tutano da palha do gado e chora ao contar a morte dos pais, na mais completa miséria.

Enquanto a maior parte das idosas do Lar "Monteiro dos Santos" prolongaram a sua situação até à ruptura, nestas outras, surge frequentemente a noção de reforma, de ser tempo de deixar de trabalhar por conta de outros, de encontrar outro rumo para a sua vida, de cumprir finalmente um pouco do seu sonho, a tempo de o viver.

A vinda para a Casa de Lordelo não é encarada como uma desistência, de quem se aproxima do fim, mas como um acontecimento importante, de quem vai começar a viver uma vida nova, mais positiva. Uma das idosas solteiras passou directamente da casa dos patrões para a sua casa, como ela gosta de frisar, e uma outra, que vivia de rendimentos, num quarto alugado no centro da cidade, mudou para ali na sequência de ter sido despejada. Todas as outras viveram com irmãos ou sobrinhos, por um período mais ou menos longo de tempo. Em todos os casos, à semelhança do que já tinhamos constatado nas histórias de vida de idosas do Lar "Monteiro dos Santos", a degradação das relações antecedeu a procura de casa para morar de forma independente.

Relativamente às viúvas, os percursos foram também variados, quase todas trabalharam durante algum tempo das suas vidas quer como empregadas fabris, quer como empregadas domésticas, aos dias, e apenas uma não teve filhos. A violência no casamento foi referida por três delas, tendo duas outras sido abandonadas pelos maridos. Todas referiram a luta que tiveram que travar no dia-a-dia para criar os filhos, tarefa em que nem todas foram bem sucedidas, uma vez que alguns constituem ainda hoje a maior preocupação destas velhas mães, que os vêm a pedir, a viver em bairros de lata e coisas semelhantes, e retiram da sua parca reforma, um dinheirinho que lhes dão às escondidas dos respectivos genros ou noras.

Também algumas destas mulheres viveram, após terem ficado viúvas, com irmãos ou filhos, antes de encontrarem esta solução. Uma separou-se do marido, já na sua sexta década de vida e entre trabalhar como dama de companhia e entrar para a Casa de Lordelo viveu com uma irmã, outra, na sequência de um divórcio sem filhos, recorreu também à casa de uma irmã, outra ainda, quando ficou viúva, foi viver com uma filha, um genro que veio "gasiado" da guerra de Africa e netos maldosos. Sempre a ruptura de relações esteve na origem da procura de novas soluções. As restantes viúvas tiveram uma passagem menos dramática para esta casa, uma vez que uma delas é viúva desde muito nova e já ali viveu com o pai e a madrasta desde há 30 anos, o mesmo acontecendo com uma outra, a quem o marido abandonou com os três filhos que ali teve guarida, desde a data da fundação da casa. Outra das viúvas, aqui residente,

foi também desalojada do seu quarto alugado na baixa portuense e para aqui se mudou.

Dos três casais, apenas um tem filhos e foi ali colocado na sequência de um despejo. Para este casal que deixou a sua rede de apoio familiar no outro extremo da cidade, o objectivo é voltar para perto dos seus, coisa que estão em vias de conseguir, não fomentando, por isso, nenhum relacionamento significativo neste local. Mesmo as compras mais banais como o pão, fazem-nas "para os seus lados" onde reputam tudo de muito melhor. Um dos outros dois casais viu a sua casa alugada degradar-se progressivamente até ficar perigosa e inabitável, tendo sido para ali encaminhado pelos Serviços Sociais da Câmara Municipal do Porto, enquanto o outro viveu quase toda a sua vida em Moçambique, regressando em condições precárias em 1981 e permanecendo alojado, por favor, até recentemente ser colocado na Casa de Lordelo, onde mantêm uma vida social muito activa e colaborante. Os três homens casados aqui referidos foram trabalhadores, um cobrador, um carpinteiro e um outro escriturário e as respectivas esposas, uma cozinheira e as duas outras domésticas.

Todas estas pessoas vivem actualmente de pensões de reforma ou de sobrevivência muito reduzidas, que atingem no máximo metade do salário mínimo nacional, inviabilizando qualquer alternativa de escolha, em termos de cenários, para a sua velhice. Muitas delas, não se aperceberam suficientemente das hipotéticas vantagens da situação residencial em que se

encontram que, em nossa opinião, fica bem patente nos seus baixos índices de depressão e elevada satisfação de vida, como veremos posteriormente. Por vezes surge a queixa da ausência de serviços do Centro de Dia durante o fim-de-semana, outras vezes, de haver demasiada interferência no que deviam ser vidas completamente independentes. O primeiro tipo de preocupação provêm dos indivíduos com mais dificuldades funcionais, que utilizam mais os serviços do Centro de Dia e estão a residir ali há menos anos. O outro tipo de queixas, provêm mais dos residentes mais antigos que não utilizam os actuais serviços e que por vezes encaram mal as medidas que consideram de transformação das suas residências, num Lar como os outros.

Resumindo, os percursos de vida dos idosos actualmente residentes na Casa de Lordelo são muito diversificados, embora passem todos por duas vertentes essenciais, uma relativa ao desejo/necessidade de manter tanto quanto possível uma vida independente, incompatível com a institucionalização e as dificuldades económicas que impedem o acesso à habitação. Toda a vida destes idosos, mesmo a das mulheres solteiras, se orientou para a autonomia. O facto de terem integrado o mundo do trabalho industrial e no caso das mulheres que casaram, terem, além disso, vivido a luta diária de ganhar o sustento dos filhos, serão alguns dos aspectos determinantes de outras necessidades, incongruentes com a vida num Lar. Apesar do seu diminuto poder de escolha, quase todos estes idosos lutaram mais para encontrar uma solução satisfatória para a sua

situaçao. Como já afirmámos, mesmo as solteiras nos confessaram ser muito antigo o seu desejo de virem a ter uma casa sua. Essa preocupação nunca nos surgiu nas solteiras do Lar "Monteiro dos Santos", onde algumas afirmaram mesmo que a solução de arranjarem uma casa nunca foi encarada, uma vez que elas nem possuiam sequer mobília e que de qualquer forma já seria demasiado tarde para o fazer. Quando se encara a vida como já sendo demasiado tarde, está-se a desistir de viver.

9 IDOSOS A RESIDIR NA COMUNIDADE

9.1 Das Ilhas à Habitação Social

O grande desenvolvimento industrial da cidade do Porto no século XIX, provocou um grande afluxo de população, agravando o problema do alojamento. Afirmava Ricardo Jorge em 1899: "O Porto é cada vez mais insalubre, não tem nem água nem esgotos, os dois elementos indispensáveis à limpeza (...) O hospital é um antro infecto (...) As classes pobres vegetam enfiadas nos alvéolos húmidos e tenebrosos, sem ar e sem luz, abandonadas à vergonhosa especulação que as explora, sordidamente, através da miserável edificação das ilhas; há um longo tecido de misérias, de vergonhas, de males e incúrias a enumerar".

No seu livro "O Alojamento Social sob o Fascismo" Gros (1982) cita uma série de textos dos finais do século XIX, princípios do século XX com descrições promenorizadas sobre as ilhas na cidade do Porto, que atingiriam, por essa altura, o número de 1 048 num total de 11 129 casas. A preocupação dominante dos vários estudos citados era essencialmente higiénica, uma vez que nesses locais a taxa de mortalidade era elevadíssima, nomeadamente devido à tuberculose. Num inquérito de 1914 de António Gomes Ferreira Lemos, citado por Gros (1982, p.71), refere-se que "as ilhas são edificadas em fiada no terreno que no Porto é destinado a uma ou duas casas. Desse terreno pouco fica livre, pois o engenho do proprietário constitui em cobrir

quanto possível de construções o espaço de que dispunha, de modo que entre as casas que estão dispostas em duas filas e entre as casas e o terreno vizinho, quando fazem só uma fila, apenas ficam vielas (com cerca de 1 metro de largura) para entrada dos habitantes (...) Com o chão irregular, a água que vem dos telhados sem tubos de queda empoça; nalgumas das ilhas, apesar de não ter chovido há tempo, havia ainda pequenas poças de água sujíssima por todo o género de detritos. A limpeza é em geral desconhecida (...) A inquinação do solo e da atmosfera é consideravelmente aumentada pelo estado dos galinheiros, latrinas e despejadouros (...) O lixo doméstico quando não é simplesmente atirado em grande parte para a rua, é lançado nestas latrinas (...) a imundice repugnante é a regra geral (...) Quase sempre as casas são de rés-do-chão, com paredes de pedra mal rebocada e telhados de telha velha e janelas de vidros partidos, tudo mal cuidado e sujo (...) é nestes casebres de reduzidíssimas dimensões (cerca de 10 ou 16 m2 de solo), que vivem famílias inteiras, numa acomulação e promiscuidade espantosa".

Pensámos que estes breves apontamentos, já nos dão uma ideia do tipo de cenário de uma ilha donde, como veremos posteriormente, vieram a grande maioria, senão a totalidade, dos actuais residentes nos bairros camarários que estão a receber apoio domiciliário. Quase todo este grupo de idosos, que nós designámos genericamente por "Apoio Domiciliário", habitam o Bairro do Carriçal, um dos mais antigos da cidade do Porto, construído em 1959, de que nos vamos ocupar

seguidamente.

9.2 Breve Descrição do Bairro do Carriçal

O Bairro do Carriçal é constitudo por uma população envelhecida, cujos filhos, muitos deles, vivem no Bairro de S.Tomé, mesmo ao lado, com apenas 15 anos, ocupado, na sua grande maioria por assalto, por ocasião do 25 de Abril de 1974, altura em que estava a acabar de ser construido.

Os seus 11 blocos são de três ou quatro pisos, com entrada comum a 8 habitações, servidas por uma galeria de distribuição, sendo apenas dois dos blocos tipo esquerdo direito, com caixa de escadas. A cor do bairro é cinzenta clara e a circundar os blocos existe algum espaço verde com árvores, destacando-se nas suas imediações um grande depósito de água. O equipamento social existente no bairro, consta de um Campo de Jogos, um Ringue, um Parque Infantil, um Jardim Infantil e Creche em edifício próprio, um espaço destinado a Actividades dos Tempos Livres, para crianças em idade escolar, partilhado pelo Serviço de Apoio Domiciliário e, mais recentemente, um Projecto de Intervenção de Luta Contra a Pobreza, junto da comunidade juvenil, que também aí se reune, num rés-do-chão de um dos blocos, cedido pela Câmara Municipal do Porto para esse fim. Parte deste equipamento é camarário e o restante (a Creche e Infantário, o ATL e o Apoio Domiciliário) são de uma Instituição de Solidariedade Social,

a Obra Diocesana de Promoção Social, que tem o Apoio da Segurança Social e da Câmara Municipal do Porto.

Este bairro está implantado numa zona que até à bem pouco tempo era rural, sendo no presente, predominantemente residencial. É uma zona bem servida de transportes públicos e dos mais diversos serviços, nas imediações do maior Hospital do Norte do país e de Escolas de vários graus de ensino. Tem um clube recriativo "As Estrelas do Carriçal", uma cooperativa de produtos alimentares, para além de pequenos comércios de todo o género bens, e ainda vendas ambulantes de peixe etc. No seu conjunto, este bairro, tem um aspecto que poderíamos classificar de relativamente simpático e limpo, não obstante os espaços verdes e equipamentos estarem degradados. O trânsito automóvel é escasso e o movimento de pessoas é calmo. Vêm-se circular mulheres de meia idade ou idosas, em chinelos ou pantufas, vestidas com bata e carregando sacos de compras, alguns jovens e outras tantas crianças. Podem-se ver algumas galinhas à solta, junto aos prédios e são inúmeros os atalhos entre os blocos, criados pelo uso, a jeito dos residentes. Por vezes alguém passa na rua e troca alguns cumprimentos ou estabelece curtas conversas com gente que está nas "varandas" (galeria de distribuição) dos andares, de onde pendem imensos estendais de roupa, de resto, nada mais de saliente nos foi dado observar, durante um mês e meio de visitas diárias ao bairro.

As casas são tipo um, dois ou três, com uma sala que é

simultaneamente o hall, a sala de jantar, a sala de estar e a cozinha, donde partem as portas para os outros compartimentos. A particularidade destas casas de habitação social mais antigas é, além da sua dimensão reduzida, o terem uma sanita, separada da pia multi-usos, que seria simultaneamente para lavar a roupa e tomar banho, tendo por isso uma altura duplamente inconveniente. Esta pia é alta demais para fazer os idosos subirem para ela, para tomarem banho, e baixa demais para ser utilizada como tanque de lavar roupa. Note-se que muitas das casas que visitámos estão já substancialmente alteradas e este é um dos elementos que mais frequentemente desapareceu. Muitas delas não têm ainda qualquer sistema de aquecimento da água, o que é mais um dos elementos que dificulta a assistência na higiene dos idosos.

A delimitação do espaço público e privado não é muito clara e a casa, como espaço privado fechado, onde se esperam determinados comportamentos diferentes dos tidos na rua, enquanto espaço público, não se verifica para os habitantes dos bairros. Há uma apropriação do espaço secundário pelos moradores destes bairros. As portas permanecem frequentemente abertas, nestas galerias de distribuição, é vulgar ver as pessoas em roupão e chinelos, a estenderem roupa, atenderem o carteiro no rés-do-chão, a fazerem mesmo pequenas compras nas lojas da vizinhança.

Apercebemo-nos de que a própria arquitectura dos blocos facilitava mais ou menos a comunicação entre os residentes. Os

idosos dos blocos com caixa de escadas e direito/esquerdo explicavam (queixavam-se), frequentemente, que não falavam com ninguém porque as portas se fechavam e não havia mais encontro com os vizinhos, ao contrário do que se passava em blocos com galeria de distribuição, em que esta era partilhada por uma série de habitações. Estas galerias funcionam simultaneamente como logradouro, utilizado como prolongamento da casa, para as crianças brincarem, para estender a roupa ou ter plantas, sem deixar de ser acesso obrigatório a outras casas. É frequente vermos estas galerias de distribuição com cancelas, delimitando o espaço de que cada residente se apropriou. O facto é que este tipo de arquitectura facilita a comunicação entre os residentes, mesmo que seja uma comunicação negativa.

Os residentes do bairro viviam em ilhas, dispersas pelo centro da cidade. Todos falam da falta de espaço, da existência de ratos e do frio que passavam, mas falam também das suas amizades, dizem que as pessoas "eram chegadas" na ilha, ao contrário do que se passa no bairro. Como vieram ilhas inteiras para o mesmo bairro, ainda agora as amigas se contam entre as antigas vizinhas da ilha. Os blocos adquiriram aqui uma personalidade própria, são muitas vezes chamados pelo nome das antigas ruas donde vieram a maior parte do seus habitantes. Esta denominação tem habitualmente uma conotação negativa, alusiva a locais considerados menos recomendáveis da cidade do Porto, por exemplo o bloco um e dois eram chamados, respectivamente, a Rua Escura e a Bainharia, ruas da Sé, conhecidas como zonas de prostituição e desordens. Este

estereótipo foi-se desvanecendo, mas todos os idosos falam ainda deste estigma que pesava sobre o bairro. A vivência era, segundo eles próprios, de muitos "barulhos" e confusões, e os fiscais da câmara intervinham com frequência para restabelecer a ordem.

Com o 25 de Abril de 1974 acabaram os fiscais dos bairros, que deixaram más recordações junto dos residentes. Estes falaram da prepotência dos fiscais e de serem vítimas de extorsões abusivas de dinheiro, por alegadas multas e sob a ameaça, por vezes cumprida, de despejo ou transferência para outros bairros com estigmas piores, como o dos condenados, o tarrafal, nomes alusivos à marginalidade que os habitava. Aparentemente os barulhos, pelo menos neste bairro, foram diminuindo de frequência e os problemas que surgem entre vizinhos não adquirem habitualmente a amplitude e dimensão pública de outrora. Evitam-se cautelosamante as amizades com as vizinhas mais próximas, e apercebemo-nos de que as amizades mais estreitas com os vizinhos da porta tiveram muitas vezes fins abruptos, transformando-os nos maiores inimigos. A atitude geral é defensiva, pelo menos em termos de discurso. Surgem críticas manifestas à intrumissão e coscuvilhice da vizinhança e reservam-se para si atitudes de grande discrição. É frequente dizerem que se metem em sua casinha, não sabem nem dizem nada, é bom dia boa tarde e mais nada.

9.2.1 O Apoio Domiciliário

O Apoio Domiciliário prestado a Idosos destina-se a indivíduos de fracos recursos económicos, com mais de 60 anos. Tem as valências de limpeza, tratamento de roupas, higiene pessoal e refeições, para além de promover periodicamente actividades socio/ recriativas e passeios. Os serviços são assegurados por uma equipa de 4 funcionárias a tempo inteiro, uma das quais com o curso de Ajudante de Formação Familiar, uma outra a meio tempo, coordenadas por uma Assistente Social. A instituição de rectaguarda situa-se, como já se referiu, num dos blocos do bairro, tem umas instalações exíguas e o equipamento limita-se a uma máquina de lavar a roupa, duas máquinas de secar e uma de passar a ferro. As refeições são confeccionadas no Jardim Infantil e entregues à mão, nos diferentes domicílios. Actualmente têm 4 idosos que necessitam de apoio máximo, uma vez que estão praticamente acamados, o que exige duas funcionárias em simultâneo a cuidarem deles, mais do que uma vez por dia. Uma das idosas que tem apoio é totalmente dependente, uma vez que tem uma debilidade profunda e é incontinente, exigindo mudança diária da roupa pessoal e de cama, para além da realização de todos os cuidados pessoais e rotinas diárias. No presente, é dado apoio a 67 idosos, 11 dos quais só participam nas actividades socio-recriativas, 80% são mulheres, 66% viúvas ou solteiras e 13% casadas, 20% dos restantes utentes são homens dos quais 13% vivem com a respectiva mulher e apenas 7% são viúvos ou solteiros. Dos 46 que utilizam os Serviços de Apoio Domiciliário propriamente

ditos 34.8% só têm limpeza, 10.9% só têm o tratamento de roupas, 2.8% só têm o serviço de refeições, 26.1% têm os serviços de limpeza e tratamento de roupas, 4.3% têm os serviços de limpeza e de refeições, 2.1% têm os serviços de cuidados de higiene pessoal e refeições, 10.9% têm os serviços de limpeza, de tratamento de roupas e refeições e 8.7% têm os serviços de limpeza, de tratamento de roupas, de refeições e de cuidados de higiene pessoal. Estes dois últimos grupos correspondem aos idosos com um nível elevado de depêndencia, sendo que os primeiros conseguem ainda fazer a sua higiene pessoal e os últimos correspondem a indivíduos totalmente dependentes, numa percentagem de 19.6% do total de idosos a que o Centro Social do Carriçal dá apoio.

Como analisaremos de seguida, muitos destes idosos não têm familiares ou não os têm por perto e/ou disponíveis para prestar ajuda e têm graves limitações económicas, uma vez que as suas pensões ou reformas se situam entre os 13 e os 20 mil escudos, tendo que suportar ainda o pagamento da renda da casa, da luz e água e ainda as avultadas contas da farmácia, para além da sua alimentação e vestuário. Os preços dos serviços prestados pelo Centro Social do Carriçal variam em função dos rendimentos auferidos por cada um. O serviço prestado a cada um dos idosos tende a aumentar progressivamente conforme o seu estado de saúde e/ou isolamento se agrava, e verificamos que dos dez que morreram no decurso do último ano, 60% tinha já o apoio total do Centro que inclusivamente foi o responsável pela realização do

próprio funeral. Relativamente aos restantes falecidos tal não acontecia, uma vez que eram casados e os respectivos cônjuges asseguravam parte das tarefas necessárias.

As funcionárias do Apoio Domiciliário são contratadas preferencialmente entre residentes no bairro, o que facilita uma colaboração mais estreita entre as redes formais e informais de apoio e eventualmente o servirem de recurso, em caso de emergência, em horas ou dias em que não estão ao serviço. Não obstante isso, foi saliente, ao longo das entrevistas, a preocupação dos idosos relativamente à inexistência de serviços de apoio, nomeadamente de refeições, durante o fim-de-semana, o que implicava que os idosos tivessem um serviço paralelo, que lhes assegurasse a sobrevivência durante esse período de tempo. Na generalidade dos casos, esses serviços durante os fins de semana, são levados a cabo por vizinhas, mais ou menos contratadas e pagas para o efeito.

A importância chave que as apoiantes domiciliárias assumem junto dos idosos, frequentemente constituindo a única ponte existente entre eles e o mundo externo, consideradas pelos idosos a quem prestam apoio, como as pessoas mais amigas e de confiança da sua teia relacional, faz com que consideremos que a sua selecção, formação e acompanhamento sejam de importância capital, na qualidade do serviço de apoio domiciliário prestado. Tornou-se muito claro, a partir dos discursos dos idosos, que se o apoio instrumental era importante, a atenção,

o carinho, o simples convívio com alguém que aparece previsívelmente à hora certa, não o eram menos, para colmatar um pouco uma solidão mortífera que os consome durante dias intermináveis.

9.2.2 Os Idosos que Habitam o Bairro do Carriçal

O pavor de morrer é ampliado pelo pavor de morrer só, de ser encontrado morto dois ou três dias após a morte ter ocorrido, com alusão à decomposição corporal e ao abandono, como se de animais se tratassem, eram fantasmas frequentes do seu discurso. Confinados ao seu espaço, que percorrem com muita dificuldade, até acamarem definitivamente, não têm futuro e o dia-a-dia é difícil, mergulhados entre o peso de um passado de miséria e fome e um futuro inevitável, sem esperança. Estes idosos, perdidos no tempo, vivem entre o medo e o desejo da morte que se avizinha, por vezes demasiado lentamente, por vezes demasiado depressa. Poucos dos com quem conversamos estavam calmos e em paz, senão com o mundo, consigo próprios.

Alguns tinham, de facto, finalmente atingido o equilíbrio, mesmo a felicidade, agora que tinham acabado os espancamentos dos maridos, que viam os filhos criados e a viverem bem, que tinham casa e algum conforto material, que nunca tinham tido, e alguma saúde para aproveitar o tempo que resta. Mas a maior parte não, este estado era demasiado efémero, logo logo a

doença incapacitante, o marido que agora parava em casa e era finalmente um companheiro amigo, acamava e morria, os filhos brigavam e afastavam-se, o café como que se alonjava e as pernas não conseguiam mais chegar até lá. Acabava o galão e a torrada, restava a cevada feita a custo, e engolida com gestos cada vez menos precisos, escura como a solidão.

A solução apontada invariavelmente como ideal: ter uma filha(o) que fosse viver com eles, olhasse por eles, poucas vezes resulta. Os interesses económicos, nomeadamente no que respeita ao garantir o acesso à habitação, ensaiada por filhos ou ainda com mais frequência por netos, que casam e vão viver para casa dos avós, dificilmente resulta. Afinal os custos de olhar por um idoso são mais elevados do que o previsto, eles demoram a morrer, são aborrecidos e rapidamente se instala um inferno relacional que assume carácter brutal ou se mantem a nível de uma desgastante "guerra fria" e muitas vezes acaba na ruptura ou pior, perdura em maltratos que são insuspeitáveis e permanecem obscuros, o mais possível, para nosso descanso.

Por vezes os maus tratos são manifestos, aparecem as negras mascaradas de quedas acidentais, o discurso é conhecido, raramente assumidas, encobertas pelo medo e alguma réstea de dignidade, não pudemos deixar de pensar num paralelo com a criança maltratada, essa, que ainda pode vir a render (!), quando relativamente ao velho não há qualquer esperança, valem somente o preço da sua pensão, de miséria... Não há outra forma de abordar este não dito de brutalidade, que é muitas

vezes o dia-a dia dos idosos, a ciência nao tem método de analisar esta impressão do investigador. Mas numa abordagem deste tipo ambiental, cremos que também não podemos esquecer as nossas próprias percepções, por mais chocantes que sejam.

Contabilizar familiares e vizinhos em redes sociais de apoio informal é por certo uma forma clara de abordar o problema, de explicar porque é que estes idosos não são internados num lar, mas não nos dá, seguramente, o conhecimento do valor qualitativo dessa rede de apoio. Sabemos que aquelas pessoas estão lá, não o porquê de estarem lá, não o que fazem lá, como se relacionam e que satisfação de vida resulta daí.

É necessário percebermos a falta de habitação que os casais defrontam, para perceber a opção de um filho, um neto, uma vizinha ir olhar por um idoso e a facilidade que a lei permite de ficarem posteriormente com direito à habitação. Urge distinguir entre ligação familiar, solidariedade humana e "negócio", ainda que o que esteja em jogo seja um par de brincos e uma volta em ouro, nem que o que conte sejam uns tostões extra, no magro orçamento familiar. Fazer uma sopa que esteve muitas horas a cozer e trazer o velho limpinho, são as expressões usadas pelas vizinhas que olham assumidamente pelos velhos, com um contrato verbal, à maneira de amas. Não se comprometem a mais nada, muitas vezes nem são incluidas nas nomeadas pessoas amigas do idoso, parece um jogo limpo, sobre o qual há muito pouco controlo, que por vezes inclui muita exploração dos magros recursos dos idosos, a quem administram

a reforma, e por vezes negam os trocos para o tabaco. Mas é eventualmente um risco assumido por ambas as partes, que se degrada com a diminuição das capacidades dos idosos em causa, mas que nenhum outro serviço formal substitui, actualmente, com as vantagens e também alguns inconvenientes que isso pudesse ter.

Nestes contratos dos idosos com quem olha por eles, parece existir um acordo tácito de ambas as partes, em que muito dificilmente se penetra e para o qual o idoso não tem, nem quer (?) alternativa. Observamos com uma certa frequência que estes "contratos" eram muito vulgares com pessoas estranhas à família, umas vezes porque esta não existia, outras porque era recentida como potencialmente mais ameaçadora do que um estranho, ou porque tinham chegado à ruptura com os familiares. Notavam-se com frequência mais sentimentos de desconfiança para com os familiares do que com os vizinhos, embora tivessemos verificado situações, quer passadas com familiares, quer com vizinhos, em que idosos, na sequência de dádivas ou procurações sobre as suas economias, dadas a terceiros, se viram abandonados no mais desolador estado, internados de urgência em instituições de solidariedade social, desprovidos dos seus parcos haveres, sem qualquer alternativa.

Um dos estratagemas de sobrevivência utilizado neste bairro, como em outros, é o pedir dinheiro emprestado a juros, a idosos que fazem os acentos num livro e vão cobrindo as

necessidades dos outros, em alturas de mais aperto. O montante de dinheiro que circula desta forma e os juros respectivos, foi algo a que não tivemos acesso. Em boa verdade, apenas nos apercebemos claramente do funcionamento deste estratagema, aquando da morte de uma das idosas que deixou "o livro" e fez movimentar vários credores e potenciais herdeiros, no sentido de haver um acerto de contas, até porque ninguém queria, apesar de tudo, ficar de mal com a morta, não fosse ela "não ter, nem lhes dar descanso". O recurso ao penhorista foi também uma prática por vezes referida pelos idosos. Mais interessante que qualquer destes estratagemas é "os pagamentos". Várias pessoas do Bairro, associam-se informalmente, e colocam nas mãos de um fiel depositário, muitas vezes um idoso, uma determinada quantia de dinheiro, frequentemente com uma periodicidade mensal. Conforme precisam, podem entretanto socorrer-se "dos pagamentos" que constituem um fundo comum, "uma caixa" colectiva que permite fazer face às necessidades inesperadas, ou programar determinadas actividades como passeios, em montantes superiores à própria poupança, por intermédio de um empréstimo que não penaliza ninguém em particular, mas o fundo de maneio daquele grupo de pessoas. Estes recursos de solidariedade não são exclusivos dos idosos e abrangem toda a comunidade, embora sejam frequentemente utilizados por estes.

A desconfiança evidente destes idosos relativamente às instituições em geral é evidente, e também abrange a que lhes presta o apoio domiciliário. Essa desconfiança acentava num

discurso do tipo de responsabilização do Estado pela solução dos seus problemas e numa consideração dos direitos dos cidadãos, que prevê que todos os serviços prestados deveriam ter um carácter absolutamente obrigatório e gratuito, interpretado com base no discurso político dominante do pós 25 de Abril, veiculado sistematicamente pela classe política, mas sem tradução real. Acresce o problema de que as instituções de solidariedade social, quase todas fundadas na Igreja Católica, ainda que sem fins lucrativos, são instituições privadas, que fornecem serviços altamente comparticipados, mas pagos, aspecto que nem sempre é compreendido pelos seus utentes, que interpretam frequentemente o pagamento como uma exploração, coisa que não fazem relativamente aos serviços prestados por vizinhas, que ao contrário do apoio formal é considerado não obrigatório e que deve ser recompensado, uma vez que as vizinhas precisam, coisa que não se verifica com o "Estado".

Esta confusão, relativa aos papéis de uma instituição privada de solidariedade social e ao próprio Estado, gera uma certa desconfiança relativa à instituição. Esta desconfiança é de resto uma generalização de situações, frequentemente vivênciadas em ocasiões anteriores, nas suas histórias laborais, em que se verificaram inúmeras situações de irregularidade relativa a pertenços descontos, feitos aos operários para a reforma, que nunca de facto saíram dos cofres dos patrões para o "Estado", resultando em ausências de reforma ou reformas diminutas relativamente ao previsto. Isto contribuiu seguramente para aumentar a desconfiança básica,

relativamente a instituiçoes que nao se controlam, e a preferir acordos tácticos, ainda que algo desfavoráveis, com pessoas do seu meio, numa confusão entre solidariedade e "negócio" que frequentemente podemos observar a propósito de inúmeros aspectos das suas vidas.

O sentimento de solidão parece ser uma constante da vivência destes idosos, que nem a existência de filhos por perto parece resolver. Este sentimento aparece misturado com uma falta de empenhamento em qualquer tipo de actividade, que ultrapasse a manutenção da própria existência, em que mais ninguém comunga senão o próprio. Num mundo confinado a um corpo, sobre o qual se perde progressivamente o controlo, parece que só há lugar para a solidão. Ficámos com a ideia de que esse sentimento só não era constante quando havia empenhamento em actividades ou acontecimentos para além da pessoa, e surgia a par com a falta de interesse pelo mundo, que seguia a seu lado, como um estranho ao idoso.

A vida passada destes idosos foi invariavelmente de muita miséria e trabalho. Faltou-lhes em pão, roupa e casa o que lhes subejou em pancada e maus tratos, dos pais, por vezes dos patrões, dos maridos, sempre com o lema que "quem dá o pão dá o cacete", que tantas vezes ouvimos repetir aos idosos. Sentimos uma certa resistência por parte das mulheres em falar da sua vida de casadas, que relacionamos com as situações em que o homem já tinha morrido. Dizer mal do homem que já morreu era de facto algo de inoportuno, pertença de um passado morto

e enterrado, sem possibilidade de remissão. Há também um medo arcaico relativamente ao morto, à possibilidade, muitas vezes nomeada, deste "chamar os vivos à sua companhia". Isto faz com que os vivos tratem os mortos, independentemente de como se relacionaram com eles em vida, de como acharam que o seu morrer solitário era a paga pelos seus pecados. Mas, na hora em que morrem estão lá todos, prontos a chorá-lo, esconjurando a morte num ritual fúnebre apaziguador.

Embora "a vida de casado tivesse de tudo", no seu dizer, apercebemo-nos de quanto foi difícil, e de que os maus tratos foram uma constante para estas mulheres, que trabalhavam do nascer ao pôr do sol, na fábrica, em casa, sem domingos nem feriados, para criar os muitos filhos, que iam tendo e que lhes iam morrendo, enquanto os homens, porque bebiam demais, porque eram "borgueiros" e tinham outras mulheres, porque eram pouco amantes do trabalho, ou por isso tudo junto, vinham para casa e lhes batiam, vingando-se do seu próprio destino. Foram muitas destas mulheres que nos disseram que ultimamente eram mais felizes, porque a violência dos homens tinha terminado e estes mantinham-se por casa, fazendo-lhes companhia, muitos desses, agora doentes, vivem dependentes das suas mulheres, à mercê dos seus cuidados, numa certa inversão de papéis. Para estas mulheres a vida finalmente ganhou sabor, entre o voltar-se para casa dos seus homens e a invalidez destes, são agora mais felizes. Depois eles morrem, como já aconteceu a várias das que entrevistamos, e fica afinal uma enorme solidão, apesar do aparente sossego nas sua vidas.

A relação com os filhos é complicada, junto de cada filho está habitualmente um genro ou uma nora, de facto ou pretensamente, os maus da fita. As relações são más ou muito más, nos casos de cohabitação, salvo no que se refere a filhos solteiros, geralmente muito protegidos. Relativamente aos netos a relação pouco melhora, embora muitos cohabitem com os avós. O espaço da casa é geralmente partilhado numa situação de independência da economia doméstica, fazem-se comidas separadas e há uma distinção clara entre os respectivos bens, depois a luta é pelo espaço. Os jovens apropriam-se progressivamente do espaço dos idosos, que se tornam quase estranhos em sua própria casa, confinados ao seu quarto, mesmo esse cobiçado ou invadido por crianças. Movimentam-se com dificuldade, entre bens que não são seus e a que o mau relacionamento acentua a estranheza. Tornam-se alvo fácil da agressão verbal de netos ou bisnetos, noras, genros e filhos, que confinam o seu dia-a-dia a um pequeno espaço regateado, ironicamente em sua própria casa. Parece-nos muitas vezes um preço excessivo em troca de um hipotético não morrer só.

Estes idosos participaram activamente no mundo do trabalho, foram os protagonistas da revolução industrial, trabalharam desde os seus 10 anos fora de casa, em condições muito diferentes das actuais, sem horário ou regalias sociais. As mulheres trabalharam tradicionalmente em empresas têxteis, como fiadeiras, dobadeiras etc, muitas foram costureiras, algumas trabalharam noutros serviços como a pesada indústria conserveira, com gelo e água até à cintura, a escolher a

sardinha, sempre pagas à peça, retidas, dessa forma, horas a fio para fazer um magro salário de sobrevivência. Nenhuma destas velhas foi doméstica e só duas trabalharam como "mulheres a dias", esperava-as depois o trabalho de casa, o comer, a roupa dos filhos e do homem, lavada nos tanques públicos ao domingo de manhã. Os descontos para a reforma, ou não os fizeram, ou não chegaram ao seu destino, na sua própria expressão comeram "o pão que o diabo amassou" uma vida inteira pelos 20 contos que recebem de reforma.

Foi neste cenário que encontrámos velhos sós e tristes, que nunca esperaram nada da vida, nem da morte, porque, para estes os sentimentos religiosos não são tão fortes. Velhos que aprenderam a não confiar em ninguém, que negoceiam a sua existência no dia-a-dia, entre o insatisfeito e o resignado. Lamentam já não poder gozar a vida, que agora está muito melhor para todos, e deixam correr o tempo que lhes resta.

São, no geral, velhos condescendentes, é curiosíssima a atitude deles face aos drogados que abundam, principalmente, no bairro ao lado. Depois de muito esforço da nossa parte, para perceber o porquê de tanta complacência, compreendemos que, comparativamente com a violência com que estavam acostumados a lidar, dos alcoólicos, seus pais, maridos ou filhos, estes não faziam mal a ninguém estavam para ali, sossegados, "não se metem com ninguém", "estão lá na vida deles". Verificámos mesmo algumas cenas de protecção destes idosos para com os drogados, aquando das rusgas policiais, num

misto de serem a favor "dos rapazes" e contra a polícia. Nunca os denunciavam e encobriam-nos activamente. Velhos e jovens drogados, eram mesmo as únicas duas categorias de pessoas que permaneciam horas a fio no café do bairro, em coexistência pacífica e táctica, como se, quer uns quer outros não podessem deixar de cumprir o seu destino triste. Alguns velhos avós davam o dinheiro que podiam aos seus netos drogados, desculpavam o facto de estes não trabalharem, atribuindo invariavelmente os seus insucessos aos maus professores que tiveram na escola, aos patrões tiranos com que deparam nos empregos, que vão tendo e abandonando, ao "Estado", como entidade abstracta na origem de todos os males, e com todos os deveres de olhar por eles. O mal está sempre lá fora e eles unem-se não para o combater mas para lhe sobreviver.

As regras da vida social aqui são outras. Neste contacto estreito que mantivémos com esta micro-cultura comprovamos claramente o que Soczka (1988, p. 325) afirmava: "o mosaico urbano surge-nos, cada vez mais, como uma complicada rede de subculturas, em que uma subcultura dominante, mormente a que detém os privilégios dos acessos aos lugares decisórios da administração municipal, encara subculturas minoritárias (Westend, Bethnal Green, Musgueira...) numa óptica distorcida pelas suas próprias relações e identidades subculturais, não raramente gerando-se conflitos a médio, curto ou longo prazos, por uma mera questão de incomunicabilidade entre esses "mundos próprios" subculturais".

Os estudos realizados na Musgueira Sul (Soczka et al., 1985, 1987, 1988) permitem afirmar que a proximidade de vizinhança dita as relações quotidianas e fundamenta as estratégias de suporte económico, afectivo e de serviços. As territorialidades secundárias são igualmente bastante marcadas neste Bairro, a avaliar, por exemplo, pela importância que a rua desempenha enquanto prolongamento da casa e que juntamente com a taberna, a associação ou o fontanário, se apresentam enquanto locais previligiados de desenvolvimento da sociabilidade de base. Foi exactamente isto que nos foi dado observar nestes bairros camarários que precorremos, para falar com estes idosos.

Uma idosa, quando nos relatava coisas tão objectivas como quantos filhos tinha, onde habitavam e o que faziam, disse-nos, a páginas tantas, que dois deles tinham ido para a aviação e três para a marinha. Quando quisémos saber mais sobre esses seus filhos, percebemos então, que afinal eram muito simplesmente o relato dos seus abortos, cujo destino foi serem atirados num saco para algum silvado (daí a ida para a aviação) ou sanita abaixo (equivalente a mandá-los para a marinha). Este exemplo, da forma de expressão e atitude destas mulheres velhas em relação à vida, contrasta claramente com a expressão resignada das criadas de servir que entrevistámos nos lares, com um discurso de resignação e fé, face às adversidades, que a vida igualmente lhes reservou.

Estes idosos dos bairros, proletariado industrial reformado,

constituiam assim outra subcultura e esquecer isso, ao analisar os resultados obtidos pelos diferentes grupos nos questionários que visam uma quantificação de processos psicológicos, seria tornar ineficaz o nosso contributo para o conhecimento e explicação dos fenómenos.

9.2.3 Relacionamento entre os Idosos do Bairro do Carriçal

Sistematizando algumas das relações e apoios destes idosos no seio da sua rede de apoio informal, verificámos que apenas 12% diziam ter alguma ajuda informal nas actividades do dia-a-dia, por parte de familiares e apenas uma pessoa nomeia uma vizinha. Note-se que o apoio informal que estes idosos recebem, nomeadamente durante os fins-de-semana, nunca era referido nesta fase de pergunta directa sobre o apoio concreto, nas diversas áreas como compras etc, e apenas foi surgindo ao longo das entrevistas livres, que lhes fomos fazendo, e de que dêmos conta acima.

Estes idosos parecem ter uma rede social de apoio informal relativamente activa, senão em apoio instrumental, que está praticamente todo a cargo do Apoio Domiciliário, em apoio afectivo, 36% dos idosos referem não ter tido recentemente visitas de familiares embora deste conjunto a maior parte tenha tido visitas de amigos (60%) e um número ainda mais reduzido destes idosos que não foi visitado por familiares,

não foi visitado nem visitou ninguém 30%. Os vizinhos surgem em primeiro plano para conversar sobre coisas da vida (80%) embora, paralelamente, muitos (60%) refiram também os familiares, havendo apenas um caso em que só se referem familiares, enquanto 6 (24%) só referem os vizinhos, dos quais só um destes casos não tinha filhos. Já quando inquiridos sobre com quem podem verdadeiramente contar em situações difíceis a família assume o primeiro lugar, subindo para 72%, com a particularidade de ser escolhida em exclusivo e não, como no caso de "para conversar", em que era frequentemente escolhida em paralelo com os vizinhos. Apenas 5 idosos escolheriam um vizinho numa situação de aflição. Quando a escolha recaía sobre familiares, fosse para conversar, fosse para pedir uma ajuda maior, a escolha visava, por ordem de preferência: o cônjuge, quando existia, uma filha, um filho, uma irmã e mais esporadicamente sobrinhos.

Apenas uma idosa não se mostrou muito satisfeita, não com a sua casa, mas com o ambiente residencial, tendo todos os outros referido estarem muito satisfeitos quer com a casa quer com o bairro.

9.3 Breve Descrição do Bairro Monteiro dos Santos

O Bairro Monteiro dos Santos pertença da Santa Casa da Misericórdia do Porto, data da década de 20 e foi mandado construir por testamento de António Monteiro dos Santos, onde consta a determinação de serem construídos bairros de casas térreas para "alugar a famílias necessitadas preferindo pessoas de boa educação, velhos e inválidos para o trabalho e que tenham crenças religiosas, por um simples aluguer que cubra as despesas da sua conservação, administração, reparação e outros encargos com as mesmas casas, e havendo qualquer excedente será para mandar construir novas casas em iguais condições. Estes bairros deverão denominar-se "Bairros dos Pobres" de António Monteiro dos Santos e a mesma Santa Casa fará um regulamento para os seus habitantes e administração..."

Conforme a disposição do testamento, ser velho não era a única condição de admissão e muitos dos actuais idosos, entraram ainda novos e ali envelheceram. Nas redondezas, de qualquer forma, o bairro é conhecido pelo "Bairro das Velhas" ou "Bairro das Viúvas" dada a sua predominância entre os residentes.

O Bairro do Monteiro dos Santos situa-se na mesma zona geográfica do Bairro do Carriçal, pelo que a caracterização em termos de área é a mesma. É um bairro de dimensões reduzidas, fechado e sem qualquer equipamento colectivo, excepto os poços

de água, agora desactivados, desde que as casas têm água canalizada.

Este bairro é constituido por uma banda de 5 blocos, agrupando seis moradias unifamiliares cada. As casas são modestas, de rés-do-chão, sendo o conjunto cercado por um muro, primitivamente com uma única entrada, que dava acesso a todas as casas. Recentemente, os moradores têm aberto portões no muro da frente das casas, para terem acesso directo e privado à rua, evitando o percurso comum, ao longo de todo o Bairro. A orientação do conjunto é no sentido Norte/Sul com as fachadas a nascente e poente, o que garante um bom arejamento e insolação. A fachada nascente abre com portas e janelas desde a cozinha para um pequeno espaço onde se situa um tanque de lavar roupa e o acesso ao sanitário. A fachada poente abre para um espaço mais amplo, paralelo à rua, por onde se faz o acesso às casas, e formando um precurso privativo do bairro. Entre esse caminho e a rua cada casa possui um pequeno quintal.

As casas actualmente não são térreas e têm água e luz, mas que foram instaladas muito posteriormente à sua fundação. Na década de 50, muitos residentes não possuiam ainda luz eléctrica em casa e muitas das idosas com quem conversámos, viveram lá durante muito tempo sem esses "luxos" e não faziam a respectiva instalação, com medo de virem a ser despejadas por deixarem de ser consideradas pobres.

Há semelhança de outros bairros, este também tinha o seu fiscal, que habitava uma das casas, e dava conta, periodicamente, das situações conflituosas e irregulares dos diferentes inquilinos. As queixas que constam dos seus relatórios vão desde o mau comportamento devido ao excesso de álcool, até alegações de homossexualidade feminina, cedência da casa para encontros elícitos ou questões como, galinhas à solta, despejos de detritos no rego das traseiras, entre outros. A par destes relatórios, existe documentação semelhante, elaborada por pretendentes às casas, com levantamentos das situações irregulares casa a casa, dizendo quais os proventos dos residentes, comportamentos, etc, que justificariam a sua expulsão e consequente vaga de casas, sempre numa linguagem "a bem da nação", denotando um claro espírito salazarista. Alturas houve, em que vários dos moradores se juntaram para fazerem queixa à própria polícia, de determinados elementos considerados indesejáveis por ofenderem a boa moral. Este clima parece ter desaparecido, deste, como de outros bairros, não obstante ter deixado de existir essa figura, muitas vezes sinistra, do fiscal de bairro.

Interiormente as casas são de reduzida dimensão, a entrada faz-se para a sala que ocupa toda a largura da habitação, e desta tem-se acesso à cozinha e ao quarto, que abre para a fachada oposta. O sanitário situa-se no exterior, obrigando a um percurso desprotegido, situação hoje estranha, mas que era frequente na época. O estado de conservação das casas varia,

estando algumas razoavelmente conservadas, enquanto outras têm sinais evidentes de decadência. Muitas cobriram de uma forma ou outra o acesso à retrete, que em alguns casos está bastante melhorada. A ausência de casas de banho completas, continua a dificultar a higiene dos idosos, tendo-se pensado na construção de um balneário colectivo que, por outro lado, levanta dúvidas acerca da sua utilização por parte dos idosos, embora seja considerado uma necessidade.

A população, residente no Bairro há uma média de 20 anos, é diferente da que contactamos nos bairros camarários. Estas idosas, na sua maioria viúvas, foram quase toda a sua vida domésticas ou trabalharam aos dias como empregadas domésticas. A sua entrada para o Bairro deveu-se a algum tipo de proximidade com elementos da Igreja Católica, situando-as, de certa forma, entre a população dos residentes nos lares, a maioria solteiros, e os habitantes dos bairros camarários, quase todos casados ou viúvos, e que com mais probabilidade integraram o trabalho industrial.

9.3.1 Relacionamento Social no Bairro

Das visitas que fizemos ao Bairro este parecia não ter grande vida social colectiva. No entanto, muitas das portas estavam abertas e em algumas das casas permaneciam, durante largos períodos do dia duas idosas, a conversar. Por vezes os idosos estendiam a roupa no quintal ou cuidavam das plantas, a vida

decorria calma, e dificilmente imaginámos agora os "barulhos" de outrora, com palavrões e cabelos puxados, cujas descrições constavam nos relatórios referidos acima.

