

Claudete Maria Ribeiro do Vale

Minorização e Velhice
— Avaliação dos Apoios Institucionais junto de Pescadores

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2011

Claudete Maria Ribeiro do Vale

Minorização e Velhice
— Avaliação dos Apoios Institucionais junto de Pescadores

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2011

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Estudos de Minorias.

Resumo

O presente estudo tem como objectivo perceber o *processo de minorização* de um grupo de pescadores e como esse grupo se integra nas instituições públicas destinadas ao apoio social, de forma a averiguar se os apoios institucionais conseguem superar a minorização.

O estudo empirico foi desenvolvido na Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, através de entrevistas semi-estruturadas a utentes de várias valências da instituição (Lar, Centro de dia e Apoio Domiciliario).

Os resultados obtidos permitiram perceber que o grupo estudado é fechado, com hábitos e costumes próprios. Os filhos de pescadores sentem-se no dever e obrigação de cuidar dos pais — e só em último recurso recorrem a uma instituição. Para os filhos dos pescadores idosos, aparece como uma deshonra não tomar conta dos pais e colocá-los numa instituição.

Palavras-chaves: Minoria, Apoio Social, Pescadores, Terceira Idade, Póvoa de Varzim.

Abstract

This study aims at understanding the process of minorization of a group of fisherpersons and how this group integrate in the public facilities aiming at social aid, in order to assess whetehr these facilities may overcome the minorization process.

The field study was developed at the Santa Casa da Misericordia in Póvoa de Varzim, through semi-structured interviews the users of various aspects of the institution (home, day care and home support).

The results led to realize that this fishers are a closed group, with habits and customs of their own. The children of fishers do develop a specific feeling of duty towards the care for parents and ask for the help of welfare institutions only as the *ultima ratio*. For the children it is even seen as a dishonour not to take care of their parents and to put them in an institution.

Keywords: Minority, Social Aid, Fishers, Elderlies, Póvoa de Varzim.

ÍNDICE GERAL

	Página
INTRODUÇÃO	1
PARTE I. ASPECTOS CONTEXTUAIS	4
CAPÍTULO 1. Contexto conceitual	4
1. O conceito de velhice.....	4
2. As limitações físicas e cognitivas ligadas ao envelhecimento.....	11
3. A minorização do idoso.....	16
4. A situação específica do idoso institucionalizado.....	19
4.1. As actividades de lazer do idoso institucionalizado.....	22
4.2. Boas práticas institucionais recomendadas pela Segurança Social.....	24
CAPÍTULO 2. Contextualização territorial	33
1. Contexto nacional e local.....	33
2. Contexto institucional geral do estudo.....	37
3. Contexto populacional na base do estudo.....	38
PARTE II. APLICAÇÃO E ANÁLISE	41
CAPÍTULO 1. Entrevistas gerais	42
1. Objecto e metodologia de estudo.....	42
2. Aplicação e análise do instrumento.....	44

3. Caracterização sócio-demográficas dos participantes.....	45
4. Análise dos resultados das entrevistas.....	46
4.1. Actividades ocupacionais na instituição	46
4.2. Medida institucionais contra a minorização.....	49
CAPITULO 2. Entrevistas específicas.....	53
1. Aplicação e análise do instrumento.....	54
1.1 Caracterização sócio-demográfica dos participantes.....	54
1.2 Análise dos resultados das entrevistas.....	55
1.2.1. Primeira Unidade: Classe piscatória na sociedade.....	55
1.2.2. Segunda Unidade: Classe piscatória como minoria social na Instituição.....	58
2. Reflexão sobre os resultados.....	59
3. Pistas para melhorias.....	62
CONCLUSÃO.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	67

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1. Pirâmida etária (1994-2004)(Portugal). Fonte: INE, 2005.....	15
Quadro 2. Nados vivos, Óbitos, Índice de Envelhecimento, Casamentos e Divórcios, Portugal, 2004-2009.	34
Quadro 3. População Residente no concelho da Póvoa de Varzim, Grande Porto, Região Norte e Portugal, por Grandes Grupos Etários.....	36
Quadro 4. Número de Empresas com sede no Conselho da Póvoa de Varzim (<i>nota bene</i> : reporta o Quadro 5.1., INE, 2003).	39
Quadro 5. Entrevistados (entrevistas gerais)	45
Quadro 6. Entrevistados (entrevistas específicas)	55
Quadro 7. O voluntariado no idoso. Fonte: Alfaro, 1996.....	63

INTRODUÇÃO

As pessoas pertencentes a grupos minoritários — minorias visíveis (étnicas, religiosas ou linguísticas) e minorias sociais — vivem o envelhecimento com receios legítimos. Com efeito, aos factores de minorização derivados da própria pertença à identidade minoritária, junta-se a vulnerabilidade — e minorização por si só — resultando da idade.

Este estudo de investigação decorreu no âmbito da formação pós-graduada em Estudos de Minoria. Relaciona-se portanto com a problemática da caracterização de uma população minoritária, por um lado, e dos aspectos específicos da minorização desta população (individual ou colectivamente), pelo outro. Neste caso, a população objecto do estudo caracteriza-se por dois elementos complementares: primeiro, a idade relativamente avançada — terceira idade (idade superior a 65 anos); por outro lado, a pertença ao grupo sócio-profissional dos pescadores — quer directamente, quer através de cônjuge.

O ponto de partida do estudo consistiu na observação, de natureza profissional, da especificidade da população acima mencionada nas instituições de cariz público destinadas ao idoso (e mais especificamente os lares). O apoio social ao idoso constitui uma área em pleno desenvolvimento. O panorama demográfico europeu obriga, e obrigará cada vez mais, a desenvolver práticas de apoio ao cidadão de Terceira idade.

Contudo, a questão que se coloca é de saber se certos grupos — devido às suas características sociais, correm o risco de ficar fora das políticas de integração. Isso, na medida em que se acumula para essas pessoas, factores de exclusão — idade, género, localização habitacional.

O desenvolvimento de serviços públicos, no contexto da Europa do Sul, e mais especificamente de *serviços institucionalizados* de apoio ao idoso, constitui um *desafio*

suplementar: estará o serviço público (ou do público) verdadeiramente preparado e pronto a adaptar-se à diversidade de perfis sociais dos idosos? Saberá *personalizar* as suas intervenções, *abrir as portas* das instituições aos mais variados públicos, *repudiar uma visão* estereotipada segundo a qual as instituições não são um bem — ou são um mal menor — para os idosos?

Na verdade, a dinâmica social pela qual se rege um indivíduo idoso é uma dinâmica específica, feita de experiências de vida, de hábitos enraizados, de necessidades próprias frente ao envelhecimento. Por sua vez, a dinâmica de uma comunidade institucional integrando utentes idosos é igualmente peculiar. O seu equilíbrio é extremamente delicado, em particular devido à multiplicidade das ligações sociais — ou devido à ausência das mesmas — estabelecidas ao longo da vida. Ao lidar com esta faixa etária, as instituições de acolhimento de idosos devem por isso estar bem ciente das necessidades específicas que traz à Terceira idade, tanto a nível pessoal como a nível grupal — seguindo nisto as boas práticas recomendadas num plano deontológico (International Social Security Association, 2007).

Esta pesquisa encontra-se dividida em duas partes, segundo uma metodologia de análise clássica em Ciências Sociais, e neste caso em Estudos de Minorias, em que os procedimentos de cariz mais teórico (leituras) são completados por operações de natureza empírica (neste caso, entrevistas e estudo de caso):

— A primeira parte refere-se ao enquadramento contextual dos conceitos e do campo territorial e social do estudo;

— A segunda parte corresponde ao estudo empírico, também constituído por dois capítulos: as entrevistas, e respectiva análise, bem como o estudo de caso e a sua leitura.

O trabalho de campo foi realizado na Santa Casa Misericórdia Póvoa Varzim (SCMPV), principal Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) diurna e nocturna, com todas as valências necessárias a esta cidade, sendo a mais antiga das IPSS neste contexto local.

PARTE I. ASPECTOS CONTEXTUAIS

Capítulo 1. Contexto conceitual

1. Conceito de velhice

Cronologicamente, a vida do ser humano é dividida e entendida em diferentes etapas, tais como primeira infância, infância, adolescência, maturidade e **velhice**. De realçar que não existem limites absolutos e consensuais para estabelecer cada uma destas etapas. Aproximadamente um quarto da vida do homem é gasto em aprendizagem e preparação para a sua participação activa na sociedade. Da mesma forma, metade do tempo é dispendida numa variedade de actividades na tentativa de atingir determinados objectivos de realização pessoal e material e, o quarto final da vida é gasto num processo progressivo de redução de actividade levada pelo declínio físico (Correia, 2003).