Continuámos a interrogar-nos sobre os determinantes desta evolução, relativamente rápida no tempo, uma vez que é relativa à população que ainda lá habita. Por certo que a melhoria das condições de vida da classe operária, no pós 25 de Abril de 1974, foi o principal responsável, com um efeito directo na sociabilidade das pessoas, que tendem agora a levar uma vida mais privada, com mais delimitação e respeito pelo espaço comum a que, por outro lado, não é alheia a diminuição da população residente por unidade habitacional, que chegou a exceder em muito as capacidades de um espaço tão exíguo. Muitas destas viúvas ali criaram os seus filhos, que dali se casaram, tendo ido residir para outros locais, pelo que agora elas permanecem sós, não ultrapassando na maioria das situações, um residente por casa.

Das 26 pessoas inquiridas no bairro 27% (7) não consideraram qualquer vizinho para conversar sobre coisas da vida e três dessas dizem não falar nunca com ninguém no Bairro. Curiosamente duas das que não interagem com ninguém vivem nas casas dos extremos opostos do Bairro, uma delas é uma mulher socialmente activa, mas que pelo facto de pretencer a uma religião diferente da das outras pessoas (Testemunha de Jeová), faz com que tenha uma vida social externa ao bairro. Qualquer destas duas mulheres recebe duas escolhas, por parte

de outras pessoas ali residentes, embora não emita nenhuma escolha de pessoas dentro do bairro. A outra das idosas, que em termos do seu cenário residencial poderíamos chamar de isolada, é uma mulher nos seus noventa anos, "bruxa", pelo que recebe muitas visitas e estabelece muitos contactos, mas todos exteriores ao bairro. Dos restantes idosos, há os que preferem conversar com familiares (12%) e/ou amigos exteriores ao bairro (8%).

Muitos destes idosos tinham visitas regulares de familiares (46%) e 19% referiram visitas de amigos embora, apenas 15% costumassem visitar alguém, fosse familiar ou amigo. As trocas de serviços, tipo pequenas compras, verificam-se por vezes entre vizinhos (8%) mas, muito mais frequentemente, se não são realizadas pelos próprios (50% dos residentes diz encarregar-se de todas as actividades de cuidar da casa e compras) são-no por familiares (42%), nomeadamente os filhos, embora não residentes no bairro. A escolha de pessoas para esta ajuda instrumental não é coincidente com as escolhas para conversar de coisas da vida ou para ajudas mais importantes.

A maior parte das trocas e escolhas emitidas não são mútuas, verificando-se apenas duas mútuas, no conjunto de 29 escolhas expressas verbalmente. No geral, 46% dizem conversar sobre as coisas da vida com familiares, dos quais mais de metade (58%) refere fazê-lo também com os vizinhos, 2% com familiares e amigos exteriores ao Bairro e os restantes limitam os seus contactos aos familiares. Se a pergunta for formulada no

sentido de além de conversar poder contar verdadeiramente com alguém, numa situação mais difícil, a escolha de familiares sobe para 73%, embora 36% destes continuem a nomear simultaneamente algum vizinho para esse papel, 11% dos idosos (3) afirmam poder contar apenas com vizinhos, sendo que dois deles não têm filhos. Das restantes situações, outros 11% escolheriam amigos exteriores ao bairro, em paralelo com familiares e/ou vizinhos e em dois casos, como única opção, um dos casos é de uma idosa solteira, e um outro de um idoso casado e com filhos. Mais uma vez se verifica que a escolha de pessoas não familiares não é exclusiva de pessoas sem filhos ou família por perto. Curiosamente, a actividade de saír, seja para tratar de qualquer assunto, ir ao médico, ou simplesmente passear é realizada sempre só ou na companhia de familiares (30%), ao contrário do que observámos no Bairro do Carriçal, em que 32% dos idosos referiram saír com vizinhas.

Muitos idosos (32%) dizem não haver conflitos nenhuns no bairro, 50% dizem haver alguns e os restantes 18% dizem haver muitos conflitos. Não obstante essa apreciação sobre os conflitos, metade dos idosos declarou-se bastante satisfeito com a sua habitação e com o ambiente residencial, 25% declararam-se moderadamente satisfeitos e os restantes muitíssimo satisfeitos, não havendo nenhum caso em que as pessoas achassem que estavam insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

De uma análise de conjunto verificámos que há um foco de

influência no Bairro, à volta de uma idosa, que já gerou muitos conflitos no passado, e que tem uma filha a trabalhar na Santa Casa da Misericórdia. Independentemente do seu próprio modo de funcionamento pessoal, esta idosa surge ligada, de uma forma ou de outra, com o "senhorio" (a SCMP), que de resto tem, actualmente, uma presença muito pouco evidente na vida do bairro. Esta senhora, não emitiu qualquer escolha dentro do Bairro, embora a tenhámos observado a interagir com outras residentes com uma certa frequência, e tenha sido alvo de duas preferências e algumas referências, mais veladas, de rejeição. A sua casa determina como que a partição do bairro em duas partes, as que a antecedem (que são em menor número) e que invariavelmente consideram que o bairro acaba ali, e as seguintes, para onde se estende a sua influência.

Há ainda alguma interacção mais intensa entre pessoas da mesma família, residindo em casas diferentes, que juntam aos laços familiares a proximidade física de vizinhos, reforçando a sua ligação e entreajuda.

A vida social destas idosas é quantitativamente mais reduzida do que a observada no Bairro do Carriçal, embora, como veremos nos capítulos seguintes, isso não se vá reflectir em termos das medidas de bem-estar. Note-se, contudo, que a generalidade desta população é mais autónoma e saudável do que os idosos que pediram apoio domiciliário no Bairro do Carriçal, sendo que qualquer destes idosos poderia ser abrangido pelo mesmo

serviço de Apoio Domiciliário, descrito acima, uma vez que ambos os bairros se situam no raio de acção deste Centro Diocesano de Promoção Social.

10 AVALIAÇÃO AMBIENTAL DO LAR E DAS RESIDÊNCIAS PARA IDOSOS

Tem-se vindo a verificar em todo o mundo um recrudescimento da problemática ligada aos idosos, a que Portugal não é alheio. Uma das inúmeras questões que se colocam é a de avaliar os equipamentos existentes e a criar para os idosos, no sentido de serem encontradas soluções adequadas que respondam de forma eficaz às suas necessidades. Analisar os recursos físicos e humanos de uma dada instituição, verificar quais as áreas mais deficitárias em que se torna prioritário intervir e por outro lado ter um referencial programático para a criação de novas estruturas, são objectivos que pretendemos atingir com o adaptar para Portugal um instrumento de avaliação ambiental de equipamentos para idosos: "Multiphasic Environmental Assessment Procedure - MEAP" de Moos e Lemka (1984).

Os três pressupostos que estão na base do processo de avaliação proposto, referem que 1) apesar da diversidade dos tipos de residências para idosos é possível avaliá-los, com vantagem, dentro do mesmo modelo conceptual, 2) no sentido de verificar a influência do meio residencial na saúde e adaptação é necessário uma melhor conceptualização das medidas dos factores ambientais, nomeadamente acabando com a "caixa negra", correspondente ao programa da instituição, que medeia a variação dos resultados e 3) é necessário dar mais ênfase ao processo que intervem entre os factores pessoais e ambientais e os resultados dos residentes, examinando os recursos sociais

e de "coping" que as pessoas utilizam para se adaptarem a viver nos ambientes institucionais. Adoptando um modelo de congruência pessoa-meio Moos e Lemka (1985) operacionalizam-no, criando um instrumento que integra todo o imenso conjunto de variáveis que nos permitem compreender a relação entre a pressão do meio sobre os indivíduos e a capacidade adaptativa destes, prevendo os resultados comportamentais, adaptativos ou maladaptativos, dos indivíduos num dado ambiente. O modelo proposto, compreende aspectos do sistema ambiental (aspectos físicos, política, meio suprapessoal e clima social) e do sistema pessoal (dados socio-demográficos, auto-conceito, saúde e nível de funcionamento), ambos relacionados entre si e na base da avaliação cognitiva e das respostas de coping que medeiam a adaptação do idoso ao meio, a que corresponde a estabilidade e mudança dos residentes (incluindo a sua moral, bem-estar, saúde e nível de actividade).

O modelo de interrelações entre os domínios dos factores ambientais, prevê a articulação entre o contexto residencial (tipo de estabelecimento) que tem por um lado determinadas características físicas e arquitectónicas e por outro lado factores de política e programa que se relacionam com as características dos residentes e do pessoal. Da interação entre estes três últimos factores resulta o ambiente social do estabelecimento.

A equipa de Moos do Laboratório de Ecologia Social do Centro Medico da Universidade de Standford tem levado a cabo inúmeros

trabalhos (e.g. Lemka e Moos, 1989, Timko e Moos, 1989) que apresentam dados obtidos através do MEAP, sobre os determinantes pessoais e ambientais no nível de actividade dos idosos, a adaptação, escolha e controlo dos residentes idosos em instituições assistênciais, entre outros, de importância capital para a compreensão da problemática relativa ao idoso institucionalizado. Carp (1987) refere-se a este instrumento, integrando-o na sua revisão das teorias ambientais do envelhecimento, como fornecendo dados que apoiam a premissa de que as variáveis pessoais e ambientais, bem como a sua interacção, são preditivas dos resultados do envelhecimento.

Moos e Lemka (1984) sugerem a divisão do tipo de equipamentos para idosos em três grandes grupos, nos quais eles fizeram uma extensiva validação do MEAP: 1) "Nursing Homes" que nós traduzimos por Lares; 2) "Residential Care" que nós traduzimos por Residências para Idosos e 3) "Apartments" que são apartamentos construidos com a finalidade de alojar uma população idosa. Esta divisão tem a ver principalmente com o nível de cuidados prestados em cada tipo de estabelecimentos, donde resulta que se espere que a população de residentes e funcionários também diferencie os equipamentos em causa. Os idosos residentes nos lares seriam mais dependentes e tratados por pessoal mais especializado do que os que habitam nos outros dois tipos de estruturas. Os dados normativos da revisão da versão inicial do MEAP foram obtidos pelos autores a partir de uma amostra da Califórnia e de uma amostra representativa nacional num total de 244 estabelecimentos

urbanos, suburbanos e rurais dos vários tipos, existentes em cada uma das mais importantes regiões geográficas dos Estados Unidos da América.

Os resultados são apresentados sob a forma de percentagens em que o total das respostas dadas, ao conjunto dos items de cada escala, correspondem a 100%, derivando-se a partir daí todos os outros valores.

10.1 Apresentação da Escala de Avaliação Ambiental Multifásica - MEAP

O Processo de Avaliação Ambiental Multifásico - MEAP é constituido por cinco partes distintas, incluindo sub-escalas que permitem avaliar dimensões específicas do ambiente físico e humano de cada instituição, obtendo-se um perfil com várias dimensões para cada uma das áreas consideradas.

Vamos proceder, numa primeira parte, à apresentação do instrumento, descrição sumária do racional de cada uma das escalas e respectivas sub-escalas, e de seguida apresentar os resultados obtidos na sua aplicação a dois estabelecimentos para idosos no nosso país. O MEAP é constitido por:

I - Uma Lista de Avaliação das Características Físicas e Arquitectónicas: "Physical and Architectural Features Checklist - PAF".

II - Um Questionário sobre o Programa e a Política Administrativa: "Policy and Program Information Form - POLIF".

III - Um Questionário sobre "As Dimensões e os Recursos dos Residentes e dos Funcionários: "Resident and Staff Information Form - RESIF".

IV - Uma Escala sobre o Clima Social na Instituição: "Sheltered Care Environment Scale - SCES".

V - Uma Escala de Avaliação Global da Instituição: "Rating Scale - RS".

10.1.1 Lista de Características Físicas e Arquitectónicas - PAF

Este questionário, constituido por 153 items, avalia 8 dimensões relativas à localização da instituição, às suas características físicas externas e internas e à organização do espaço. Visam-se apenas os recursos físicos existentes e não os aspectos relativos à sua utilização. Embora não se esqueça que as características físicas de um equipamento condicionam o programa e a política a implantar e por outro lado a política adoptada provoca alterações no espaço físico envolvente, estes outros aspectos são considerados noutras secções da avaliação ambiental.

A primeira dimensão deste questionário é relativa ao 1) "Acesso á Comunidade" avaliando em que medida a comunidade e os seus recursos são acessíveis aos residentes idosos de uma dada instituição. A dimensão seguinte diz respeito ás 2) "Amenidades Físicas", ou seja às características físicas que

quer pela sua função quer pelo seu aspecto estético dão conforto ao local. A terceira dimensão diz respeito às 3) "Ajudas Socio-Recriativas" e compreende as características que facilitam o comportamento social e as actividades recriativas. As três sub-escalas seguintes referem-se a aspectos facilitadores da autonomia dos idosos com algum grau de dificuldade funcional, uma é relativa às 4) "Ajudas Protéticas", ou seja aos aspectos facilitadores da independência e mobilidade física dos sujeitos num ambiente livre de barreiras, outra às 5) "Ajudas de Orientação" e é a medida das ajudas de orientação disponíveis no meio e ainda a sub-escala que avalia as características de 6) "Segurança" no sentido da prevenção de acidentes. As últimas dimensões consideradas são ambas relacionadas com a organização do espaço, uma refere-se às 7) "Instalações para os Funcionários" e a outra à 8) "Disponibilidade do Espaço" que mede o número e tamanho das áreas comuns e a sua relação com o número de residentes.

As características psicométricas das sub-escalas do PAF indicam uma consistência interna que varia entre .62 e .84. A fidelidade interobservador foi da ordem dos .70 e a fidelidade teste-reteste feita com um intervalo de 9 a 12 meses em 12 estabelecimentos variou entre .61 e .95 para as diferentes dimensões. A estabilidade das correlações do perfil também foi determinada, variando de .51 (obtido num estabelecimento em fase de montagem) e .96, sendo a maioria dos padrões relativamente estáveis. A inter-correlação entre as sub-

escalas (controlando o tipo de estabelecimento) é baixa com um r médio de .28 apontando para que as dimensões medem de facto aspectos diferentes das características físicas e arquitectónicas dos estabelecimentos.

10.1.2 Questionário sobre a Politica Administrativa e o Programa - POLIF

Este questionário, com 130 items, avalia as características da política administrativa e do programa em vigor nos estabelecimentos, abrangendo nove dimensões que se podem agrupar em três conjuntos.

As duas primeiras dimensões referem-se às exigências comportamentais impostas aos residentes. Em as 1) "Expectativas de Funcionamento" focam-se as capacidades mínimas de funcionamento nas actividades do dia-a-dia e na 2) "Tolerância ao Desvio" avalia-se em que medida o comportamento excêntrico, agressivo ou pouco colaborante, é tolerado numa dada instituição.

O segundo conjunto de quatro dimensões engloba a medida em que se conjugam as liberdades individuais e a ordem e estabilidade institucional. Na área chamada 3) "Política de Escolhas" avaliam-se o conjunto de opções que a política institucional põe à disposição dos residentes, no 4) "Controlo por parte dos Residentes" constata-se a existência de estruturas formais que facultam aos residentes influenciar a vida no

estabelecimento. A clareza com que o programa da instituição é comunicado aos residentes faz parte da dimensão de 5) "Clareza Política" e finalmente a privacidade de que os residentes dispõem é medida na área sobre a 6) "Disponibilidade de Privacidade".

O último conjunto de dimensões do POLIF aborda a disponibilidade de serviços e de actividades e compreende a 7) "Disponibilidade de Serviços de Saúde", a 8) "Disponibilidade de Assistência nas Actividades de Rotina" e a 9) "Disponibilidade de Actividades Socio-Recriativas".

As características psicométricas das sub-escalas do POLIF referem uma consistência interna que varia entre .69 e .89 e uma fidelidade teste-reteste adequada ou elevada variando entre .72 e .96. A inter-correlação entre as sub-escalas do POLIF, controlando o tipo de estabelecimento, é relativamente baixa com um r médio de .20 apontando para que de facto medem aspectos razoavelmente independentes do programa e recursos dos estabelecimentos.

10.1.3 Questionário sobre as Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários" - RESIF

Este questionário, com 104 items, mede os aspectos do ambiente geral, que existem em função dos residentes e dos funcionários. A ideia subjacente à sua elaboração é a de que quando se aborda um grupo social, como é o caso de um

estabelecimento para idosos, temos que considerar que os seus membros não são seleccionados ao acaso do conjunto da população. Os indivíduos trazem consigo valores, normas e capacidades que formam uma combinação particular, "the suprapersonal environment" que define uma subcultura que se desenvolve no grupo e que por sua vez vai influenciar o comportamento dos seus membros individuais.

O RESIF inclui uma dimensão sobre a 1) "Riqueza dos Funcionários" que reflecte a experiência, o treino e a diversidade de origens dos funcionários, uma outra sobre as características socio-demográficas dos residentes, 2) "Recursos Sociais dos Residentes" e a sua heterogeneidade, 3) "Hetrogeneidade dos Residentes".
As três dimensões seguintes têm a ver com o funcionamento actual dos residentes incluindo as 4) "Capacidades Funcionais", como sejam o ser capaz de cuidar de si próprio, o 5) "Nível de Actividade" que mede a iniciativa dos idosos em se envolverem por si próprios em actividades e a 6) "Integração dos Residentes na Comunidade" que quantifica a participação dos residentes em actividades fora do seu estabelecimento.
O último conjunto de três dimensões desta escala foca a utilização dos serviços existentes por parte dos residentes e são as seguintes: 7) "Utilização dos Serviços de Saúde", 8) "Utilização da Assistência nas Actividades de Rotina" e 9) "Utilização das Actividades Socio-Recriativas".

As características psicométricas do RESIF indicam que a consistência interna das suas sub-escalas é de moderada a alta variando entre .56 e .95. A fidelidade teste-reteste é também de moderada a alta com valores entre .68 a .99. A inter-correlação entre as sub-escalas do RESIF, que são conceptualmente distintas, mostra relações empíricas entre elas, verificando-se que no geral há inter-correlação moderadas a baixas.

10.1.4 Escala sobre o Ambiente Social na Instituição - SCES

A perspectiva de avaliar o clima social de uma instituição parte do principio de que as instituições têm "personalidade" própria sendo umas mais afectuosas, mais ou menos organizadas do que outras. Pretende-se nesta fase perceber a pressão que os programas das instituições exercem sobre os indivíduos, não sobre a forma de acontecimentos pontuais mas numa perspectiva de continuidade, visando o padrão usual de comportamento. Aqui não se trata já de avaliar dados relativamente objectivos como os fornecidos pelas outras escalas anteriormente descritas (PAF, POLIF e RESIF), mas as percepções que quer os residentes, quer os funcionários, têm da instituição, onde vivem ou trabalham. Através das 63 questões do SCES obtem-se um perfil do estabelecimento com sete dimensões que abrangem o relacionamento entre os indivíduos, o desenvolvimento pessoal e a manutenção e mudança do sistema. O perfil obtido a partir

das respostas dos residentes pode comparar-se com o perfil obtido a partir das respostas dos funcionários às mesmas questões, podendo verificar-se a uniformidade ou divergência das percepções em causa.

As dimensões relacionais englobam uma medida de 1) "Coesão" que tem a ver com o grau de apoio que os funcionários dão aos residentes e estes uns aos outros. A outra vertente relacional é o 2) "Conflito" que visa a expressão de descontentamento e crítica entre os residentes e relativamente à instituição.
As dimensões de desenvolvimento pessoal incluem a 3) "Independência" que avalia em que medida se encoraja a auto-suficiencia, auto-determinação e responsabilidade dos residentes, e a 4) "Auto-exploração" que tem a ver com os comportamentos que visam encorajar a expressão aberta dos sentimentos e preocupações dos residentes.
No conjunto das dimensões da manutenção e mudança do sistema estão a 5) "Organização" que mede a importância da ordem e organização no estabelecimento e a clareza de regras e procedimentos esperados, a 6) "Influência dos Residentes" que avalia a medida em que os residentes podem influenciar as regras e políticas da instituição e em que medida os funcionários são directivos relativamente aos utentes e finalmente o 7) "Conforto Físico" que aprecia o conforto, a privacidade, a decoração e agradabilidade do estabelecimento.

As características psicométricas das sub-escalas do SCES mostram uma consistência interna que varia entre .50 e .78

sendo que para a maior parte das sub-escalas a consistência interna é moderada. No que respeita à validade, obtida através do método das metades, a fidelidade para os residentes varia de moderada a alta, entre .66 e .90, e para os funcionários entre .59 e .83, indicando que os resultados do SCES são relativamente independentes dos indivíduos específicos que respondem. A estabilidade das medidas obtidas era moderada a alta variando de .52 a .93 para 5 das 7 sub-escalas mas as restantes duas apresentavam uma variação considerável ao longo do ano. A estabilidade do perfil dava um r médio de .57 para os residentes e um r médio de .60 para os funcionários. Mais do que as outras partes do MEAP o SCES parece ser sensível à mudança de condições ao longo do tempo. A inter-correlação entre as sub-escalas controlando o tipo de estabelecimento é moderada e muito semelhante entre os residentes e os funcionários, tendo respectivamente um r médio de .28 e um r médio de .26 indicando que as sub-escalas se referem a aspectos um pouco diferentes, mas inter-relacionados, do ambiente social do estabelecimento.

Smith & Whitbourne (1990) procederam ao estudo da validade desta escala, para verificar se ela de facto mede as dimensões ambientais que se propõe medir, uma vez que os autores só apresentam as características psicométricas relativas à sua fidelidade, estabilidade das sub-escalas e perfil, intercorrelações entre as sub-escalas e o grau de concordância entre os residentes e os funcionários. Estes autores utilizaram uma entrevista de perguntas abertas, em

profundidade, sujeita a análise do conteúdo, para medir a validade da escala. Os resultados psicimétricos obtidos para as sub-escalas de "Conflito", "Auto-exploração", e "Organização" indicam uma fidelidade e validade moderada a alta, enquanto para a "Influência dos Residentes", confirmaram a sua validade mas com uma baixa consistência interna e as sub-escalas de "Coesão", "Independência" e "Conforto Físico" apresentaram resultados contraditórios que confirmavam a sua consistência interna e fidelidade do método das metades, mas não a sua validade. A validade discriminante destas sub-escalas confirmou, segundo os autores, que são medidas válidas havendo a considerar futuramente alguns acertos em items, nomeadamente relativos à diferenciação da coesão dos residentes entre si e destes com os funcionários ou relativos ao conforto físico no espaço físico controlado directamente pelo residente e não do conjunto da instituição, entre outros. Outras análises estendidas a mais sujeitos e e utilizando outro instrumento concorrente, são necessárias de futuro para considerar de forma mais cabal a validade da SCES.

10.1.5 Escala de Avaliação Global - RS

A última parte do Processo de Avaliação Ambiental Multifásica que temos vindo a descrever é relativa ao julgamento externo que o observador/investigador faz do estabelecimento. É uma apreciação subjectiva com quatro sub-escalas e 24 items, relativas á 1) "Atractividade Física", 2) "Diversidade do

Ambiente", 3) "Funcionamento dos Residentes" e 4) "Funcionamento do Pessoal". A avaliação é feita em função do conhecimento que o investigador obteve na sua pas%wgem pela instituição para proceder à avaliação ambiental e que implicou necessariamente um contacto quer com os corpos dirigentes, o pessoal técnico e de apoio, quer com os residentes, bem como com o espaço físico envolvente. Enquanto as duas primeiras dimensões visam os recursos físicos e arquitectónicos as duas últimas visam os recursos humanos quer dos utentes quer dos funcionários.

A dimensão "Atractividade Física" sumaria a estética, estado de conservação e limpeza do estabelecimento e espaço envolvente.

A "Diversidade do Meio" reflete a variabilidade e estimulação fornecida pelo ambiente físico como sejam a personalização dos quartos dos residentes e as vistas das janelas.

O "Funcionamento dos Residentes" avalia a aparência, o nível de actividade e a quantidade de interacção entre os residentes.

O "Funcionamento do Pessoal" reflete a qualidade de interacção entre os funcionários e os residentes, dos funcionários entre si e a organização da instituição.

Com a aplicação deste extenso instrumento obtem-se uma visão muito clara e promenorizada do tipo de instituição em presença, facilitando além disso a verificação das áreas mais deficitárias, podendo relacioná-las com o funcionamento dos

sujeitos e a sua satisfação de vida e perspectivar intervenções sectoriais que visem melhorar a qualidade de serviços prestada e consequentemente o bem-estar físico e psicológico dos seus utentes.

As características psicométricas da RS apontam para uma consistência interna, moderada a alta, variando entre .67 e .82. A fidelidade teste-reteste é entre moderada a alta para todas as sub-escalas excepto uma (Funcionamento do Pessoal"). A fidelidade inter-observador é elevada, indicando que juízes experimentados podem discriminar entre diferentes tipos de estabelecimentos naquelas dimensões. As intercorrelações entre as sugescalas controlando o tipo de estabelecimento são moderadamente altas, sugerindo que os observadores tendem a ver estes aspectos das instituições como estando inter-relacionados e são influenciados pela sua impressão geral.

10.2 Análise dos Resultados da Aplicação do MEAP em dois Estabelecimentos: Hospitais Menores e Casa de Lordelo

Os dados do PAF, do POLIF e do RESIF são obtidos prioritariamente junto do Director do estabelecimento e convertidos numa média percentual que permite desenhar um perfil da instituição incluindo as várias dimensões de cada questionário. Os dados são apresentados em percentagens que

indicam a quantidade de items respondidos na direcção prevista. A partir da obtenção dessa média real podemos converte-la numa média corrigida que tem como referência os valores normativos dos EUA. Essa média corrigida pode finalmente comparar-se com a média padrão, para equipamentos congéneres.

Na ausência de valores normativos para Portugal, utilizaremos posteriormente o valor da média corrigida para fazermos comparações entre cada instituçáo e os valores padrão para as suas congéneres, o que nos permite situar a nossa realidade num contexto geral. A correcção das médias provoca por vezes uma grande alteração do perfil inicial uma vez que a conversão faz descer ou inflaccionar os valores em função do que é mais ou menos frequente em instituições do mesmo tipo existentes nos EUA. Assim temos, por exemplo, um valor de 100% na "Disponibilidade de Serviços de Saúde" nas Residências para Idosos que em valores corrigidos se reduz a 75%. Com este novo valor podemos comparar esta instituição neste factor com o valor padrão que neste caso é de 39% situando o estabelecimento português muito à frente da média dos estabelecimentos deste género nos EUA.

Na medida em que este tipo de avaliação é o sistematizar de variáveis descritivas que caracterizam estabelecimentos para idosos, o processo de comparação com outros equipamentos congéneres é útil, situando o nosso país em relação a padrões de conforto físico, de segurança e outros, unanimemente

reconhecidos por todas as instituições contactadas, como necessários e existentes ou como metas a atingir a curto ou médio prazo. O conteúdo dos questionários em causa abrange o mais vasto leque de características existente em estabelecimentos de idosos. Em relação às dimensões relativas a aspectos do meio físico, obtemos a partir da comparação entre os nossos equipamentos e os seus congéneres mos EUA, um indicador valioso das áreas deficitárias a desenvolver, enquanto relativamente a dimensões que incluem aspectos de política administrativa e características humanas, essa comparação nos permite situar a especificidade das nossas características e cultura sem que neste caso o objectivo seja necessariamente diminuir as diferenças podendo mesmo ser o de acentua-las.

Vamos fazer a análise, escala por escala, dos resultados obtidos nos dois estabelecimentos estudados, com base nos valores médios reais, seguida de uma comparação das médias portuguesas corrigidas com as médias padrão para estabelecimentos congéneres nos EUA e finalmente proceder à comparação entre os dois estabelecimentos estudados, com base nas respectivas médias reais.

O nosso estudo incidiu sobre duas instituições, uma do tipo Lar e outra do tipo Residências para Idosos cujas características descreveremos sumariamente, de forma a facilitar a compreensão dos dados obtidos atraves do MEAP.

O Lar é um estabelecimento pretencente a uma Instituição Privada de Solidariedade Social, situado no Porto, com uma capacidade para cerca de 100 utentes. A média de idade dos residentes é de 80.5 anos, cerca de 35% são idosos que recebem cuidados diários de enfermagem dos quais apenas 5% são homens. Dos restantes residentes 30% são idosas a residir em alojamentos comuns a dezaseis utentes, 17% são homens a residir em quartos de quatro e 10% são idosas a residir em quartos duplos. O estabelecimento apresenta uma grande diversidade de areas uma vez que está em plena reconstrução e coexistem zonas actuais e zonas antigas mais degradadas. O seu quadro de pessoal inclui cerca de 50 funcionários quase todos indiferenciados, excepto a directora a secretária, as 6 enfermeiras em tempo completo e o quadro clínico a tempo parcial. A escolha deste Lar foi determinada essencialmente por critérios de disponibilidade demonstrada pela própria instituição, localização e tamanho do Lar que como tantos outros existentes é o resultado da evolução de um asilo com muitas décadas de existência.

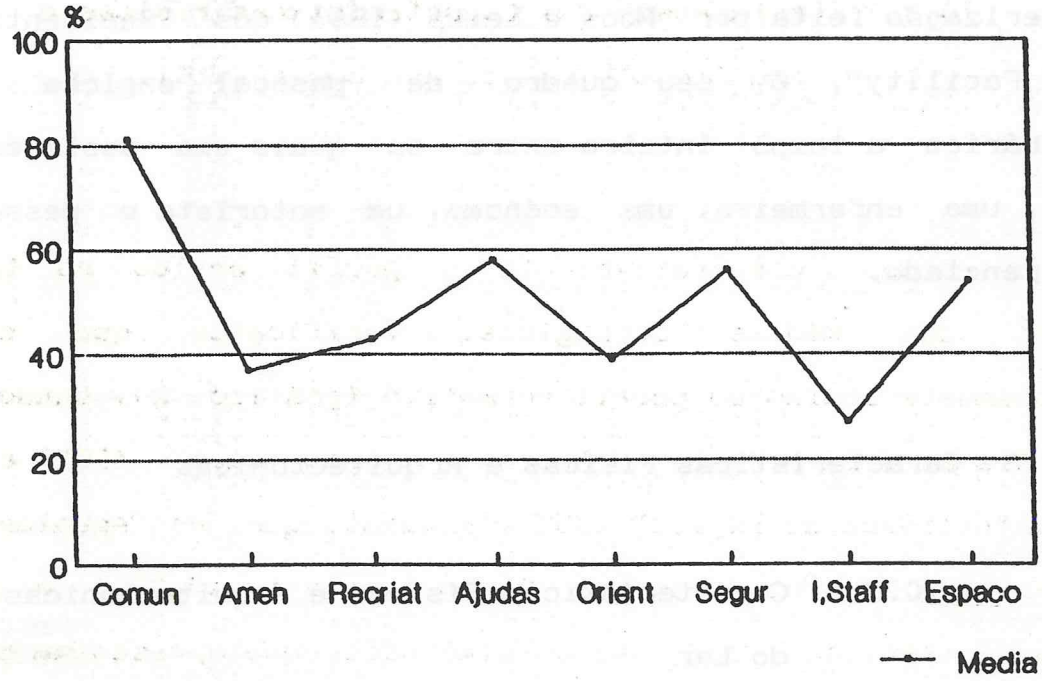
As Residências para Idosos que estudámos também pertencem a uma Instituição de Solidariedade Social e servem 24 utentes, entre os quais 3 casais. Os idosos vivem em casas independentes e com autonomia de funcionamento mas que têm o apoio de um Centro de Dia que lhes fornece serviços de refeições, limpeza, higiene pessoal e enfermagem, durante os dias úteis. A média de idade dos residentes é de 77.4 anos e não tem residentes dependentes de cuidados permanentes de

enfermagem, apresentando todos um grau de autonomia física considerável. A escolha desta estrutura estava limitada uma vez que é a única na cidade do Porto que se aproxima da caracterização feita por Moos e Lemka (1984) dos "Residential Care Facility". O seu quadro de pessoal engloba 12 funcionários a tempo inteiro entre os quais uma assistente social, uma enfermeira, uma ecónoma, um motorista e pessoal indiferenciado.

10.3 Características Físicas e Arquitectónicas

10.3.1 Características Físicas e Arquitectónicas do Lar

No gráfico 1 podemos observar as percentagens do Lar nas várias sub-escalas de características físicas e arquitectónicas. Podemos verificar que o "Acesso à Comunidade" é elevado, 81%, as "Ajudas Protéticas" (58%), as "Características de Segurança" (56%) e a "Disponibilidade do Espaço" (54%) se situam acima dos 50% e as dimensões "Ajudas Socio-Recriativas" (43%), "Ajudas de Orientação" (39%), "Amenidades Físicas" ((37%) e "Instalações dos Funcionários" (27%) estão deficitárias.



Graf. 1 Caracteristicas Fisicas e Arquitectonicas - Lar

De uma forma geral podemos confirmar, na sequência da descrição que fizemos anteriormente da instituição, que é um estabelecimento com uma localização previligiada em termos de acesso à comunidade, situada no centro da cidade, perto de todo o tipo de serviços existente, oferecendo, além disso, bastante disponibilidade de espaço embora com um aproveitamento ainda deficiente, com poucas ajudas de orientação, poucas possibilidades socio-recriativas, fracas instalações para o pessoal que lá trabalha e sobretudo pouco conforto físico. No entanto as preocupações com a segurança dos residentes e as ajudas protéticas situam-se já a um nível

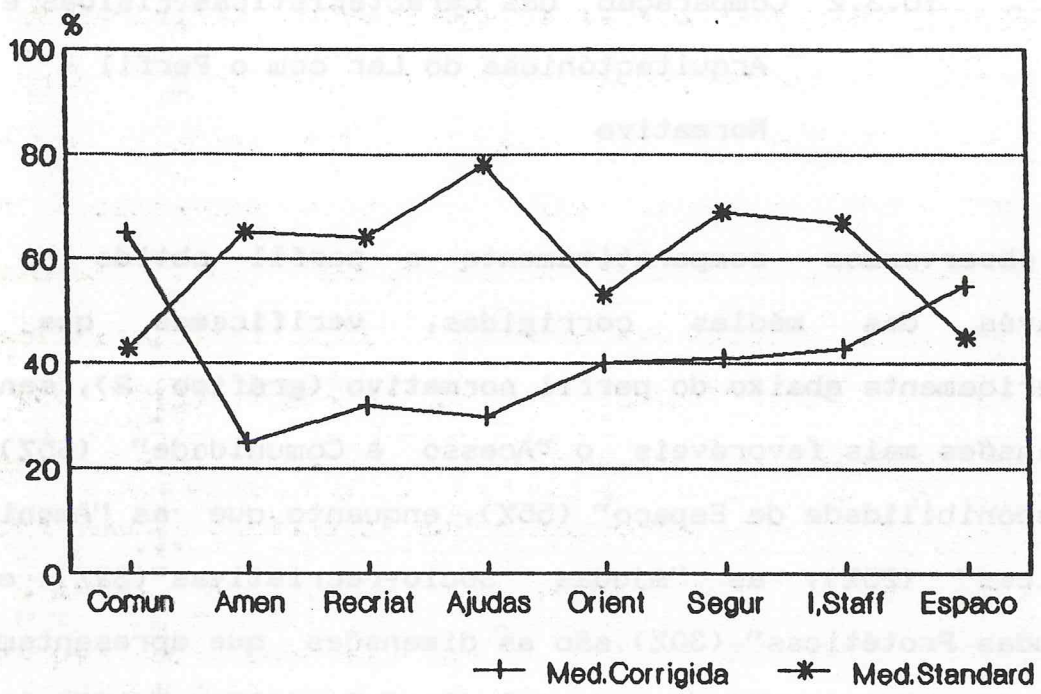
razoável.

10.3.2 Comparação das Características Físicas e Arquitectónicas do Lar com o Perfil Normativo

Se observarmos comparativamente o perfil obtido no Lar, através das médias corrigidas, verificamos que está genericamente abaixo do perfil normativo (gráfico 2), sendo as dimensões mais favoráveis o "Acesso à Comunidade" (65%) e a "Disponibilidade de Espaço" (55%), enquanto que as "Amenidades Físicas" (25%), as "Ajudas Socio-recriativas"(32%) e as "Ajudas Protéticas" (30%) são as dimensões que apresentam mais deficiências. As "Ajudas de Orientação" (40%), a "Segurança" (41%) e as "Instalações dos Funcionários" (43%) encontram-se, ainda que abaixo dos 50% mais próximas desse valor. O acesso à comunidade é consideravelmente maior do que a média normalizada para os EUA (sendo dé respectivamente 81% e 65%), contrariando a tendência, que mesmo entre nós se tem vindo a generalizar, de colocar este tipo de estruturas longe dos centros urbanos. A disponibilidade de espaço que possui é também superior à média padrão.

Em todas as outras dimensões, a instituição estudada está aquém da média normativa, sendo inferior em conforto e aspectos facilitadores da autonomia física dos idosos, bem como não proporcionando tantas possibilidades no campo socio-

recriativo.

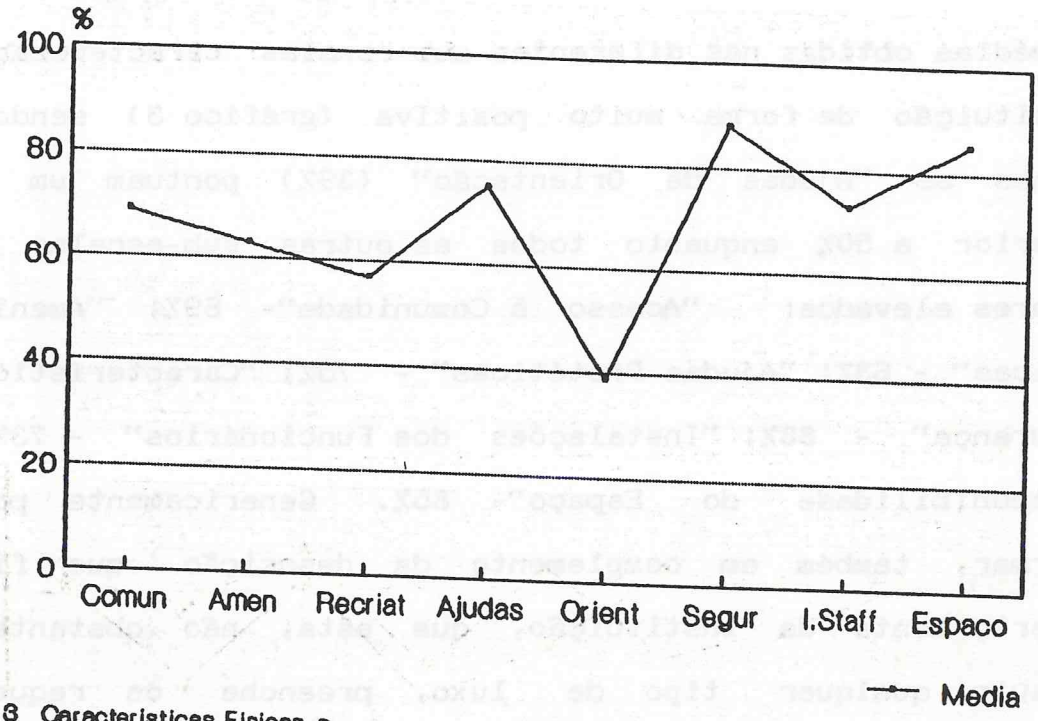


Graf. 2 Caracteristicas Fisicas e Arquitectonicas - Lar

A evolução histórica de instituições deste tipo que resultam da evolução dos asilos, explica em grande parte, a estrutura deficitária que apresentam. Um estabelecimento com componente de enfermagem torna-se inevitavelmente uma estrutura pesada e muito dispendiosa que está n base da relativamente fraca qualidade e diversidade do equipamento protético, falta de conforto e a quase ausência de actividades socio-recriativas.

10.3.3 Características Físicas e Arquitectónicas das Residências para Idosos

As médias obtidas nas diferentes sub-escalas caracterizam esta instituição de forma muito positiva (gráfico 3) sendo que apenas as "Ajudas de Orientação" (39%) pontuam um valor inferior a 50% enquanto todos as outras sub-escalas obtêm valores elevados: "Acesso à Comunidade"- 69%; "Amenidades Físicas" - 63%; "Ajudas Protéticas" - 75%; "Características de Segurança" - 88%; "Instalações dos Funcionários" - 73% e a "Disponibilidade do Espaço"- 85%. Genericamente podemos afirmar, também em complemento da descrição que fizemos anteriormente da instituição, que esta, não obstante não possuir qualquer tipo de luxo, preenche os requesitos exigíveis para um estabelecimento do seu tipo, conseguindo ser um espaço acolhedor que garante aos residentes e funcionários, instalações condignas, uma importante diversidade de espaços e uma relativa segurança e conforto.

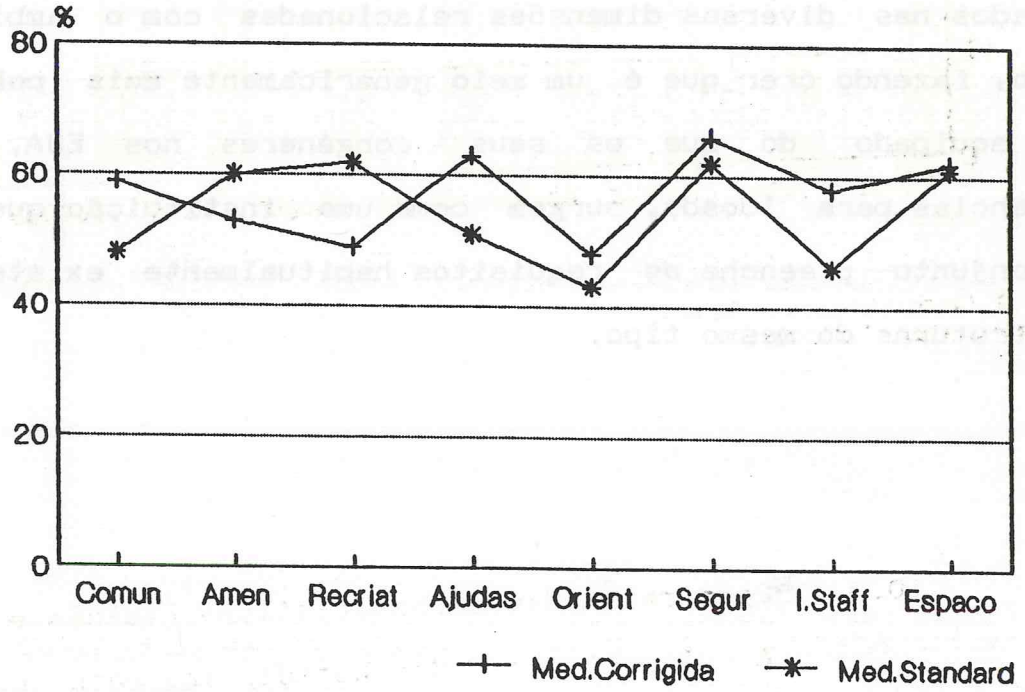


Graf. 8 Caracteristicas Fisicas e Arquitectonicas - Residencias

10.3.4 Comparação das Características Físicas e Arquitectónicas das Residências para Idosos com o Perfil Normativo

O perfil obtido para esta instituição, com base nas médias corrigidas, é muito próximo do perfil normativo para instituições deste tipo, sendo mesmo superior em quase todas as áreas (gráfico 4). As dimensões de "Acesso à Comunidade" (59%), "Ajudas Protéticas"(63%), "Ajudas de Orientação" (48%), "Características de Segurança" (66%), "Instalações dos

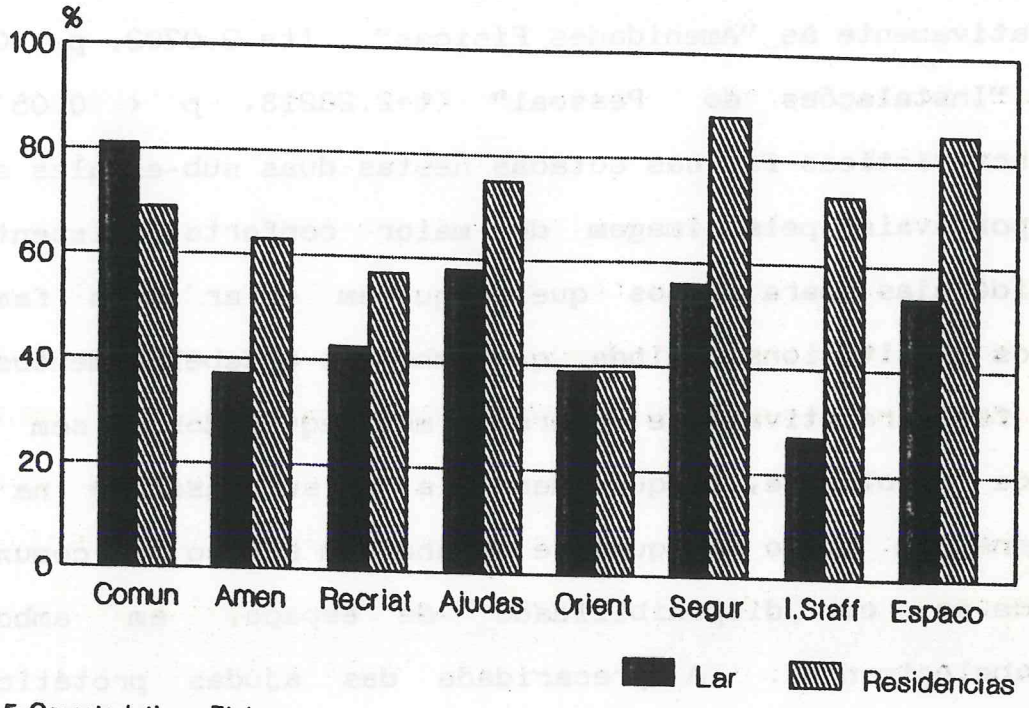
Funcionários"(58%) e "Disponibilidade de Espaço" (62%) obtêm valores médios superiores aos normativos, situando-se todos muito próximos ou acima dos 50%, enquanto as "Amenidades Físicas" (53%) e as "Ajudas Socio-recriativas" (49%) têm médias inferiores à média padrão.



Graf. 4 Caracteristicas Fisicas e Arquitectonicas - Residencias

10.3.5 Comparação das Características Físicas e Arquitectónicas do Lar com as Residências para Idosos

De uma forma geral, podemos afirmar que relativamente às características físicas e arquitectónicas, as nossas duas instituições se enquadram claramente na divisão proposta que diferencia os lares das residências com apoio (gráfico 5). Enquanto o lar que estudamos se situa aquém dos valores esperados nas diversas dimensões relacionadas com o ambiente físico, fazendo crer que é um meio genericamente mais pobre e pior equipado do que os seus congéneres nos EUA, as Residências para Idosos, surgem como uma instituição que no seu conjunto preenche os requisitos habitualmente existentes em estruturas do mesmo tipo.



Graf. 5 Caracteristicas Fisicas e Arquitectonicas Lar/Residencias

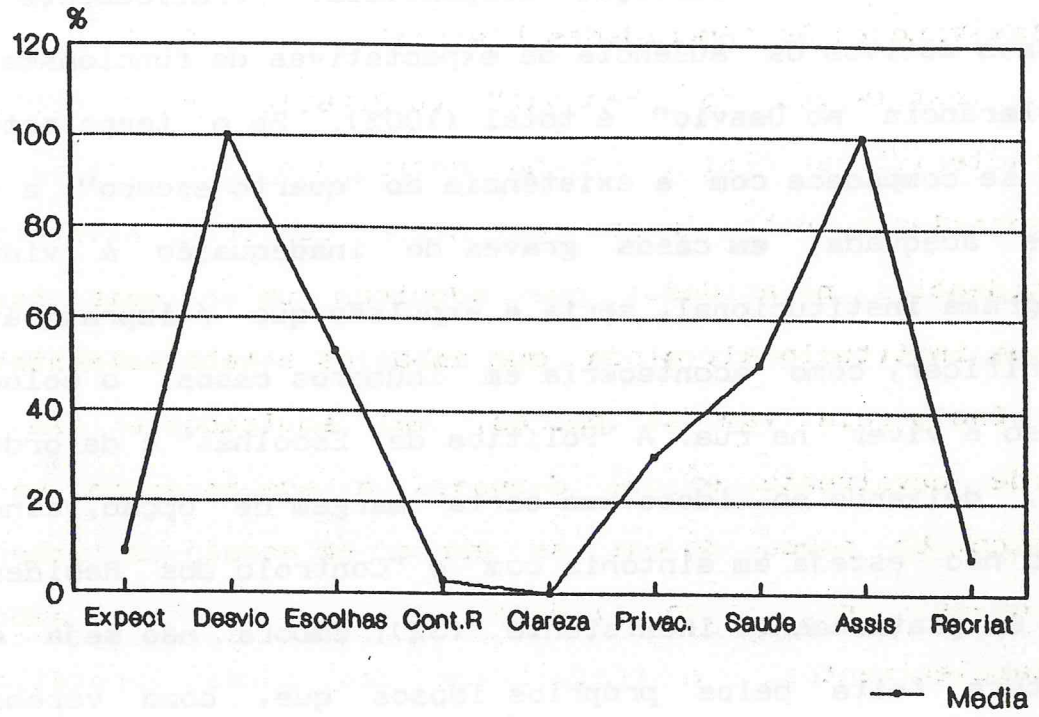
Ao compararmos o Lar com as Residências para Idosos verificamos diferenças em praticamente todos os vectores, excepto no de "Ajudas de Orientação" que são escassas em ambos os estabelecimentos. Essas diferenças não são surpreendentes e confirmam, a diferente vocação das duas instituições. Enquanto o lar tem uma grande componente de enfermagem, prestando cuidados de saúde permanentes, o que implica uniformização de ambientes etc, as residências pertendem servir uma população idosa com um elevado índice de autonomia.

A partir da análise estatística comparando os resultados obtidos em todas as sub-escalas do PAF nos dois estabelecimentos verificam-se diferenças significativas relativamente às "Amenidades Físicas" ($t = 2.0702$, $p < 0.05$) e às "Instalações do Pessoal" ($t = 2.28218$, $p < 0.05$). As características físicas cotadas nestas duas sub-escalas são as responsávais pela imagem de maior conforto existente nas residências para idosos que adquirem um ar mais familiar, menos institucional, ainda que ambos os estabelecimentos sejam de facto relativamente pobres, mal equipados e sem espaço verde envolvente, o que denuncia a sua inserção na malha urbana. Um pouco do que se ganha em acesso à comunidade, perde-se em disponibilidade de espaço, em ambos os estabelecimentos. A precaridade das ajudas protéticas de orientação e segurança torna-se, no entanto, mais notória no lar uma vez que este alberga indivíduos com mais limitações funcionais.

10.4 Política Administrativa e Programa das Instituições

10.4.1 Política Administrativa e o Programa do Lar

Os dados das diferentes dimensões deste questionário foram obtidos, como os anteriores, junto do director e respectiva administração (gráfico 6).



Graf. 6 Programa e Politica - Lar

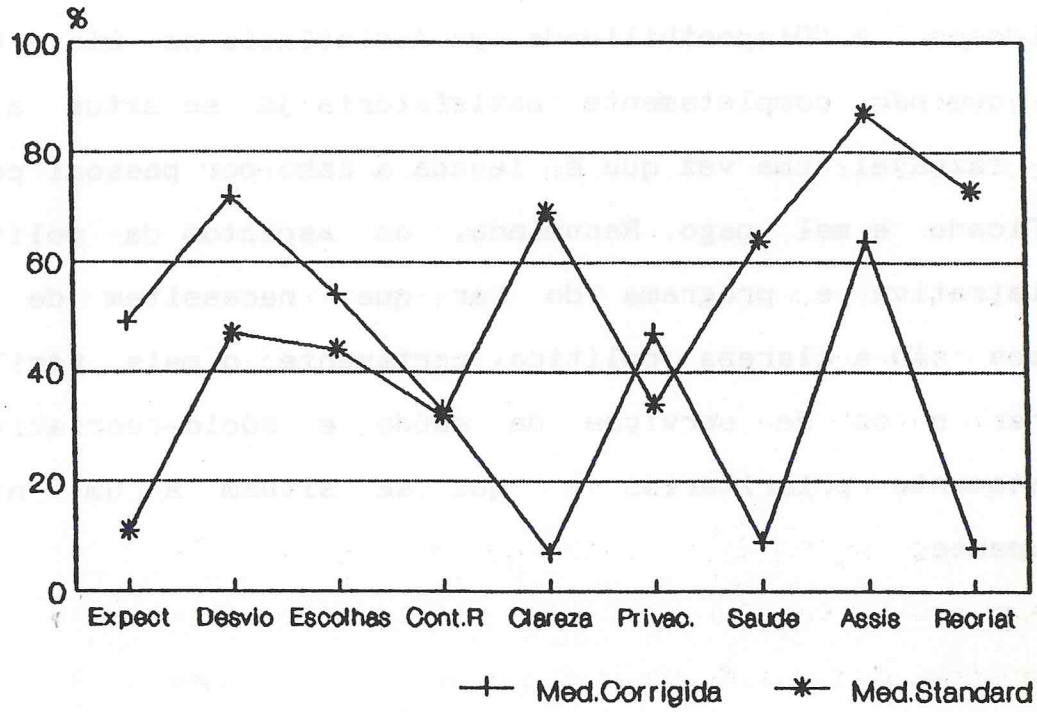
As "Expectativas Funcionais" relativamente aos residentes são praticamente nulas (9%). Há um pressuposto aquando do processo de admissão relativo ao facto de o idoso não dever sofrer de perturbações mentais, o que de qualquer forma nem sempre é comprovado. A ausência quase total de alternativas para os idosos que são admitidos faz com que a evolução do seu estado físico ou mental não seja alvo de qualquer previsão, e apenas seja considerado um facto, a que é preciso dar a resposta possível no momento em que se declare. Ainda que a instituição não esteja, como é o caso, vocacionada ou sequer

preparada para tratar individuos com perturbações mentais quando se verifica a demenciação de alguém, ele lá continuará vivendo, com os serviços disponíveis. Praticamente pelos mesmos motivos da ausência de expectativas de funcionamento a "Tolerância ao Desvio" é total (100%). Se o tempo actual já não se compadece com a existência do "quarto escuro", a sanção mais adequada, em casos graves de inadequação à vida e/ou programa institucional, seria a expulsão que é impraticável se significar, como aconteceria em inúmeros casos, o colocar o idoso a viver na rua. A "Política de Escolhas" é da ordem dos 53%, deixando ao idoso uma certa margem de opção, ainda que isso não esteja em sintonia com o "Controlo dos Residentes", que é praticamente inexistente (3%), embora não seja essa a leitura feita pelos próprios idosos que, como veremos na avaliação do ambiente na instituição, consideram ter um papel muito mais decisivo na vida do Lar, do que o que a própria admninistração lhes reconhece. A "Clareza Política" no Lar é nula (0%) uma vez que estão ausentes todos os indicadores públicos dessa clareza, embora nós tivessemos tido a oportunidade de perceber a existência de um outro tipo de circuito informativo informal, que corresponde à comunicação pessoal, feita pela direcção ou pelos restantes funcionários, idoso a idoso, de todos os assuntos de interesse colectivo. Esta forma pouco pratica de comunicar tem a ver com o analfabetismo generalizado desta população, que tornaria ineficaz qualquer tentativa de comunicação através de material escrito, afixado em local público.

Se por um lado esta forma de comunicar previligia o contacto personalizado, não deixa de manter obscuros certos aspectos da política institucional que utiliza sempre a decisão ponderada caso a caso, sem assumir um regulamento claro que mostrasse aos utentes os limites de tolerância em vigor no Lar, com todas as vantagens e inconvenientes que um tal sistema introduz. A "Privacidade" é muito baixa (30%) colocando a grande maioria dos utentes em situação de ausência de privacidade, uma vez que habitam enfermarias ou camaratas amplas, que ultrapassam a necessidade de garantir cuidados médicos e de enfermagem eficazes para doentes dependentes e abrangem uma grande quantidade de utentes autónomos. A "Disponibilidade de Serviços de Saúde" atinge apenas os 50% uma vez que se limita aos cuidados gerais de enfermagem e clínica geral, não havendo serviços diferenciados de apoio ou outras especialidades médicas, como a fisioterapia, tão necessária nesta faixa etária. Por sua vez a "Disponibiliade de Assistência na Rotina" é total (100%), dado que todos os serviços, quer de manutenção, quer de cuidados pessoais, são assegurados, enquanto a dimensão relativa à "Disponibilidade de Actividades Socio-recriativas" está claramente deficitária (8%), sendo preocupante a ausência de alternativas e incentivos à ocupação construtiva do tempo por parte destes idosos.

10.4.2 Comparação da Política Administrativa e Programa do Lar com o Perfil Normativo

O Lar obteve um perfil muito diferenciado do normativo que reflecte uma postura diferente na forma de conceber e gerir um serviço para idosos, assim como a ausência de recursos financeiros e humanos da instituição (gráfico 7). Aqui as "Expectativas de Funcionamento" relativamente aos utentes são da ordem dos 49%, sendo bastante superior à média padrão que é de 11%, verificando-se também uma grande diferença na "Tolerância ao Desvio" (72%) que é superior em de 25 pontos percentuais ao valor padrão. A "Política de Escolhas" (54%) e o "Controlo dos Residentes" (33%) situa-se próxima dos valores padrão ainda que este assunto mereça uma atenção mais detalhada posteriormente. A "Clareza Política" (7%) situa-se num polo oposto ao previsto e reflecte, a falta de hábito generalizada de sistematizar os objectivos das acções e de os comunicar de forma clara aos interessados, que se observa com frequência entre nós, aqui agravada pelo pressuposto de que comunicar esses aspectos a uma população iliterata é uma pura perda de tempo. A "Privacidade" (47%), num lar em que a maioria dos residentes habita instalações colectivas, é apesar de tudo elevada, o que não deixa de ser indicativo de uma intenção programática, sem correspondência directa com um espaço físico que permita a sua real concretização.



Graf. 7 Programa e Politica - Lar

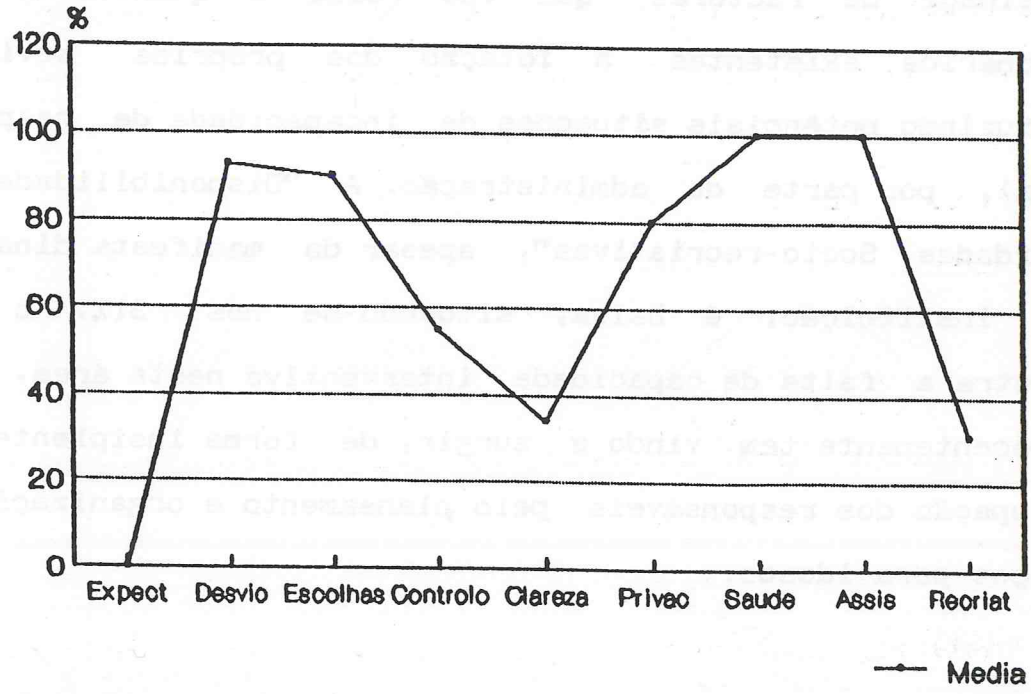
Apesar de tudo, as áreas fracas são, indubitavelmente, a de "Disponibilidade de Serviços de Saúde" (9%), quando a média padrão aponta para os 64%, e a de "Disponibilidade de Actividades Socio-recriativas" (8%) neste lar, quando o valor normativo aponta os 73%. Relativamente à primeira faltam não tanto cuidados de enfermagem e medicina geral, mas há um autêntico vazio no que diz respeito a áreas de especialidade médica e serviços terapeuticos de apoio, como já se referiu. Relativamente às actividades socio-recriativas, até à bem pouco tempo consideradas um luxo, mantem-se uma falta, senão

de motivação, de verbas e técnicos habilitados para as promoverem, numa fase em que se luta ainda por conseguir as condições de conforto e segurança mínimas numa instituição para idosos. A "Disponibilidade de Assistência no Dia-a-Dia" ainda que não completamente satisfatória já se situa a um nível razoável, uma vez que é levada a cabo por pessoal pouco qualificado e mal pago. Resumindo, os aspectos da política administrativa e programa do Lar que necessitam de ser revistos são a clareza política, certamente o mais fácil de melhorar e os de serviços de saúde e sócio-recriativos, completamente prioritários e que se situam a um nível preocupante.

10.4.3 Política Administrativa e o Programa das Residências para Idosos

Nesta instituição, (gráfico 8) à semelhança do que se passa no Lar as "Expectativas Funcionais" são nulas (0%) e a "Tolerância ao Desvio" é máxima 93%. No nosso país de "brandos costumes" e na ausência de alternativas, como já foi apontado anteriormente as instituições que recebem idosos esperam pouco do seu funcionamento no fim da vida e vão tolerando tudo, numa atitude de complacência e por vezes de quase cumplicidade, como que para não tornar ainda mais amargos o fim dos dias de cada idoso. Pudémos observar, por exemplo, um "fechar os olhos" ao idoso(a) que bebe um copo a mais, como que a deixá-lo cumprir o seu fado triste quando poucas ou nenhumas

alternativas há para lhe oferecer. A "Política de Escolhas" aqui é muito elevada 90% embora o "Controlo dos Residentes" não ultrapasse os 55%. Mais uma vez a "Clareza Política" é baixa (34%), mostrando um certo estilo de fazer as coisas mais como improviso, do que planificando.



Graf. 8 Programa e Política Residencias

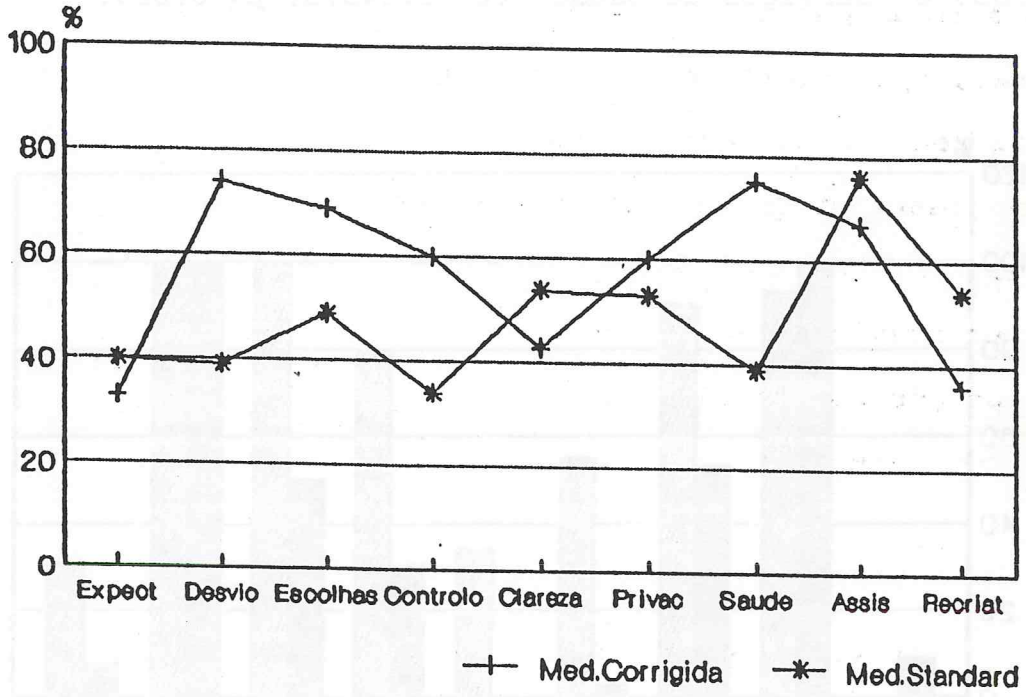
A forma de comunicar através da escrita, por cartazes ou sinais como que se opõe ao contacto pessoal, explicando o que aparentemente é óbvio, como seja o nome dos funcionários e dos residentes, que toda a gente conhece tão bem, surgirem afixados em listas ou placas identificadoras, à porta das

residências. O nível de "Privacidade" nesta instituição é elevada (80%) uma vez que o sistema de residências autónomas com recurso ou não a serviços fornecidos pelo Centro de Dia, facilita a manutenção da privacidade de cada indivíduo. A "Disponibilidade de Serviços de Saúde" e a "Disponibilidade de Assistência na Rotina" é total (100%), ainda que não a possámos considerar totalmente eficaz, devido a uma diversidade de factores que vão desde a quantidade de funcionários existentes à lotação dos próprios seviços, introduzindo potênciais situações de incapacidade de resposta pontual, por parte da administração. A "Disponibilidade de Actividades Socio-recriativas", apesar da manifesta dinâmica desta instituição, é baixa, situando-se nos 31%, o que demonstra a falta de capacidade interventiva nesta área, que só recentemente tem vindo a surgir, de forma insipiente, na preocupação dos responsáveis pelo planeamento e organização de serviços para idosos.

10.4.4 Comparação da Política Administrativa e Programa das Residências para Idosos com o Perfil Normativo

De uma forma geral podemos afirmar que o perfil desta nossa instituição é mais favorável do que o perfil normativo para as suas congéneres (gráfico 9), excepto no que diz respeito à "Clareza Política" e "Disponibilidade de Actividades Socio-Recriativas", em que está aquém da média padrão, bem como a

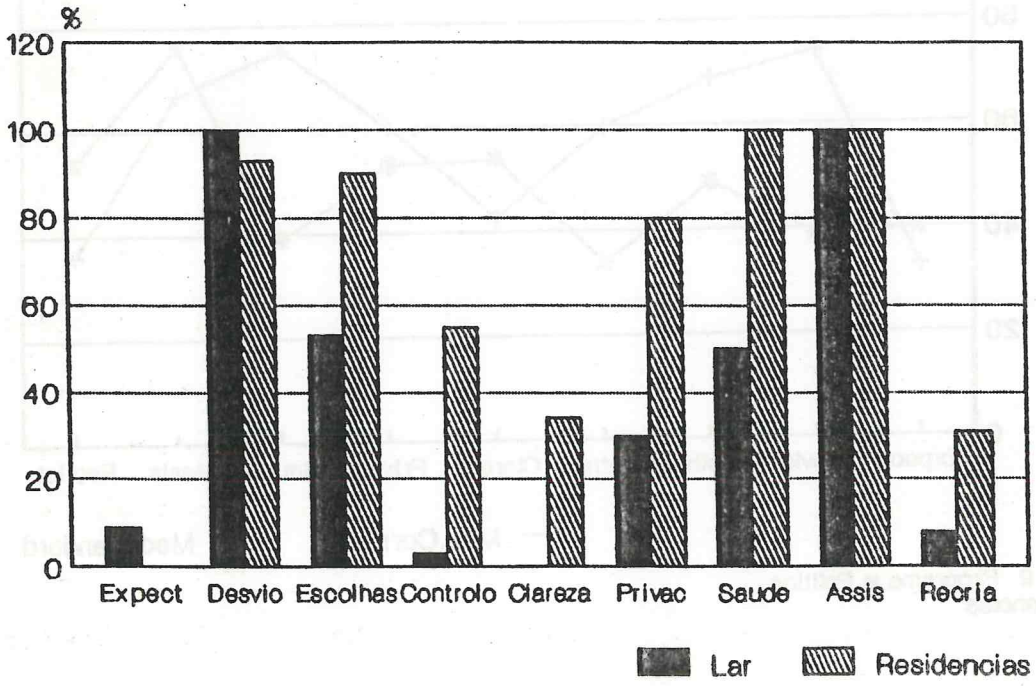
"Disponibilidade de Assistência na Rotina" está ainda que apenas em 9 pontos percentuais também se situa aquem dessa média. Estes resultados dão à instituição um perfil diferente do normativo, definindo-a como um local tolerante que permite ampla escolha e poder de decisão aos residentes, e oferecendo um leque amplo de serviços aos seus utentes.



Graf. 9 Programa e Politica Residencias

10.4.5 Comparação da Política Administrativa e Programa do Lar com as Residências para Idosos

Da análise estatística dos resultados obtidos nos dois estabelecimentos em todas as sub-escalas do POLIF (gráfico 10) verificam-se diferenças significativas relativas a "Escolhas dos Residentes" ($t = 2.48306$, $p < 0.05$), "Controlo dos Residentes" ($t = 5.16671$, $p < 0.000$), "Privacidade" ($t = 2.46598$, $p < 0.03$) e "Serviços de Saúde" ($t = 2.64575$, $p < 0.02$).



Graf. 10 Programa e Política Lar/Residencias

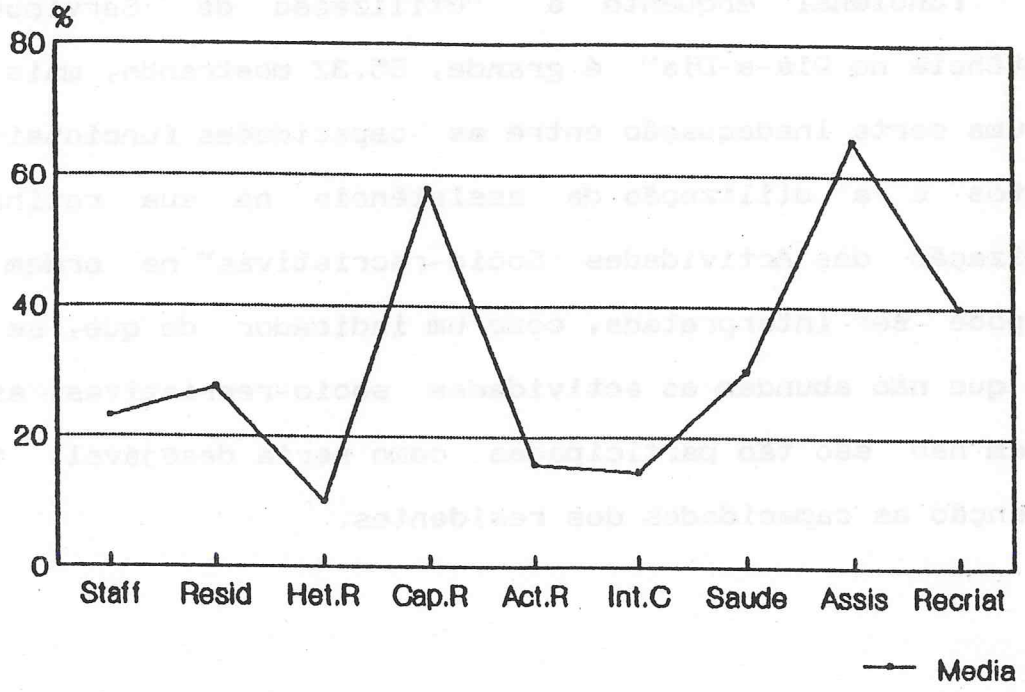
O perfil destas duas instituições, distancia-se bastante, excepto na "Disponibilidade de Assistência na Rotina" e na "Tolerância ao Desvio", não sendo as "Expectativas Funcionais" também muito diferentes nos dois estabelecimentos. Apesar de haver precentualmente mais actividades socio-recriativas nas Residências para Idosos relativamente ao Lar, o seu valor não adquire contudo significado estatístico. Nas outras dimensões as médias obtidas favorecem as Residências para Idosos. A política administrativa, assumida nas Residências para Idosos, aponta claramente para a manutenção da privacidade e poder decisório do residente, enquanto no Lar o idoso tende a perder privacidade e influir pouco na vida institucional, para além de ter ao seu dispôr menos opções. Como já referimos, a "Clareza Política" é baixa nos dois locais, mas mais ainda no Lar. Curiosamente, a "Disponibilidade de Serviços de Saúde" iguala-se nos dois estabelecimentos, o que parece contraditório quando classificamos o lar como uma instituição em que existia uma componente de enfermagem e médica considerável e as Residências para Idosos como um estabelecimento em que a componente dos serviços de saúde não era relevante. De facto, a componente médica do Lar é visivelmente maior do que a existente nas Residências para Idosos. Para o comprovar basta darmos uma volta pela extensa enfermaria do Lar e olhar pessoas acamadas entubadas ou com máscaras de oxigénio. Mas, e esse aspecto fica claramente expresso no questionário relativo à dimensão dos serviços de saúde, o Lar não tem serviços de saúde diferenciados e apenas uma clínica geral de apoio, com um grande peso da enfermagem,

más servida por um corpo clínico na sua maioria flutuante e com reduzida permanência na instituição, enquanto que as Residências para Idosos asseguram uma maior diversidade de serviços que vão da enfermagem e medicina à terapia ocupacional e fisioterapia o que lhe garante uma elevada pontuação nesta área. Em qualquer dos dois estabelecimentos as actividades socio-recriativas são escassas e principalmente têm um carácter episódico que as concentra por ocasiões festivas intensas, a que se seguem largos períodos de inactividade, não existindo um programa claro e assíduo de actividades.

10.5 Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários

10.5.1 Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários do Lar

Este questionário sobre as características dos residentes e funcionários caracteriza a instituição do ponto de vista humano. De uma forma geral podemos dizer que o perfil das dimensões e recursos do lar se situa nuns limites razoáveis à volta dos 50% não apresentando áreas muito discordantes, excepto a relativa às capacidades dos residentes, que caracterizam este lar como tendo uma população relativamente mais autónoma do que o que seria de esperar (gráfico 11).



Graf. 11 Recursos dos Residentes e Funcionarios - Lar

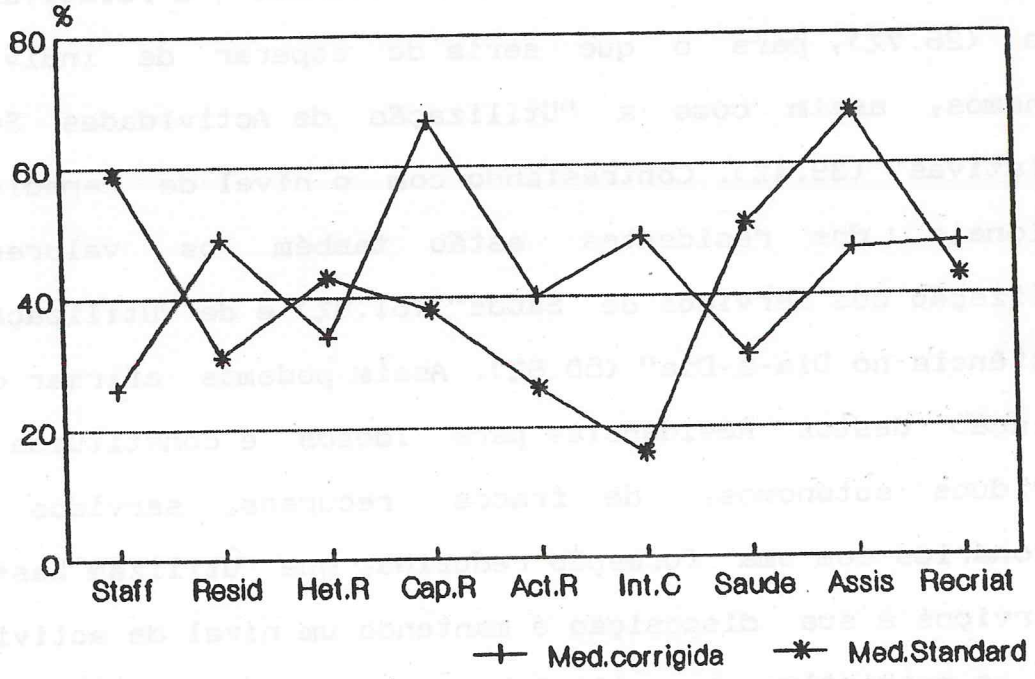
O que podemos observar na leitura dos valores médios das várias dimensões consideradas é que o Lar é habitado por uma população de baixos recursos, "Recursos Sociais dos Residentes" - 27.5%, muito homogénea, "Heterogeneidade dos Residentes - 10%" e servida por um conjunto de funcionários com baixa formação, "Riqueza dos Funcionários" (23%). Em termos do funcionamento dos residentes verificamos que as suas "Capacidades Funcionais" são elevadas (57.8%), o que contrasta com um baixo "Nível de Actividade" (15.7%), bem como uma fraca "Integração na Comunidade" (14.6%). A "Utilização dos Serviços

de Saúde" situa-se nos 30% o que está em sintonia com o seu nível funcional enquanto a "Utilização de Serviços de Assistência no Dia-a-Dia" é grande, 65.3% mostrando, mais uma vez, uma certa inadequação entre as capacidades funcionais dos sujeitos e a utilização da assistência na sua rotina. A "Utilização das Actividades Socio-recriativas" na ordem dos 40% pode ser interpretada, como um indicador de que, se é um facto que não abundam as actividades socio-recriativas, as que existem não são tão participadas como seria desejável, tendo em atenção as capacidades dos residentes.

10.5.2 Comparação das Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários do Lar com o Perfil Normativo.

No lar a "Riqueza do Staff" situa-se nos 26%, muito abaixo dos valores padrão, o que significa que a instituição é servida por pessoal menos qualificado do que a generalidade das instituições dos EUA, principalmente porque se trata de um estabelecimento que presta cuidados médicos (gráfico 12). Os "Recursos dos Residentes" obtêm uma média de 49%, que se explica pela cobertura que a segurança social faz em termos de pensões sociais e de reforma, não se tendo em consideração os precários montantes envolvidos. A "Heterogeneidade dos Residentes" é pequena, cerca de 34%, enquanto as suas "Capacidades Funcionais" são francamente superiores às esperadas em instalações congéneres, não obtante o seu "Nível

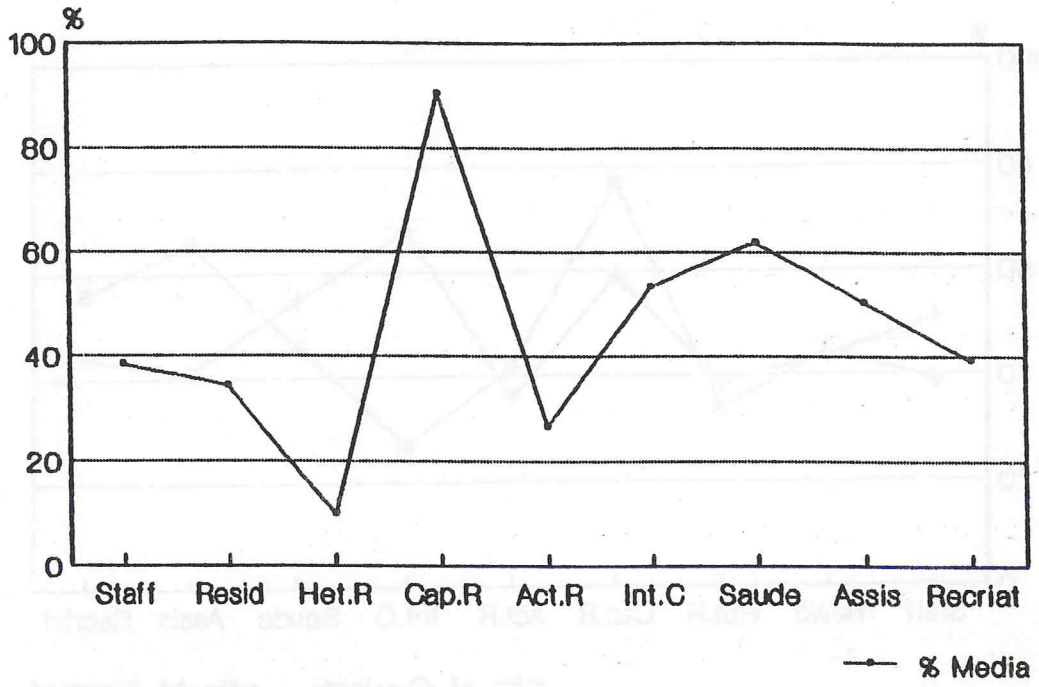
de Actividade" ser da ordem dos 40%. A "Integração na Comunidade" atinge os 49% sendo muito superior à prevista. Na mesma ordem de ideias a "Utilização dos Serviços de Saúde" (31%) é baixa, correspondendo a um melhor estado funcional dos idosos, assim como a "Utilização da Assistência no Dia-a-Dia" (47%) pressupondo a existência de muitos idosos autónomos. A "Utilização das actividades socio-recriativas" (48%), que é elevada relativamente ao esperado numa instituição destas, apesar de termos constatado a baixa disponibilidade de actividades deste tipo no estabelecimento.



Graf. 12 Recursos dos Residentes e Funcionarios - Lar

10.5.3 Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários das Residências para Idosos

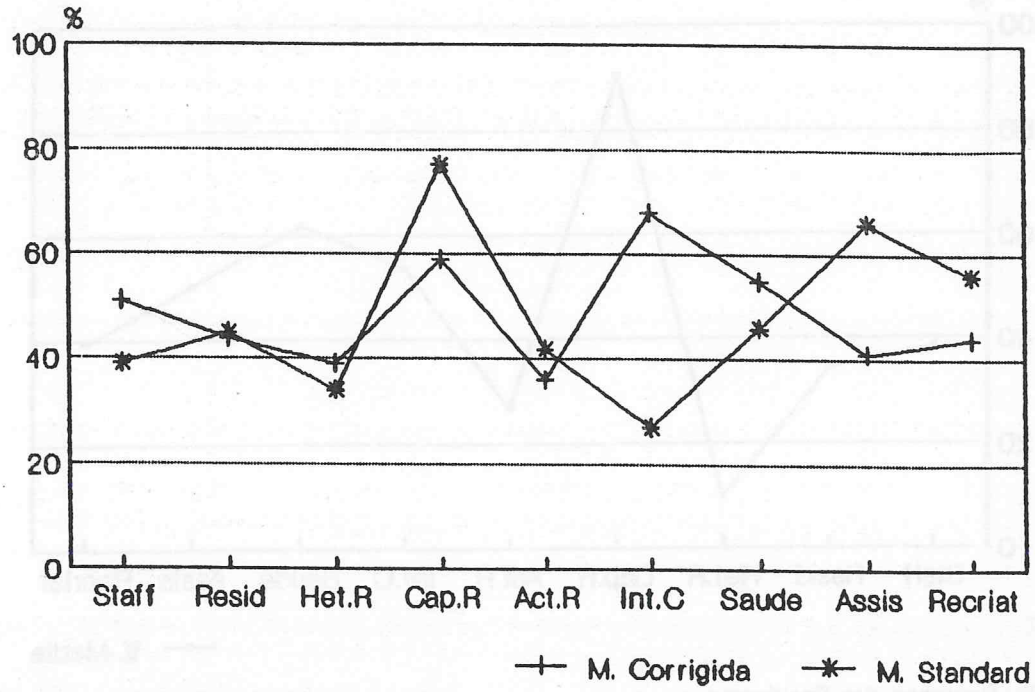
Numa leitura do perfil humano deste estabelecimento (gráfico 13) conclui-se que de uma forma geral os "Recursos Sociais dos Residentes" são relativamente baixos (34.5%) a sua diversidade é mínima, "Heterogeneidade dos Residentes" (10%) e a "Riqueza dos Funcionários" não é também muito maior do que a dos idosos (38.5%) a quem prestam serviços. Do ponto de vista dos idosos verificamos que o seu "Nível Funcional" é muito bom (90.4%) e a sua "Integração na Comunidade" se mantém elevada (53.5%). Por outro lado, o seu "Nível de Actividade" é relativamente baixo (26.7%), para o que seria de esperar de indivíduos autónomos, assim como a "Utilização de Actividades Socio-recriativas" (39.4%). Contrastando com o nível de capacidades funcionais dos residentes estão também os valores de "Utilização dos Serviços de Saúde" (61.9%) e de "Utilização de Assistência no Dia-a-Dia" (50.6%). Assim podemos afirmar que a população destas Residências para Idosos é constituída por indivíduos autónomos, de fracos recursos, servidos por funcionários com uma formação reduzida, que utilizam bastante os serviços à sua disposição e mantendo um nível de actividade geral, e recriativa em particular, relativamente baixo.



Graf. 13 Recursos dos Residentes e Funcionarios - Residencias

10.5.4 Comparação das Características Dimensões e Recursos dos Residentes e Funcionários das Residências para Idosos com o Perfil Normativo

O perfil de características dos residentes e funcionários desta instituição (gráfico 14) acompanha de perto o perfil normativo mantendo-se em limites muito razoáveis entre os 40 e os 70%.



Graf. 14 Recursos dos Residentes e Funcionarios - Residencias

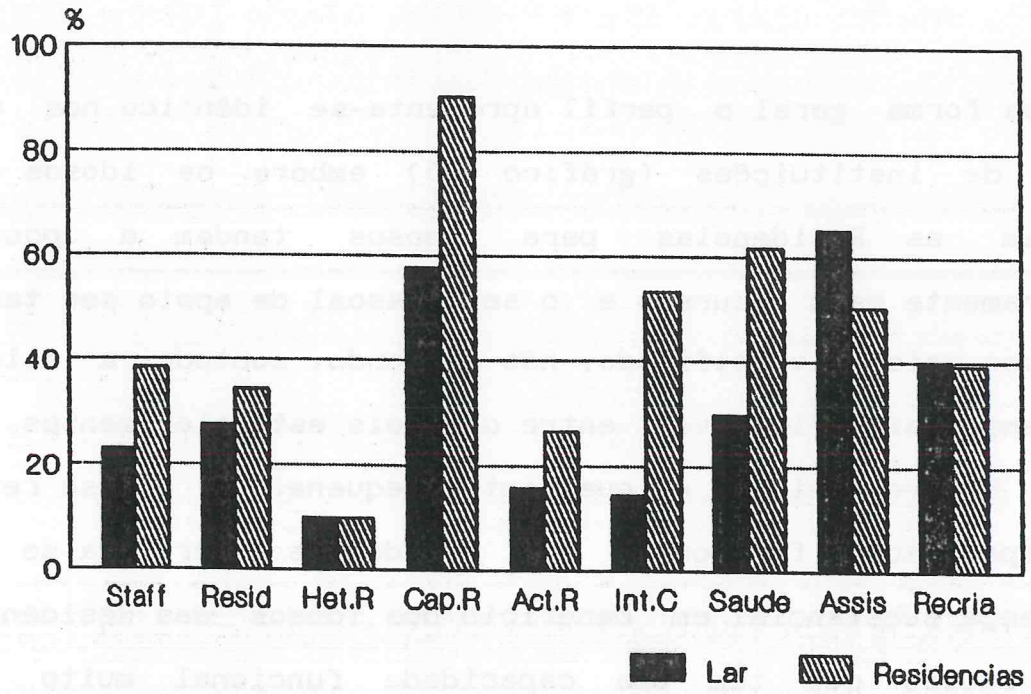
A "Riqueza do Staff" (51%) é superior à esperada sendo os "Recursos Sociais dos Residentes"(44%), coincidentes com os valores padrão. A "Heterogeneidade dos Residentes" (39%) é ligeiramente superior à prevista, mas o seu nível de "Capacidade Funcionais"(59%) situa-se bastante abaixo da média dos residentes neste tipo de equipamentos. Não obstante isso a sua "Integração na Comunidade" (68%) é francamente superior ao dos residentes em estruturas semelhantes nos EUA, a "Utilização dos Serviços de Saúde" (55%) é um pouco maior, enquanto, por outro lado, a "Utilização da Assistência no Dia-

a-Dia" (41%) é inferior aos valores normativos. A "Utilização das Actividades Socio-Recriativas" (44%), é ligeiramente mais baixa do que o que seria de esperar, reflectindo, quer o menor nível de capacidade funcional dos residentes, quer a precaridade de alternativas neste domínio que se deparam aos idosos, como já podemos verificar na análise das características físicas e arquitectónicas da instituição.

10.5.5 Comparação das Características dos Residentes e Funcionários do Lar com as Residências para Idosos

De uma forma geral o perfil apresenta-se idêntico nos dois tipos de instituições (gráfico 15) embora os idosos que habitam as Residencias para Idosos tendam a possuir ligeiramente mais recursos e o seu pessoal de apoio ser também um pouco mais diversificado, não chegando, contudo, a atingir diferenças significativas entre os dois estabelecimentos, em que a heterogeneidade é igualmente pequena. No que se refere às capacidades funcionais dos residentes verifica-se uma diferença substancial em benefício dos idosos das Residências para Idosos que têm uma capacidade funcional muito mais elevada de acordo com o facto de serem também mais activos e terem maior integração na comunidade, como se comprova a partir da análise estatística dos resultados em cada sub-escala nas duas instituições. Verificam-se apenas diferenças significativas em relação às "Capacidades dos Residentes" (t=

3.78667, p< 0.00), e "Integração na Comunidade" (t= 2.57463, p< 0.02). A utilização de serviços de saúde também é ligeiramente maior nas Residências para Idosos do que no Lar, ao contrário do que se verifica relativamente à assistência na rotina. As actividades socio-recriativas têm idêntica, e não muito elevada, utilização nas duas instituições. Em qualquer dos casos as diferenças não atingem significado estatístico na diferenciação destes dois estabelecimentos.



Graf. 15 Recursos dos Residentes e Funcionarios Lar/Residencias

10.6 A Avaliação do Ambiente Social nas Instituições

Ao contrário do processo de recolha de informação para o preenchimento das outras escalas, esta é preeenchida pelos próprios residentes e, por outro lado, pelos funcionários da instituição. Deixamos para trás a avaliação com base nos dados objectivos que quantificam espaços, e residentes que tem um dado nível funcional ou utilizam um dado tipo de serviço, etc para proceder agora a uma análise mais subjectiva do ambiente social do lar, ao longo de 7 dimensões. O inquérito abrangeu aproximadamente 50% do total de residentes no Lar e igual percentagem de funcionários, tendo ficado excluidos, em termos de utentes, os indivíduos mais incapacitados que permanecem na enfermaria correspondendo a 35% dos idosos, e a franja dos outros que, ou por recusa, ou por incapacidades nomeadamente auditivas graves, dificultavam a passagem do inquérito. Dos funcionários não preencheram o inquérito algumas categorias profissionais que pelo escasso contacto que mantêm com os residentes, como é o caso de todo o pessoal da lavandaria, se recusaram a fazê-lo.

Relativamente às Residências para Idosos, os dados apresentados abrangem aproximadamente os 100% da população quer de residentes quer de funcionários.