A idade pode ser definida em termos amplos como a totalidade das mudanças de maturidade que ocorre num indivíduo: “O organismo humano, desde sua concepção até à morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento” (Netto, 2002, p. 5).

De acordo com (Nunes, 2008, p. 7):

A explicação mais provável para o envelhecimento será a integração de factores genéticos, ambientais e socioculturais, sendo da interacção de múltiplos factores que deriva a diversidade do envelhecimento humano.

A velhice é um processo irrevogável e inevitável da vida e aparece sempre ligada à idade da reforma, que geralmente ocorre por volta dos 60 anos, conforme a normatividade jurídica dos Estados. É definida nas sociedades contemporâneas como um estado de

dependência, que se inicia na idade em que a pessoa não consegue manter o mesmo ritmo de trabalho.

Nesta idade, as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento e as tensões acumuladas nas fases sucessivas da vida vão marcar a actividade dos idosos: O envelhecimento manifesta-se por declínio nas funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exacto de transição, como nas demais fases (Netto, 2002, p. 5). Outro autor (Nunes, 2008, p. 8) defende que o envelhecimento se manifesta através:

A realização de tarefas diárias aparentemente tão simples como lavar-se e vestir-se, até às mais complexas como movimentar uma conta bancária ou andar de transportes públicos, exigem uma capacidade funcional mais ou menos intacta, que pode ser perdida em qualquer momento da vida (...).

É uma etapa muito importante no ciclo da vida, mas é universal, natural e é talvez o período mais longo da vida humana. A título de exemplo para melhor caracterizar as principais etapas da vida, são vulgarmente utilizados os números 16 e 61, que são inversos, sendo que aos 16 anos o homem sonha com a vida e aos 61 começa a perguntar-se como toda a vida se passou. E ao longo da nossa vida, são imensos os momentos em que damos connosco a ser transportados para um mundo ilusório; o do tempo futuro, onde vamos imaginando como será a nossa vida, nos próximos anos.

Doravante, a velhice é repleta de memórias da infância, excitações da adolescência e responsabilidades da maturidade. Agora é tempo para se compreender os sonhos não realizados, trabalhos incompletos e necessidades insatisfeitas (Berger, 2003).

Tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento. Este declínio, no

entanto, exibe uma grande variabilidade quando se considera o ritmo de deterioração nos diferentes sistemas orgânicos e nos diferentes indivíduos (Netto, 2002, p. 5). De acordo com (Marchand, 2005, p. 21):

Quer vivam ou não uma crise, os adultos da meia-idade, geralmente reforçam o sentimento da sua individualidade, do seu Eu, e adquirem uma visão mais sofisticada do mundo – o que é, o que lhes oferece, e o que lhes exige – estabelecendo elos de ligação, simultaneamente mais independentes e mais intensos, com esse mesmo mundo. Podem tornar-se mais reflexivos, mais empáticos e menos tiranizados pelos conflitos internos e demandas externas, aceitando-se e amando a si próprio e aos outros, de um modo mais genuíno (...).

Diversos estudos, e em particular o estudo de Vaz (2008), apontam que o organismo humano, desde a sua concepção até à morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento. É possível identificar entre as três primeiras fases marcadores físicos e fisiológicos de transição entre elas. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, a partir de uma certa idade.

Paralelamente ao declínio funcional, porém, não obrigatoriamente com a mesma intensidade e ritmo, ocorrem alterações teciduais, celulares, moleculares e enzimáticas com o envelhecimento. Assim, são descritas perdas de células em alguns tecidos e desorganização estrutural que aumentam progressivamente com o passar dos anos (Netto, 2002, p. 6).

Nunes (2008, p. 9) alerta para a diferença entre a longevidade feminina e masculina:

A longevidade das mulheres é maior do que a dos homens na maior parte dos países. O que significa que, em qualquer altura do ciclo de vida, a mortalidade masculina é maior do que a feminina.

A velhice não foi sempre vista da mesma forma. Ao longo dos séculos este conceito foi-se alterando, nomeadamente na forma como a sociedade passou a tratar o tema. Há alguns séculos atrás, quando as populações viviam maioritariamente de actividades ligadas ao sector primário, cabia à filha mais velha de um casal não constituir família para ficar a tomar conta dos pais, aquando da sua velhice, e deveria a mesma centrar toda a sua atenção na educação dos irmãos mais novos e nos pais, procurando assegurar o seu bem-estar.