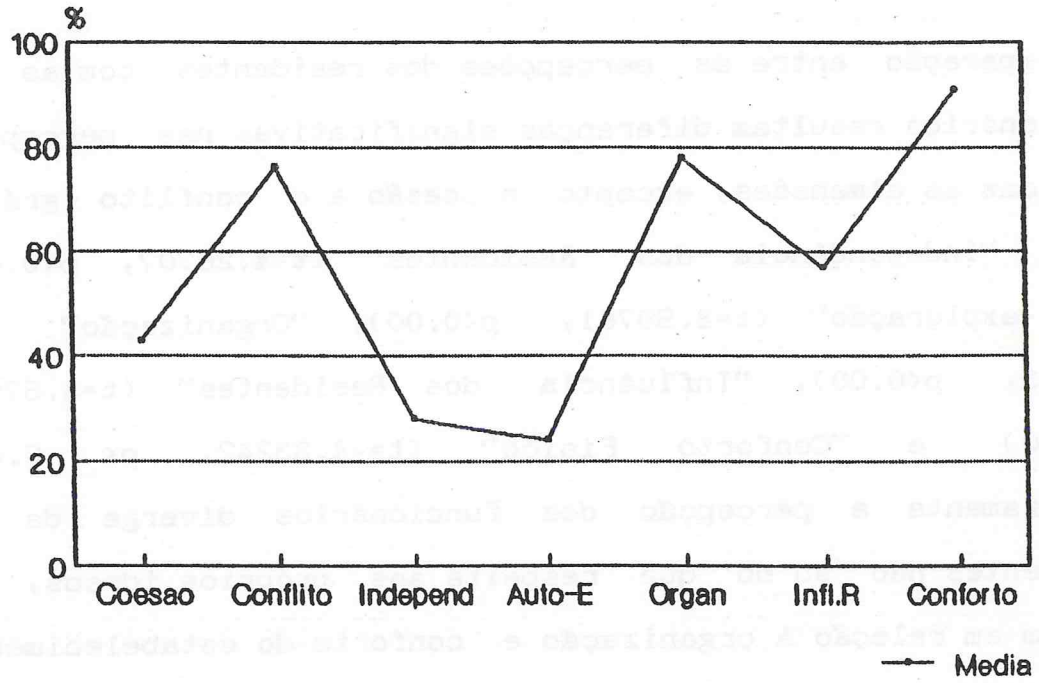
Neste ponto podemos proceder a vários tipos de análises comparativas entre as percepções dos residentes e dos funcionários. Com este método ficámos não só a conhecer as

percepções dos diferentes intervenientes, relativamente ao ambiente social do estabelecimento, como podemos confrontá-las e verificar pontos de convergência e divergência entre as partes. A comparação entre as percepções dos residentes e funcionários, tem um interesse fundamental quando o objectivo da avaliação é, por exemplo, planear uma intervenção e provocar mudanças em qualquer das dimensões do seu ambiente. Optamos por fazer a apresentação dos resultados com base nas respostas dos residentes e referir de seguida a comparação entre estes e os resultados dos funcionários.

10.6.1 O Ambiente Social do Lar

Este estabelecimento, onde 73% dos residentes são mulheres é caracterizado por um ambiente social com relativamente baixa "Coesão" (43%), e uma elevada taxa de "Conflito" (76%) (gráfico 16). A viverem em camaratas de 16 pessoas, estas idosas quezilam inúmeras vezes entre si e com as funcinárias que estão directamente em contacto com elas, por questões ligadas a, hipotéticas ou reais, invasões do espaço próprio (ex: alguém se sentou no sofá da sala que outra considera seu), privilégios de tratamento concedidos a outras idosas, causando atitudes de ciúme, etc. Mais evidente é, por outro lado, a ausência de coesão, o viver cada uma por si, sem demonstrarem grande solidariedade mútua, numa indiferença ostensiva e defensiva relativamente aos parceiros mais próximos, num sistema em que a ajuda é algo que vem de cima e

dificilmente se constitui numa rede transversal de apoio.



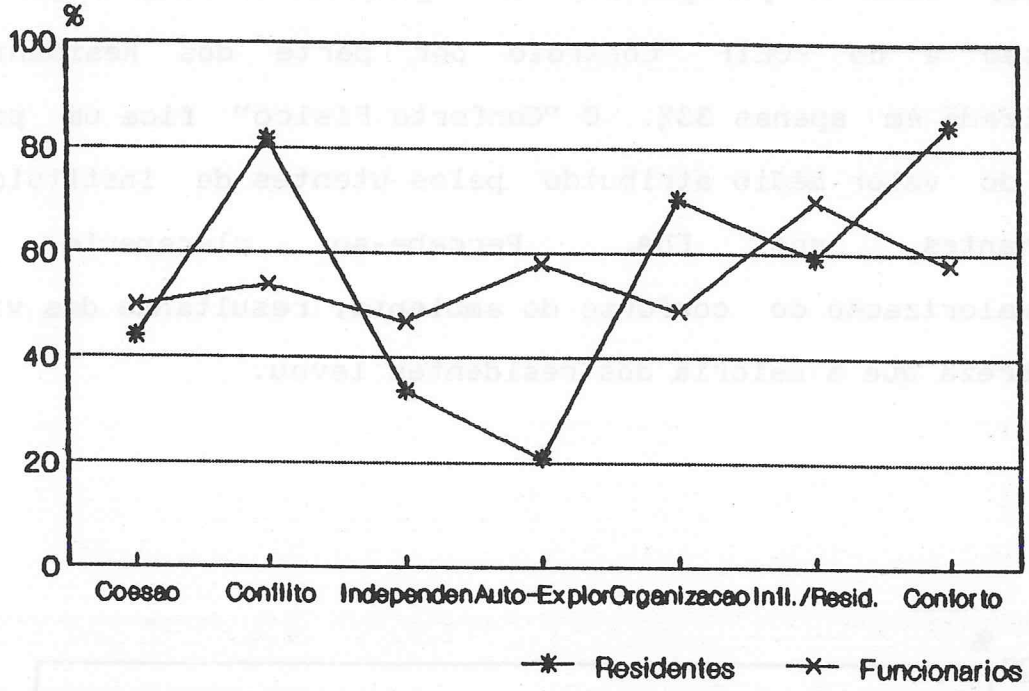
Graf. 16 Ambiente Social
Residentes - Lar

A "Independência" dos residentes é muito baixa (28%) e a "Auto-exploração" também (24%) o que, na sequência do que referimos, acentua a organização social vertical do estabelecimento e a ausência de manifestações, verbais ou outras, do foro afectivo.

A "Organização" da instituição é considerada boa (78%) por parte dos residentes que referem ter bastante "Influência" na vida do estabelecimento (57%). O dado mais surpreendente é o

considerarem que a casa oferece muito "Conforto Físico" (91%) quando de facto os seus alojamentos actuais são muito precários, e a casa é francamente fria.

Da comparação entre as percepções dos residentes com as dos funcionários resultam diferenças significativas nas percepções de todas as dimensões, excepto a coesão e o conflito (gráfico 17): "Independência dos Residentes" (t=4.26707, p<0.00), "Auto-exploração" (t=8.99761, p<0.00), "Organização" (t=-361903, p<0.00), "Influência dos Residentes" (t=4.67037, p<0.00) e "Conforto Físico" (t=-4.83242, p< 0.00). Curiosamente a percepção dos funcionários diverge da dos residentes não só no que respeita aos próprios idosos, mas também em relação à organização e conforto do estabelecimento, mais valorizado pelos idosos do que pelos funcionários. Esta sobrevalorização, nomeadamente do conforto físico, feita pelos idosos, explica-se pela vida de pobreza que tiveram, reforçando o modelo da congruência pessoa-meio subjacente á elaboração deste instrumento.

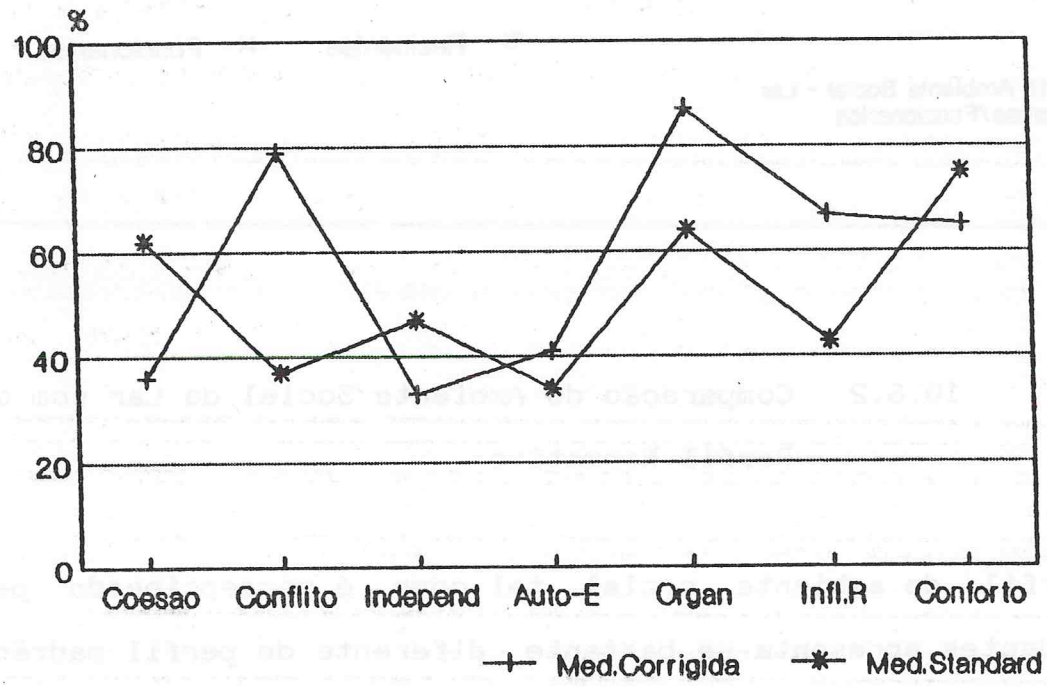


Graf. 17 Ambiente Social - Lar
Residentes/Funcionarios

10.6.2 Comparação do Ambiente Social do Lar com o Perfil Normativo

O perfil do ambiente social tal como é percepcionado pelos residentes apresenta-se bastante diferente do perfil padrão na maioria dos seus aspectos (gráfico 18). A "Coesão" (36%) é praticamente metade da esperada enquanto o "Conflito" (79%) atinge quase o dobro do valor normativo. A dimensão "Independência" (33%) é inferior, enquanto a "Auto-exploração" já seja superior, à média padrão. A "Organização" (87%) tem

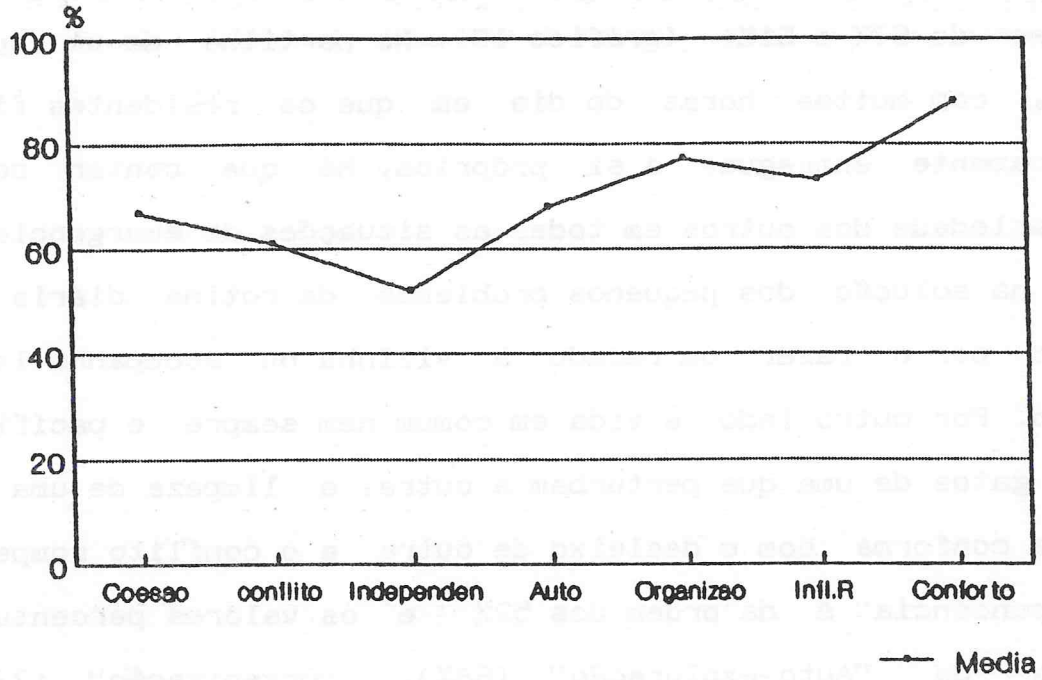
uma média bastante superior à prevista. Na área de "Influência dos Residentes" (67%) obteve-se uma média elevada apesar de não ser essa a perspectiva da própria administração na dimensão 4 do POLIF "Controlo por parte dos Residentes" valorizada em apenas 33%. O "Conforto Físico" fica um pouco aquém do valor médio atribuido pelos utentes de instituições semelhantes nos EUA. Percebe-se claramente uma sobrevalorização do conforto do ambiente, resultante das vidas de pobreza que a maioria dos residentes levou.



Graf. 18 Ambiente Social
Residentes - Lar

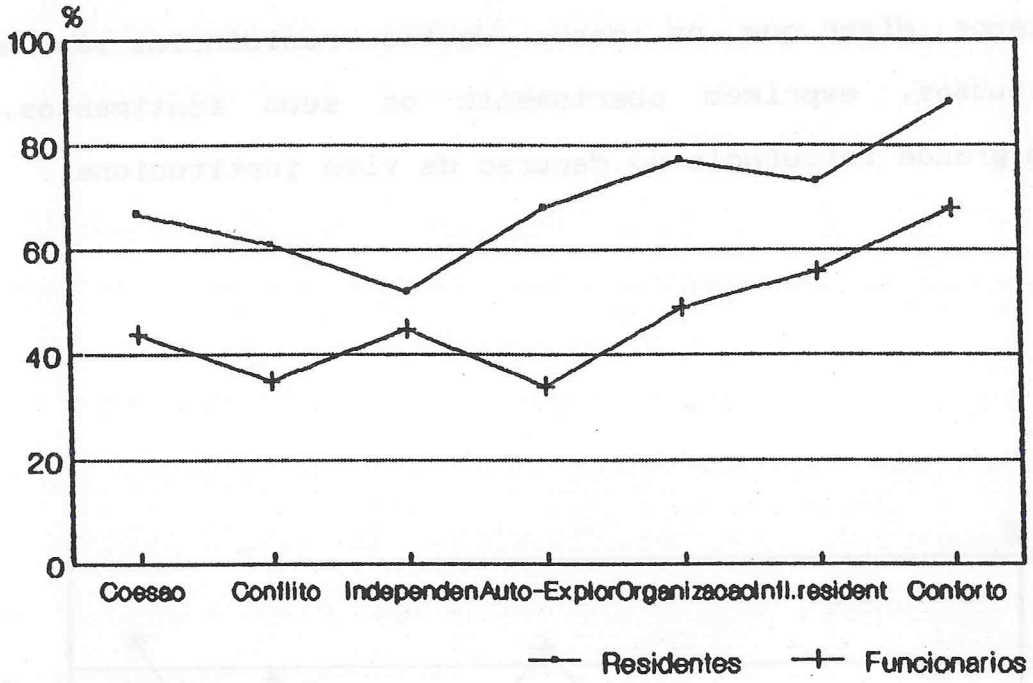
10.6.3 Ambiente Social das Residências para Idosos

Nesta instituição quer o índice de "Coesão" quer o de "Conflito" são bastante elevados, atingindo respectivamente os valores de 67% e 61%, (gráfico 19). Na partilha de um espaço comum, com muitas horas do dia em que os residentes ficam praticamente entregues a si próprios, há que contar com a solidariedade dos outros em todas as situações de emergência e mesmo na solução dos pequenos problemas da rotina diária que passam por o fazer um recado à vizinha ou acompanhá-la ao médico. Por outro lado a vida em comum nem sempre é pacífica. Há os gatos de uma que perturbam a outra, a limpeza de uma que não se conforma com o desleixo de outra e o conflito rompe. A "Independência" é da ordem dos 52% e os valores percentuais médios da "Auto-exploração" (68%), "Organização" (77%), "Influência dos Residentes" (73%) e "Conforto Físico" (88%) são todos relativamente elevados apontando para um ambiente social positivo sem áreas discordantes embora como já se referiu os índices de conflito sejam elevados.



Graf. 19 Ambiente Social Residentes - Residencias

Comparando estes resultados com os dos funcionários (gráfico 20), verificamos uma certa sintonia com as percepções dos idosos uma vez que apenas há diferenças estatisticamente significativas em relação á "Organização" ($t=2.09106$, $p< 0.05$), de novo mais valorizada pelos residentes do que pelos funcionários e à "Auto-exploração" ($t= 2.58875$, $p< 0.02$) que é uma dimensão relativa às manifestações do afecto das pessoas, em que parecia haver alguma dificuldade de avaliação por parte dos funcionários, quer neste estabelecimento quer no anterior.

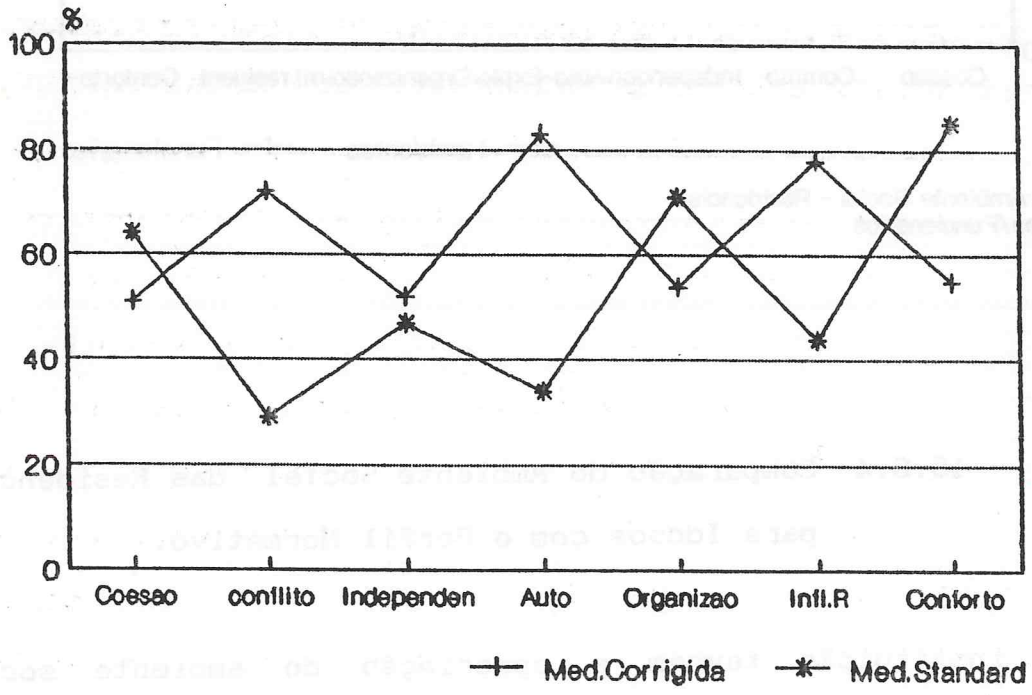


Graf. 20 Ambiente Social - Residencias Residentes/Funcionarios

10.6.4 Comparação do Ambiente Social das Residências para Idosos com o Perfil Normativo.

Nesta instituição também a apreciação do ambiente social diverge em muitos aspectos da feita em estabelecimentos congéneres (gráfico 21). Aqui de novo a "Coesão" (51%) é um pouco menor e o "Conflito" (72%) bastante mais evidente do que o que seria de esperar. A "Independência" (52%) e principalmente a "Auto-exploração" (83%) dos residentes é maior do que a média normativa, bem como a "Influência dos

Residentes" (78%). Pelo contrário a dimensão de "Organização" (54%) tem um valor relativamente baixo, o mesmo acontecendo com a percepção do "Conforto Físico" (55%). De uma forma geral poderiamos dizer que os idosos destas residências são mais conflituosos, exprimem abertamente os seus sentimentos, e mantêm grande influência no decurso da vida institucional.

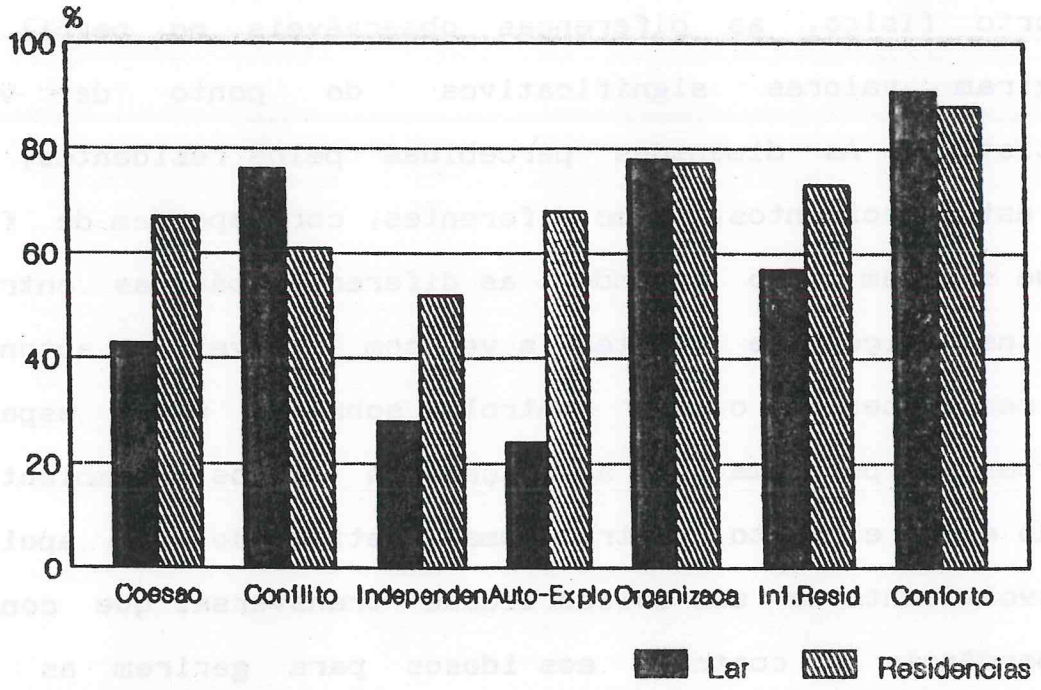


Graf. 21 Ambiente Social
Residentes - Residencias

10.6.5 Comparação do Ambiente Social do Lar com as Residências para Idosos - Residentes

São inúmeras e relevantes as diferenças entre os perfis do ambiente social nestes dois estabelecimentos, de acordo com a avaliação feita pelos respectivos residentes (gráfico 22). Há uma grande divergência relativa ao controlo e expressão dos residentes na instituição, confirmada pela análise estatística comparativa das precepções dos respectivos residentes. Verificaram-se diferenças significativas entre as percepções dos residentes relativas à "Coesão" ($t= -4.41189$, $p< 0.00$), "Independência dos Residentes" ($t= -4.41896$, $p< 0.00$) e "Influência dos Residentes" ($t= -6.03534$, $p< 0.00$). Enquanto relativamente ao conflito, auto-exploração, organização e conforto físico, as diferenças observáveis no perfil não atingiram valores significativos do ponto de vista estatístico. As dimensões percebidas pelos residentes, dos dois estabelecimentos, como diferentes, correspondem de facto ao que são, em nosso entender, as diferenças básicas entre as duas instituições, e que tem a ver com o nível de autonomia dos residentes e o seu controlo sobre o meio, aspectos importantes para uma boa adaptação dos idosos ao ambiente. A coesão é um elemento central numa instituição que apoia o desenvolvimento de uma solidariedade transversal que confere independência e controlo aos idosos para gerirem as suas própria dificuldades e determinarem a sua vida, como é o caso das Residências para Idosos. Enquanto no Lar a solidariedade é vertical e cada idoso fica completamente dependente dos

serviços prestados pela instituição, com a perda de controlo e autonomia que isso implica. Da comparação entre as percepções dos funcionários do Lar com os das Residências para Idosos resultaram apenas diferenças significativas no que diz respeito à "Auto-exploração" ($t = 2.21075$, $p<0.05$) e "Conforto" ($t = -3.01327$, $p< 0.00$). Ainda que de facto os ambientes sejam diferentes entre os dois estabelecimentos parece haver, da parte do pessoal que lá trabalha, uma certa tendência para a uniformizar as percepções que têm do respectivo ambiente denunciando eventualmente uma leitura um pouco estereótipada e/ou superficial dos idosos.



Graf. 22 Ambiente Social
Lar/Residencias (Residentes)

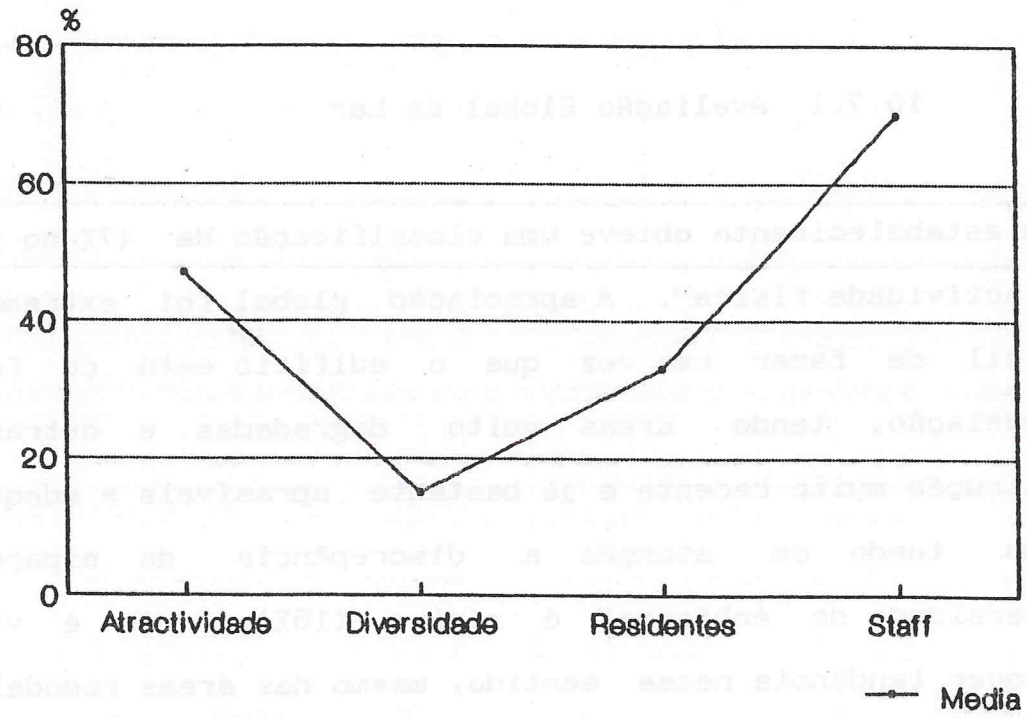
10.7 Avaliação Global das Instituições

A última parte do MEAP é uma escala a ser preenchida pelo observador/investigador em que este procede a uma avaliação, em grande medida subjectiva, da sua impressão sobre 4 grandes áreas do ambiente físico e social das instituições.
Daí resulta também um perfil comparável com o obtido para estabelecimentos do mesmo tipo. Uma primeira constatação é a de que qualquer destes dois estabelecimentos estudados é qualificado em todas as quatro dimensões como inferior à média padrão.

10.7.1 Avaliação Global do Lar

Este estabelecimento obteve uma classificação de 47% no factor "Atractividade Física". A apreciação global foi extremamente difícil de fazer uma vez que o edifício está em fase de remodelação, tendo áreas muito degradadas e outras de construção muito recente e já bastante aprasíveis e adequadas. Mesmo tendo em atenção a discrepância de espaços a "Diversidade de Ambiente" é mínima (15%) e não é visível qualquer tendência nesse sentido, mesmo nas áreas remodeladas. O "Funcionamento dos Residentes", no seu conjunto, é precário (33%) uma vez que mesmo os indivíduos fisicamente autónomos se mantêm muito inactivos e pouco motivados. O "Funcionamento do Pessoal" pareceu-nos adequado (70%), tendo-se mostrado como pessoas disponíveis e afectuosas para com os idosos, e que

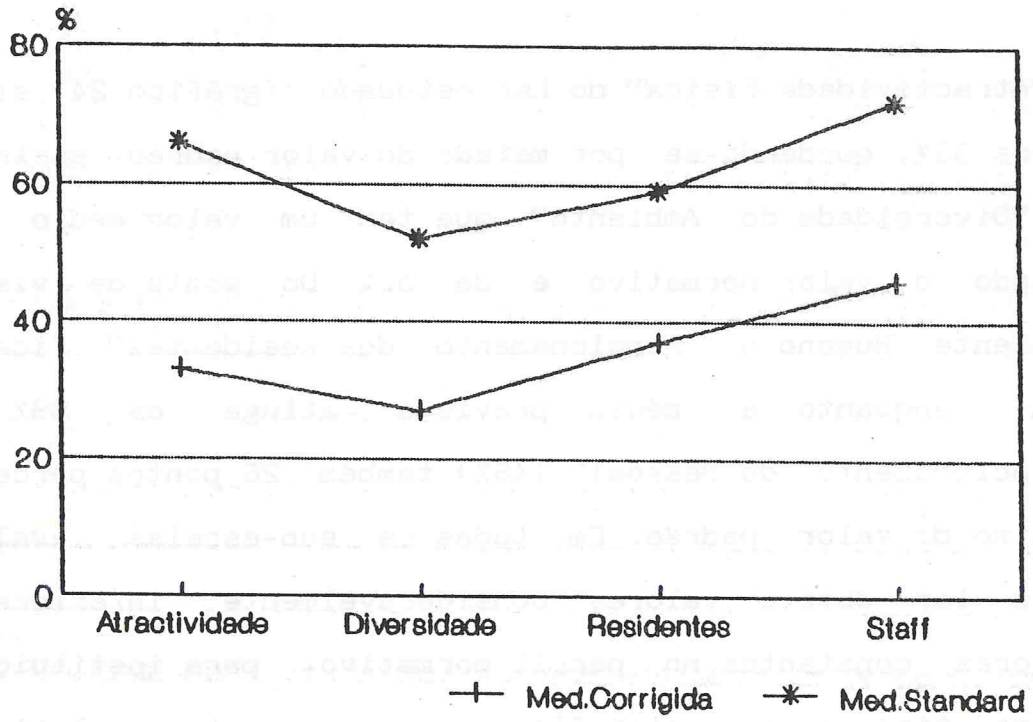
articulavam com facilidade as tarefas respectivas. Resumindo, o Lar não se nos afigurou um lugar muito aprazível para morar, era muito pouco personalizado e os seus residentes tinham um funcionamento precário que a nível de pessoal era mais satisfatório embora ainda se mantivesse aquém do esperado (gráfico 23).



Graf. 23 Avaliacao Global - Lar

10.7.2 Comparação da Avaliação Global do Lar com o Perfil Normativo

A "Atractividade Física" do Lar estudado (gráfico 24) situa-se pelos 33%, quedando-se por metade do valor padrão, assim como a "Diversidade do Ambiente" que tem um valor médio de 27% quando o valor normativo é de 52% Do ponto de vista do ambiente Humano o "Funcionamento dos Residentes" fica pelos 37%, enquanto a média prevista atinge os 59% e o "Funcionamento do Pessoal" (46%) também 26 pontos percentuais abaixo do valor padrão. Em todas as sub-escalas avaliadas, este lar obteve valores consideravelmente inferiores aos valores constantes no perfil normativo, para instituições do mesmo tipo, o que significa que os aspectos relativos ao conforto e estética do estabelecimento estão praticamente ausentes e a imagem pessoal dos seus utentes bem como a impressão geral deixada pelos funcionários é de uma certa pobreza.

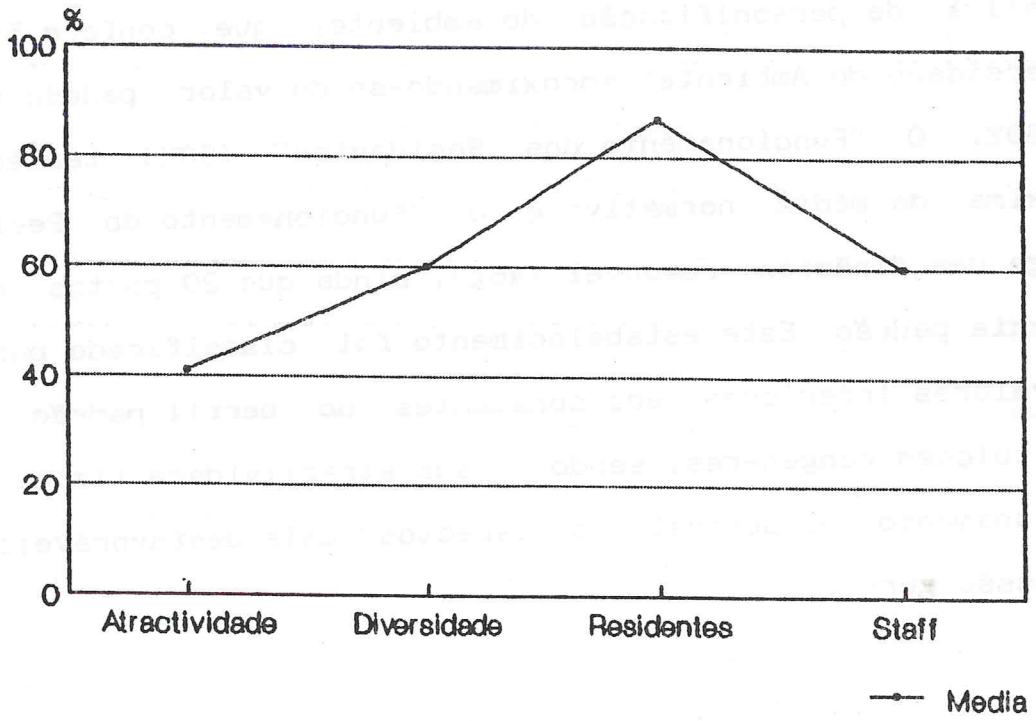


Graf. 24 Avaliaceo Global - Lar

10.7.3 Avaliação Global das Residências para Idosos

A "Atractividade Física" destas Residências para Idosos (gráfico 25) situa-se nos 41% ficando no entanto favorecida pela "Diversidade do Ambiente" que atinge os 60%. Do ponto de vista dos idosos o "Funcionamento dos Residentes" é elevado 87%, são idosos activos e cuidados, na sua maioria, enquanto o "Funcionamento do Pessoal" tem uma média de 60% mostrando-se motivado no seu trabalho e colaborante entre si, para além de ser visivelmente afectuoso com os idosos. De uma maneira

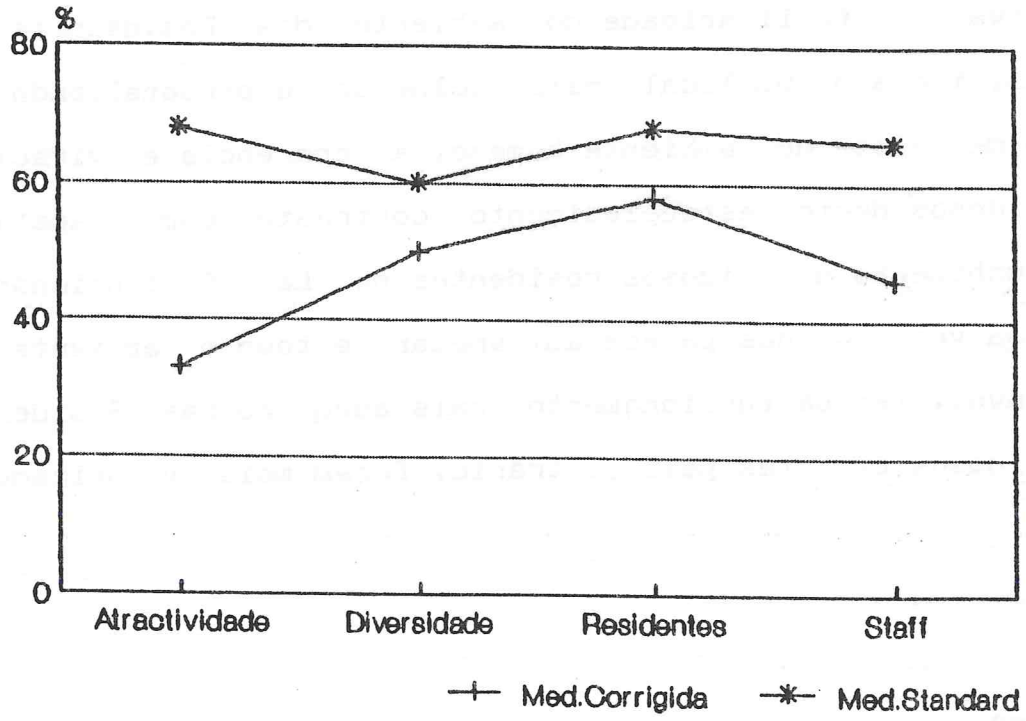
geral podemos dizer que apesar de nao ser um local francamente aprasível, a personalização do espaço que a instituição permite bem como o nível de actividade dos idosos e empenhamento dos funcionários, torna-o um local vivo, onde apesar de tudo ainda se sente uma certa alegria de viver e em que a palavra futuro continua a fazer sentido.



Graf. 25 Avaliacao Global - Residencias

10.7.4 Comparação da Avaliação Global das Residências para Idosos com o Perfil Normativo

A "Atractividade Física" (33%) das residências é a sua área menos favorável, situando-se em menos de metade do valor previsto (gráfico 26), o edifício é antigo, tendo sofrido sucessivas adaptações, confina com um cemitério para o qual dão todas as janelas do lado do edificio. Há uma clara tentativa de personificação do ambiente, que confere 50% à "Diversidade do Ambiente" aproximando-se do valor padrão que é de 60%. O "Funcionamento dos Residentes" (58%) também se aproxima da média normativa e o "Funcionamento do Pessoal" atinge uma dinâmica razoável (46%), ainda que 20 pontos aquém da média padrão. Este estabelecimento foi classificado por nós em valores inferiores aos constantes do perfil padrão para instituições congéneres, sendo a sua atractividade física e o funcionamento do pessoal, os aspectos mais desfavoráveis na impressão geral.

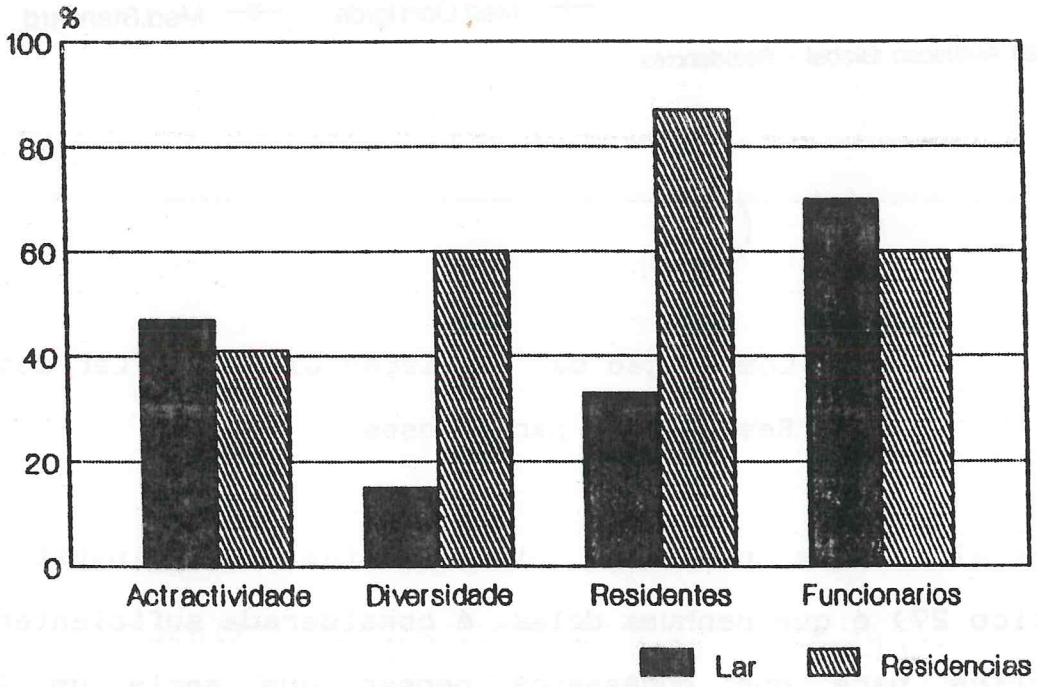


Graf. 26 Avaliacao Global - Residencias

10.7.5 Comparação da Avaliação Global do Lar com as Residências para Idosos

No geral o que poderemos dizer destas duas instituições (gráfico 27) é que nenhuma delas é considerada suficientemente atractiva para que pudêssemos pensar que seria um local aprasível para nós proprios habitarmos. Da análise estatística verifica-se que estas instituições só se diferenciam significativamente no "Funcionamento dos Residentes" ($t = -2.92119$, $p < 0.02$) e é a actividade deles,

enquanto resultado de toda a dinâmica institucional que confere às Residências para os Idosos uma imagem mais positiva. A familiaridade do ambiente das Residências para Idosos, torna-o um local mais acolhedor e personalizado. Do ponto de vista do ambiente humano, a aparência e vivacidade dos idosos deste estabelecimento contrasta com a apatia e acabrunhamento dos idosos residentes no Lar. Os funcionários, por sua vez não nos pareceram, apesar de todo o ambiente mais favorável, ter um funcionamento mais adequado nas Residências para Idosos e, antes pelo contrário, foram mais valorizados no Lar.



Graf. 27 Avaliacao Global
Lar/Residencias

10.8 Conclusão

A importância da futura aferição deste instrumento para Portugal decorre da sua grande riqueza informativa e aplicabilidade. Quando vemos proliferar à nossa volta lares com fins lucrativos e conhecemos um pouco a realidade dos antigos asilos e hospícios, interrogámo-nos sobre a qualidade de vida nesses vários locais. Referindo-se, aos EUA Nyman (1989) afirma que em locais em que há escassez de camas para idosos cada cama suplementar que surge nos lares está associada a várias violações ao bem-estar dos residentes. A qualidade dos serviços surge estritamente ligada ao facto de não haver necessidade de competir por clientes. Em Portugal é por demais evidente a falta de estabelecimentos para idosos e se a alternativa da institucionalização do idoso não é a mais favorável, ela é seguramente uma opção necessária e adequada em muitos casos. Avaliar a qualidade dos meios ambientes onde residem os idosos é o primeiro passo para a introdução de mudanças nos estabelecimentos existentes e a elaboração de projectos dos futuros lares e equipamentos diversos, visando uma melhoria de bem-estar físico e psicossocial dos idosos.

11 AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL DOS IDOSOS EM INSTITUIÇÃO

Nas duas instituições estudadas, os Hospitais Menores e as Residências para Idosos da Casa de Lordelo, fizemos uma avaliação multidimensional de cada residente através da Escala Multidemensional de Observação dos Sujeitos Idosos - MOSES de Helmes et al. (1987). Este instrumento é preenchido pela(s) pessoa(a) que presta mais directamente cuidados ao idoso, neste caso a enfermeira e/ou a vigilante, responsável por cada grupo restrito de idosos. Este tipo de avaliação permitiu-nos, numa primeira fase, conhecer as capacidades, em termos de autonomia/dependência física de todos os residentes. Esta avaliação corresponde à percepção que o pessoal que presta cuidados ao idoso tem, sobre as suas capacidades físicas, mentais, humor e comportamento.

11.1 Avaliação Multidimensional dos Sujeitos Idosos

A colocação dos idosos em instituição passa, entre outros aspectos, por uma cuidadosa avaliação das suas capacidades funcionais, para evitar uma possível má colocação, por exemplo, em estabelecimentos que oferecem serviços para grandes dependentes, com consequências negativas na autonomia de idosos funcionalmente capazes, que deixariam de tratar de si próprios em áreas como a própria higiene, quando ainda eram capazes de se ocuparem delas. A intervenção e a manipulação do

progresso do doente idoso também passa pela avaliação do seu estado. Foi nesse sentido que Helmes et al. (1987) criaram a MOSES, que nós adoptámos no nosso próprio estudo. Esta escala, reproduzida no anexo 2, foi desenvolvida pelos autores a partir de análise factorial de outros instrumentos existentes, e de conhecimentos teóricos sobre as áreas mais relevantes de funcionamento dos idosos.

De acordo com Pruchno et al. (1988) este instrumento tem quatro vantagens sobre os outros: 1) a capacidade de avaliar e classificar residentes que possuem um amplo leque de capacidades; 2) a possibilidade de especificar uma grande variedade de capacidades funcionais através da criação de perfis multidimencionais dos residentes; 3) um método não intrusivo de avaliação e minimização das possibilidades que os residentes se sintam ameaçados ou perturbados; 4) a eliminação da necessidade de treino especial para a interpretação ou aplicação do instrumento.

É uma escala do tipo ordinal de 4 ou 5 pontos, em que as pontuações mais baixas correspondem a um melhor funcionamento dos residentes. A escala tem 40 items, repartidos igualmente por cinco aspectos: 1) Funcionamento a Nível dos Cuidados Pessoais; 2) Comportamento de Desorientação; 3) Humor Deprimido/Ansioso; 4) Comportamento de Irritabilidade e 5) Comportamento de Afastamento.

Os dados sobre a fidelidade da escala, referidos pelos

autores, apontam para uma fidelidade inter-observador da ordem dos .62, sendo bastante superior para os Cuidados Pessoais (.97) e inferior para a Depressão (.57). A consistência interna apresenta um Alfa de Cronbach de .80. A inter-correlação entre as escalas é elevada, principalmente entre os Cuidados Pessoais e a Desorientação. Os autores verificaram a capacidade discriminativa das várias sub-escalas do MOSES, em diferentes cenários, como Hospitais Psiquiátricos, Lares, Residências para Idosos e Hospitais de Cuidados Continuados. Provou-se que as escalas discriminam bem entre os diferentes ambientes, principalmente a de Cuidados Pessoais, Irritabilidade, Afastamento, sendo a Desorientação discriminativa de todos os cenários, excepto um, e a Depressão mostrando pior capacidade discriminativa entre os idosos, em diferentes ambientes. A MOSES foi validada por vários processos, incluindo a predicção de resultados, a validade convergente e discriminante, apresentando resultados satisfatórios (Helmes et al., 1987).

Pruchno et al. (1988) fizeram a confirmação do modelo factorial da escala, proposto por Helmes et al. e verificaram a existência dos cinco factores descritos, embora tenham feito alterações na quantidade global de items, eliminando alguns que tinham saturações inferiores a .4, ou que tinham saturações superiores a .2 em mais do que um factor, reduzindo a escala a 24 items.

Nós, utilizamos apenas duas das sub-escalas do instrumento

original, que correspondiam aos factores mais consistentes e, por outro lado, se referiam a aspectos dos idosos que nos ineteressavam particularmente estudar, ou seja, o funcionamento a nível de Cuidados Pessoais e o seu comportamento de Afastamento. Da sub-escala de Cuidados Pessoais retirámos o item relativo à utilização de freios, nas camas ou cadeiras dos idosos, para impedirem que eles caiam ou evitar que se desloquem, uma vez que não os observamos em nenhuma das instituições estudadas.

A sub-escala de Cuidados Pessoais, fica assim reduzida a sete questões, respectivamente sobre: a mobilidade física, o levantar-se e deitar-se, o vestir-se, o tomar banho, a higiene pessoal, o utilizar a casa de banho e incontinência. A sub-escala de Afastamento inclui oito items: preferir a solidão, iniciar contactos sociais, responder a contactos sociais, amizade com outros residentes, interesse pelos acontecimentos do dia-a-dia, interesse pelos acontecimentos do exterior, ajudar os outros residentes, manter-se ocupado. A fidelidade interna de cada uma destas sub-escalas é respectivamente de Alfa= .93 para os Cuidados Pessoais e Alfa= .85 para o Afastamento verificando-se entre ambas uma correlação moderada de .62.

Não queremos avançar na apreciação dos dados sobre o funcionamento dos idosos, nomeadamente no que se refere às áreas de higiene pessoal, sem chamar à atenção para o facto, de haver questões, que apesar de parecerem completamente

objectivas, como é o caso da constatação da incontinência dos idosos, não serem simples de avaliar em meio institucional. Um idoso com dificuldades de locomoção pode não ser incontinente, mas necessita da ajuda de uma ou mesmo duas pessoas, para se deslocar à casa de banho. Nos lares, estas situações são objecto de uma resolução simples e prática, que é a colocação generalizada de fraldas nos idosos. Se esta pode não ser a solução mais adequada, em termos de dignidade e bem-estar subjectivo dos idosos é, por certo, mais económica e eficaz, do que o disponibilizar pessoal, constantemente atento às necessidades fisiológicas dos idosos. O elevado número de idosos classificados como incontinentes permanentes engloba, desta forma, indivíduos incapazes de controlo esfincteriano e indivíduos que, embora completamente capazes desse controlo, têm disfunções motoras que limitam a sua prática.

11.2 Procedimento e Características da Amostra

A amostra era constituida por 96 sujeitos, com uma média de idades de 80 anos, repartidos por quatro grupos, três dos quais dos Hospitais Menores, respectivamente, "Enfermaria" (28 mulheres), "Monteiro dos Santos" (28 mulheres) e "Homens" (17 homens), e um outro da "Casa de Lordelo" (3 homens e 20 mulheres). Em média o tempo de residência em instituição era de aproximadamente 10 anos, sendo a sua maioria solteiros e analfabetos (quadro 5). Como já referimos, os dados foram obtidos junto das pessoas (enfermeira e vigilante) que têm

contacto directo e diário com o idoso, demorando a completar cada questionário, aproximadamente, 20 minutos.

Quadro 5

Características da Amostra

		Sexo	Idade	Tempo Resid.	Solteiros	Analfabetos
	N	M. F.	x dp	x dp	%	%
Enfermaria (Hosp.Men.)	28	F.	82 8	8 6	58%	96%
Homens (Hosp.Men.)	17	M.	80 8	7 8	48%	53%
Monteiro Santos (Hosp.Men.)	28	F.	80 8	11 10	75%	27%
Casa de Lordelo	23	3 M. 20 F.	77 6	12 13	40%	48%

11.3 Resultados

Vamos descrever e analisar os resultados obtidos, através da aplicação das sub-escalas de Cuidados Pessoais e de Afastamento do MOSES, comparando entre si os três grupos distintos existentes nos Hospitais Menores ("Enfermaria", "Monteiro dos Santos" e "Homens") e estes com o grupo "Lordelo" das Residências para Idosos, da Casa de Lordelo que, como ficou bem claro a partir da avaliação ambiental, são dois estabelecimentos que prestam tipos e níveis de cuidados substancialmente diferentes, o que se reflecte em termos das

capacidades da populaçao a que se destinam.

Quadro 6

Pontuação média em duas sub-escalas do MOSES para os diferentes grupos de idosos

	Cuidados Pessoais		Afasta mento	
	$\bar{x}$	d.p.	$\bar{x}$	d.p.
Enfermaria	25.4	3.8	25.9	6.1
Homens	12.3	6.8	20.6	5.5
Mulheres	10.2	4.1	19.0	6.0
C. Lordelo	9.8	4.6	15.0	5.7

De uma forma geral, verifica-se que os "Hospitais Menores", alberga idosos com mais perturbações funcionais e mais apáticos do que a "Casa de Lordelo". Do conjunto dos quatro grupos, a "Enfermaria", como era de esperar, tem os indivíduos mais dependentes e com mais comportamentos de afastamento, diferenciando-se, claramente, de todos os outros grupos (quadro 6). Os "Homens", e o grupo do "Monteiro dos Santos", ambos dos Hospitais Menores, têm resultados idênticos, não se diferenciando entre si, mas apenas do grupo da "Enfermaria", quer em relação aos Cuidados Pessoais, quer ao Afastamento. Comparando as médias dos "Homens" com a de "Lordelo" verifica-se que há diferenças significativas apenas na sub-escala de Afastamento ($t = 3.32$ $p < 0.01$). Comparando os resultados do grupo "Monteiro dos Santos" com o de "Lordelo" (quadro 7), verifica-se que não diferem significativamente na sub-escala de Cuidados Pessoais, mas diferem significativamente no

Comportamento de Afastamento ($t = 2.47$ $p < 0.02$). Estas constatações reforçam a ideia do efeito institucional sobre o comportamento dos idosos, e apoiam a hipótese ambiental, que colocámos, uma vez que estamos perante idosos com idênticas capacidades funcionais, e sem perturbações de comportamento evidentes que, integrados num contexto orientado para idosos dependentes, manifestam um comportamento de afastamento, desinteresse e apatia, com todas as consequências negativas que daí se pensam poder advir, para o declínio das capacidades motoras e mentais dos idosos e, de uma forma mais global, para o seu bem-estar subjectivo, como continuaremos a demonstrar.

Quadro 7

Comparação entre as médias nas sub-escalas do MOSES dos diferentes grupos (teste t de Student)

	Cuidados Pessoais	Afastamento
	t	t
Enfermaria vs Homens	7.56 *	2.98 *
Enfermaria vs Monteiro Santos	13.73 *	4.05 *
Enfermaria vs Lordelo	12.70 *	6.33 *
Homens vs Monteiro Santos	1.21 n. s.	.96 n. s.
Homens vs Lordelo	1.38 n. s.	3.32 *
Monteiro Santos vs Lordelo	.34 n. s.	2.47 *

* $p < 0.02$

12 RASTREIO DA DEMENCIA NOS IDOSOS EM INSTITUIÇÃO

De acordo com Jones e Williams (1988), as perturbações mentais são um sério problema geriátrico, que afecta aproximadamente 10% da população com mais de 65 anos, e acarreta a perda do sentido de bem-estar, produtividade e independência do idoso.

A demência refere-se ao declínio das capacidades cognitivas, incluindo memória e pensamento abstracto, de severidade suficiente para interferir com a ocupação e o funcionamento social do doente, ou seja, para além de uma perturbação cognitiva, há uma mudança de adaptação ao meio (Erkinjuntti et al., 1988).

De acordo com a DSM - III o critério para o diagnóstico da demência é o seguinte:

A. Perda de capacidades intelectuais de severidade suficiente para interferir com o funcionamento social e profissional do indivíduo.

B. Defeito de memória.

C. Pelo menos um dos seguintes:

1) defeito do pensamento abstracto.
2) defeito de crítica.

3) outras perturbaçoes das funções nervosas superiores tais como, afasia, apraxia, agnosia, "dificuldade construtiva".
4) alterações da personalidade.

D. Ausência de obnubilação da consciência.

E. Uma das seguintes:
1) evidência a partir da história clínica, do exame físico, ou dos exames laboratoriais da existência de um factor orgânico específico que seja considerado etiologicamente relacionado com a perturbação mental.
2) na ausência de tal evidência um factor ôrganico para o desenvolvimento do síndroma pode ser presumido se outras situações que não sejam doenças mentais orgânicas foram razoavelmente excluídas e a alteração comportamental representa defeito cognitivo numa variedade de áreas.

Garcia (1984) coloca as demências no grupo de doenças mentais com início na terceira idade, embora refira que estas não são exclusivas dos idosos. As demências são classificadas nas doenças orgânicas, e manifestam-se por uma perturbação cognitiva relativamente global, mas afectam também as emoções e os afectos. Garcia (1988) afirma que, independentemente de ainda haver um grupo de demências de causa desconhecida, estamos no âmbito das perturbações mentais que têm subjacente um defeito estrutural, reconhecido, do cérebro.

Pareceu-nos importante, no âmbito do nosso trabalho, fazer o

rastreio da demência na população estudada, uma vez que é conhecido o facto das demências serem doenças frequentes na última etapa da vida, e terem sérias repercussões, em termos do bem-estar subjectivo dos idosos. Não cabe contudo aqui referirmo-nos à classificação e etiologia das demências e vamos limitar-nos a apresentar o instrumento de rastreio utilizado, e os resultados obtidos.

12.1 Apresentação da Escala de Demência

A Escala de Demência que utilizámos foi a de Blessed et al. (1968) - DS - (anexo 3). É uma escala comportamental, baseada na entrevista de um informante próximo do idoso, que pode ser um familiar ou, como foi o nosso caso, a enfermeira, ou ajudante de enfermagem, que cuidava directamente do idoso.

A escala é constituída por 22 items, alguns dos quais são dicotómicos, e outros que variam numa escala de 3 ou 4 pontos. A DS é constituida por três partes, uma relativa às Actividades Diárias (8 items), outra relativa à Mudança de Hábitos (3 items) e outra à Personalidade e Conduta (11 items). As pontuações superiores a quatro pontos são consideradas indicadoras de deterioração mental. Erkinjuntti et al. (1987) fizeram o estudo da validade da escala de demência de Blessed et al. (1968) e referem que um ponto de corte de 4 na DS dá uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de 84% à escala.

12.2 Procedimento e Características da Amostra

O procedimento utilizado na aplicação da DS foi o mesmo do referido no capítulo anterior na avaliação multidimensional do idoso através do MOSES e abrangeu exactamente a mesma população (quadro 5) classificada pelos mesmos enfermeiros ou vigilantes.

Da nossa própria experiência com a utilização da DS convêm fazer uma chamada de atenção para o facto de que nos apercebemos da dificuldade em obter informações sobre a alteração na personalidade, que corresponde à última secção da escala, devido à natureza e/ou formulação dos items que falam de flexibilidade diminuída, egocentrismo aumentado, embotamento das respostas emocionais, hilariedade em situações inapropriadas, para citar apenas alguns exemplos, de questões que nem sempre são claramente compreendidas por pessoas sem formação na área de saúde mental e mesmo com um baixo nível de instrução, como era muitas vezes o caso dos cônjuges ou filhos dos idosos, a residir na comunidade, o que poderia acarretar uma informação menos fiel, desta área importante da sintomatologia da demência.

12.3 Resultados

A maior pontuação na DS verificou-se na "Enfermaria" (17.5),

seguida (mas com uma média muito inferior) pelo grupo "Homens" (3.7) e depois do "Monteiro dos Santos" (2.9), e com uma pontuação muito pequena o grupo "Lordelo" (1.2) (quadro 8). Mais uma vez se confirma que o núcleo do "Monteiro dos Santos" dos Hospitais Menores, é constituido por idosas com bastante autonomia e sem perturbações mentais significativas, não obstante estarem integradas numa estrutura de Lar, com componente de Enfermagem, que presta serviços adequados para indivíduos menos autónomos, o que poderá ser negativo, ao reforçar a dependência deste conjunto de idosas, com bastantes capacidades funcionais.

Quadro 8

Média na DS por grupo

	$\bar{x}$	d.p.
Enfermaria	17.5	5
Homens	3.7	3.4
Monteiro Santos	2.9	3.6
Lordelo	1.2	3.1

Da análise dos resultados verificou-se, como era de esperar, que o grupo das idosas dos Hospitais Menores que necessitam de cuidados diários de enfermagem - grupo "Enfermaria", são o que apresenta o maior índice de defeitos, situando-se claramente numa área de deterioração mental, diferenciando este grupo, de forma significativa, de todos os outros: "Enfermaria" versus "Homens" $t= -9.6$ $p<.05$; "Enfermaria" versus "Monteiro Santos" $t= -12.1$ $p<.05$; "Enfermaria" versus "Lordelo" $t= -13.3$ $p<.05$.

Nao se verificaram diferenças significativas entre os "Homens" e o "Monteiro dos Santos" (t= -.8, não significativo), ambos os grupos residentes também nos Hospitais Menores, mas que não necessitam de cuidados diários de enfermagem, nem entre o grupo "Monteiro dos Santos" e o grupo "Lordelo" (t= -1.8, não significativo), embora já entre "Lordelo" e o grupo "Homens", se verifiquem diferenças significativas (t= -2.5 p< -1.8; (quadro 9).

Quadro 9

Comparação das médias na DS
entre os Grupos

	t	p
Enfermaria vs Homens	-9.6	< 0.05
Enfermaria vs Monteiro Santos	-12.1	< 0.05
Enfermaria vs Lordelo	-13.3	< 0.05
Homens vs Monteiro Santos	-0.8	n. sign.
Homens vs Lordelo	-2.5	< 0.05
Monteiro Santos vs Lordelo	-1.8	n. sign.

13 AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL EM DOIS GRUPOS DE IDOSOS EM INSTITUÇÃO

13.1 Apresentação da Escala Breve de Avaliação do Estado Mental

Prosseguimos o nosso estudo com uma avaliação do estado mental dos sujeitos através de um teste de rastreio, o Mini-Mental State (MMS) de Folstein et al. (1975), (anexo 4). Este teste breve, de fácil aplicação, tem sido amplamente utilizado para avaliar as funções cognitivas de idosos e dementes (e.g. Huppert e Tym, 1986; Guerreiro e Garcia, 1987; Tolosa et al. 1987; Zilmer et al. 1990). As reservas relativas à sua utilização prendem-se com o efeito do analfabetismo nos resultados, o que, de acordo com Guerreiro e Garcia (1987), é uma das causas do diagnóstico erróneo de demência.

Folstein et al. (1975), ao apresentar a MMS chama à atenção, para o facto de ser necessário um instrumento de avaliação cognitiva que seja curto, uma vez que os idosos, e especificamente os dementes, cooperam bem apenas por pequenos períodos de tempo, o que exclui a hipótese de utilização do WAIS, com que, de resto, o MMS se correlaciona (MMS vs QI verbal $r= 0.77$ $p< 0.000$ e MMS vs QI de desempenho $r= 0.66$ $p< 0.001$). O MMS inclui 11 questões que exigem uns 10 minutos a passar. Está dividido em duas secções, uma que exige apenas respostas verbais, relativas à orientação, memória e atenção, com uma pontuação máxima de 21 e a segunda secção, que testa a capacidade de nomear, cumprir ordens verbais e escritas,

escrever uma frase espontânea e copiar um polígno complexo, com uma pontuação máxima de 9 pontos, num total de 30 pontos para o conjunto do teste. O MMS foi validado em duas amostras de pacientes com diagonósticos de a) demência, b) desordem afectiva do tipo depressão, com perturbação cognitiva, c) desordem afectiva do tipo depressão, sem complicações, d) desordem afectiva do tipo maníaco, e) esquizofrenia, f) desordem de personalidade com abuso de drogas e g) neuroses. A média referida para os dementes foi de 9.7, para os deprimidos com perturbações cognitivas foi de 19.0 e para os com desordens afectivas sem complicações, deprimidos foi de 25.1 enquanto para os normais foi de 27.6. Estes resultados permitem afirmar que o MMS discrimina entre doentes com perturbações cognitivas e os que não têm essas perturbações.

13.2 Procedimento e Características da Amostra

Esta escala foi aplicada a apenas dois dos grupos de idosos institucionalizados, o "Monteiro dos Santos" dos Hospitais Menores (21 mulheres) e "Lordelo" das Residências para Idosos da Casa de Lordelo (21 pessoas: 3 homens e 18 mulheres). Note-se que o número agora mais reduzido de idosos destes grupos, correspondeu, no caso do "Monteiro dos Santos", que tinha um total de 28 idosas, a menos quatro recusas e à exclusão de três situações de mulheres com um índice de surdez que impedia a nossa comunicação eficaz com elas e, relativamente a "Lordelo", a ausência de dois dos casos, que integraram a

primeira fase do estudo, deveu-se à morte de uma das idosas e ao internamento hospitalar de outra, ficando também reduzido a 21 idosos.

A opção de limitar este estudo aos dois grupos acima referidos, foi tomada com base numa série de critérios, entre os quais serem constituídos por idosos que:

1. Não diferem significativamente em termos de idade, sexo, nível de instrução, e estatuto socio-económico.
2. Não diferem significativamente na sub-escalas de "Cuidar de si Próprio" do MOSES (cap. 11).
3. Não diferem no nível de demência, avaliado pela DS (cap. 12).
4. Estarem institucionalizados.
5. Pertencerem a duas instituições muito diferentes do ponto de vista ambiental, como ficou bem patente na avaliação ambiental exaustiva a que procedemos, descrita no capítulo 10.

Os dados até aqui recolhidos, reforçavam a hipótese ambiental, de que o grupo "Monteiro dos Santos", constituído por idosas com bastante autonomia, estava "mal colocado" numa instituição com componente de enfermagem, vocacionada para níveis de dependência maiores, o que teria efeitos negativos nos idosos, aumentando a sua própria dependência, e acelerando a diminuição das suas capacidades cognitivas.

Quadro 10

Características da Amostra

	Monteiro Santos	Lordelo
Idade (média)	80.9 (d.p. 8.4)	76.9 (d.p. 6.4)
Analfabetos %	66.7%	43%
Tempo Resid. %	10.6 (d.p. 9.9)	12.4 (d.p.13.3)

A receptividade dos idosos a este tipo de avaliação é má, eles sentem-se avaliados, receiam falhar e não gostam de mostrar incapacidades, das quais têm consciência. Com base no contacto alargado prévio que já tinhamos tido, conseguimos a sua colaboração nesta tarefa e, como nota curiosa, referimos que o teste foi passado individualmente em dias sucessivos, acontecendo que no grupo "Monteiro dos Santos", depois das primeiras idosas terem realizado o teste, reparámos que elas informavam as outras do seu conteúdo e, a partir de uma dada altura, todas elas vinham a saber responder correctamente em vários dos items de orientação, em que se pergunta a data, o dia da semana, entre outros. Se este teste não serviu, com o rigor necessário, para avaliar o estado mental dos idosos em causa, serviu, por certo, para percebermos várias coisas nomeadamente que o desinteresse e o comportamento de afastamento/ apatia é um fenómeno gerado ambientalmente, que em muitas circunstâncias pode ser revertido por intervenções específicas, criando um objectivo para o idoso se manter alerta (neste caso foi o realizar um teste) e, por outro lado,

constitui uma chamada de atenção, para a própria relatividade da interpretação dos dados de deterioração do estado mental, em circunstâncias em que a sua manutenção é irrelevante, para não dizermos punitiva, como sugerem os modelos de controlo (Kulh, 1986).

13.3 Resultados

A análise da fidelidade interna da escala, com os dados da nossa amostra, através do método Alfa de Cronbach, indica um Alfa .71.

Do nosso estudo resultaram diferenças significativas entre os dois grupos ($t = -2.3$ $p < 0.05$), (quadro 11), sendo que a média obtida pelas idosas do Monteiro dos Santos (18.0) se aproxima da dos doentes deprimidos com perturbações cognitivas e a dos idosos da Casa de Lordelo (22.1) se situa entre este grupo e o de doentes deprimidos sem complicações.

Quadro 11

Média dos dois grupos de idosos no MMS

	N	Analfabetos	$\bar{x}$	d.p.
Monteiro Santos	21	57%	18.04 *	6.23
Casa de Lordelo	21	48%	22.14 *	5.26

* $t = -2.3$ $p < 0.05$

O analfabetismo predominante destes idosos, pesa no resultado absoluto do teste, limitando à partida a realização da segunda parte que faz apelo, quer a comandos escritos, quer à própria escrita, tornando mais sensato que se faça uma leitura ponderada do defeito encontrado, em termos de capacidades mentais absolutas. O que nos foi dado verificar foi que as idosas do "Monteiro dos Santos", independentemente da sua capacidade para se deslocarem, e devido à ausência de necessidade, raramente manuseavam dinheiro, comparavam preços ou conversavam sobre as últimas medidas de política social ou outra, que só remotamente interferem com a sua rotina e subsistência. Curiosamente ensaiámos substituir a questão quatro do MMS, em que se pede aos idosos para subtraírem por 5 vezes consecutivas o número 7, a partir do número 100, pela realização de uma operação concreta, utilizando trocos, e o que na ocasião coincidia ser o preço de cada pão, exactamente 7$00. Pedíamos então a cada idoso para, manuseando as próprias moedas, fazerem um troco para o pagamento com 100$00 de um pão, de dois pães e assim sucessivamente. A falta de hábito no manuseamente de dinheiro, a introdução recente de moedas como as de 100$00, 50$00, 20$00, 10$00 e 5$00, que são de difícil leitura, para esta população analfabeta e com graves problemas de visão, foram algumas das razões que justificam o insucesso desta tentativa e que, por outro lado, reforçam ainda mais a noção de perda de capacidades, mesmo do operatório concreto, por falta de uso. Esta é uma situação oposta à que se verifica com as pessoas da Casa de Lordelo, em que os idosos, independentemente de serem anafabetos ou não, têm que fazer

uso diário de dinheiro, optar em termos de compras e outros gastos e estão claramente dependentes das medidas político-sociais do governo para a sua sobrevivência, o que implica um alerta mental evidente e continuado.

Não obstante estes idosos não apresentarem (ainda?) indicadores de demência, conforme o avaliado no capítulo anterior, as diferenças significativas entre o desempenho neste teste de rastreio das capacidades mentais, em paralelo com um elevado índice no Comportamento de Afastamento (apatia) das idosas do "Monteiro dos Santos", sugere que estámos perante uma situação em que o ambiente institucional, que neste caso favorece a dependência e a passividade, no fundo a falta de exercício da inteligência, a que se referia Barreto (1988), seja responsável pelo defeito cognitivo, observado nestas idosas que, como já referimos, não diferem significativamente dos idosos da Casa de Lordelo, em termos de variáveis sócio-demográficas. A evolução deste defeito cognitivo, não é previsível em função dos dados que possuímos, embora constitua um alerta, uma vez que é conhecida a elevada correlação entre os resultados na MMS e nos rastreios de demência, como se referiu acima, e tem seguramente um efeito negativo no bem-estar psicológico destes idosos como veremos posteriormente.

14 AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLOGICO DOS IDOSOS

14.1 Apresentação da Escala de Animo - Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

A problemática do bem-estar psicológico e satisfação de vida mereceu da nossa parte uma ampla discussão no capítulo 6, pelo que nos limitaremos aqui a precisar os conceitos que utilizámos na avaliação quantitativa deste constructo multidimensional, junto de todos os grupos de idosos estudados.

Utilizámos a Escala de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia de Lawton (1975), que avalia três aspectos do bem-estar psicológico dos idosos, 1) a Solidão-Insatisfação que corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais, que resulta ou não, num sentimento de solidão e insatisfação; 2) as Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento, em forma de balanço entre a vida passada e a presente; 3) a Agitação, correspondendo a manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência, ou a um gradiente dessa componente.

A Escala de Ânimo é constituida por 17 items dicotómicos (anexo 5), de aplicação fácil e rápida, repartidos respectivamente pelos factores de Solidão-Insatisfação (6 items), Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (5 items) e de

Agitaçao (6 items).

14.2 Procedimento e Características da Amostra

Este instrumento foi aplicado a três dos grupos constituídos por idosos a residir em instituição que integram o nosso estudo, ou seja, o "Monteiro dos Santos", "Homens" e "Lordelo", não tendo sido aplicado no grupo "Enfermaria" devido ao precário estado de saúde que conjuntamente com os índices significativos de demência dos idosos que o constituem, observados anteriormente, o tornam um grupo em que a problemática do ânimo assume causalidades muito específicas. Os outros grupos com quem foi utilizado o instrumento foram o "Centro de Dia", o "Bairro" e o "Apoio Domiciliário", de idosos residentes na comunidade, cujas características constam nos quadros 12 e 13.

Quadro 12

Características dos Idosos Residentes em Instituição

	Homens	Monteiro Santos	Lordelo
Idade (x dp)	77.1 7.3	80.9 8.4	76.9 6.4
Solteiros	26.7%	76.2%	29%
Casados	0.0%	0.0%	38%
Viúvos	66.7%	23.8%	33%
Com filhos	26.7%	81.0%	43%
Analfabetos	53.3%	66.7%	43%
Tempo (x dp) Resid.	5.0 5.3	10.6 9.9	12.4 13.3

Quadro 13

Características dos Idosos Residentes na Comunidade

	Centro de Dia	Bairro das Viúvas	Apoio Domicil.
Idade(x dp)	75.6 6.5	74.8 9.2	74.9 8.6
N/ sexo F M	20 F 2 M	22 F 4 M	22 F 3 M
Solteiros	13.6%	34.6%	4%
Casados	13.6%	15.4%	16%
Viúvos	72.7%	46.1%	80%
Com filhos	72.7%	53.8%	72.0%
Analfabetos	54.5%	46.1%	44.0%

14.3 Estudo da Validade da Escala de Ânimo

Repetimos a análise factorial, com rotação varimax, como proposto por Lawton (1975). Começámos por obter quatro factores, dos quais o último, responsável por 6% de variância global do modelo, não se afigurou ter conteúdo significativo. Foram portanto de seguida eliminados 3 items (5, 13 e 17) que saturavam mais no quarto factor e prosseguimos com a análise dos restantes 14 items, sujeitos a nova análise factorial. Daí resultaram três factores, próximos dos apresentados por Lawton (1975) como consta na tabela seguinte.

Factores da Escala de Ânimo respectivos items e saturações

	I	II	III
1.As pequenas coisas incomodam-me mais este ano.	.42	-.10	.63
2.As vezes estou tão preocupada que não consigo dormir.	.41	.21	.37
3.Tenho muitos motivos para estar triste.	.75	.09	.21
4.Tenho medo de muitas coisas.	.23	-.02	.65
6.A vida é custosa para mim a maior parte do tempo.	.65	.40	.22
7.Levo as coisas muito a sério.	.05	.22	.70

8.Preocupo-me com facilidade.	.01	.30	.75
9.As coisas pioram conforme envelheço.	.10	.71	.30
10.Tenho tanta energia como no ano passado.	.36	.60	.01
11.Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis.	.07	.73	-.05
12.Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.	-.05	.48	.29
14.Estou tão feliz agora como quando era novo.	.18	.68	.07
15.Sinto-me muito só.	.73	.16	.24
16.Estou vezes suficientes com a família e os amigos.	.65	.02	-.05

Os items ficaram assim distribuidos pelas respectivas sub-escalas: Solidão/ Insatisfação (items 2, 3, 6, 15 e 16); Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento (items 9, 10, 11, 12 e 14); Agitação (items 1, 4, 7 e 8).

O factor I "Solidão/ Insatisfação" explica 32.1% da variância, o factor II "Atitudes face ao próprio envelhecimento" explica 11.6% da variância e o factor III "Agitação" explica 9.7%, num total de 53.4% da variância explicada. A validade interna de cada escala, dada pelo coeficiente Alpha de Cronbach é, respectivamente, para o factor I Alfa= .75, para o factor II Alfa= .71 e para o factor III Alfa= .71.

Procedemos de seguida à análise das correlações das sub-escalas a fim de verificar o grau de independência e o sentido da correlação e obtivemos uma correlação positiva moderada (quadro 14) que nos permite afirmar uma certa independência entre as sub-escalas utilizadas.

Quadro 14

Correlação entre as Sub-Escalas da Escala de Ânimo

	Atitudes Envelhec.	Agitação
Solidão/ Insatisfação	.4572 **	.4971 **
Atitudes Envelhec.		.3578 **
Agitação		

** p < .001

Esta escala foi passada, como se referiu, a todos os 130 idosos, repartidos pelos cinco cenários que temos vindo a analisar mas, antes de procedermos à análise comparativa dos diferentes grupos, vamos verificar a distribuição dos valores das sub-escalas em função de algumas características do total da amostra.

14.4 Resultados

Como se pode verificar no quadro 15, através da análise de variância, só há diferenças significativas entre sexos, para a

sub-escala de Agitação (F= 25.31 p < .00), favorecendo os homens. Não há variações significativas dos resultados médios, em nenhuma das sub-escalas, com a idade.

Quadro 15

Análise de Variância (One-Way) das Sub-Escalas Solidão/Insatisfação, Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação em Função do Sexo para o Total da Amostra

		Solidão/ Insatisfação	Atitudes face pp. Envelhec.	Agitação
	N	$\bar{X}$ d.p.	$\bar{X}$ d.p.	$\bar{X}$ d.p
Homens	27	2.4 1.7	3.1 1.4	.77 1.0
Mulheres	103	2.6 1.7	3.1 1.6	2.2 1.4
		F=.44 n.s.	F=.01 n.s	F=25.31 p<.00

Com base nos nossos resultados, e ao contrário do que se poderia esperar, o facto destes idosos terem ou não filhos, não interfere com o seu bem-estar subjectivo, em nenhuma das suas dimensões. A qualidade do apoio recebido pelo idoso, mais do que qualquer aspecto quantitativo da dimensão da rede, nomeadamente da rede familiar, é o aspecto determinante do bem-estar. Note-se que estes idosos, quer os institucionalizados, quer os que residem na comunidade, eram pessoas, por um motivo ou por outro, bastante abandonadas, com pequenas redes informais de apoio.

O padrão que se observa, da variância dos resultados das sub-escalas em função do estado civil dos idosos (quadro 16), só mostra diferenças significativas nas Atitudes Face ao Próprio

Envelhecimento (F= 3.63 p < .02). O grupo dos viúvos é o que aparece com atitudes mais negativas, enquanto os solteiros são os que demonstram ter atitudes mais positivas face ao próprio envelhecimento. Na sub-escala Solidão/Insatisfação, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, verifica-se que os idosos casados, estão em clara vantagem relativamente a todos os outros grupos. Na sub-escala Agitação a distribuição das médias pelos estados civis não é também significativamente diferente.

Quadro 16

Análise da Variância das Sub-Escalas de Solidão/Insatisfação, Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação em função do Estado Civil para o total da amostra

		Solidão/ Insatisfação		Atitudes face pp. envelhec.		Agitação	
	N	$\bar{X}$	d.p.	$\bar{X}$	d.p.	$\bar{X}$	d.p.
Solteiros	39	2.6	1.7	2.5	1.7	1.9	1.3
Casados	19	1.6	1.2	3.0	1.4	1.5	1.5
Viúvos	70	2.8	1.8	3.5	1.5	2.0	1.5
Divorciados	2	4.0	1.4	3.0	1.4	1.0	1.4
		F=2.5 n.s.		F=3.63 p<.02		F=.77 n.s.	

Se, de uma forma geral, podemos observar que os idosos analfabetos têm menores índices de bem-estar, em todos as sub-escalas (quadro 17), as diferenças deste grupo, relativamente aos indivíduos com instrução, apenas adquire significado estatístico na sub escala de Solidão/ Insatisfação (F = 7.56 p < .01). Estes idosos analfabetos, principalmente os residentes

nos lares, vêm acrescida a sua solidão, pela dificuldade que têm no acesso à informação, escrita e mesmo falada, reforçando ainda mais o seu isolamento.

Quadro 17

Análise de Variância das Sub-Escalas de Solidão/Insatisfação, Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação por Nível de Instrução para o Total da Amostra

		Solidão/ Insatisfação		Atitudes face pp. envelhec.		Agitação	
	N	$\bar{X}$	d.p.	$\bar{X}$	d.p.	$\bar{X}$	d.p.
Analfabetos	66	3.0	1.6	3.2	1.7	2.1	1.4
Com Instrução	64	2.1	1.7	3.0	1.5	1.7	1.4
		F=7.56 p<.01		F=1.02 n.s.		F=3.12 n.s.	

Todas as sub-escalas da Escala de Ânimo mostram uma variação significativa nos vários grupos de idosos: Solidão/ Insatisfação $F = 2.81$ $p < .02$; Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento $F = 4.39$ $p < .00$ e Agitação $F = 3.89$ $p < .01$ (quadro 18).

Quadro 18

Análise de Variância nas Sub-Escalas de Solidão/Insatisfação, Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação por Grupo

	Solidão/ Insatisfação ($\bar{X}$ d.p.)		Atitudes face pp. velhice ($\bar{X}$ d.p.)		Agitação ($\bar{X}$ d.p.)	
Mont. Santos	2.9	1.7	1.9	2.0	2.0	1.4
Homens	3.5	1.4	3.7	1.0	0.8	1.1
Lordelo	2.4	1.6	2.7	1.3	1.4	1.3
Centro Dia	2.1	2.0	3.5	1.2	2.2	1.3
Bairro	1.8	1.3	3.3	1.4	1.9	1.1
Apoio Domicil.	3.0	1.4	3.6	1.7	2.6	1.6
	F=2.81	p<.02	F=4.39	p<.001	F=3.89	p<.01

14.4.1 Comparação dos Resultados na Escala de Ânimo entre Idosos Institucionalizados e a Residir na Comunidade.

Agrupando os idosos em duas grandes categorias, uma de residentes em instituição (57 idosos, distribuídos pelos grupos "Monteiro dos Santos", "Homens" e "Lordelo") e outra de residentes na comunidade (73 idosos, distribuídos pelos grupos: "Centro de Dia", "Bairro" e "Apoio Domiciliário"), podemos comparar os resultados nas várias sub-escalas de ânimo relativamente ao ambiente residencial. Verificámos que apenas na sub-escala de Solidão/ Insatisfação não há diferenças significativas entre as duas categorias de idosos, ainda que os valores se aproximem do nível de significância padronizadamente considerado aceitável ($F = 3.09$ $p < .08$),

observando-se que os idosos residentes nas instituições se mostram mais solitários e insatisfeitos do que os residentes na comunidade. Na sub-escala de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento, há diferenças significativas entre as duas categorias de idosos ($F = 8.01$ $p < .01$) mas, curiosamente, com vantagens para os idosos a residir em instituição, que aparecem como tendo atitudes mais positivas face ao próprio envelhecimento. Em relação à Agitação, os resultados são idênticos, verificando-se diferenças significativas entre os idosos das instituições e os da comunidade ($F = 8.24$ $p < .01$), sendo que os primeiros apresentam menores níveis de agitação.

Estes resultados apontam genericamente para o facto de a população de idosos residentes na comunidade ser, no seu conjunto, altamente carênciada, quer do ponto de vista de apoio instrumental, quer afectivo, o que se reflecte nos seus relativamente baixos níveis de bem-estar psicológico, principalmente nas suas vertentes de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Agitação embora, apesar de tudo, sintam menos Solidão/ Insatisfação do que os residentes em instituição.

Os items relativos à Solidão/ Insatisfação, penalizam o grupo de residentes nos lares que referem, quase unanimemente, um sentimento de solidão, afastados que estão das suas redes sociais, sem grande prazer no seu dia-a-dia monótono, e sem esperança ou investimento no futuro terreno, como tivemos oportunidade de perceber com base nas entrevistas individuais

realizadas.

As questões incluidas na sub-escala de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento, implicam uma comparação entre a vida passada e a actual, reflectindo, para além do percurso vivencial de cada um, o cenário presente. No caso dos cenários institucionais, note-se que são estabelecimentos de instituições privadas de solidariedade social, ligadas de alguma forma à Igreja Católica, cuja ideologia justifica, em nossa opinião, o carácter de aceitação positiva do envelhecimento, num processo de aproximação a Deus e à vida extra-terrena, como já se referiu. Os idosos a viver nessas instituições constituem, assim, um grupo relativamente uniforme, do ponto de vista da sua fé, o que faz com que estejamos perante pessoas com atitudes em relação ao envelhecimento moldadas pelas suas próprias crenças religiosas.

Os menores índices de Agitação dos Idosos, que compreende items que comparam a evolução do humor do idoso, reportando-se ao último ano, mostram uma certa estabilidade, de que os residentes nos lares gozam, uma vez que não têm as suas capacidades constantemente à prova, como é o caso dos idosos a residir na comunidade, num jogo de pressão-competência, para continuar a levar a sua vida autonomamente.

A adaptação ao meio ambiente, por parte dos residentes em instituição apoia, em nosso entender, o modelo de congruência

pessoa-meio de Carp e Carp (1984), que exposemos no capítulo 3. Os seus resultados, em termos da avaliação do ambiente institucional (SCES), seja no que respeita ao Controlo do meio por parte dos residentes, seja ao Conforto, são um bom indicador dessa adequação e explicam os resultados relativos ao ânimo, obtidos por estes idosos, comparativamente aos residentes na comunidade.

14.4.2 Comparação dos Indices de Ânimo entre Cenários

A partir desta primeira análise, mais global, justifica-se a análise mais detalhada das diferenças entre os grupos. Isso foi realizado por intermédio do teste de t de student para amostras independentes, relativamente a cada uma das três sub-escalas. Para o factor de Solidão/ Insatisfação (quadro 19) verifica-se que o grupo que refere mais Solidão/ Insatisfação é o de "Homens" dos Hospitais Menores. Estes velhos institucionalizados só não se diferenciam significativamente das idosas residentes na mesma instituição, mostrando diferenças significativas em relação a qualquer dos outros quatro grupos considerados: "Lordelo" ($t = -2.17$ $p < .05$), "Centro de Dia" ($t = -2.37$ $p < .05$) Bairro ($t = -3.75$ $p < .01$) e "Apoio Domiciliário" ($t = 2.79$ $p < .05$). A situação destes homens idosos, residentes nos lares, que sempre tiveram uma vida activa, nomeadamente do ponto de vista social, faz com que haja uma menor congruência entre eles e o meio

institucional em que estão inseridos, o que amplifica a seu sentimento de Solidão/ Insatisfação. O grupo que mostra menor índice de Solidão/ Insatisfação é, por seu turno, o do "Bairro", já amplamente caracterizado no capítulo 9, que se diferencia significativamente do "Monteiro dos Santos" (t = 2.39 p < .05) e do "Apoio Domiciliário" (t= - 2.72 p< .01). Este grupo, constituido maioritariamente por mulheres, era talvez o mais equilibrado e menos estigmatizado, do ponto de vista social, e obteve de facto os resultados mais favoráveis, vistos no seu conjunto.

Quadro 19

Comparação entre grupos relativamente ao factor Solidão/Insatisfação (teste t de student)

	Homens	Lordelo	Centro Dia	Bairro	Apoio Domicil
Mont. Santos	n.sign.	n.sign.	n.sign.	t=2.39 *	n.sign.
Homens		t=-2.17 *	t=-2.37 *	t=-3.75 **	t=2.79 **
Lordelo			n.sign.	n.sign.	n.sign.
Centro Dia				n.sign.	n.sign
Bairro					t=-2.72 **

** p < 0.01 * p < 0.05

Relativamente às Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento o

panorama é já diferente (quadro 20). O "Monteiro dos Santos", com as atitudes mais positivas de todos os grupos, diferencia-se significativamente de todos eles, excepto de "Lordelo", também na maioria mulheres a residirem num estabelecimento de uma instituição privada de solidariedade social, católica. O "Monteiro dos Santos" diferencia-se então dos "Homens" (t= -3.45 p<.01) e de todos os grupos de idosos residentes na comunidade: "Centro de Dia" (t= -3.08 p< .01), "Bairro" (t= -2.66 p< .01) e "Apoio Domiciliário" (t= -3.15 p< .01). Os "Homens" fazem diferença significativa, para além do "Monteiro dos Santos", também de "Lordelo" (t= -2.42 p< .05). "Lordelo" difere do grupo de "Apoio Domiciliário" (t= -3.15 p< .05), não se verificando mais nenhuma diferença significativa entre grupos.

Quadro 20

Comparação entre os grupos no factor de Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento

	Homens	Lordelo	Centro Dia	Bairro	Apoio Domicil
Mont. Santos	t=-3.45 **	n.sign.	t=-3.08 **	t=-2.66 *	t=-3.15 **
Homens		t=-2.42 *	n.sign.	n.sign.	n.sign.
Lordelo			n.sign.	n.sign.	t=-2.06 *
Centro Dia				n.sign.	n.sign.
Bairro					n.sign.

** p < 0.01 * p < 0.05

A sub-escala Agitação apresenta duas tendências mais evidentes (quadro 21), por um lado os "Homens" com valores claramente inferiores a todos os outros grupos, mostrando diferenças estatisticamente significativas com o "Monteiro dos Santos" ($t = 2.96$ $p < .01$), o "Centro de Dia" ($t = 3.42$ $p < .01$), "Bairro" ($t = 2.97$ $p < .01$) e o "Apoio Domiciliário" ($t = -4.12$ $p < .01$), apenas não se diferenciando do grupo de "Lordelo". O "Bairro", com uma média também relativamente baixa, no conjunto dos grupos, diferencia-se significativamente do "Monteiro dos Santos" ($t = 3.80$ $p < .01$). No outro extremo, temos os idosos do "Apoio Domiciliário", que apresentam a média mais elevada na sub-escala de Agitação, e que se diferenciam, para além dos "Homens", como já se referiu, também de "Lordelo" ($t = -2.56$ $p < .01$). Como afirmámos repetidas vezes, estes idosos residentes em bairros de habitação social, constituem uma população altamente carênciada e com um grau de dependência que se vai acentuando e que se reflecte claramente nos resultados nesta sub-escala que inclui items de humor, medo, e preocupações actuais.

Quadro 21

Comparação entre os grupos no factor de Agitação da Escala de Ânimo (teste t de student)

	Homens	Lordelo	Centro Dia	Bairro	Apoio Domicil
Mont. Santos	t=2.96 **	n.sign.	n.sign.	t=3.80 **	n.sign.
Homens		n.sign.	t=3.42 **	t=2.97 **	t=4.12 **
Lordelo			n.sign.	n.sign.	t=-2.56 **
Centro Dia				n.sign.	n.sign.
Bairro					n.sign.

** p < 0.01 * p < 0.05

14.5 Modelo Explicativo da Satisfação dos Idosos com a sua Vida Actual

Para verificarmos, do conjunto das variáveis estudadas, as que contribuem mais para a satisfação dos idosos com a sua vida actual, realizámos uma análise de regressão múltipla, método "stepwise". A equação final inclui três variáveis, que no seu conjunto explicam 55% da variância total da satisfação (R = 74; R2 = .55; F = 20.44, p < .001), conforme a tabela:

Equação Final da Análise de Regressão Múltipla (de todas as variáveis estudadas na satisfação com a vida actual)

Variáveis Independentes	R	RSQ	F	P	B
Solidão	.70	.49	50.26	.0001	.57
Atitudes face pp Envelhecim.	.72	.52	27.79	.0001	.25
Auto-Exploração	.74	.55	20.45	.0001	.18

Insatisfação = .57 (solidão) + .25 (atitude face ao próprio envelhecimento) + .18 (auto-exploração).

Quer então dizer que a solidão, as atitudes negativas face ao próprio envelhecimento e ambientes em que se fomenta a expressão aberta dos sentimentos e preocupações dos residentes, facilitando um clima social em que predomina a lamúria as conversas mórbidas, sobre doenças e morte, não obstante a aparente função psicoterapeutica dessa atitude, se correlacionam positivamente com a insatisfação de vida dos idosos. Enquanto as duas primeiras variáveis independentes consideradas (Solidão e Atitudes Face ao Próprio Desenvolvimento) são sub-escalas da Escala Geriátrica de Ânimo de Lawton (1975), a Auto-Exploração é uma das sub-escalas da Escala de Avaliação do Ambiente Social das instituições de Moos e Lemka (1984), descrita no capítulo 10.

O sentimento de solidão surge-nos como o aspecto central de toda a problemática relativa ao bem-estar subjectivo do idoso. Foi frequente a verbalização deste sentimento por parte de muitos dos idosos com quem conversamos, independentemente do respectivo contexto. Sem objectivos de vida para realizar, e muitos deles sem rigorosamente nada para fazer, com uma rotina, o mais das vezes, penosa e solitária, ou se sentiam acompanhados por algum Deus, ou se sentiam irremediavelmente sós, a cumprir um destino inexorável. Nas situações em que o quotidiano continuava a constituir um desafio e a saúde o permitia, os idosos, mesmo vivendo sós, mantinham-se satisfeitos com a vida.