Na verdade, verifica-se que as mulheres asseguram a maioria das tarefas relacionadas com a casa, tanto na alimentação, na limpeza da casa, etc. como nos domínios referentes aos cuidados e à socialização da criança na primeira ou na segunda infância, do adolescente, e adultos de idade avançada e também nos relativos aos domínios escolar, periscolar (tempos de lazer, desportos) ou médico (Segalen, 1996, p. 268; Berger, 2003).

Nunes (2008, p. 9) aborda também a questão do antigo papel da mulher, que muito se tem vindo a alterar ao longo dos tempos:

Actualmente as coisas inverteram-se e, em muitos casos, a mulher não só tem uma actividade profissional como o homem, como tem casa e os filhos para cuidar.

Nos nossos dias a situação é completamente o oposto. Cada vez mais, à medida que a idade vai avançando, assiste-se a uma preocupação acrescida em fazer uma poupança durante o tempo de laboração, para que se consiga assegurar um lugar num lar, de forma a não ocupar os filhos, que têm uma vida profissional cada vez mais exigente e agitada.

Verifica-se também que a própria sociedade tem especial atenção à criação de infra-estruturas que possam assegurar a criação de lares e centros de acolhimento para seniores.¹

¹. Cf. por exemplo: sras.gov-madeira.pt

De acordo com Nunes, 2008, p. 22:

É sempre um momento de grande tensão emocional dentro da família quando têm que decidir a melhor opção para o pai ou para a mãe idosos. (...) É a demência e outras doenças igualmente incapacitantes que levam as famílias a colocarem os doentes em lares. A sociedade está a envelhecer, alguns de nós ficarão sozinhos em idades avançadas e portanto é bom que calmamente se reflecta sobre como se gostaria de viver nessa época.

Sendo o envelhecimento na população uma ambição natural de todas as sociedades, estando estas continuamente a desenvolver esforços para o prolongar da vida humana, é importante oferecer condições adequadas aos idosos para que possuam uma óptima qualidade de vida e bem-estar. O nível de sensibilidade perante este novo fenómeno concerne a toda sociedade em particular políticos, profissionais da saúde, Segurança Social e assistentes sociais e familiares.

Por envelhecer entende-se um processo positivo de maturação ou aquisição de uma qualidade desejável, embora seja mais frequentemente entendido como efeitos negativos do passar do tempo. Este termo designa ainda as alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta (Fontaine, 2000).

O conceito de velhice é muito controverso e muitas vezes confundido com a própria noção de envelhecimento, pelo que parece fulcral estabelecer a diferenciação entre os mesmos. Enquanto o envelhecimento, como vimos anteriormente, deverá ser encarado como um processo, por seu lado a velhice deve ser vista como um estado.

Bernard (1994) (*cit. in* Fernandes, 2002, p. 24) refere que a velhice pode ser considerada como:

A última idade de vida, cujo início fixamos no sexagésimo ano, mas pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida, entre outras circunstâncias.

Posto isto, parece fundamental tecer algumas considerações no que se refere à distinção entre idade cronológica, biológica, psicológica e social, directamente associadas à noção de velhice.

Idade cronológica corresponde à idade que temos efectivamente, isto é, que consta no nosso bilhete de identidade; idade biológica refere-se ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos que compõem o ser humano; em terceiro lugar, sem qualquer tipo de ordem especifica a noção de idade ou estado psicológico, que corresponde às competências comportamentais, capacidades mnésicas (a memória), intelectuais (inteligência e as motivações para o empreendimento); por último de referir a noção de idade social, que será referente ao papel, ao estatuto, aos hábitos e interacções da pessoa com os outros membros da sociedade (Fontaine, 2000).

Segundo Busse (1987), os múltiplos processos que advém do envelhecimento podem ser classificados como envelhecimento primário e envelhecimento secundário:

— O envelhecimento primário tem a ver com o interior do organismo, ou seja os factores de decadência advém de influências adquiridas ou hereditárias, sendo que varia de indivíduo para indivíduo;

— O envelhecimento secundário dá-se no aparecimento dos defeitos e deficiências causados por factores externos como sejam trauma ou doença adquirida. Esta separação é limitada na medida em que uma doença hereditária pode permanecer inactiva até ser exposta a um fenómeno exterior hostil.

Lidz (*cit. in* Fernandes, 2002) aponta três fases sucessivas características do processo de envelhecimento, podendo o idoso não chegar a atingí-las todas, ou pelo contrário atingí-las em simultâneo. Refira-se:

— Primeira fase – *idoso*; de acordo com o autor, nesta fase não existem grandes alterações orgânicas, o indivíduo considera-se capaz de satisfazer as suas necessidades.