15 RESUMO E CONCLUSÕES

Ao longo destas páginas fizemos uma revisão crítica da literatura sobre alguns aspectos que consideramos fundamentais na abordagem da problemática do idoso, numa perspectiva ambiental. Por um lado, o controlo do idoso sobre o seu corpo e ambiente, por outro lado, o papel das redes sociais de apoio informal e formal, quer para o ajudarem a evitar o stress, quer para o resolver e, finalmente, a satisfação de vida dos idosos, nos vários cenários e contextos estudados. A grande questão que se colocou não era o que diferencia o bem-estar de diferentes classes de idosos (e.g. ricos versus pobres, instruídos versus analfabetos), mas antes, o que faz com que idosos, igualmente pobres e pouco instruídos, tivessem velhices bem ou mal sucedidas. Interessou-nos compreender porquê, em determinadas condições tão adversas, havia idosos satisfeitos com a sua vida, enquanto outros estavam em desânimo e apresentavam um acentuado declínio das suas capacidades.

Na descrição qualitativa dos cenários estudados, salientámos as suas diferenças, enquanto ambientes físicos e humanos, e os contextos de vida que enquadram, na sequência dos diferentes percursos dos idosos que os habitam.

As diferentes formas de estar e sentir a última etapa da vida só são compreensíveis na perspectiva do curso de vida e da

consequente adequaçao do idoso ao seu cenário actual, na linha de orientação de Carp e Carp (1984) e de Kahana, Kahana e Riley (1989). Mais do que a existência ou não de controlo do idoso sobre o meio, sublinhamos a sua própria necessidade de controlo, que varia de indivíduo para indivíduo, de contexto para contexto, quer com as capacidades reais do sujeito, quer com as suas necessidades subjectivas. No extenso conjunto de variáveis que influenciam o bem-estar psicológico dos idosos, destacámos as vertentes subjectivas, que incluem a percepção que o idoso tem do seu ambiente, e a sua congruência com esse meio.

Dito de outra forma: os diferentes cenários estudados, definidos temporal e espacialmente, integram as componentes físicas, sociais e psicológicas únicas que os caracterizam. As sinomorfias comportamento-meio verificados surgem, contudo, na clara sequência das histórias de vida dos respectivos sujeitos, o que faz com que para além de terem em comum vários padrões comportamentais, constantes ao longo dos vários cenários, se diferenciam claramente enquanto contextos de envelhecimento. Verificando-se as fontes de sinomorfia apontadas por Barker (1968), nomeadamente a selecção pelas pessoas e a selecção pelos cenários comportamentais.

O modelo de Levi (1991) sobre a relação entre o stress e o bem-estar, apresentado no capitulo 5 punha em relação as exigências do meio, o controlo e os apoios recebidos pelo indivíduo. Recordemos que a um meio pouco exigente e em que o

sujeito exerce muito controlo, corresponde uma forma de estar menos tranquila; a um ambiente pouco exigente mas que o indivíduo não controla, corresponde a passividade; a um ambiente muito exigente e em que o indivíduo detem o controlo, corresponde uma forma de estar activa; a um meio muito exigente que o indivíduo não controla, corresponde a situação de stress. Os apoios recebidos pelos sujeitos, reforçam ou atenuam os padrões que acabámos de descrever.

Depois do estudo de cada um dos cenário escolhidos podemos resumir o tipo de vivência em cada um deles utilizando uma adaptação do modelo de Levi (1991). Para caracterizar cada cenário optámos por considerar um estado predominante e um secundário, tendo obtido o seguinte panorama (quadro 22). Nos critérios para classificação do grau de exigência do ambiente tivemos em consideração, essencialmente, as necessidades físicas da pessoa idosa e a adequação do meio para a sua concretização e para classificação do controlo tivemos em consideração o controlo real, quer sobre o ambiente, quer sobre o próprio corpo, em termos de autonomia funcional.

Quadro 22

Classificação dos Cenários em função do modelo de Levi (1991)

	Mont. Santos	Lordelo	C.Dia	Bairro	A.Dom.
Exigência	+	+ +	+ +	+ + +	+ + +
Controlo	+	+ +	+ +	+ + +	+ +
Apoio	+ +	+	+	+	+
	Passivo/ Stress	Activo/ Tranquilo	Activo/ Stress	Activo/ Tranquilo	Activo/ Stress

+++ muito
++ mediano
+ pouco

Há três situações em que se verifica um certo stress, embora não seja este o estado geral predominante. Uma das situações é institucional, grupo "Monteiro dos Santos" e duas de residentes na comunidade, correspondendo aos idosos que frequentam o "Centro de Dia" e aos residentes nos bairros camarários, a receberem "Apoio Domiciliário". Note-se, contudo, que a relação dos factores, que de acordo com o modelo citado estão na origem do stress, varia em cada cenário. Relativamente ao grupo "Monteiro dos Santos", o nível de exigência do ambiente é baixo, uma vez que residem num meio altamente protegido, embora exerçam muito pouco controlo e o apoio se limite muito ao apoio formal da instituição, o que produzirá passividade e um certo stress. O grupo "Centro de Dia" tem a seu cargo a gestão global das suas vidas, o que faz com que classifiquemos o seu ambiente de medianamente exigente, ainda que controlado por eles próprios, na medida em

que o seu estado funcional e capacidade financeira o permite, e tendo também em consideração o apoio, relativamente limitado que recebem, sobretudo do tipo formal, levando-os a ser activos, mas não excluindo um certo stress. O grupo "Apoio Domiciliário", reside num meio muito exigente do ponto de vista da gestão de todos os seus recursos, controlando o meio também em função do seu estado funcional e capacidade financeira (ambos muito reduzidos em vários casos) e com apoio bastante escasso. Neste cenário, os idosos são activos, mas tendo em consideração as limitações do controlo real, o stress é uma situação frequente.

Os outros dois cenários, um institucional, "Lordelo", e outro a na comunidade, o "Bairro", não estão em situação de stress, sendo que o ambiente do primeiro é menos exigente, devido aos apoios intitucionais que recebem em deternimento, contudo, de uma certa diminuição do controlo enquanto, em relação ao apoio propriamente dito, este grupo acomula o apoio formal com o apoio informal estando, neste aspecto, em situação mais favorável do que o "Bairro". Nos idosos de ambos estes dois grupos o ser activo é a situação predominante a par de uma existência tranquila.

Quando nos limitámos à análise dos dois ambientes institucionais, quer do ponto de vista qualitativo, quer quantitativo, verificámos que havia grandes diferenças entre

os cenários, quer do ponto de vista dos aspectos físicos e arquitectónicos, tipo de serviços prestados e ambiente social. A partir daí a questão que se colocava era a quem essas diferentes características serviam, e as implicações disso em termos de bem-estar para os residentes. De novo se colocava a questão da adequação dos indivíduos ao ambiente. Enquanto os lares, com componente de enfermagem, podem ser ambientes adequados a idosos dependentes e em estados terminais, esses mesmos lares, para indivíduos autónomos, podem induzir a dependência e acelerar o envelhecimento.

Se é um facto que não havia diferenças nos níveis de demência constatados nas duas instituições, excepto para os idosos da "Enfermaria", verificámos, contudo, que o estado mental era significativamente pior, no grupo de idosos autónomos a residir no lar com componente de enfermagem - o grupo "Monteiro dos Santos" dos Hospitais Menores - do que no grupo "Lordelo" das Residências para Idosos da Casa de Lordelo. Se, a partir desses resultados, não podemos prever a evolução dos estados em que se detectou, a partir do Mini-Mental State (MMS), um nível acentuado de perturbação cognitiva para quadros de demência lembramos, contudo, os inúmeros trabalhos que associam os resultados obtidos numa e noutra escala, o MMS e a Dementia Scale (DS) (e.g. Guerreiro, 1988, Guerreiro e Garcia, 1987, Tolosa et al., 1987), o que vai ao encontro da hipótese ambiental que considera a diminuição das capacidades cognitivas, como um dos resultados negativos da falta de adequação da pessoa ao ambiente.

15.1 Viver num Lar ou permanecer na comunidade, que satisfação de vida?

O enquadramento teórico que fizemos na abordagem do envelhecimento considerava, numa perspectiva ecológica, o problema do controlo do meio por parte dos idosos, a existência de redes sociais de apoio e a resultante satisfação de vida.

Independentemente do modelo de controlo considerado, havia um reconhecimento explícito, por parte dos vários autores, da importância do controlo para o bem-estar físico e mental dos idosos. A partir dos nossos resultados ficou claro que a existência de controlo real ou percebido, que variava de cenário para cenário, conforme pudémos avaliar, nomeadamente por intermédio do MEAP (capítulo 10), não determinava só por si a satisfação de vida dos idosos, ainda que seja um factor associado, claramente, à falta de actividade física e mental dos idosos no lar, indiciando a aceleração psicogénica do envelhecimento.

O fenómeno observado no idoso institucionalizado, que se define, em termos gerais, por uma baixa de funcionamento e bem-estar psicológico, é explicado por dois grandes modelos de controlo, o de "desânimo aprendido" de Seligman (1975), que se refere à ausência de controlo real e o modelo de Bandura (1982, 1986), que atribui a existência ou não de controlo

sobre o ambiente, nao à contingência do meio em relação às respostas emitidas pelo idoso, mas à noção de auto-eficácia, que tem a ver com o controlo percebido.

Na impossibilidade de provar, sistemáticamente, a falta de contingência do meio ao comportamento do idoso, vemo-nos a braços com o problema não resolvido de ignorarmos se é a depressão dos idosos que causa o desânimo, se o desânimo é que está na base dos comportamentos depressivos dos idosos institucionalizados. A teoria da auto-eficácia explica, por seu turno, algumas questões que têm a ver com as fontes de informação da percepção de auto-eficácia, todas elas tendentes a baixar a expectativa de eficácia de acção, num meio que, por sua vez, reforça a baixa expectativa relativamente aos resultados. Apoiados numa visão desenvolvimentista da auto-eficácia, torna-se também previsível que estes idosos pobres tenham baixas expectativas, confirmadas quer pela sua própria experiência, quer pela observação dos seus pares, no passado e na actualidade. Ficam por explicar as situações de adaptação versus inadaptação, em idosos com idênticos níveis de expectativa de acção e de resultados, que se torna mais compreensível se recorrermos a modelos de congruência, baseados no modelo do desânimo aprendido ou mesmo de controlo secundário.

O modelo de adequação da pessoa ao meio, como o de congruência-complementariedade, proposto por Carp e Carp (1984), introduz o factor das diferenças individuais em termos

de necessidades e selecção de ambientes, visando a congruência pessoa-meio, assumindo, em nosso entender, maior poder explicativo da problemática ambiental do envelhecimento. Recordemos, como foi referido no capítulo 3, que na mesma linha de pensamento de Lewin, estes autores acrescentam à equação proposta por este último, B = f (P, E), o elemento de congruência pessoa-meio (PcE), ficando assim o comportamento explicado por três termos: B = F (P, E, PcE). A adaptação depende da competência de P e das exigências de E, e da sua complementaridade, seja relativamente às necessidades básicas, seja das necessidades superiores. Este modelo, que é de certa forma um aperfeiçoamento da hipótese da "docilidade ambiental" de Lawton e Nahemow (1973), permite-nos já, de facto, explicar os nossos próprios dados que mostram indivíduos, com graves limitações de autonomia e controlo, nomeadamente sobre o ambiente físico, satisfeitos com a sua vida e parecendo não necessitar de mais nada para o seu bem-estar, enquanto outros, em iguais circunstâncias se sentiam profundamente desadaptados.

O nosso contributo pessoal vai agora no sentido de considerarmos a equação proposta por Carp e Carp (1984) na sua vertente desenvolvimentista, em que há uma construção da adaptação, variando ao longo do tempo, quer com as mudanças a nível da Pessoa (P) quer do Ambiente (E), num balanço constantemente redefinido, em que a pressão ambiental é ela própria uma função das capacidades actuais do organismo, como Lawton sugeriu, num equilíbrio de vectores físicos e sociais,

mediados cognitivamente pelas atitudes e expectativas dos idosos, também elas construidas ao longo do tempo.

Outra das hipóteses avançadas para a explicação do comportamento de passividade dos idosos, alternativa à do desânimo aprendido, foi apresentada por White e Janson (1986) que se referem ao controlo secundário, que seria uma forma adaptativa de funcionamento, num meio não contingente e face à diminuição das próprias capacidades dos idosos. Esta teoria reflecte também a nossa própria experiência, uma vez que nos foi repetidamente afirmado, por várias idosas, que o facto de se manterem dependentes dos cuidados dos funcionários do Lar lhes dava um poder que nunca tinham tido, o de serem servidas, depois de toda a vida terem servido (ao mesmo tempo que cumpriam o papel de "bom-paciente", reforçado pela instituição).

Assim, se era um facto que os idosos a residirem na comunidade mantinham mais controlo e autonomia potencial sobre as suas vidas, o residir num lar, versus na comunidade, não parece só por si determinar o bem-estar psicológico destes idosos pobres.

Na medida em que as necessidades de controlo variam de indivíduo para indivíduo, bem como as suas capacidades pessoais e ambiente físico para exercer o controlo, nas suas diversas formas de expressão (e.g. controlo primário versus secundário), o controlo não se pode considerar em si a

problemática determinante do bem-estar dos idosos ainda que surja associada a outros aspectos básicos da sua satisfação de vida.

Um desses aspectos, que surge claramente associado à diminuição de controlo dos idosos institucionalizados é, como já referimos, relativo à manutenção de um estado de alerta mental e empenhamento na vida e sociedade, que consideramos favorável para o bem-estar global, e que está associado aos comportamentos passivos e de perda de autonomia dos idosos. Os lares, no sentido que actualmente têm na nossa sociedade, parecem assim exercer um efeito negativo, se não visível em termos de satisfação de vida, que na nossa amostra aparecia influenciada pela atitude religiosa, pelo menos em termos de preservação das capacidades cognitivas. Daí o podermos afirmar que alguns dos cenários estudados fomentam comportamentos mais adequados do que outros, contribuindo assim para o bem-estar dos sujeitos idosos que os integram.

A manutenção da vida autónoma (no sentido da gestão dos seus recursos físicos e económicos) surge-nos como um aspecto central que diferencia os idosos a residir nos lares dos idosos a residir na comunidade e que contribui se não de forma clara para a sua satisfação de vida pelo menos para a manutenção das suas capacidades cognitivas.

As atitudes dos idosos perante a vida e o seu próprio envelhecimento surgiram-nos como um dado central, determinante

da satisfação de vida dos idosos estudados nos vários cenários. Ao fazermos uma crítica clara, no capítulo 6, à teoria maniqueísta de Erikson (1982; 1984; Erikson et al., 1986), sobre as tarefas adaptativas versus maladaptativas do desenvolvimento, tal não significa que não reconheçamos a pertinência das atitudes, nomeadamente religiosas, face ao envelhecimento, como um factor determinante de uma certa satisfação de vida. Relativamente ao envelhecimento há que distinguir no contributo de Erikson dois vectores. Um relativo à progressão ao longo dos estádios de desenvolvimento, culminando na integridade versus desespero, sobre a forma de balanço último entre os objectivos realizados e os que ficaram por cumprir, que não nos surgiu como uma tarefa pertinente na problemática psicossocial destes idosos pobres. E um outro vector, relativo ao recurso às atitudes religiosas, como paliativo para um envelhecimento, de outra forma desesperante, este sim, que teve clara expressão nos nossos resultados quer quantitativos, através da Escala de Ânimo de Lawton (1975), (sub-escala sobre as Atitudes Face ao próprio Envelhecimento - capítulo 14) quer qualitativos, que nos permitiram dar rosto a essas atitudes, pela compreensão da fé que as moldava, como comentámos largamente no capitulos 8, 9 e 14.

Esta discussão levar-nos-ia muito longe com recurso às próprias noções de locus de controlo interno e externo (Rotter, 1966), uma vez que são um claro exemplo de controlo externo, não deixando de ser constructos explicáveis numa perspectiva ecológica do desenvolvimento (Brofenbrenner 1979).

Daí o voltarmos à questão das histórias de vida, ultrapassando a noção de cenário para a de contexto, e encarando este como uma construção com elementos do passado, do presente e expectativas de futuro.

A selecção pelo cenário é evidente, assim como a selecção pelas pessoas. Dentro de cada cenário ficou patente que quando havia adequação pessoa-meio, o idoso podia manter a satisfação de vida, independentemente de nós, através dos nossos próprios critérios, considerarmos o ambiente pouco favorável.

Mais complexa do que a problemática sobre o controlo e a sua relação com a satisfação de vida é a do papel das redes sociais de apoio informal. Os nossos dados não nos permitem avaliar rigorosamente o seu peso, por um lado devido à sua manifesta ausência para a grande maioria dos idosos estudados, quer nas instituições, quer na comunidade, mas, principalmente, devido ao seu carácter mais qualitativo do que quantitativo.

O número de elementos da rede social de apoio não parecia determinar, em consonância com inúmeros estudos referidos no capítulo 5 (e.g. Wellman, 1981; Auslander e Litwin, 1990) os níveis de solidão e insatisfação dos idosos. Mais uma vez as histórias de vida nos permitiam compreender a dinâmica relativa às redes sociais de apoio informal.

Os indivíduos solteiros, que nunca criaram laços fortes com

familiares ou amigos, ou os perderam muito lá para trás, na sua infância ou adolescência, parecem não ser muito afectados pela inexistência dessas redes. Diferente é a situação, por exemplo, dos idosos viúvos, (apontada por Norris e Murrell, 1990) ou em situação de ruptura com filhos e netos. Esses acontecimentos de vida, como a morte do companheiro(a) ou as crises familiares, obrigam a novos equilíbrios, mais ou menos dolorosos e adaptativos. A própria dinâmica de vivência dentro da rede não é estática, e esse elemento, raramente considerado na literatura (exceptuando, por exemplo, Depner e Ingersoll-Dayton, 1988, que introduzem a noção de "convoy", para acentuar a vertente de desenvolvimento das redes) determina, também em larga medida, a relação entre a existência das redes sociais de apoio e o bem-estar psicológico dos idosos. Esta dinâmica ficou bem patente para nós, quando observamos, quer o reactar de relações afectuosas, após ruptura violenta que precipitou a entrada dos idosos para o lar, quer a degradação de relações entre elementos da rede familiar, de amizade ou de vizinhança, na continuação de um relacionamento próximo, como no caso de cohabitação nos bairros camarários.

Estes idosos pobres, mesmo os que constituiram família, têm um papel muito reduzido, quer em termos sociais, quer do seu próprio núcleo familiar, e as suas redes de apoio social são, de uma forma geral, escassas e pouco activas.

A violência sobre o idoso aparece na continuação de uma vida familiar repleta de abusos e agressões. A ausência de redes

sociais de apoio informal surge na sequência de um afastamento de longa data, promovido pelo próprio e as suas circunstâncias, de rupturas ou não criação de laços, situações para as quais cada idoso necessariamente contribuiu.

Por último, o sentimento de solidão surgiu-nos como o aspecto central de toda a problemática relativa ao bem-estar subjectivo do idoso. Quer nos lares, quer em casa, esta foi a temática mais vezes referida de forma espontânea pelos idosos com quem contactamos. Para além das atitudes mais ou menos positivas face ao envelhecimento e da existência ou não de familiares ou "amigos" por perto, estes idosos falavam de uma vida cada vez mais desprovida de préstimo, em que já não eram capazes de "acudir a ninguém" e que também ninguém podia jamais inverter. Se é certo que estava patente nesta problemática a desvalorização social de que eram alvo, não é menos verdade que este sentimento de solidão surgia muito como uma vivência interna, de vazio existencial, de uma consciência aguda, sem desespero nem remorso, mas dolorosa, de que viveram a vida no limiar da sobrevivência e restam apenas eles e mais nada. Tudo se resume ao seu corpo gasto e à sua dor que mais ninguém carrega: estes idosos pobres estão de facto sós.

<u>As alternativas de Centros de Dia e o próprio Apoio Domiciliário surgem deficitárias, em muitos aspectos, muito limitadas a fornecerem apoio instrumental, e incapazes de preencher as necessidades de apoio afectivo, que a referida solidão dos idosos deixa transparecer.</u>

Em Portugal é evidente, como tivemos oportunidade de referir no capitulo 10, a falta de estabelecimentos para idosos e se a alternativa da institucionalização do idoso não é a mais favorável, ela é seguramente uma opção necessária e adequada em muitos casos. Avaliar a qualidade dos meios ambientes onde residem os idosos é o primeiro passo para a introdução de mudanças nos estabelecimentos existentes e a elaboração de projectos dos futuros lares e equipamentos diversos, visando uma melhoria de bem-estar físico e psicossocial dos idosos.

De futuro é importante alargar o leque de cenários alternativos para os idosos, de forma a facilitar escolhas, em que se verifique a adequação da pessoa ao ambiente, tendo em consideração que mesmo no reduzidíssimo leque de alternativas que se colocam actualmente aos idosos, elas são sempre uma construção que se vai realizando ao longo da vida, assumindo claramente o carácter de continuidade, e não de ruptura com a vida passada.

16 BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Altman, I., (1975), Environment and Social Behaviour: privacy, personal space, territory and crowding, Brooks/Cole, Monterrey.

Altman, I.; Rogoff, B., (1987), World views in psychology: trait, interactional, organismic, and transactional perspectives, in D. Stokols e I. Altman, Handbook of Environmental Psychology, John Wiley & Sons, N.Y., 7-40.

Altergott, K.; Duncan, S., (1988), National context and daily life in later life, in K. Altergott (Ed), Daily Life In later Life: Comparative Perspectives, Sage Focus Editions.

Anderson, L., (1990), Narcissism and loneliness, Aging and Human Development, 30, 2, 81-94.

Applebaum, R.; Phillips, P., (1990), Assuring the quality of in-home care: the "other" challenge for long-term care, The Gerontologist, 30, 4.

Arbuckle, T.; Gold, D.; Andres, D., (1986), Cognitive functioning of older people in relation to social and personality variables, Journal of Psychology and Aging, 1, 1, 55-62.

Auslander, G.; Litwin, H., (1990), Social support networks and formal help seeking: differences between applicants to social services and a nonapplicant sample, Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, 3, S112-119.

Baltes, M.; Reisenzein, R., (1986), The social world in long-term care institutions: psychological control toward dependency, in M. Baltes e P. Baltes (Eds) The Psychology of Control and Aging, LEA, Hillsdale, 315-344.

Bandura, A., (1977), Social Learning Theory, Englewood Cliffs, Prentice Halls, New Jersey.

Bandura, A., (1982), Self-eficacy mechanism in human agency, American Psychologist, 37, 122-147.

Bandura, A., (1986), Social Fundation of Thought and Action, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

Bandura, A.; Cioffi, D.; Taylor, C.; Brouillard, M., (1988), Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation, Journal of Personality and Social Psychology, 43, 1, 5-20.

Barker, R., (1968), Ecological Psychology, Standford University Press, Standford.

Barker, R.; Wright, H. (1955), Midwest and its children, Harper & Row, N.Y.

Barker, J.; Miteness, L.; Wood, S., (1988), Gate keeping: residential managers and elderly tenants, The Gerontologist, 28, 5.

Barreto, J., (1984), Envelhecimento e Saúde Mental, FMP, Porto.

Barreto, J., (1988), Aspectos psicológicos do envelhecimento, Psicologia, VI, 2, 159-170.

Baumgarten, M.; Thomas, D., (1988), Evaluation of a mutual help network for the elderly residents of planned housing, Psychology and Aging, 3, 4, 393-398.

Bell, P.; Fisher, J.; Loomis, R., (1978), Environmental Psychology, Saunders Company, Philadelphia.

Bennett, R., (1980), Aging Isolation and Resocialization, Van Nostrand Reinhold, N.Y.

Berkowitz, M., Waxman, R.; Yaffe, L., (1988), The effects of a resident self-help model on control, social involvement and self-esteem among elderly, The Gerontologist, 28, 5, 620-624.

Billings, A; Moos, R., (1981), The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 139-157.

Birren, J., (1983), Aging in America: roles for psychology, American Psychologist, 3, 298-299.

Birren, J.; Cunningham, W., (1985), Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory, in J. Birren e K. Shaie (Eds), Handbook of The Psychology of Aging, Van Nostrand Reinhold Company, N.Y., 3-34.

Birren, J.; Renner, V., (1977), Theory and methods in psychology of aging in J. Birren e K. Shaie, Handbook of Psychology of Aging, Van Nostrand Reinhold, N.Y., 3-38.

Birren, J.; Woods, A.; Williams, M., (1980), Behavioral slowing with age, in L. Poon (Ed), Aging in the 1980's, American Psychologycal Association, Washington.

Birren, J.; Tabmon, Y.; Cheit, E., (1982), Envejecimiento: Aspectos Psicológicos in Enciclopédia de Ciências Sociais, Aguilar, Madrid, 288-309.

Bitzan, J.; Kruzich, J., (1990), Interpersonal relationships of nursing home residents, The Gerontologist, 30, 3.

Blank, T., (1989), Social Psychology, contexts of aging, and contextual world view, Journal of Aging and Human Development, 29, 3, 225-239.

Blanchard-Field, F.; Irion, J., (1988), The relation between locus of control and coping in two contexts: age as a moderator variable, Psychology and Aging, 3, 2, 197-203.

Blessed, G.; Tomlinson, B.; Roth, M., (1968), The association between quantitative measures of dementia and of senile change in cerebral grey matter of elderly subjects, British Journal of Psychiatry, 114, 797-811.

Bortz, W., (1989), Redefining human aging, Journal of American Geriatric Society, 37, 11, 1092-1096.

Bowlby, J., (1969), Attachment and Loss, vol. I, Hogarth, London.

Braun, M.; Lalonde, R., (1990) Les declins des fonctions cognitives chez la personne agée: une perspective neuropsychologique, Canadian Journal on Aging, 9, 2, 135-158.

Bradburn, N., (1969), The stucture of psychological well-being, Aldine, Chicago.

Brickman, P.; Karuza, V.; Coates, D.; Cohn, E.; Kidder, L., (1982), Models of helping and coping, American Psychologist, 37, 368-384.

Brofenbrenner, U., (1979), The Ecology of Human Development, Harvard University Press, Cambridge, (USA).

Brunswick, E., (1955), In defense of probabilistic functionalism, Psychological Review, 62, 236-242.

Brunswick, E., (1952), The conceptual frawork of psychology in International Encyclopedia of United Science, University of Chicago Press, Chicago.

Campbell, A. (1974) La qualité de la vie, phenomene psychologique in Elements subjectifs du bien-être. Programme d'eleboration des indicateurs sociaux de l'OCDE, Organization de Cooperation et de Developpment Economiques.

Campbell, A.; Converse, P.; Rodgers, W., (1976), The Quality of American Life, Russell Sage Foundation, N.Y.

Campbell, A.; Converse, P., (1970), Monitoring the quality of American life. A proposal to the Russelll Sage Fundation. Survey Research Center, University of Michigan.

Cannon, W., (1932), The Wisdom of the Body, Norton, N.Y.

Carp, F.; Carp, A., (1984), A complementary/congruence model of well-being or mental health for the community elderly, in I. Altman, J. Wohlwill e M. Lawton (Eds), Elderly People and the Environment, Plenum, N.Y.

Carp, F., (1987), Environmemt and Aging in D. Stokols e I. Altman (Eds), Handbook of Environmemt Psychology, John Wiley e Sons, NY, 329-360.

Caspi, A.; Elder, G., (1986), Life satisfaction in old age: linking social psychology and history, Journal of Psychology and Aging, 1, 1, 18-26.

Cassel, J., (1974) Psychosocial process and stress: theoretical formulations, International Journal of Health Services, 4, 471-482.

Caplan, G., (1964), Principles of Preventive Psychiatry, Basic Books, N.Y.

Caplan, G. (1974), Support systems in G. Caplan (Ed), Support Systems and Community Mental Health, Basic Books, N.Y.

Chappell, N.; Badger, M., (1989), Social isolation and well-being, Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, 5, S169-176.

Charness N., (1988) The role of theories of cognitive aging: comment on Salthouse, Psychology and Aging, 3, 1, 17-21.

Chatters, L., (1988), Subjective well-being evaluations among older black Americans, Psychology and Aging, 3, 2, 184-190.

Christensen, D.; Carp, F., (1987), Pequi-based environmental predictors of the residential satisfaction of older women, Journal of Environmental Psychology, 7, 45-64.

Cicirelli, V., (1989), Feelings of attachment to siblings and well-being in later life, Psychology and Aging, 4, 2, 211-216.

Clarkson-Smith, L.; Hartley, A., (1989), Relationships between physical exercise and cognitive abilities in older adults, Psychology and Aging, 4, 2, 183-189.

Cohen, C.; Sokolovsky, J.; Teresi, J.; Holmes, D., (1988), Gender, networks, and adaptation among an inner-city population, Journal of Aging Studies, 2, 1, 45-65.

Coleman, P., (1986), Ageing and Reminiscence Processes. John Wiley & Sons, Chichester.

Comissao Nacional sobre o Envelhecimento, (1982), O Envelhecimento em Portugal, Relatório da Comissão Nacional à assembleia Mundial sobre o envelhecimento. Viena de Austria, 26 de Julho - 6 de Agosto.

Connidis, I., (1989), The subjective experience of aging: correlates of divergent views, Canadian Journal on Aging, 8, 1, 7-18.

Cooney T., (1989), Co-residence with adult children: a comparison of divorced and widowed women, The Gerontologist, 29, 6.

Corin E., (1990) The relationship between formal and informal social support networks in rural and urban contexts, Psychological Research Unit, Douglas Hospital, Montreal, 367-394.

Costa, P.; McCrae, R., (1980), Influence of extraversion and neuroticism on subjective wellbeing: happy and unhappy people, Journal of Personality and Social Psychology, 38, 668-678.

Coward R.; Dwyer J., (1990), The association of gender,sibling network composition, and patterns of parent care by adult children, Research on Aging, 12, 2, 158-181.

Crimmins, E.; Ingegnery, D., (1990), Interaction and living arrangements of older parents and their children: past trends, present determinants, future implications, Research on Aging, 12, 1, 3-35.

Cummings, E.; Henry, W., (1961), Growing Old, Basic Books, N.Y.

Cutrona, C.; Russel, D.; Rose, J., (1986), Social support and adaptation to stress by the elderly, Journal of Psychology and Aging, 1, 1, 47-54.

Cutter, S., (1985), Rating places: a geographer's view on quality of life, Association of American Geographers. Resource Publication in Geography, Washington.

Daley, J.; Applewhite, S.; Jorquez, J., (1989), Community participationof the elderly chicano: a model, Aging and Human Development, 29, 2, 135-150.

David, D., (1990), Reminiscense, adaptation and social context in old age, Aging and Human Development, 30 3, 173-188.

Danigelis, N.; Fengler, A., (1990), Homesharing: how social exchange helps elders live at home, The Gerontologist, 30, 2.

Delvin, A., (1990), Housing for the elderly, Environment and Behavior, 12, 4, 451-466.

Denney, N., (1982), Aging and cognitive changes in B. Wolman (Ed), G. Stricker (ass Ed), Handbook of Developmental Psychology, Prentice-Hall, Inc Anglewood Cliffs, New Jersey.

Denney, N.; Pearce, K., (1989), A developmental study of practical problem solving in adults, Psychology and Aging, 4, 4, 438-442.

Depner, C.; Ingersoll-Dayton, B., (1988), Supportive relationship in later life, Psychology and Aging, 3, 4, 348-357.

Eckenrode, J.; Gore, S., (1981), Stressful events and social supports - the significance of context, in B. Gottlieb (Ed), Social Networks and Social Support, Sage, Beverly Hills, 43-68.

Edelman, P.; Hughes, S., (1990), The impact of community care on provision of informal care to homebound elderly persons, Journal of Gerontology: Social Sciences, 15, 2, S74-84.

Emery, C. e Gatz, M., (1990), Psychological and cognitive effects of an exercise program for community-residing older adults, The Gerontologist, 30, 2, 184-188.

Estes, C.; Binney, E., (1989), The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas, The Gerontologist, 29, 5, 587-596.

Evans, L.; Williamson, J., (1988), Old age dependency in historical perspective, Aging and Human Development, 27, 2.

Evans, G.; Cohen, S., (1987), Environmental stress, in D. Stokols e I. Altman, Handbook of Environmental Psychology, John Wiley & Sons, N.Y., 571-610.

Erikson, E., (1959), The problem of ego identity, Psychological Issues, 1, 101-164.

Erikson, E., (1982), The Life Cycle Completed: A Review, Norton, N.Y.

Erikson, E., (1984), Reflections on the last stage - and the first, Psychoanalitic Study of the Child, 39, 155-165.

Erikson, E.; EriKson, J.; Kivnick, H., (1986), Vital Involvement in Old Age, W. W. Norton & Company , N.Y.

Erkinjuntti, T.; Hokkanen, L.; Sulkava, R.; Palo, J., (1988), The Blessed Dementia Scale as a screening test for dementia, International Journal of Geriatric Psychiatry, 3, 267-273.

Ezell, M.; Gibson, J., (1989), The impact of informal social networks on the elderly's need for services, Journal of Gerontological Social Work, 14, 3, 4.

Feifel, H.; Strack, S., (1989), Coping with conflict situations: middle-aged and elderly men, Psychology and Aging, 4, 1, 26-33.

Ficher, C., (1982), To Dwell Among Friends Personal Networks in Town and City, University of Chicago Press, Chicago.

Field, D.; Minkler, M., (1988), Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age, Journal of Gerontology Psychological Sciences, 43, 4, 100-106.

Fitch, V.; Slivinske, L., (1989), Situational perceptions of control in the aged in P. Fry (Ed), Psychological Perspectives of Helplessness and Control in the Elderly, Elsevier Science Publishers, North-Holland, 155-186.

Fleming, M., (1988), Autonomia Comportamental na Adolescência e Percepções das Atitudes Parentais. ICBAS, Porto.

Folstein, M.; Folstein, S.; McHugh, P., (1975) "Mini-Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, Journal of Psychiatry Research, 12, 189-198.

Fredickson, B.; Carstensen, L., (1990), Choosing social partners: how old age and anticipated endings make people more selective, Psychology and Aging, 5, 3, 335-347.

Froland, C.; Pancoast, D.; Chapman, N.; Kimboko, P., (1981), Linking formal and informal support systems, in B. Gottlieb (Ed), Social Networks and Social Support, Sage, Beverly Hills, 259-275.

Fry, P., (1989), Preconceptions of vulnerability and control in old age: a critical reconstruction, in P. Fry (Ed), Psychological Perspectives of Helplessness and Control in the Elderly, Elsevier Science Publishers, North-Holland, 1-39.

Garcia, C., (1984), A Doença de Alzheimer - Problemas do Diagnóstico Clínico, FML, Lisboa.

Garcia, C., (1988), A deterioração mental dos idosos. A tão falada arterioescolerose cerebral e a misteriosa doença de Alzheimer, Psicologia, VI, 2, 197-206.

Gauvain, M.; Altman I.; Fahim H., (1981) Homes and social change: acase study of the impact of resettlement, in L. Lieben, A. Patterson e N. Newcombe, Spatial Representation and Bahavior Across the Life Span: Theory and Appplication, Academic Press, N.Y.

Gentry, M., (1988), Remarriage as a coping response for widowhood, Psychology and Aging, 3, 2, 191-196.

Gergen, M.; Gergen, K., The discourse of control and the maintenance of well-being, in M. Baltes e P. Baltes (Eds), The Psychology of Control and Aging, LEA, Hillsdale, 119-138.

Gillik, M., (1989), Long-term care options for the frail elderly, Journal of the American Geriatrics Society, 37, 12.

Gottlieb, B., (1981), Social networks and social support in community mental health, in B. Gottlieb (Ed), Social Networks and Social Support, Sage, Beverly Hills, 11-42.

Gros, M., (1982), O Alojamento Social sob o Fascismo, Ediçoes Afrontamento, Porto.

Gubrium, J., (1972), Toward a socio-environmental theory of aging, The Gerontologist, 12, 281-284.

Guerreiro, M., (1988), A psicometria do envelhecimento, Psicologia, VI, 2, 219-225.

Guerreiro, M.; Garcia, C., (1987), Tests psicológicos para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer. Experiencia clínica en el estudio de la demencia, Revista Clinica Espanhola, 181, 1, 52-55.

Harris, M.; Page, P.; Begay, C., (1988), Attitudes toward aging in a southwestern sample: effects of ethnicity, age, and sex, Psychological Reports, 62, 735-746.

Hartwigsen, G.; Null, R., (1989), Full-timming: a housing alternative for older people, Aging and Human Development, 29, 4, 317-328.

Havighurst, R.; Neugarten, B.; Tobin, S., (1968), Disengagement and patterns of aging, in B. Neugarten (Ed), Middle Age and Aging, University Chicago Press, Chicago, 161-172.

Helmes, E.; Csapo, K.; Short, J., (1987), Standardization and validation of the Multidimensional, Observation Scale for the Elderly Subjects (MOSES), Journal of Gerontology, 42, 4, 395-405.

Hendrick, J.; Knox, V.; Gekoski, W.; Dyne, K., (1988), Perceived cognitive ability of young and old targets, Canadian Journal on Aging, 7, 3.

Hertzog, C., (1989), Influences of cognitive slowing on age differences in intelligence, Developmental Psychology, 25, 4, 636-651.

Hinrichsen, G., (1985), The impact of age assisted housing on older people's social and emotional well-being, Journal of Gerontology, 40, 6, 758-760.

Holmes, D.; Teresi, J.; Weiner, A.; Monaco C.; Ronch J.; Vickers R., (1990), Impacts associated with special care units in long-term care facilities, The gerontologist, 30, 2.

Hughes, D.; George, L. e Blazer, D., (1988), Age differences in life Event Qualities: Multivariate Controlled Analyses, Journal of Community Psychology, 16, 4, 161-174.

Huppert, F.; Tym, E., (1986), Clinical and neuropsychological assessment of dementia, British Medical Bulletin, 42, 1, 11-18.

Instituto de Pesquisa Social Damião de Góis, (1985), Estudo sobre a População Residente em Lares para Idosos, Presidência da República, IPSDG, Lisboa.

Jaffe, D.; Howe E., (1988), Agency-assisted shared housing: the nature of programs and matches, The Gerontologist, 28, 3.

Jones D.; Vaughan, K., (1990), Close friendships among senior adults, Psychology and Aging, 5, 3, 451-457.

Jones, T.; Williams, M., (1988), Rethinking the approach to evaluating mental functioning of older persons - the value of careful observations, Journal of the American Geriatrics Society, 36, 12, 1128-1134.

Jong-Gierveld, J., (1989), Personal relationships, social support, and loneliness, Journal of Social and Personal Relationships, 6, 197-221.

Kahana, E., (1975), A congruence model of person environment interaction in P. Windley, T. Byerts , E. Ernst (Eds), Theoretical Development in Environments and Aging, Gerontological Society, Washington.

Kahana, B., (1982), Social behavior and aging, in B. Wolman (Ed), G. Stricker (Ass.Ed.), Handbook of Development Psychology, Prentice-Hall, Anglewood Cliffs, New Jersey, 871-876.

Kahana, E.; Liang, J.; Felton, B., (1980), Alternative models of person-environment fit, Journal of Gerontology, 35, 584-595.

Kahana, E.; Kahana, B.; Riley, K., (1989), Person-environment transactions relevent to control and helplessness in institutional settings, in P. Fry (Ed), Psychological Perspectives of Helplessness and Control in the Elderly, Elsevier Science Publishers, North-Holland, 121-154.

Karuza, J.; Zevon, M.; Gleason, T.; Karuza, C.; Nash, L., (1990), Models of helping and coping, responsability attibutions and well-being in a community elderly and their helpers, Psychology and Aging, 5, 2, 194-208.

Kaufman A., (1990), Social network assessment: a critical component in case management for functionally impaired older persons, Aging and Human Development, 30, 1, 63-75.

Kelly, J., (1966) The mental health agent in the urban community, American Psychologist, 21, 535-539.

Kinney J., (1987), Personal and environmental correlates of territoriality and use of space, Environment and Behavior, 19, 6, 722-737.

Kirkwood, T., (1988), The nature and causes of ageing, in Research and Ageing Population, Ciba Foundation Symposium, 134, John Wiley & Sons, Chichester.

Kiyaks, H., (1978), A multidimensional perspective on privacy preferences of institutionalized elderly in W. Rogers, W. Ittelson (Eds), New Directions in Environmental Design Research, University of Arizona Press, Tucson.

Krause, N.; Liang, J.; Yatomi, N., (1989), Satisfaction with social support and depressive symptoms: a panel analysis, Psychology and Aging, 4, 1, 88-97.

Krause, N.; Liang, J., (1990), Personality, social support and psychological distress in later life, Psychology and Aging, 5, 3, 315-326.

Krause, N.; Markides, K., (1990), Measuring social support among older adults, Aging and Human Development, 30, 1, 37-53.

Kulh, J., (1984), Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: toward a comprehensive theory of action control, in B. Maher (Ed), Progress in Experimental Personality Research, Academic Press, N.Y. 13, 99-171.

Kuhl, J., (1986), Aging and models of control: the hidden costs of wisdom, in M. Baltes e P. Baltes (Eds), The Psychology of Control and Aging, LEA, Hillsdale, 1-34.

Lachman, M., (1986), Locus of control in aging research: a case for multidimensional and domain-specific assessment, Journal of Psychology and Aging, 1, 1, 34-40.

Langer, E.; Rodin, J., (1976), The effects of choice and enhanced personal responsability for the aged: A field experiment in the institutional setting, Journal of Personality and Social Psychology, 34, 191-198.

Larson, R., (1986), Daily well-being of older adults with friends and family, Psychology and Aging, 1, 2, 117-126.

Lawenthal M., Social isolation and mental illness in old age, in B. Neugarten (Ed), Middle Age and Aging, University of Chicago Press, Chicago, 1986.

Lawrence, R.; Liang, J., (1988), Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: race, sex, and age differences, Psychology and Aging, 3, 4, 375-384.

Lawton, M. (1975), The Philadelphia Geriatric Morale Scale: a revision, Journal of Gerontology, 30, 1, 85-89.

Lawton, M., (1983), The varieties of well-being, Experimental Aging Research, 9, 2, 65-72.

Lawton, M., (1985), Housing and living environments of older people, in R. Binstock e E. Shenes (Eds.), Handbook of Aging and Social Science, 2nd ed, Van Noshrand Company, N.Y..

Lawton, M., (1982), Competence, environmental press and adaptation in M. Lawton, P. Windley e T. Byerts (Eds), Aging and the Environment, Springer, N.Y.

Lawton, M.; Moss, M., (1987), The social relationships of older people, in E. Borgatta e R. Montgomery (Eds) Critical Issues in Aging Policy, Sage, Beverly Hills, 92-128.

Lawton, M.; Nahemow, L., (1973), Ecology and aging process in C. Eisdorfer e M. Lawton (Eds), Psychology of Adult Development and Aging, American Psychological Association, Washington, 619-624.

Lawton, M.; Cohen, J., (1974), The generality of housing impact on the well-being of older people, Journal of Gerontology, 29, 194-204.

Lawton, M.; Kleban, M.; diCarlo, E., (1984), Psychological well-being in the aged, Research on Aging, 6, 1, 67-97.

Lazarus, R., (1966) Psychological Stress and the Coping Process, MacGraw-Hill, N.Y.

Lazarus, R.; DeLongis, A., (1983), Psychological stress and coping in aging, American Psychologist, 3, 245-254.

Lazarowich, N., (1990), A review of the Victória, Austrália-gramy flat program, The Gerontologist, 28, 2.

Lemke, S.; Moos, R., (1989), Personal and environmental determinants of activity involvement among elderly residents of congregate facilities, Journal of Gerontology, 44, 4, S139-148.

Levi, L. (1991), Stress, health promotion and disease prevention, Comunicação apresentada no Congresso Internacional, Stress Ansiedade e Desordens Emocionais, Universidade do Minho, 1-3 de Julho.

Lewin, K., (1951), Field Theory in Social Science, Harper and Row, N.Y.

Liang, J., (19859 A structural integration of the Affect Ballance Scale and the Life Satisfaction Index A., Journal of Gerontology, 40, 552-561.

Lima, A.; Viegas, S., (1988), A diversidade cultural do envelhecimento:a construção social da categoria de velhice, Psicologia, VI, 1, 149-158.

Lomranz, J.; Bergman, S.; Eyal, N.; Shmotkin, D., (1988), Indoor and outdoor activities of aged women and men as related to depression and well-being, International Journal of Aging and Human Development, 26, 4, 2-25.

Lowenthal, M., (1968), Social isolation and mental illness in old age, in B. Neugarten (Ed), Middle Age and Aging, University of Chicago Press, Chicago, 220-231.

Lowenthal, M.; Boler, D., (1965), Voluntary vs involuntary withdrawal, Journal of Gerontology, 20, 363-374.

Longino, C., (1982), American retirement communities and residential relocation, in A. Warnes (ed), Geographical Perspectives on the Elderly, John Wiley, London, 239-262.

Macknnell, A., (1974), Etude des elements subjectifs du bien-être: stratégies et considerations methodologiques, in Elements Subjectifs du Bien-être. Programme d'elaboration des indicateurs sociaux de l'OCDE, Organization de Cooperation et de Developpement economiques.

Maddox, G., (1965), Fact and artifact, Human Development, 3, 117-126.

Maddox, G., (1968), Persistence of life style among the elderly: a longitudinal study of patterns of social activity in relation to the life satisfaction, in B. Neugarten (Ed), Middle Age and Aging, University of Chicago Press, Chicago.

Maddux, J.; Rogers, R., (1983), Protection Motivation and self-efficacy: a revised theory of fear appeals and attitudee change, Journal of Experimental Social Psychology, 19, 469-479.

Maddux, J.; Stanley, M.; Manning, M., (1987), Self- efficacy theory and research: application in clinical and counseling psychology, in J. Maddux, C. Stoltenberg, R. Rosenwein (Eds), Social Process in Clinical and Counseling Psychology, Springer-Verlag, N.Y., 39-55.

Maier, S.; Seligman, M., (1976), Learned helplessness: theory and evidence, Journal of Experimental Psychology: General, 105, 3-46.

Mangum, W., (1988), Community resistance to planned housing for the elderly: ageism or general antipathy to group housing, The Gerontologist, 28, 3.

Markides, K.; Lee, D., (1990), Predictors of well-being and functioning in older Mexican Americans and Anglos: an eight-year follow-up, Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, 5, S69-73.