— Segunda fase – *senescência*; ocorre no momento em que o indivíduo sofre uma alteração da sua condição física ou de outro género, que o levam a ter de confiar nos outros (o que segundo o autor corresponderá a um estado de velhice avançada).

— Terceira fase – *senilidade*; nesta fase o cérebro já não exerce a sua função adaptativa, ficando o indivíduo quase dependente e necessita de cuidados completos. Refira-se ainda que questões como o sexo ou a raça, podem influenciar este processo, assim como factores externos ou ambientais, sócio-económicos e profissionais.

O envelhecimento não pode ser apenas analisado em termos psicológicos ou psicofisiológicos. É sobretudo uma questão social, uma forma de olhar para o outro — e uma forma como as pessoas se vêem (Beauvoir, 2009). Como diz a autora na sua obra *A Velhice*, obra publicada em 1970 e divulgada através de entrevistas:

A velhice é um fenómeno biológico com condições psicológicas que se apresenta através de determinadas condutas consideradas típicas da idade avançada. Modifica a relação do homem no tempo, e portanto o seu relacionamento com o mundo e com a própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em estado natural: estatuto é-lhe imposto também na velhice pela sociedade a que pertence (Beauvoir, 2009).

Deste ponto de vista, existem três tipos de envelhecimento: envelhecimento individual, prende-se com a longevidade do próprio indivíduo; envelhecimento populacional, no sentido em que existem mais pessoas nos grupos de idade mais avançada; e envelhecimento activo, associado ao início mais tardio da vida activa e também às reformas precoces (Negreiros, 2006).

Com o significativo aumento da expectativa de vida, o envelhecimento fica crescentemente adiado para uma quarta idade, a partir do que se associa a tradicional imagem de decadência e de perda de capacidades físicas e psicossociais. Neste cenário actual, há uma clara tendência à distinção entre jovens idosos – sexagenários, septuagenários saudáveis e activos e idosos velhos octogenários em diante, mais frágeis e dependentes. É como se a humanidade estivesse a ganhar uma geração; os bisavôs de ontem são os avós de hoje, pois estes, actualmente, estão mais voltados para os próprios interesses do que dispostos a viver a vida dos seus filhos.

2. Limitações físicas e cognitivas ligadas à velhice

O processo de envelhecimento — conducente à velhice — é extremamente complexo e pode ser interpretado sobre várias perspectivas. Trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Tanto a nível físico como a nível cognitivo. É importante referir que existe uma variabilidade inter e intra-individual, ou seja existem modelos de envelhecimento distintos entre indivíduos com a mesma idade cronológica ou nas distintas funções de um mesmo indivíduo.

O envelhecimento biológico distingue-se pelo processo de modificação no organismo que, com o tempo, diminui a probabilidade de sobrevivência e atenua a capacidade biológica de auto-regulação, assimilação e adaptação às exigências ambientais. Existe uma distinção entre envelhecimento primário, o qual reflecte a limitação de longevidade celular, e envelhecimento secundário ou patológico que ocorre devido às constantes agressões ambientais, traumatismos e patologias (Spar & La Rue, *cit. in* Figueiredo, 2007). Conforme dito anteriormente, existem modificações estruturais e funcionais visíveis como sinal exterior de envelhecimento e declínio de funções orgânicas.

O envelhecimento humano caracteriza – se não só pelas mudanças físicas e funcionais mas também por mudanças cognitivas e de **personalidade**. Existem tendências gerais para o declínio do funcionamento cognitivo.

A velhice também é acompanhada de alterações a nível dos papéis sociais na tentativa de adaptação às novas condições de vida, e como consequência a perda de alguns papéis assumidos durante bastante tempo. A nível profissional a reforma traz uma mudança drástica de actividade, obrigando o sujeito a reformular valores, rotinas, objectivos e energias. O desafio principal desta fase do sujeito é então reorganizar a actividade de forma a não adquirir um sentimento de inutilidade (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, *cit. in* Figueiredo, 2007). A nível das relações familiares também se enfrentam novos desafios. O facto, por exemplo, de passar de papel social de pai/mãe para avô/avó, o qual assume estatuto de apoio e retaguarda, servindo de elo de ligação entre a segunda e terceira geração da família, oferece ao indivíduo uma nova variedade de desafios e adaptação.

Outro aspecto desta nova “vida social” encontra-se no facto de o casal