Martin, P.; Smyer, M., (1990), The experience of micro- and macroevents, Research on Aging, 12, 3, 294-310.

Matarazzo, J., (1982), Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology, American Psychologist, 35, 807-817.

Matthews, S., (1986), Friendships Throught the Life Course, Sage, Beverly Hills.

Matthews, S.; Rosner, T., (1988), Shared filial responsability: the family as the primary caregiver, Journal of Marriage and the Family, 50, 185-195.

McCrae, R., (1989), Age differences and Changes in the use of coping mechanisms, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 44, 6, P161-169.

McCrae, R.; Costa, P., (1988), Age, personality, and spontaneous self-concept, Journal of Gerontology: Social Sciences, 43, 6, S117-185.

McKennell, A., (1974), Etude des elementes subjectifs du bien-être: strategies et considerations methodologiques. Programme d'elaboration des indicateurs sociaux de l'OCDE. Organization de Cooperation et de Developpment Economiques.

Meeks, S.; Carstensen, L.; Tamsky, B.; Wright, T.; Pellegrini, D., (1989), Age differences in coping: does less mean worse?, Journal of Aging and Human Development, 28, 2, 127-140.

Merton, R., (1951), Social psychology of housing in D. Dennis (Ed), Current Trends in Social Psychology, University of Pittsburgh Press.

Mittenberg W.; Seidenberg M.; O'Leary D., (1989), Changes in cerebral functioning associated with normal aging, Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 11, 6, 918-932.

Monk A.,(1988), Aging, loneliness, and communications, American Behavioral Scientist, 31, 5, 532-563.

Montepare, J.; Lachman, M. (1989), "You 're as old as you feel": Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age, Psychology and Aging, 4, 1, 73-78.

Moos, R. (1976), Conceptualizations of human environments, in H. Prosanhansky, W. Ittelson, L. Rivlin, Environmental Psychology - People and their Physical Settings, Holt, Rinehart e Winston, N.Y., 37-51.

Moos, R. (1981) Environmental choice and control in community care settings for older people, Journal of Applied Social Psychology, 2, 23-43.

Moos, R., Lemka, S., (1984), Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP), Social Ecology Laboratory, Veterans Administration Hospital, Palo Alto.

Moos, R., Lemka, S., (1985), Specialized living environments for older people, in J. Birren, K. Shaie (Eds), Handbook of Psychology of Aging, New York: Van Nostrand Reinhold, 864-889.

Morgan, K.; Dallosso, H.; Arie, T.; Byrne, E.; Jones, R.; Waite, J., (1987), Mental health and psychological well-being among the old and the very old living at home, British Journal of Psychiatry, 150, 801-807.

Morris, J.; Sherwood, S., (1975), A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, Journal of Gerontology, 15, 77-84.

Mouser, N., (1983), Social Networks of Older Widowers in Small Town and Rural Settings, Iowa State University, Ames.

Mullins L.; Dugan E., (1990), The influence of depression and family and friendship relations, on residents loneliness in congregate housing, The Gerontologist, 30, 3.

Munson, P., (1989), Control and dependency in residential care settings for the elderly: perspectives on interventions, in P. Fry (Ed), Psychological Perspectives of Helplessness and Control in the Elderly, Elsevier Science Publishers, North-Holland, 187-216.

Murray, H., (1938), Explorations in Personality, Oxford University Press, N.Y.

Nazareth J., (1988), O envelhecimento demográfico, Psicologia, VI, 2, 135-146.

Neugarten, B.; Havighurst, R.; Tobin, S., (1968), Personality and patterns of aging, in B. Neugarten (Ed), Middle Age and Aging, University Chicago Press, Chicago, 173-177.

Newcombe, N., (1981), Spatial representation and behavior: retrospect and prospect, in L. Lieben, A. Patterson e N. Newcombe (Eds), Spatial Representation Behavior Across the Life Span, Academic Press, N.Y.

Nerhke, M.; Turner, R.; Cohen, S.; Whitbourn, S.; Morganti, J.; Hulicka I., (1981), Toward a model of person-environment congruence, Experimental Aging Research, 7, 363-379.

Noelker, L.; Bass, D., (1989), Home care elderly persons: linkages between formal and informal caregivers, Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, 2, S63-70.

Nogueira, C., (1991), Percepções de Auto-Eficácia: Teoria e Investigação em Contextos Educativos, U.M., I.E., Braga.

Norris-Backer, C.; Scheidt, R., (1989), Habituation theory and environment-aging research: ennui to joie de vivre?, Journal of Aging and Human Development, 29, 4, 241-257.

Norris F.; Murrel S., (1990), Social support, life events, and stress as modifiers of adjustment to bereavement by older adults, Psychology and Aging, 5, 3, 429-436.

Nunnaly, J., (1978), Psychometric Theory, McGraw-Hill, N.Y.

Nyman, J., 1989, Excess Demand, Consumer Rationality and the Quality of Care in Regulated Nursing Homes HRS: Health Services Research, 24, 1, 105-127.

O'Bryant, S.; Morgan, L., (1990), Recent widows'kin support and orientations to self-sufficiency, The Gerontologist, 30, 3.

Olbricht, F.; Lehr, V., (1976), Social roles and contacts in old age: consistency and patterns of change, in H. Thomae, S. Karger (Eds), Patterns of Aging, Basileia.

O'Leary, A., (1985), Self-efficacy and health, Behavior Research and Therapy, 23, 437-451.

Oulette, P.; Vienneau, J., (1990), Le loisir des ainé(e)s résidant en immeubles à longements multiples, Canadian Journal on Aging, 9, 1, 45-55.

Overholser, J., Norman, W.; Miller, I., (1990), Life stress and social supports in depressed inpatients, Behavioural Medecine, 12, 125-132.

Patterson A., (1981), Spatial representation and the environment: some applied and not very applied implications, in L. Lieben, H. Patterson, N. Newcombe (Eds), Spatial Representation Behavior Across the Life Span, Academic Press, N.Y.

Patrick, C., (1980), Health and migration of the elderly, Research on Aging, 2, 233-241.

Pfeiffer, S., (1990), The evolution of human longevity: distinctive mechanisms?, Canadian Journal of Aging, 9, 2, 95-103.

Piper, A.; Langer, E., (1986), Aging and mindful control, in M. Baltes e P. Baltes (Eds), The Psychology of Control and Aging, LEA, Hillsdale, 71-90.

Preston, D.; Mansfield, P., (1984), An exploration of stressful life events, illness, and coping among the rural elderly, The Gerontologist, 24, 5, 490-494.

Prost, A., (1991), Fronteiras e espaços do privado in P. Ariès e G. Duby (Eds), História da Vida Privada, Edições Afrontamento, Porto.

Proshansky, H.; Ittelson, W.; Rivlin, L., (1967), Environment Psychology - Man and his Physical Setting, Holt, Rinehart and Winston, N.Y.

Proshansky, H., (1976), Environmental psychology: a methodological orientation, in H. Proshansky, W. Ittelson, L. Rivlin, Environmental Psychology - People and their Physical Settings, Holt, Rinehart e Winston, N.Y., 59-69.

Pruchno, R.; Kleban, M.; Resch, N., (1988), Psychometric assessment of the Multidimensional Observation Scale for the Elderly Subjects (MOSES), Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 43, 6, P164-169.

Rabushka, A.; Jacobs, B., (1980), Old Folks at Home, Free Press, N.Y.

Rapoport, A., (1982), The Meaning of Built Environment, Sage, Beverly Hills.

Rees P.H., Commentary, Environment and Planning, 20, 1561-1566.

Reich, J.; Zautra, A., (1990), Dispositional control beliefs and the consequances of a control-enhancing intervention, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45, 2, P46-51.

Reid, D.; Stirling, G., (1989), Cognitive social learning theory of control and aging, participatory control and the well-being of elderly persons, in P. Fry (Ed), Psychological Perspectives of Helplessness and Control in the Elderly, Elsevier Science Publishers, North-Holland, 217-260.

Reisman J., (1988), An indirect measure of the value of friendship for aging men, The Gerontologist: Psychological Sciences, P109-110.

Ritchie, K., (1988), The screening of cognitive impairment in the elderly: a critical review of current methods, Journal of Clinic Epidemiology, 41, 7, 635-643.

Roberto K.; Scott J., (1986), Friendships of older men and older women: exchange patterns and satisfaction, Psychology and Aging, 1, 2, 103-109.

Rodgers, W.; Herzog, A., (1987), Interviewing older adults: The accuracy of factual information, Journal of Gerontology, 42, 4, 387-394.

Rodgers, W.; Herzog, A.; Andrews, F., (1988), Interviewing older adults: validity of self-reports of satisfaction, Psychology of Aging, 3, 3, 264-272.

Rodin, J., (1980), Managing the stress of aging: the role of control and coping in S. Levin, H. Ursin (Eds), Coping and Health, Plenum Press, N.Y., 171-202.

Rodin, J., (1986), Health, control and aging, in M. Baltes e P. Baltes (Eds), The Psychology of Control and Aging, LEA, Hillsdale, 139-166.

Rogers, R.; Meyer, J.; Mortel, K., (1990), After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition, Journal of American Geriatrics Society, 38, 2, 123-128.

Rogerson, R.; Findlay, A.; Morris, A.; Coombes, M., (1989), Indicators of quality of life: some methodological issues, Environment and Planning, 21, 1655-1666.

Rook, K.; Thuras, P.; Lewis, M., (1990), Social control, health risk taking, and psychological distress among the elderly, Psychology and Aging, 5, 3, 327-334.

Rose, A., (1968), A current theoretical issue in social gerontology in B. Neugarten (Ed), Middle Age and Aging, University of Chicago Press, Chicago, 184-189.

Rotenberg, K., (1990), A measure of the trust beliefs of elderly individuals, Aging and Human Development, 30, 2, 141-152.

Rothbaum, F.; Weisz, J.; Snyder, S., (1982) Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control, Journal of Personality and Social Psychology, 42, 5-37.

Rotter, J., (1966), Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monographs, 80, 609.

Rubinstein R., (1989), The home environments of older people: a discription of the psychosocial processes linking person to place, Journal of Gerontology: Social Sciences, 44, 2, S45-53.

Rubinstein, R., (1990), Personal identity and environmental meaning in later life, Journal of Aging Studies, 4, 2, 131-147.

Ryff, C., (1989), In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults, Psychology and Aging, 4, 2, 195-210.

Seligman, M., (1975), Helplessness: On Depression, Development and Death, Freeman, San Francisco.

Salthouse, T., (1985), Speed of behavior and its implications for cognition in J. Birren e K. Shaie (Eds), Handbook of The Psychology of Aging, Van Nostrand Reinhold Company, N.Y., 400-426.

Salthouse, T., (1988), Initiating the formalization of theories of cognitive aging, Psychology and Aging, 3, 1, 3-16.

Serow, W.; Sly, D., (1988), Trends in the characteristics of the oldest-old: 1940 to 2020, Journal of Aging Studies, 2, 2, 145-156.

Sheldon, J., (1948), The social medicine of old age: Report of an inquiry in Wolverhampton, Oxford University Press, London.

Sherman, S., (1988), A social psychological perspective on the continuum of housing for the elderly, Journal of Aging Studies, 2, 3, 229-241.

Shewchuk, R.; Foelker, G.; Niederehe, G., (1990), Measuring locus of control in the elderly persons, Journal of Aging and Human Development, 30, 3, 213-224.

Schultz, R., (1976), The effects of control and predictability on the psychological and physical well-being of the institutionalized aged, Journal of Personality and Social Psychology, 33, 563-573.

Schroots, J.; Birren, J., (1980), A psychological point of view toward human aging and adaptability, in Adaptability and Aging, Proceedings of 9th International Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada, 43-54.

Seyle, H., (1956), The Stress of Life, McGraw-Hill, N.Y.

Silverstone, B., (1985), Informal social support systems for the frail elderly, in American's Aging, Health in an Older Society, Committé Aging Society, Institute of Medicine and National Research, National Academic Press, Washington.

Skinner, E.; Connell, J., (1986), Control understanding: suggestions for a developmental framework, in M. Baltes e P. Baltes (Eds), The Psychology of Control and Aging, LEA, Hillsdale, 35-48.

Smith, G.; Whitbourne, S., (1990), Validity of the Sheltered care environment scale, Psychology and Aging, 5, 2, 228-235.

Soczka, L., (1986), A Perspectiva Ecológica em Psicologia: Contribuição para o Estudo da Ecologia Social de um Bairro de Lata, LNEC, Lisboa.

Soczka, L. (1988) Ecologia Social do risco psicológico em meio urbano. Psicologia, IV, 3, 307-346.

Soczka, L., A perspectiva ecológica em Psicologia Social, in J. Vala e M. Monteiro (Eds), Manual de Psicologia Social, Fundação Calouste Gulbenkien, Lisboa, no prelo.

Soczka, L.; Boavida, E.; Machado, P.; Freitas, J.; Pereira, A., (1985), Ecologia Social da Musgueira - I, ITI, LNEC, Lisboa.

Soczka, L.; Machado, P.; Boavida, E.; Freitas, J.; Pereira, A., (1987), Ecologia Social da Musgueira - II, Metodologia da construção de um questionário de aplicação em larga escala para estudo das redes sociais, dinâmica familiar e espaços e tempos de acção na Musgueira Sul, ITI, LNEC, Lisboa.

Soczka, L.; Pereira, A.; Machado, P.; Boavida, E., (1988), Childrens of Musgueira in D. Canter, J. Jesuíno, L. Soczka e G. Stephenson, Environmental Social Psychology, Kluwer Academic Press, London.

Speake, D.; Cowart, M.; Pellet, K., (1989), Health perceptions and lifestyles of the elderly, Research in Nursing & Health, 12, 93-100.

Stanley, M.; Maddux, J., (1986), Cognitive processes in health enhancement: investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model, Basic and Applied Social Psychology, 7, 101-113.

Stinner W., (1990), Disability and living arrangements among elderly American men, Research on Aging, 12, 3, 339-363.

Stock, W.; Okun, M.; Benin, M., (1986), Stucture of subjective well-being among the elderly, Psychology and Aging, 1, 2, 91-102.

Stokols, D., (1987), Conceptual strategies of environmental psychology, in D. Stokols e I. Altman, Handbook of Environmental Psychology, John Wiley & Sons, N.Y., 41-70.

Stull, D., (1987), Conceptualization and measurement of well-being: implications for policy evaluation, in E. Borgatta e R. Montgomary, Critical Issues in Aging Policy: Linking Research and Values, Sage, Newbury Park.

Stull, D., Scarisbrick-Hauser, M., (1989), Never-married elderly, a reassessment with implications for long-term care policy, Research on Aging, 2, 1, 124-139.

Teri, L.; Hughes, J.; Larson, E., (1990), Cognitive deterioration in Alzheimer's diesease: behavioral and health factors, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45, 2, P58-63.

Thal, L.; Grundman, M.; Golden, R., (1986), Alzeimer's disease: a correlation analysis of the Blessed Information-Memory- Concentration Test and the Mini-Mental State Exam, Neurology, 36, 262-264.

Thomas, J., (1986), Gender differences in satisfaction with grandparenting, Psychology and Aging, 1, 3, 215-219.

Thomas, J.; Stock, W., (1988), The concept of happiness: a multidimensional scaling investigation, Journal of Aging and Human Development, 27, 2, 141-154.

Thompson, M.; Forbes, W., (1990), The various definitions of biological aging, Canadian, Journal on Aging, 9, 2, 91-94.

Timko, C.; Moos, R., (1989), Choice, control, and adaptation among elderly residente of sheltered care settings, Journal of Applied Social Psychology, 19, 8, 638-655.

Tolosa, E.; Alom, J.; Forcadell, F., (1987), Criterios diagnósticos y escalas evaluativas en la enfermedad de Alzheimer, Revista Clinica Espanhola, 181, 1, 56-59.

Unger, A.; Weissert, G., (1988), Data for long term care planning-application of a synthetic estimation technique, Research on Aging, 10, 2, 194-219.

Vallerand, R.; O' Connor, B., (1989), Motivation in the elderly: a theorethical framework and some promising findings, Canadian Psychology, 30, 3, 538-550.

Walsh, D.; Krauss, I.; Regnier, V., (1981), Spatial ability, environmental knowledge, and environmental use: the elderly, in L. Liben , A, Patterson, N. Newcombe (Eds) Spatial Representation and Behavior Across the Life Span, Academic Press, N.Y.

Watson, J. e Williams, S., (1988), Comumunication attitudes and aging, Journal of Aging and Human Development, 27, 1, 45-55.

Webster, J. e Young, R., (1988), Process variables of the life review: counseling implications, Journal of Aging and Human Development, 26, 4, 315-323.

Wechsler, D., (1958), The Measurement and Appraisal of Adult Inteligence, Baillière, Londres.

Weissert, W.; Elston, J.; Bolda, E.; Cready, C.; Zelman, W.; Sloane, P.; Kalsbeek, W.; Mutran, E.; Rice, T.; Koch G., (1989), Models of adult day care: findings from a national survey, The Gerontologist, 29, 5.

Stinner, W.; Byun, Y.; Paita, L., (1990), Disability and living arrangements among elderly American men, Research on Aging, 12, 3, 339-363.

Weiland, S., (1989), Aged Erikson: the completion of the life cycle in Journal of Aging Studies, 3, 3, 253-262.

Wellman, B., (1981), Applying network analysis to the study of support, in B. Gottlieb (Ed), Social Networks and Social Support, Sage, Beverly Hills, 171-199.

Wenger G., (1990), The special role of friends and neighbors, Journal of Aging Studies, 4, 2, 149-169.

Werner, C.; Altman, I.; Oxley, D., (1988), Temporal aspects of homes: a transactional perspective, Psicologia, VI, 3, 413-430.

Whitbourne, S., (1985), The psychological construction of the life span in J. Birren, K. Shaie (Eds), Handbook of the Psychology of Aging, Van Nostrand Reinhold Company, N.Y., 594-618.

White, C.; Janson, P., (1986) Helplessness in institutional settings: adaptation or iatrogenic disease?, in M. Baltes, P. Baltes (Eds), The Psychology of Control and Aging, Lawrence Erlbaum, Hillsdale, 297-314.

Wicker, A., (1979), An Introduction to Ecological Psychology, Brooks/Cole Publishing Company, Monterey.

Willists, F.; Crider, D., (1988), Health rating and life satisfaction in the later middle years, Journal of Gerontology: Social Sciences, 43, 5, S172-176.

Winkel, G., (1987), Implications of environmental context for validity assessments, in D. Stokols e I. Altman, Handbook of Environmental Psychology, John Wiley & Sons, N.Y., 71-97.

Wister, A., (1989), Environmental adaptation by persons in their later life, Research on Aging, 11, 3, 267-291.

Wolf, D.; Pinneli, A., (1989), Living arrangements and family networks of older women in Italy, Research on Aging, 11, 3, 354-373.

Wolfsen, C.; Barker, J.; Mitteness, L., (1990), Personalization of formal social relationships by the elderly, Research on Aging, 12, 1, 94-112.

Wong, P., (1989), Personal meaning and successful aging, Canadian Psychology, 30, 3, 516-525.

Worobey, J.; Angel, R., (1990), Functional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons, Journal of Gerontology: Social Sciences, 45, 3, S95-101.

Zilmer, E.; Fowler, P.; Gutnick, H.; Becker, E., (1990), Comparison of two cognitive bedside screening instruments in nursing home residents: a factor analytic study, Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45, 2, P69-74.

Zung,, W., (1965), A self-rating depression scale, Archives of General Psyciatry, 12, 63.

ANEXO 1

PROCESSO DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL MULTIFASICO

LISTA DE CARACTERíSTICAS FíSICAS E ARQUITECTONICAS
PAF
Adaptação para português de Constança Paúl - ICBAS, Univ. Porto.

Data ___/___/____
Nome da Instituição_____
Tipo de Instituição_____
Há quanto tempo existe esta Instituição_____

SECÇÃO I ARREDORES DA INSTITUÇÃO

1. O seu enquadramento é fundamentalmente
1__ urbano
2__ suburbano
3__ rural
1a. Se for rural, a que distância está da cidade mais próxima?_____

2. Em que tipo de zona é que a instituição está inserida?
1__Casas unifamiliares ou prédios residenciais baixos
2__Prédios residenciais altos
3__Serviços, escritórios
4__Quer de escritórios quer residencial
5__Outra (por favor especifique)_____

3. A instituição está toda num edifício? 1__sim 2 __não
3a. Se sim, quantos andares é que o edifício tem?_____
3b. Quantos anos tem a construção?_____

4. Se a instituição tem mais do que um edifício:
4a. Quantos andares tem o edificio mais baixo?_____
ab. Quantos andares tem o edifício mais alto?_____
4c. Quantos anos tem a parte mais antiga?_____

5. Os seguintes recursos da comunidade estão localizados a uma distância da instituição, fácil de precorrer a pé (300 m)?
5a. Mercearia.....1__sim 2__não
5b. Farmácia.....1__sim 2__não
5c. Centro de Dia para Idosos.....1__sim 2__não
5d. Cine-teatro.....1__sim 2__não
5e. Igreja.....1__sim 2__não
5f. Biblioteca.....1__sim 2__não
5g. Banco.....1__sim 2__não
5h. Hospital.....1__sim 2__não
5i. Consultório médico.....1__sim 2__não
5j. Dentista.....1__sim 2__não
5k. Correio.....1__sim 2__não
5l. Parque.....1__sim 2__não

6. A cidade em que esta instituição
está inserida tem rede de transportes
públicos?.....1__sim 2__não

7. Há alguma paragem de autocarro a uma
distância fácil de percorrer a pé?.....1__sim 2__não
  7a. Se sim, tem bancos?.....1__sim 2__não

8. Há luzes nas ruas em redor?.....1__sim 2__não

Comentários sobre o contexto de vizinhança :

SECÇÃO II EXTERIOR DO EDIFÍCIO

1. A entrada pricipal tem abrigo contra o sol
ou a chuva?.....1__sim 2__não

2. A area exterior do edifício está bem
iluminada?.....1__sim 2__não

3. O passeio exterior e a entrada são visíveis:
  3a. de lugares sentados no hall de entrada
ou de um espaço social no rés-do-chão?.....1__sim 2__não
  3b. do gabinete de algum funcionário?.....1__sim 2__não

4. Há bancos na fronte do edifício?.....1__sim 2__não
  4a. São visíveis do hall de entrada ou do
espaço social do rés-do-chão?.....0__N/A 1__sim 2__não
  4b. São visíveis do gabinete de algum
funcionário?.....0__N/A 1__sim 2__não
  4c. Têm abrigo contra o mau tempo?.....1__sim 2__não
  4d. Têm vista de quem passa e de outras
actividades?.....1__sim 2__não

5. Há pátio?.....1__sim 2__não

6. Se há uma área exterior:
  6a. Existem mesas disponíveis?.....1__sim 2__não
  6b. Existem mesas com guarda-sol?.....1__sim 2__não
  6c. A mobília de exterior está em boas
condições?.....1__sim 2__não
  6d. Há uma área coberta?.....1__sim 2__não
  6e. Há uma área com protecção contra o sol,
sem ser necessáriamente com telhado?.....1__sim 2__não
  6f. Há um barbeque?.....1__sim 2__não
  6g. Há uma área de jogo?.....1__sim 2__não

7. Existe uma área de jardim para uso dos residentes?.....1__sim 2__não

8. Há algum relvado?.....1__sim 2__não

9. Há um estacionamente reservado a deficientes?.....1__sim 2__não

10. Há parque para o pessoal?.....1__sim 2__não

11. Há parque para os visitantes?.....1__sim 2__não

12. Qual é a área do terreno?_____

Comentários sobre o exterior do edifício:

SECÇÃO III INTERIOR DO EDIFíCIO

Parte I Hall e Zona de Entrada

1. Pode-se entrar da rua no edifício sem ter de usar escadas?.....1__sim 2__não

2. A entrada do exterior limita-se a uma porta aberta?.....1__sim 2__não

3. Há campainha ou sistema de chamada, no exterior?.....1__sim 2__não

4. Há instruçõões escritas afixadas explicando como proceder no caso da porta estar fechada?1__sim 2__não

5. A porta da frente abre automaticamente?...1__sim 2__não

6. A porta da frente fecha suavemente por si só?.....1__sim 2__não

7. A porta da frente é suficientemente larga para passar uma cadeira de rodas?.....1__sim 2__não

8. Há alguem que habitualmente controla o acesso ao edifício?.....1__sim 2__não

9. Há uma área de recepçãão ou um balcão de recepcçãão?.....1__sim 2__não

10. Há local para os visitantes assinarem?...1__sim 2__não

11. Há hall de entrada?.....1__sim 2__não
  11a. Se existe, qual é aproximadamente a
a sua área?....._____m

12. Há bancos no hall?.....1__sim 2__não

13. Há alguma sala de estar junto da entrada?1__sim 2__não
  13a. Se existe, está mobilada para descansar
ou para uma conversa casual?.....1__sim 2__não

14. Pode ver-se o hall de entrada, da sala de
estar ou de outro espaço social?.....1__sim 2__não

15. Há pelo menos um relógio grande no hall?.1__sim 2__não

Comentários sobre o interior do edifício:

PARTE II HALL E AREAS DE ESCADAS

1. Que largura têm os corredores?....._____m

2. Os corredores estão cheios ou existem
obstruções (ex: cadeiras de rodas)?.....1__sim 2__não

3. Há corrimões nas paredes?.....1__sim 2__não

4. As paredes estão decoradas (com quadros ou
plantas)?.....1__sim 2__não

5. Há fontes para beber?.....1__sim 2__não
  5a. Se sim, quantas por andar?....._____
  5b. São acessiveis a residentes em cadeiras
de rodas?.....1__sim 2__não

6. Há telefones públicos?.....1__sim 2__não
  6a. Se sim, quantos por andar?....._____
  6b. Há uma superfície de escrita junto do
telefone?.....1__sim 2__não
  6c. Há pelo menos um telefone acessível a
residentes em cadeiras de rodas?.....1__sim 2__não
  6d. Há pelo menos um telefone que tem
controlo de som para residentes que ouvem
mal?.....1__sim 2__não

7. Há detectores de incendio nas paredes?....1__sim 2__não

8. Os residentes têm que subir algumas escadas
para ir a áreas que lhes estão reservadas?...1__sim 2__não

9. As escadas estão bem iluminadas?...0__n/a 1__sim 2__não

10. Há superfícies rugosas nas escadas e nas rampas?.....0__n/a 1__sim 2__não

11. Cada andar ou corredor está assinalado com uma cor ou número?.....1__sim 2__não

12. Os nomes dos residentes estão colocados nas suas portas?.....1__sim 2__não

13. é relativamente fácil para os novos residentes encontrar o seu caminho no edifício, i.e. o edifício está bem sinalizado ou é pequeno e pouco complicado?.....1__sim 2__não

PARTE III SALA DE ESTAR E AREAS COMUNS

1. Há alguma sala de estar ou áreas comuns?..1__sim 2__não
   1a. Se sim, quantas?....._____m
   1b. Qual a área da sala de estar mais pequena?....._____m
   1c. Qual a área da sala de estar maior?...._____m
   1d. Qual a área das salas de estar no seu conjunto?....._____m

2. Alguma destas salas é próxima da entrada ou do hall?.....1__sim 2__não

3. Há secretárias ou mesas?.....1__sim 2__não

4. Há pequenas mesas para as pessoas se sentarem e conversarem ou jogarem?.....1__sim 2__não

5. Há jornais e revistas disponíveis nas mesas ou estantes?.....1__sim 2__não

6. Há candeeiros de mesa?.....1__sim 2__não

7. A mobília está suficientemente espaçada para as cadeiras de rodas?.....1__sim 2__não

8. Existe uma sala de estar sossegada sem TV?1__sim 2__não

Comentários sobre a sala de estar e as áreas comuns:

PARTE IV AREAS DE RECREIO OU DE ACTIVIDADES ESPECIAIS

1. Há áreas concebidas para actividades recreativas especiais?.....1__sim 2__não
   1a. Se sim quantas?....._____m
   1b. De que tamanho é a área mais pequena?.._____m
   1c. De que tamanho é a área maior?....._____m
   1d. Que tamanho têm estas áreas no seu conjunto....._____m

2. Há alguma biblioteca onde se possam ir requisitar livros?.....1__sim 2__não

3. Há alguma sala de música?.....1__sim 2__não
Que tipo de materiais para as actividades especiais e recriativas estão disponíveis?

4. Mesa de bilhar?.....1__sim 2__não

5. Mesa de ping-pong?.....1__sim 2__não

6. Piano ou orgão?.....1__sim 2__não

7. Um ou mais aparelhos de televisão?.....1__sim 2__não

8. Um ou mais fonógrafos?.....1__sim 2__não

9. Um ou mais rádios?.....1__sim 2__não

10. Uma ou mais máquinas de costura?.....1__sim 2__não

Comentários sobre as áreas de recreio e actividades especiais:

PARTE V AREAS DE REFEIÇõES

1. Há áreas de refeições?.....1__sim 2__não
   1a. Se sim, quantas?....._____m
   1b. Que tamanho tem a sala mais pequena?..._____m
   1c. Que tamanho tem a sala maior?....._____m
   1d. Que tamanho têm estas areas no seu conjunto?....._____m

2. Há pequenas mesas com menos de 6 lugares?.1__sim 2__não

3. Há mesas grandes para mais de 6 pessoas?..1__sim 2__não

4. O espaço entre as mesas é de pelo menos 60"?.....1__sim 2__não

Comentários sobre as áreas das refeições:

PARTE VI AREAS DE SECRETARIA E DO PESSOAL

1. Há gabinetes para o pessoal administrativo?.....1__sim 2__não

2. Há gabinetes para o pessoal da secretaria e clerical?.....1__sim 2__não

3. Há gabinetes para o serviço social e de aconselhamento?.....1__sim 2__não

4. Existem mais gabinetes disponíveis para outros elementos (ex:voluntários, pessoas em part-time)?.....1__sim 2__não

5. O ambiente nos gabinetes não é sujeito a distracções provenientes de outras actividades?.....1__sim 2__não

6. Há alguma sala separada para tratar do correio, tirar cópias ou imprimir?.....1__sim 2__não

7. Há sala de conferências?.....1__sim 2__não

8. Há sala de estar para o pessoal?.....1__sim 2__não
   8a. Se sim,tem mesas?.....1__sim 2__não
   8b. Tem sofás?.....1__sim 2__não
   8c. De que tamanho é?....._____m

9. Quantos membros do pessoal estão lá ao mesmo tempo?....._____

Comentários sobre o pessoal e as áreas dos gabinetes:

PARTE VII ASPECTOS GERAIS

1. Existe um mapa que mostre os recursos da comunidade disponível num local público?.....1__sim 2__não

2. Há um boletim de actividades localizado num local público?.....1__sim 2__não

3. Está afixada uma lista do pessoal?.....1__sim 2__não
   3a. Se sim, inclui fotografias?.....1__sim 2__não

4. Está afixada uma lista de residentes?.....1__sim 2__não
   4a. Se sim, inclui fotografias?.....1__sim 2__não

5. Existe um sistema sonoro ou de chamada?...1__sim 2__não

6. Há ar condicionado?.....1__sim 2__não

7. Há capela ou sala de meditação?.....1__sim 2__não

8. Há alguma loja de prendas ou quiosque?....1__sim 2__não

9. Há alguma área de cozinha onde um residente ou uma visita possa fazer um café, aquecer uma sopa ou assim?.....1__sim 2__não

10. Há algum bar?.....1__sim 2__não

11. Há máquinas de venda de sumos ou chocolates?.....1__sim 2__não

12. Há uma lavandaria para uso dos residentes?.....1__sim 2__não

Comentários sobre aspectos gerais da instituição:

PARTE VIII — CASAS DE BANHO E AREAS DE TOILETTE

	sempre	algumas	poucas
1.Há soleiras salientes nas entradas?.....1	2__	3__	
2.As portas dos quartos de banho abrem para fora?.....1	2__	3__	
3. Há corrimões ou barras de segurança?.....1	2__	3__	
4. Há barras de ajuda junto da retrete?.....1	2__	3__	
5. Há suportes de toalhas mais altos do que 40" do chão?.....1	2__	3__	
6. Há espelhos nas casas de banho?.....1	2__	3__	
7. Há superfícies não escorregadias em todas as áreas sujeitas à humidade?.....1	2__	3__	
8. Há botões de chamada nas casas de banho?..1	2__	3__	

9. Há margem de manobra para as cadeiras de rodas?.....1__ 2__ 3__

10. Que tamanho tem a casa de banho mais pequena?....._____m

11. Que tamanho tem a casa de banho maior?..._____m

12. Qual é o maior número de residentes que partilham a mesma área de banhos?....._____

13. Todos os residentes têm acesso a uma banheira ou chuveiro?.....1__sim 2__não

13a. Quantas banheiras existem?....._____

13b. Quantos chuveiros existem?....._____

13c. Há um chuveiro flexível?....._____

13d. Há um assento incluido no chuveiro?...1__sim 2__não

13e. Há um chuveiro com acesso para cadeira de rodas?.....1__sim 2__não

Comentários sobre as casas de banho:

PARTE IX QUARTOS INDIVIDUAIS E APARTAMENTOS

1. Quantos quartos e/ou apartamentos há no conjunto?....._____

2. Quantos residentes vivem aqui no presente?_____

3.Qual é o maior número de residentes que partilham um quarto ou apartamento?....._____

As seguintes características estão presentes nos quartos ou apartamentos individuais:

	sempre	algumas vezes	nunca
4. Há espaço disponível nas paredes para os residentes pendurarem fotografias?.....	1__	2__	3__
5. Há candeeiros de cabeceira que dêm luz adequada para ler?.....	1__	2__	3__
6. Há espelho?.....	1__	2__	3__
7. Têm que seja suficientemente larga para pôr vasos?.....	1__	2__	3__
8. O chão é de cor clara?.....	1__	2__	3__

9. As paredes são de cor clara?.....1__ 2__ 3__

10. Há controlo individual do calor?.....1__ 2__ 3__

11. Há controlo individual do ar condicionado1__ 2__ 3__

12. Há telefone ou extensão telefónica?.....1__ 2__ 3__

13. Há espaço para a utilização da cadeira de rodas?.....1__ 2__ 3__

14. Há corrimões?.....1__ 2__ 3__

15. Há detectores de incêndio?.....1__ 2__ 3__

16. Há botão de chamada ou ligação telefónica em todos os quartos?

17. Os apartamentos possuem a sua própria cozinha?.....1__ 2__ 3__

18. De que tamanho é o quarto ou apartamento mais pequeno?....._____m

19. De que tamanho é o quarto ou apartamento maior?....._____m

20. De que tamanho é a porção mais pequena de armário, para uma pessoa?....._____m

21. De que tamanho é a maior porção de armário para uma pessoa?....._____m

Comentários sobre o espaço individual ou apartamentos:

PROCESSO DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL MULTIFÁSICO
Moos,R. (1984); adaptação para o português de Constança Paúl
ICBAS - UP

FORMULARIO DE INFORMAÇÃO SOBRE A POLÍTICA E O PROGRAMA
POLIF

Este instrumento destina-se à recolha de informação nas áreas de:
. Aspectos financeiros e entrada
. Tipos de quartos e apartamentos na instituição
. A forma de organização da instituição
. Os serviços fornecidos aos residentes

Nome da instituição:_____
Tipo de instituição:_____
Há quanto tempo existe esta instituição:_____

SECÇÃO I ASPECTOS FINANCEIROS E ENTRADA

1. Há uma jóia de entrada?.....1__sim 2__não
1a. Se sim, qual o seu valor mínimo_____

2. Qual a renda mínima mensal paga por residentes sem ajuda estatal?.....
2a.Que serviços são cobertos por essa mensalidade?
4__quarto 5__alimentação 6__limpezas
7__higiene pessoal 8__cuidados de enfermagem

3. Há escalonamento dos pagamentos baseado rendimentos dos residentes?.....1__sim 2__não

4. Os futuros residentes têm que começar por estar em ambulatório?.....1__sim 2__não

5. Há uma idade mínima de entrada?.....1__sim 2__não
5a Se sim, qual é?.....

6. Há uma lista de espera para entrar na instituição?.....1__sim 2__não
6a. Se sim, cerca de quantas pessoas estam inscritas?.....

7. Qual a capacidade total da instituição?...

8. Quantas pessoas a habitam presentemente?..

SECÇÃO II TIPOS E CARACTERíSTICAS DOS QUARTOS

1. Se a instituição está dividida em quartos ou dormitórios:
1a. Qual o número total de quartos para residentes?_____
1b. Quantos quartos privativos existem?.....
1c. Quantos quartos são de 2 pessoas?.....
1d. Quantos quartos são para 3 residentes?.....
1e. Quantos quartos são para 4 ou mais residentes?.
1f. Qual o maior número de residentes que partilham um quarto ou dormitório?.....
1g. Quantos quartos de banho privativos existem?...
1h. Quantas casas de banho são partilhadas por 2 residentes?.....
1i. Quantas casas de banho são partilhadas por 3 ou mais residentes?.....
1j. Qual é o maior número de residentes que partilham a mesma área de casas de banho?.....

2. Se esta instituição está dividida em apartamentos:
2a. Quantos apartamentos para residentes existem?..
2b. Quantos apartamentos tipo estúdio existem?.....
2c. Quantos apartamentos de 1 quarto existem?.....
2d. Quantos apartamentos de 2 quartos existem?.....

3. Para todas as instituições:
3a. Há quartos ou apartamentos mobilados?....1__sim 2__não
3b. Os residentes têm as suas próprias caixas de correio?.....1__sim 2__não
3c. Há um armário de cozinha para cada pessoa?.....1__sim 2__não
3d. Há chaves em todas as casas de banho?....1__sim 2__não

SECÇÃO III POLíTICA ORGANIZATIVA

Parte I Informações gerais

1. Qual o tipo de instituição em presença:
1__ de um individuo ou sociedade
2__ não lucrativa
3__estatal
4__de uma grande corporação
5__de uma pequena corporação
6__de uma impresa
7__outra (especifique)_____

2. Esta instituição tem um conjunto de directores?.....1__sim 2__não
2a. Se sim, quantos são?.....

2b. Com que frequência se reunem?
1__uma vez por mês ou mais
2__bimensal ou trimensalmente
3__uma vez ou duas por ano ou menos

3. Se há um conjunto de directores, eles interferem na política ou actividades da instituição?.....1__sim 2__não

4. Alguém do pessoal, para além do administrador, participa nas reuniões regularmente?.....1__sim 2__não

5. Há um livro para os residentes (ex: com regras, procedimentos medicos, etc)?.....1__sim 2__não

6. Há um livro para o pessoal (ex: políticas, modos de proceder, tratamentos, etc)?.....1__sim 2__não

7. A instituição tem um programa de orientação para os novos residentes?.....1__sim 2__não

8. Há um programa de orientação para os funcionários novos?.....1__sim 2__não

9. Há reuniões formais do pessoal?.....1__sim 2__não
9a. Se sim, com que frequência?
1__uma vez por semana ou mais
2__uma ou duas vezes por mês
3__menos de uma vez por mês
4__só quando necessário

10. Há voluntários?.....1__sim 2__não
10a. Se sim, há um programa de orientação para voluntários?.....0__n/a 1__sim 2__não

PARTE II — REGRAS RELACIONADAS COM OS COMPORTAMENTOS E BENS PESSOAIS

1. Encorajado – Este tipo de comportamento ou actividade é encorajado.
2. Permitido – Este tipo de comportamento é esperado; não há nenhuma tentativa para o modificar.
3. Desencorajado – Tenta-se desencorajar ou acabar com este comportamento.
4. Intolerável – A pessoa que persistir nesse tipo de comportamento terá provavelmente que ser expulsa.

	Encoraj.	Permit.	Desencoraj.	Intol.
1. Beber álcool no quarto.....	☐	☐	☐	☐
2. Ter a sua própria mobília no quarto.....	☐	☐	☐	☐
3. Mudar a disposição da mobília no seu quarto.....	☐	☐	☐	☐
4. Ter um pássaro ou um peixe no seu quarto.....	☐	☐	☐	☐
5. Ter um disco eléctrico ou máquina de café no seu quarto.....	☐	☐	☐	☐
6. Lavar algumas peças de roupa na casa de banho.....	☐	☐	☐	☐
7. Beber um copo de vinho ou cerveja às refeições.....	☐	☐	☐	☐
8. Não tomar o pequeno almoço para dormir até mais tarde.....	☐	☐	☐	☐
9. Fechar a porta do próprio quarto	☐	☐	☐	☐
10. Fechar à chave a porta do próprio quarto.....	☐	☐	☐	☐

PARTE III EXPECTATIVAS RELACIONADAS COM O NíVEL DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Categorias:

1. Permitido - Este tipo de comportamento é esperado e não há nenhuma tentativa para o alterar.
2. Tolerado - Este tipo de comportamento é esperado, mas faz-se um esforço para encorajar o indivíduo a funcionar de forma mais apropriada.
3. Desencorajado - Tenta-se desencorajar ou acabar com este comportamento.
4. Intolerável - A pessoa que prescistir neste tipo de comportamento pode ser expulsa.

	Permit	Toler	Desencoraj	Intol
1. Incapacidade de fazer a cama..	☐	☐	☐	☐
2. Incapacidade de limpar o quarto	☐	☐	☐	☐
3. Incapaciade de se alimentar...	☐	☐	☐	☐
4. Incapacidade de tomar banho ou de se lavar.....	☐	☐	☐	☐
5. Incapacidade de se vestir.....	☐	☐	☐	☐
6. Incontinência de urina ou fezes	☐	☐	☐	☐
7. Confusão ou desorientação.....	☐	☐	☐	☐
8. Depressão, i.e. choro frequente tristeza.....	☐	☐	☐	☐

PARTE V REGRAS RELACIONADAS COM POTENCIAIS "COMPORTAMENTOS PROBLEMA"

	Permit	Toler	Desencorj	Intoler
1. Recusa de participar nas actividades do programa.....	☐	☐	☐	☐
2. Recusa de tomar a medicação...	☐	☐	☐	☐
3. Tomar remédios não prescritos.	☐	☐	☐	☐
4. Abusar da medicação.....	☐	☐	☐	☐
5. Ficar bêbado.....	☐	☐	☐	☐
6. Andar pela casa ou terreno à noite.....	☐	☐	☐	☐
7. Sair do edifício ao fim da tarde se avisar ninguem.....	☐	☐	☐	☐
8. Recusar-se a tomar banho ou lavar-se regularmente.....	☐	☐	☐	☐
9. Gerar perturbação, fazer barulho	☐	☐	☐	☐

10. Roubar as coisas dos outros..	☐	☐	☐	☐
11. Estragar ou destruir as coisas	☐	☐	☐	☐
12. Ameaçar verbalmente outro residente.....	☐	☐	☐	☐
13. Atacar fisicamente outro residente.....	☐	☐	☐	☐
14. Atacar fisicamente algum funcionário.....	☐	☐	☐	☐
15. Tentar suicidar-se.....	☐	☐	☐	☐
16. Expor-se de forma indecente..	☐	☐	☐	☐

PARTE V PARTICIPAÇÃO DOS RESIDENTES

1. Algum dos residentes é pago por trabalhos dentro da instituição.....1__sim 2__não

2. Algum dos residentes tem algum tipo de obrigações (não pagas) que realizem aqui?....1__sim 2__não
   2a. Se sim, quantos residentes participam.._____

3. Há um conselho de residentes (i.e. residentes eleitos ou voluntários que se encontram em reuniões marcadas) .....1__sim 2__não
   3a. Se sim, quantos residentes o compõem?.._____
   3b. Quantas vezes se encontram?
   1__ uma vez por semana
   2__ duas vezes por mês
   3__ uma vez por mês ou menos

4. Há reuniões gerais para residentes regularmente?.....1__sim 2__não
   4a. Se sim com que regularidade ocorrem?
   1__ duas vezes por mês ou mais
   2__ uma vez por mês
   3__ menos de uma vez por mês
   4__ só quando necessário

5. Há comitees de residentes (ou comitees que têm residentes como membros)?.....1__sim 2__não
   5a Se sim, faça a lista dos comitees mais importantes, o número de residentes em cada e a frequência dos encontros.

Nome dos comitees:	Nº de residentes	Frequência
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. Há um jornal da instituição?.....1__sim 2__não
   6a. Se sim, Qual a sua periodicidade?
      1__uma vez por semana ou mais
      2__duas vezes por mês
      3__uma vez por mês
      4__ menos do que uma vez por mês
   6b. Se sim, é fundamentalmente escrito pelos residentes?.....1__sim 2__não

7. Há um diário de bordo?.....1__sim 2__não
   7a. Se sim, é utilizado pelos residentes?..1__sim 2__não
   7b. Há regras e regulamentos afixados no boletim ou noutro local público adequado?....1__sim 2__não

PARTE VI TOMADA DE DECISÕES

Em que medida os residentes estão envolvidos em decisões nas seguintes áreas:

	Staff/Admin decidem	Staff/Admin decidem mas ouvem resid	Resid decidem mas ouvem staff	Resid decidem
1.Planear diversões como cinemas,festas.	⊔	⊔	⊔	⊔
2.Planear act. educativas como cursos e conferências.....	⊔	⊔	⊔	⊔
3.Planear boas-vindas ou act.recepção.....	⊔	⊔	⊔	⊔
4.Decidir novas act.	⊔	⊔	⊔	⊔
5.Fazer regras sobre a frequência de act.	⊔	⊔	⊔	⊔
6.Planear menus diários e semanais.....	⊔	⊔	⊔	⊔

7.Estabelecer as horas das refeições.....	⊔	⊔	⊔	⊔
8.Estabelecer as horas das visitas.....	⊔	⊔	⊔	⊔
9.Decidir sobre a decoração das areas públicas.....	⊔	⊔	⊔	⊔
10.Tratar problemas de segurança.....	⊔	⊔	⊔	⊔
11.Tratar das queixas dos residentes.....	⊔	⊔	⊔	⊔
12.Estabelecer regras sobre o uso do alcool.	⊔	⊔	⊔	⊔
13.Seleccionar novos residentes.....	⊔	⊔	⊔	⊔
14.Mudar um residente de uma cama ou quarto para outro.....	⊔	⊔	⊔	⊔
15.Decidir quando um residente perturbador ou doente deve ser solicitado a sair...	⊔	⊔	⊔	⊔
16.Mudanças no staff (contratar ou despedir)	⊔	⊔	⊔	⊔

SECÇÃO IV SERVIÇOS E ACTIVIDADES DISPONíVEIS

Parte I Serviços

SERVIÇO	Nº Resid/ semana
1.Horário fixo do médico.....1__sim 2__não	_____
2.Médico por chamada.....1__sim 2__não	_____
3.Horário fixo de enfermagem.....1__sim 2__não	_____

4.Assistência no uso da medicação.....1__sim 2__não _____

5.Clínica médica local.....1__sim 2__não _____

6.Fisioterapia.....1__sim 2__não _____

7.Terapia ocupacional.....1_-sim 2__não _____

8.Psicoterapia e aconselhamento.....1__sim 2__não _____

9.Serviço religioso.....1__sim 2__não _____

10.Advogado.....1__sim 2__não _____

11.Assistência bancária e financeira.....1__sim 2__não _____

12.Assistência nas limpezas.....1__sim 2__não _____

13.Assistência na cozinha.....1__sim 2__não _____

14.Assistência na higiene pessoal.....1__sim 2__não _____

15.Cabeleireiro e serviços de beleza.....1__sim 2__não _____

16.Assistência no lavar e passar roupa....1__sim 2__não _____

17.Assistência nas compras.....1__sim 2__não _____

18.Transporte.....1__sim 2__não _____

19.Manusear os gastos de dinheiro dos residentes.....1__sim 2__não _____

PARTE II SERVIÇOS E PROCESSOS ADICIONAIS

1.Serviço de pequenos almoços diário.....1__sim 2__não 3__só sem
1a.A que horas é servido.....
1b.Quantos residentes o tomam habitualmente?

2.Serviço de almoço diário.....1__sim 2__não 3__só sem
2a.A que horas é servido?.....
2b.Quantos residentes almoçam habitualmente?

3.Serviço de jantar diário.....1__sim 2__não 3__só sem
3a.A que horas é servido?.....
3b.Quantos residentes jantam habitualmente?

4.Há serviço de bar à tarde ou noite?.....1__sim 2__não
4a.Quantos residentes o utilizam?....._____

5.Os residentes podem escolher sentar-se onde quiserem às refeições?.....1__sim 2__não

6.Os funcionários contam os residentes às refeições?.....1__sim 2__não

7.Há uma hora estabelecida para os residentes se levantarem de manhã?.....1__sim 2__não
7a.Se sim, a que horas?
1__antes das 7h
2__entre as 7h e as 8h
3__entre as 8h e as 9h
4__9h ou mais tarde

8.Há alturas fixas em que está previsto que os residentes tomem banho?.....1__sim 2__não

9.Há horas fixas para os residentes irem para a cama e se apagarem as luzes?.....1__sim 2__não
9a.Se sim,a que horas?
1__antes das 8h
2__entre as 8h e as 9h
3__entre as 9h e as 10h
4__10h ou mais tarde

10.Há uma hora a que todos os residentes têm que estar na instituição à noite?.....1__sim 2__não
10a.Se sim, a que horas?
1__antes das 9h
2__entre as 9h e as 10h
3__entre as 10h e as 11h
4__11h ou mais tarde

11.Alguém do staff verifica ou conta todos os dias os residentes para ver se ninguém falta?.....1__sim 2__não

12.Há áreas que estejam fechadas durante tempos (ex: sala de jantar, etc)?.....1__sim 2__não

13.Há horas de visita estabelecidas?.....1__sim 2__não
13a. Se sim,a que horas nos dias de semana?....._____

14.Há gabinetes fechados e privados que possam ser utilizados para entrevistar os residentes?.....1__sim 2__não

15.Há música de fundo no edifício?.....1__sim 2__não

PARTE III ACTIVIDADES NA INSTITUIÇÃO

	Nunca rara	Algumas por ano	1 ou 2 mês	1 ou + sem	Freq. Resid
1.Actividade física.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
2.Diversões no exterior.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
3.Grupos de discussão.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
4.Grupo de orientação para a realidade.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
5.Grupo de ajuda mútua.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
6.Filmes.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
7.Clube, grupo de teatro,coro	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
8.Aulas ou conferências.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
9.Jogos de cartas ou outros..	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
10.Festas.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
11.Serviço religioso.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
12.Horas sociais, café.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔
13.Artes, artesanato.....	⊔	⊔	⊔	⊔	⊔

PROCESSO DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL MULTIFASICO - MEAP

INFORMAÇÃO SOBRE OS FUNCIONARIOS E OS RESIDENTES
RESIF

1. Características dos residentes
2. Capacidades funcionais dos residentes
3. Tipo de actividades em que os residentes participam
4. Características dos funcionários

Data ___/___/_____
Nome da Instituição:_____
Tipo de Instituição:_____
Há quanto tempo existe esta instituição:_____

SECÇÃO I - CARACTERISTICAS DOS RESIDENTES

1. Quantos residentes vivem aqui presentemente?_____

2. Quantos desses residentes são.
Homens_____ Mulheres:_____

3. Quantos desses residentes têm:
Menos de 55 anos_____ de 75 e 84_____
de 55 a 64_____ 85 ou mais_____
de 65 a 74_____

4. Quantos desses residentes são:
casados_____ divorciados_____
viúvos_____ solteiros_____

5. Qual é o seu nível de educação:
Analfabetos_____ 5ºano_____
Sabendo ler e escrever_____ curso profissional_____
Com exame da 3ª/4ªclasse_____ outro_____

6. Quantos desses residentes pertenciam às seguintes classes profissionais:
trabalhador indiferenciado____ comerciante_____
trab. semi-especializado_____ profissão liberal_____
trab. profissionalizado_____ doméstica(o)_____

7. Quantos dos residentes não nasceram em Portugal?_____

8. Se esta instituição é de cuidados intermédios ou de enfermagem por favor responda às seguintes perguntas:
8a. Quantos dos residentes pagam a totalidade dos seus gastos com os cuidados médicos?_____
8b. Quantos dos residentes pagam parte dos seus gastos com os cuidados médicos?_____

9. Se esta instituição é constituida por apartamentos ou é de outro tipo de com prestaçaõ de cuidados, por favor responda às seguintes perguntas:

9a. Quantos residentes recebem ajuda estatal?_____

Por favor especifique o tipo de ajuda_____

10. Por favor especifique o número de indivíduos que vivem na instituição há:

menos de um mês_____ menos de 3 anos_____

menos de um ano_____ mais de 3 anos_____

11. Aproximadamente, que proporção de futuros residentes visita a instituição antes de entrar?

12. Quantos residentes morreram nos passados 3 meses?_____

13. Quantos residentes sairam da instituição nos últimos 3 meses (não contando com as mortes)?_____

13a. Desses quantos foram para:

a sua própria casa
ou a de amigos_____ lar_____

apartamentos para idosos_____ hospital_____

habitação com prestação
de cuidados_____ outro (especifique)_____

SECÇÃO II CAPACIDADES FUNCIONAIS DOS RESIDENTES

Parte I ACTIVIDADES DO DIA A DIA

Quantos residentes:	nº que faz s/ ajuda	nº que faz com ajuda	nº de incapazes
1. cuidam da sua própria aparência.....	_____	_____	_____
2. comem as refeições.....	_____	_____	_____
3. se vestem e despem.....	_____	_____	_____
4. andam.....	_____	_____	_____
5. se deitam e levantam.....	_____	_____	_____
6. tomam banho.....	_____	_____	_____

7. vão à casa de banho..... _____ _____ _____

8. faz-se entender com clareza..... _____ _____ _____

9. gere o seu dinheiro..... _____ _____ _____

10. usa o telefone..... _____ _____ _____

11. vai às compras..... _____ _____ _____

Parte II RESIDENTES INCAPACITADOS

Quantos residentes:

1. Usam medicação prescrita? _____

2. Não vêm suficientemente bem para ler? _____

3. Usam aparelho auditivo? _____

4. Não sabem a data? _____

Parte III ACTIVIDADE DOS RESIDENTES

Durante a semana passada mais ou menos quantos residentes participaram nas seguintes actividades?

1. Ver TV? _____

2. Ouvir música? _____

3. Ler um jornal ou livro? _____

4. Escrever (cartas, poemas, etc) _____

5. Coseram ou fizeram malha _____

6. Jogaram cartas, damas, etc _____

7. Jogaram bingo, dominó, etc _____

8. Desenharam ou pintaram _____

9. Fizeram fotografia, cerâmica, etc_____

10. Fizeram jardinagem_____
11. Visitaram outros residentes_____

12. Sairam num dia bonito_____

13. Deram um passeio_____

SECÇÃO III PARTICIPAÇÃO EM ACTIVIDADES FORA DA INSTITUIÇÃO

Os residentes saem da instituição para alguma das seguintes actividades?
Para cada actividade indique o número aproximado de residentes que participam e a frequência com que o fazem.

	Rara/ Nunca	Algumas vezes/ano	1 ou 2 vezes/mês	Semanal/
1. Visitam amigos ou familiares.....	_____	_____	_____	_____
2. Fazem excursões.....	_____	_____	_____	_____
3. Vão ao futebol, etc.....	_____	_____	_____	_____
4. Fazer um piquenique.....	_____	_____	_____	_____
5. Ir à missa.....	_____	_____	_____	_____
6. Ir a um funeral.....	_____	_____	_____	_____
7. Ir às compras.....	_____	_____	_____	_____
8. Comer no restaurante....	_____	_____	_____	_____
9. Ir a um concerto ou teatro.....	_____	_____	_____	_____
10. Ir ao cinema.....	_____	_____	_____	_____
11. Ir a festas.....	_____	_____	_____	_____
12. Exercer trabalho voluntário ou pago.....	_____	_____	_____	_____
13. Fazer uma viajem que inclua a noite.....	_____	_____	_____	_____

14. Ir a um centro da
Terceira Idade....._____ _____ _____ _____

SECÇAO IV CARACTERISTICAS DOS FUNCIONARIOS E VOLUNTARIOS
Parte II FUNCIONARIOS

1. Funcionários que fazem serviço directo aos residentes
Quantos funcionários, a tempo inteiro em cada categoria, são pagos pela instituição?
a. Enfermeiras_____
b. Ajudantes de enfermaria_____
c. Médicos_____
d. Psicólogos ou psiquiatras_____
e. Assistentes sociais_____
f. Terapeutas físicos ou ocupacionais_____
g. Directores de actividades ou
terapeutas recreativos_____
h. Padres ou conselheiros religiosos_____
i. Outros (especifique)_____

2. Funcionários administrativos e de manutenção
Quantos funcionários, a tempo inteiro em cada categoria, são pagos pela instituição
a. Administradores e supervisores_____
b. Secretarios e oficiais_____
c. Trabalhadores da manutenção e porteiros_____
d. Nutricionistas, dietistas_____
e. Cozinheiras e ajudantes de cozinha_____
f. Empregados de quartos e de lavandaria_____
g. Outros (especifique)_____

3. Quantos destes funcionários trabalham na instituição há:
menos de 6 meses_____ 6-12 meses_____ mais de 12 meses_____

4. Quantos dos funcionários são:

homens 18-30	mulheres 18-30
homens 31-40	mulheres 31-40
homens 41-50	mulheres 41-50
homens 51...	mulheres 51...

5. Existem programas de formação em exercício? Sim__ Não__
5a. Se sim, de que tipo:
1._____ treino informal durante o trabalho
2._____ treino durante a orientaçaõ dos elementos novos e continuando no trabalho
3._____ treino continuado em reuniões regulares da equipa
4._____ treino com programas regulares envolvendo formadores que não pertencentes à instituição.

Parte II VOLUNTARIADO

1. Há voluntários que ajudam na instituição?.....Sim__ Não__
   1a. Se sim, quantos o fazem em média por semana_____

2. Faça uma estimativa do número de horas de serviço voluntário por semana gasto em:
   2a. Actividades, tratamentos ou outro contacto directo com os residentes_____
   2b. Outro (como administrativo, etc)_____

3. Há um programa de formação de voluntários?.....Sim__ Não__
   Se sim, de que tipo:
1._____ Informal
2._____ Orientação para os novos voluntários e supervisão continua no trabalho.
3._____ Reuniões regulares e supervisão continua
4._____ Programas especiais com formadores de fora da instituição.

PROCESSO DE AVALIAÇAO MULTIFASICA DO AMBIENTE - MEAP

RATING SCALE (RS)

Esta escala fornece uma visão de quatro areas gerais dos lares
1. O local no seu conjunto
2. Vários aspectos do meio físico
3. Os residentes
4. Os funcionários

Data: ___/___/_____
Nome da instituição: _____
Tipo de instituição: _____
Há quanto tempo existe esta instituição: _____

SECÇAO I

1. Como meio ambiente para se viver, como parece esta área?
   3__ Muito agradável e atractiva
   2__ Medianamente agradável e atractiva
   1__ Normal, talvez pouco atractiva
   0__ Pouco atractiva, com aspecto degradado

2. De uma forma geral em que medida o terreno é atractivo?
   3__ Muito atractivo - bem cuidado ou natural mas atractivo; sem lixos, com os acessos limpos e arranjados.
   2__ Um pouco atractivo - mostrando sinais de manutençao e cuidado.
   1__ Normal - um pouco atractivo mas pouco cuidado ou com um aspecto normal, com ervas ou lixo.
   0__ Não atractivo - sem terreno apenas passeios; mostrando pouco ou nenhum cuidado.

3. Em que medida é que os edifícios são atractivos?
   3__ Muito atractivos - desenho único e atractivo, conservação excelente.
   2__ Um pouco atractivo - pode mostrar alguma detrioração se se fizer uma observação promenorizada, ou concepção é adequada mas não atractiva.
   1__ Normal - os edifícios são um pouco atractivos mas pouco conservados, ou não são brilhantes quer na concepção quer na conservação.
   0__ Pouco atractivos - os edifícios estão degradados ou são poco atractivos.

SECÇÃO II CLASSIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE

Parte I Classificação das quatro maiores areas da habitação
a. Areas comuns, sala de estar
b. Sala de jantar
c. Quartos dos residentes
d. Corredores

(Classifique cada uma das quatro áreas, colocando o valor 0, 1, 2, 3, no respectivo local.

1. Como era o nível de ruído?
3- Muito sossegado - ausência de barulho, mesmo quando a área é utilizada por muitos residentes
2- Sossegado - algum barulho mas conseguia-se ler
1- Um pouco barulhento - muitos sons em simultâneo, ou interrupções ocasionais barulhentas.
0- Muito barulhento - os sons são altos e provocam distracção.

Sala de estar__; Sala de jantar__; Quartos__; Corredores__;

2. Odores
3- Fresco - os espaços habitados têm um cheiro agradável e fresco.
2- Sem cheiros - não se nota nada especial quanto ao cheiro, "normal".
1- Um pouco desagradável - ar um pouco viciado, abafado, médico...
0- Claramente desagradável - estão presentes cheiros desagradáveis.

Sala de estar__; Sala de jantar__; Quartos__; Corredores__;

3. Iluminação
3- Luz ampla - luz brilhante, é fácil ler em todas as áreas da sala.
2- Boa luz - a luz é básicamente boa, mas pode ser razoável em algumas áreas, é fácil ler em quase todas as áreas.
1- Pouco adequada - luz fraca, não se consegue ler ou só se consegue em algumas zonas da sala.
0- Inadequada - iluminação muito fraca, ler seria difícil ou impossível.

Sala de estar__; Sala de jantar__; Quartos__; Corredores__;

4. Limpeza das paredes e chão
3- Muito limpo - muito limpos, sem manchas, chão brilhante
2- Limpo - paredes e chão limpos regularmente, algumas dedadas nas paredes e lixo nos cantos
1- Um pouco sujo - quer as paredes quer o chão necessitam de ser limpos, marcas de dedos, etc.
0- Muito sujo - quer as paredes quer o chão necessitam de uma grande limpeza, superfícies sujas ao tacto.

Sala de estar__; Sala de jantar__; Quartos__; Corredores__;

5. Estado de conservação das paredes e chão
   3- Aspecto de novo - quer as paredes quer o chão parecem novos
   2- Boa condição - quer as paredes quer o chão mostram uso quando se olha atentamente.
   1- Condição normal - paredes e chão mostrando uso mas só em zonas de maior movimento.
   0- Fraca condição - paredes e chão mostrando uso evidente, com fendas, tinta descascada, etc

Sala de Estar__; Sala de jantar__; Quartos; Corredores__;

6. Condição da mobília
   3- Condição excelente - como nova, polida, sem fendas
   2- Boa condição - sem ser nova mas em bom estado, com algumas fendas com lixo
   1- Condição "normal" - velha mas direita e limpa
   0- Estragada - velha e estragada, podendo ser perigosa.

Sala de estar__; Sala de Jantar__; Quartos__;

7. Areas das janelas
   3- Muitas janelas - janelas amplas que dão uma sensação de vastidão.
   2- Janelas adequadas - suficientes para permitirem uma boa iluminaçaõ, não há impressão de fechado.
   1- Poucas janelas - os quartos tendem a ser escuros, mesmo em dias de sol, sensaçaõ de fechado
   0- Ausência de janelas - Não há janelas ou não estão funcionais

Sala de estar__; Sala de jantar__; Quartos__;

8. Vista das janelas - interesse
   3- Muito interessante - vistas para actividades interessantes
   2- Interessante - vistas para actividades que prendem um pouco a atenção (peões, carros)
   1- Pouco interessante - vistas sem interesse e que só raramente chamam à atenção.
   0- Sem interesse - básicamente não acontece nada, olhar para fora é aborrecido.

Sala de Estar__; Sala de Jantar__; Quartos__;

Secção II - CLASSIFICAÇÃO DOS QUARTOS OU APARTAMENTOS DOS RESIDENTES

9. Variação na concepção dos quartos

3__Variação acentuada - houve um esforço para variar o estilo e a decoração dos quartos.

2__Variação moderada - os quartos são diferentes mas a decoração mantêm-se.

1__Quase identicos - algumas variações no tamanho, forma ou disposição da mobília, não se nota muito.

0__Idênticos - não há variação excepto nos promenores da decoração.

10. Personalização dos quartos dos residentes

3__Muita personalização - a maior parte da mobília e objectos é dos próprios, houve esforço em os individualizar.

2__Alguma personalização - os residentes colocaram alguns objectos seus favoritos

1__Pouca personalização - há fotos de família e alguns objectos pessoais mas o quarto é impessoal

0__Sem personalização evidente

Parte III CLASSIFICAR A INSTITUIÇÃO NO SEU CONJUNTO

11. Diferenciação de todos os espaços de habitação

3__Muita diferenciação - houve um esforço concreto para variar a decoração.

2__Diferenciação moderada - as mobílias variam de quarto para quarto mas o design é o mesmo, a textura das paredes e chão é pouco variada.

1__Alguma diferenciação - pouca variação, mesmo na mobília mas algumas areas são distintas

0__Pouca diferenciação - aspecto institucional, areas semelhantes como num hospital

12. Agradabilidade geral da instituição

3__Muito agradável - "gostaria de colocar uma pessoa aqui"

2__Agradável - "não me sentiria mal em colocar alguém aqui se essa pessoa tivesse limitação de escolhas, devido a finanças, amizades..."

ANEXO 2

ESCALA DE OBSERVAÇÃO MULTIDIMENSIONAL PARA SUJEITOS IDOSOS - MOSES - (Helmes, E. et al., 1987)

Por favor responda a todas as questões. Para cada questão escolha a alternativa que melhor descreve o comportamento de cada idoso durante o dia, na passada semana. São dados vários exemplos para o ajudar a decidir.

1. Vestir
Na maior parte dos dias na passada semana o residente:
1___ Começou a vestir-se e vestiu-se sem a supervisão do pessoal.
2___ Vestiu-se com uma pequena ajuda do pessoal.(ex: colocaram-lhe a roupa para vestir, lembraram-lhe que se devia vestir)
3___ Vestiu-se a si próprio parcialmente, mas necessitava de frequente ajuda do pessoal.
4___ Foi completamente vestido pelo pessoal ou ficou em roupa de quarto.

2. Tomar banho
Quando tomou banho na passada semana o residente:
1___ Preparou e tomou banho sem ajuda
2___ Tomou banho com uma pequena ajuda
3___ Tomou banho em parte sózinho mas necessitou de ajuda frequente (ex: para entrar e sair da banheira, lavar ou secar partes do corpo)
4___ Foi o pessoal que lhe deu banho (inclui o ser lavado na cama)

3. Arranjo pessoal (inclui cuidados com o cabelo, as unhas, os dentes e a barba)
1___ Completou toda o seu arranjo pessoal sem ajuda
2___ Tratou de alguns aspectos mas percisou de ajuda noutros
3___ Colaborava em alguns aspectos mas necessitava sempre de ajuda frequente
4___ Foi totalmente arranjado pelo pessoal

4. Incontinência (de urina ou fezes)
Na passada semana com que frequência é que o residente foi incontinente?
1___ Não foi
2___ Só durante a noite
3___Ocasionalmente durante o dia
4___ frequentemente durante o dia

5. Utilização da casa de banho
A maior parte das vezes que o residente utilizou a casa de banho:
1___ Foi à casa de banho sem ajuda
2___ Utilizou a casa de banho com uma pequena ajuda (ex: tiveram que lhe lembrar para ir ou ocasionalmente fez umas pingas no chão
3___ Colaborou na sua ida à casa de banho mas necessitou de muita ajuda (ex: para descer e subir as calças, limpar-se)
4___Teve ajuda total do pessoal (inclui o uso de fraldas, de algalia, etc)

6. Mobilidade física
Na maior parte dos dias da semana passada quando andava pela casa o residente:
1___Andava sem ajuda
2___Andava sózinho com ajuda mecânica (inclui bengala, muletas, cadeira de rodas)
3___Anda com a ajuda física do pessoal
4___Permanece na cama ou numa cadeira de rodas (referem-se aqui os residentes que são mudados da cama para a cadeira de rodas durante o dia, caso contrário permaneceriam imóveis.

7. Levantar-se e deitar-se na cama
Na maior parte dos dias da semana passada o residente:
1___Deitou-se e levantou-se sem qualquer tipo de ajuda
2___Deitou-se ou levantou-se sem ajuda do pessoal mas com ajuda de equipamento (ex: utilizando um trapézio)
3___Levantou-se e deitou-se com ajuda do pessoal
4___Permaneceu na cama todo o dia

8. Utilização de freios (ex: grades na cama, cintos)
Com que frequência, durante o dia na semana passada, utilizaram freios com o residente:
1___Não utilizaram
2___As vezes (de um a três dias e apenas por pequenos períodos)
3___De tempos a tempos (quer mais do que três dias durante pouco tempo quer de um a três dias quase todo o dia)
4___Frequentemente (em mais de três dias e quase todo o dia)

9. Compreende a comunicação (falada, escrita ou gestual)
A maior parte das vezes que na semana passada comunicou com o residente, ele:
1___Compreendia claramente
2___Compreendia apenas comunicações breves (frases curtas ou gestos)
3___Compreendia comunicações breves apenas se elas fossem repetidas
4___Não compreendia qualquer comunicação

10. Falar
A maior parte das vezes que o residente falou na semana passada, o seu discurso:
1___Era coerente e lógico
2___Começava com lógica mas divagava para outros assuntos
3___Parecia coerente mas era irrevelante (ex: não estava relacionado com a pergunta que se lhe fez ou o que estava a acontecer)
4___Fazia muito pouco sentido(ex: palavras misturadas, frases ou ruídos sem sentido)
5___A pergunta não se aplica - o residente não falou na semana passada

11. Orientar-se dentro de casa
(Por ex: a capacidade de encontrar o quarto, a casa de banho, a sala de jantar)
Com que frequência na passada semana o residente se desorientou (confundiu) em encontrar o caminho dentro de casa?
1___Nenhuma vez
2___Por vezes (de 1 a 3 vezes na semana)
3___Bastantes vezes (1 ou 2 vezes por dia em mais de 3 dias ou várias vezes por dia em 1 a 3 dias)
4___Muitas vezes (várias vezes por dia em mais de 3 dias)
5___A questão não se aplica - o residente nunca se movimenta sem a ajuda do pessoal

12. Reconhecer o pessoal
Durante a passada semana o residente:
1___Reconheceu o pessoal pelo seu nome ou função (médico, enfermeira, etc.)
2___Reconheceu um ou dois funcionários pelo seu nome ou função
3___Distinguia os funcionários dos outros residentes ou visitantes mas não sabia o seu nome, papel, ou função
4___Não distinguia os funcionários dos residentes ou visitantes

13. Consciência do local
Durante a semana passada o residente:
1___Sabia exactamente onde estava a viver (sabia o nome da instituição, e a cidade onde estava)
2___Sabia o tipo de local onde estava mas estava confuso relativamente ao seu nome ou localização
3___Por vezes parecia compreender o tipo de local onde vivia, mas nem sempre
4__Estava confuso relativamente ao tipo de local onde estava (pensava que estava em casa ou noutro local)
5___A informação não pode ser obtida porque o residente não comunica apropriadamente

14. Consciência do tempo
Considere se na maior parte dos dias da passada semana o residente tinha consciência do a) ano, b) da estação do ano, c) aproximadamente da hora, do dia (ex: se era de manhã, de tarde ou de noite)?
1.___ Tinha consciência de tudo (ano, estação do ano e parte do dia)
2.___ Tinha consciência de duas das três coisas
3.___ Tinha consciência de uma das três coisas
4.___ Estava confuso quanto às três coisas
5.___ Esta informação não pode ser obtida - o residente não comunica de forma apropriada

15. Memória para acontecimentos recentes (acontecimentos do dia a dia, como actividades recreativas, refeições, visitas que teve na passada semana)
Durante a semana passada o residente:
1.___ Conseguia lembrar-se dos acontecimentos recentes claramente
2.___ Conseguia lembrar-se dos acontecimentos recentes mas de uma forma vaga
3.___ Conseguia lembrar-se de alguns dos acontecimentos recentes mas esqueceu completamente outros
4.___ Parecia esquecer os acontecimentos poucos minutos após eles terem ocorrido
5.___ Esta informação não pode ser obtida - o residente não comunica de forma apropriada

16. Memória de acontecimentos importantes do passado (por ex: o seu ano de nascimento, o seu trabalho, nomes de pessoas da sua família e se ainda estão vivos)
Durante a última semana, o residente:
1.___ Conseguia lembrar-se com exactidão de muitos acontecimentos do passado
2.___ Conseguia lembrar-se de muitos acontecimentos do passado mas com algum esforço
3.___ Conseguia lembrar-se de alguns acontecimentos do passado mas esquecia completamente outros
4.___ Estava confuso relativamente à maior parte dos acontecimentos do passado
5.___ Esta informação não pode ser obtida - o residente não comunica de forma apropriada.

17. Parecer triste e deprimido (ex: parecer infeliz, nao inclui estar aborrecido indiferente preocupado ou ansioso)
Com que frequência na passada semana o residente parecia triste e deprimido?
1.___ Nunca
2.___ As vezes (em um a três dias por pequenos períodos de tempo)
3.___ Por vezes (quer em mais de três dias por pequenos períodos de tempo ou em um a três dias a maior parte do dia)
4.___ Muitas vezes (em mais de três dias a maior parte do dia)
5.___ Não se pode saber porque o residente tem alguma paralesia facial ou problema físico como o Parkinsonismo que lhe dá um ar sombrio.

18. Dizer que está triste e deprimido (dizer que está triste e deprimido, que queria estar noutro local. Não inclui queixas sobre os cuidados prestados nem sobre estar preocupado)
Com que frequência, durante a última semana o residente disse (ou escreveu) algo que indicasse que estava triste e deprimido?
1.___ Nunca
2.___ As vezes (uma a três vezes na semana)
3.___ Por vezes (quer uma ou duas vezes por dia em mais de três dias ou várias vezes por dia em um a três dias)
4.___ Muitas vezes (várias vezes por dia em mais de três dias ou quando o residente diz específicamente que quer morrer)
5.___ A questão não se aplica - o residente não falou ou escreveu na passada semana

19. Mostrar-se triste e deprimido (usar um tom de voz que sugere tristeza e depressão ou dar suspiros. Não inclui parecer zangado, preocupado ou com dores)
Com que frequência, durante a semana passada parecia triste e deprimido?
1.___ Nunca
2.___ Por vezes (em um a três dias por pequenos períodos de tempo)
3.___ As vezes (quer em mais de três dias por pequenos períodos de tempo quer durante quase todo o tempo em um a três dias)
4.___ Muitas vezes (em mais de três dias a maior parte do tempo)
5.___ A questão não se aplica - o residente não falou ou produziu sons na passada semana

20. Parecer preocupado e ansioso (nao inclui parecer triste e deprimido)
Com que frequência, na passada semana, o residente pareceu preocupado, tenso e ansioso?
1.___ Nunca
2.___ Por vezes (em um a três dias por pequenos períodos de tempo)
3.___ As vezes (quer em mais de três dias por pequenos períodos de tempo quer em um a três dias a maior parte do tempo)
4.___ Muitas vezes (em mais de três dias a maior parte do tempo

21. Dizer que está preocupado ou ansioso (dizer que está preocupado ou ansioso com certas coisas. Não inclui dizer que está infeliz)
Com que frequência, na passada semana, o residente disse ou escreveu algo que indicasse que estava preocupado ou ansioso com alguma coisa?
1.___ Nunca
2.___ Por vezes (duas ou três vezes na semana)
3.___ As vezes (quer uma vez ou duas por dia, em mais de três dias, quer várias vezes por dia em um a três dias)
4.___ Muitas vezes (várias vezes por dia em mais de três dias)
5.___ A questão não se aplica - o residente não falou ou escreveu na passada semana

22. Chorar
Com que frequência é que o residente chorou durante a passada semana ?
1.___ Nenhuma
2.___ Por vezes (em um a três dias, por apenas algum tempo)
3.___ As vezes (em mais de três dias, por pouco tempo, ou em um a três dias durante muito tempo)
4.___ Muitas vezes (em mais de três dias, durante muito tempo)

23. Pessimista quanto ao futuro
1.___ Nunca
2.___ Por vezes (de uma a três vezes na semana)
3.___ As vezes (quer uma ou duas vezes por dia, em mais de três dias ou várias vezes em um a três dias)
4.___ Muitas vezes (várias vezes por dia, em mais de três dias)
5.___ A questão não se aplica - o residente não falou ou escreveu na passada semana

24. Preocupar-se consigo próprio
Com que frequência, durante a semana passada, o residente teve dificuldade em se concentrar porque estava muito preocupado com as suas aflições?
1.___ Nenhuma
2.___ Por vezes (de uma a três vezes na semana)
3.___ As vezes (quer uma ou duas vezes por dia, em mais de três dias, ou várias vezes por dia em um a três dias)
4.___ Muitas vezes (várias vezes por dia em mais de três dias)

25. Colaborar com os cuidados de enfermagem (cooperar com a alimentação, o banho, a higiene, a medicação)
Na maior parte dos dias da passada semana ao interagir com a enfermeira, o residente:
1.___ Colaborou activamente com os cuidados (tentou ajudar e participar quando possível)
2.___ Colaborou passivamente nos cuidados (permitiu sossegado que lhe fossem pretados os cuidados)
3.___ Resistiu um pouco a que lhe fossem prestados cuidados (inicialmente disse que não queria ou esboçou resistência física mas rápidamente desistiu)
4.___ Resistiu à prestação de cuidados (conseguir que colaborasse foi difícil)

26. Fazer o que o pessoal pede
A maior parte dos pedidos e instruções feitos pelo pessoal na passada semana:
1.___ Foram seguidas sem resistência ou ressentimento
2.___ Foram seguidas sem resistência mas com ressentimento (realizadas "com má cara")
3.___ Foram seguidas depois de haver discussão ou resistência física
4.___ Houve resistência e finalmente tiveram que ser forados físicamente pelo pessoal
5.___ Não foram compreendidas pelo residente (inclui os residentes que têm problemas físicos ou mentais qu fazem com que o pessoal nunca lhes dê instruções mesmo simples)

27. Irritabiliade
Com que frequência, durante a passada semana o residente se irritou?
1.___ Nenhuma
2.___ Por vezes (em uma três dias, por apenas algum tempo)
3.___ As vezes (quer em mais de três dias, por poucos períodos de tempo quer, em um a três dias durante a maior parte do tempo)
4.___ Muitas vezes (em mais de três dias durante quase todo o tempo)

28. Reaçoes frustraçao (reagir "mal" quando os seus pedidos são recusados, ou quando tem que esperar por alguma coisa)
Durante a semana passada quando o residente foi frustrado, quantas vezes se exaltou?
1.___ Nenhuma
2.___ Por vezes (em um a três dias por pequenos períodos de tempo)
3.___ Bastantes vezes (em mais de três dias por pequenos períodos ou de um a três dias durante quase todo o dia)
4.___ Muitas vezes (em mais de três dias quase todo o dia)

29. Ser malcriado com o pessoal (gritar, ameaçar, dizer palavrões)
Com que frequência, na passada semana, o residente foi malcriado com o pessoal?
1.___ Nenhuma
2.___ As vezes
3.___ Frequentemente quado lhe pediam para fazer algo que ele não queria (pelo menos uma vez por dia em mais que três dias)
4.___ Muitas vezes sem motivo aparente (pelo menos uma vez por dia em mais de três dias)
5.___ A questão não se aplica porque o residente não falou ou emitiu sons na passada semana

30. Malcriado com os outros residentes (inclui gritar, ameaçar, dizer palavres)
Com que frequência, na semana passada, o residente foi malcriado para com outros residentes?
1.___ Nenhuma
2.___ Uma vez depois de ter sido provocado
3.___ Uma vez sem motivo aparente
4.___ Mais do que uma vez sem motivo aparente (pelo menos uma vez por dia em mais de três dias)
5.___ A questão não se aplica porque o residente não fala ou não tem acesso aos outros

31. Agredir físicamente os outros (inclui bater ou dar sapatadas noutros residentes ou no pessoal)
Com que frequência durante a passada semana, o residente agrediu alguém?
1.___ Nenhuma
2.___ Uma vez depois de ter sido provocado
3.___ Uma vez sem motivo aparente
4.___ Mais de uma vez (inclui residentes que têm que ser mantidos afastados dos outros)
5.___ A questão não se aplica porque o residente é fisicamente incapaz de bater em alguém

32. Provocar discussoes com outros residentes
Com que frequência na passada semana o residente começou ou provocou uma discussão com outro?
1.___ Nenhuma
2.___ Por vezes (de uma a três vezes por semana)
3.___ Bastantes vezes (quer uma ou duas vezes por dia em mais de três dias quer várias vezes por dia em um a três dias)
4.___ Muitas vezes (várias vezes por dia em mais de três dias)
5.___ A questão não se aplica - o residente não tem acesso a outros residentes

33. Preferir a solidão
Quando não estava a receber cuidados físicos o residente parecia preferia ficar sózinho?
1.___ Não. Ele gosta de ter companhia sempre que possível
2.___ Parece indiferente a ficar só ou ter companhia
3.___ Pelo menos durante algum tempo ele desencoraja activamente a companhia
4.___ Ele desencoraja sempre activamente a companhia

34. Iniciar contactos sociais (falando, sorrindo-se aproximando-se)
Na passada semana o residente:
1.___ Iniciou frequentemente contactos com o pessoal ou os outros residentes (várias vezes por dia em mais de três dias)
2.___Iniciou frequentemente contactos sociais ou com o staff ou com outros residentes mas não com ambos (várias vezes por dia, em mais de três dias)
3.___ Iniciou algumas vezes contactos sociais quer com o pessoal quer com outros residentes
4.___ Nunca iniciou contactos sociais quer com o pessoal quer com outros residentes

35. Responder a contactos sociais (não considerar o simples seguir de instruções ou olhar para a pessoa)
Com que frequência na passada semana, o residente respondeu a contactos sociais iniciados por outra pessoa?
1.___ A maior parte das vezes e tentou manter o contacto (ex: continuando a conversa ou apoiando-se na pessoa)
2.___ A maior parte das vezes mas só brevemente (ex: limitando-se a responder pergunta ou sorrindo-se mas não fazendo nenhum esforço para manter o contacto)
3.___ Apenas algumas vezes (aproximadamente metade das vezes que os outros tentam estabelecer contacto)
4.___ Nunca

36. Amizade com outros residentes
Na passada semana o residente:
1.___ Era amigo próximo de um ou mais residentes
2.___ Era amigo de apenas um outro residente
3.___ Estabeleceu uma relação de amizade casual com pelo menos um outro residente
4.___ Não tinha amizade com nenhum dos residentes
5.___ A questão não se aplica - o residente não tem acesso a outros

37. Interesse nos assuntos do dia a dia (ex: ver, ouvir e reagir ao que se passa à sua volta)
Na passada semana, com que frequência o residente prestou atenção activa ao que se passava à sua volta?
1.___ Muitas vezes (em mais de três dias a maior parte do dia)
2.___ Bastantes vezes (quer em mais de três dias, por pequenos períodos de tempo, ou em um a três dias, a maior parte do dia)
3.___ Por vezes (em um a três dias, por apenas pequenos períodos de tempo)
4.___ Nunca

38. Interesse nos acontecimentos do exterior (ex: ter interesse nas actividades da família e amigos ou em notícias e desportos)
Com que frequência, na passada semana, o residente mostrou interesse em acontecimentos do exterior?
1.___ Diáriamente
2.___ Alguns dias
3.___ Raramente (ex: mostrar interesse na família mas apenas no que respeita a visitas futuras)
4.___ Nunca

39. Manter-se ocupado (por si próprio, lendo, vendo TV, ouvindo rádio com passatempos, conversando, dando passeios. Não inclui actividades organizadas)
Com que frequência, na passada semana, o residente se manteve ocupado por si próprio?
1.___ Muitas vezes (em mais de três dias, a maior parte do dia)
2.___ Bastantes vezes (quer em mais de três dias, por pequenos períodos de tempo, quer em um a três dias, a maior parte do dia)
3.___ As vezes (em um a três dias por pequenos períodos de tempo)
4.___ Nunca

40. Ajudar os outros residentes (inclui qualquer tipo de ajuda que mostre preocupação pelo outro, ex: ajudar físicamente confortar, entreter)
Com que frequência, na passada semana o residente ajudou voluntáriamente outro?
1.___ Muitas vezes (várias vezes por dia, em mais de três dias)
2.___ Bastantes vezes (quer uma ou duas vezes por dia em mais de três dias ou várias vezes por dia em um a três dias)
3.___ As vezes (apenas uma a três vezes durante a semana)
4.___ Nunca
5.___ A questão não se aplica - o residente é físicamente imóvel (necessita de ajuda do staff para se movimentar) ou foi mantido afastado a maior parte dos dias

ANEXO 3

Escala para Despistagem da Demencia

Nome:_____

Data de Nascimento: / / ; Data de Entrada / / ;

Assina-le com uma cruz, no quadrado correspondente, o comportamento que observa em cada um dos idosos que tem a seu cargo.

Mudanças no Comportamento de Rotina:

1. Incapacidade de ralizar tarefas domésticas - Diáriamente ☐
   - Ocasionalmente ☐
   - Nunca ☐
2. Incapacidade de gerir pequenas somas de dinheiro ---------- - Diáriamente ☐
   - Ocasionalmente ☐
   - Nunca ☐
3. Incapacidade de se lembrar de pequenas listas de coisas ---------- - Diáriamente ☐
   - Ocasionalmente ☐
   - Nunca ☐
4. Incapacidade de se orientar dentro de casa ---------- - Diáriamente ☐
   - Ocasionalmente ☐
   - Nunca ☐
5. Incapacidade de se orientar em ruas familiares ---------- - Diáriamente ☐
   - Ocasionalmente ☐
   - Nunca ☐
6. Incapacidade de interpretar o que o rodeia - Diáriamente ☐
   - Ocasionalmente ☐
   - Nunca ☐

7. Incapacidade de recordar acontecimentos recentes ---------- - Diáriamente ☐

- Ocasionalmente ☐

- Nunca ☐

8. Tendência para viver no passado ---------- - Diáriamente ☐

- Ocasionalmente ☐

- Nunca ☐

Mudanças de Hábitos:

9. Alimentação - Tem que ser alimentado ---------- ☐

- Consegue comer apenas alimentos sólidos ----- ☐

- Consegue comer apenas com a colher ---------- ☐

- Come sem se sujar e com os talheres próprios ☐

10. Vestir - Incapaz de se vestir ---------- ☐

- Veste a roupa numa sequência errada ou esquece-se de colocar algumas peças ---------- ☐

- Ocasionalmente abotoa mal os casacos, etc ------- ☐

- Veste-se sem ajuda ---------- ☐

11. Controlo esfincteriano - é duplamente incontinente ------- ☐

- Molha frequentemente a cama ----- ☐

- Ocasionalmente molha a cama ----- ☐

- Tem controlo completo ---------- ☐

Mudança de personalidade, interesses e motivações:

12. Rigidez crescente - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

13. Aumento do egocentrismo - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

14. Incapacidade de perceber os sentimentos dos outros - Sim ☐

- Não ☐

15. Rudeza de sentimentos - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

16. Deficiência no controlo emotivo - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

17. Hilaridade em situações inapropriadas - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

18. Diminuição da resposta emotiva - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

19. Mau procedimento sexual - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

20. Abandono dos passatempos - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

21. Diminuição da iniciativa e apatia crescente - Sim --------- ☐

- Não --------- ☐

22. Hiperactividade despropositada - Sim ---------- ☐

- Não ---------- ☐

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

THE MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Nome_____Instituição_____

ORIENTAÇÃO
(1. Pergunte a data. Depois pergunte específicamente pelas partes omitidas, e.g. "Pode dizer-me também em que estação do ano estamos?". Marque um ponto por cada resposta correcta.
2. Pergunte de seguida "Pode dizer-me o nome deste Lar?" (cidade, distrito etc). Marque um ponto por cada resposta correcta.)

1. Em que ano estamos?	_____	1
. Em que estação do ano estamos?	_____	1
. Quantos são hoje?	_____	1
. Que dia da semana é hoje?	_____	1
. Em que mês estamos?	_____	1
2. Em que país estamos?	_____	1
. Em que distrito estamos?	_____	1
. Em que cidade estamos?	_____	1
. Como se chama esta casa?	_____	1
. Em que andar estamos?	_____	1

FIXAÇÃO
3. Vou dizer-lhe o nome de três objectos. Depois, queria que os repetisse e que procurasse decorá-los porque, daqui a alguns minutos, vou-lhe pedir que repita de novo, o nome desses três objectos.
(Nomeie os 3 objectos demorando um segundo para pronunciar cada um deles. Depois, peça ao indivíduo para os repetir. Dê um ponto por cada resposta correcta. Repita a questão até que o indivíduo aprenda os três.)
"Pera" "Mesa" "Dinheiro" _____ 3

ATENÇÃO E CALCULO
4. Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e que ao nmero encontrado volte a subtrair 7 e que continue até eu lhe dizer para parar. (Se fizer um erro de subtracção mas continuar a subtrair correctamente a partir do erro, conte como um único erro. Parar após 5 respostas.)_____ 5

4.1 Exercício alternativo: Agora vou-lhe dizer uma palavra, letra por letra. Queria que me dissesse a palavra letra por letra, mas ao contrário, isto é, do fim para o princípio.
A palavra MUNDO, M U N D O.
Diga-me letra por letra do fim para o princípio. (Repita letra por letra se for necessário.)

O D N U M
_____ 5

REPETIR OS OBJECTOS MEMORIZADOS

5. Agora veja se me consegue dizer os nomes dos três objectos que lhe pedi para decorar:

"Pera" 1
"Mesa" 1
"Dinheiro" 1

LINGUAGEM

6a. Mostre o relógio de pulso. Como é que isto se chama?

"Relógio" 1

6b. Mostre o lápis. Como é que isto se chama?

"Lápis" 1

7. Gostava que repetisse a frase que lhe vou dizer:

"Não há mas, nem meio mas" 1

8. Cumprir uma ordem em três tempos

"Pegue numa folha de papel com a sua mão direita, dobre o papel a meio e coloque-o sobre os seus joelhos." 1 1 1

9. Leia e obedeça ao seguinte. (Mostre o cartão)

"FECHE OS OLHOS" 1

10. Escreva uma frase completa nesta folha de papel. (A frase deve ter sujeito e verbo e fazer sentido. Erros não contam.)

_____ 1

11. Copie o desenho. 1

CLASSIFIÇÃO GLOBAL_____

Avalie o nível de consciência num continuum

Alerta Confuso Estupor Coma

_____

ANEXO 5

ESCALA DE ANIMO - Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (Lawton, 1976)

1. As pequenas coisas incomodam-me mais este ano . . . . . ___ Sim___ Não

2. As vezes estou tão preocupada que não consigo dormir . . . . . ___ Sim___ Não

3. Tenho muitos motivos para estar triste . . . . . ___ Sim___ Não

4. Tenho medo de muitas coisas . . . . . ___ Sim___ Não

6. A vida é custosa para mim a maior parte do tempo. . . . . ___ Sim___ Não

7. Levo as coisas muito a sério . . . . . ___ Sim___ Não

8. Preocupo-me com facilidade. . . . . ___ Sim___ Não

9. As coisas pioram conforme envelheço . . . . . ___ Sim___ Não

10. Tenho tanta energia como no ano passado . . . . . ___ Sim___ Não

11. Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis . . . . . ___ Sim___ Não

12. Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava. . . . . ___ Sim___ Não

14. Estou tão feliz agora como quando era novo . . . . . ___ Sim___ Não

15. Sinto-me muito só . . . . . ___ Sim___ Não

16. Estou vezes suficientes com a família e os amigos . . . . . ___ Sim___ Não

17. Estou satisfeito com a minha vida actual . ___ Sim___ Não

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA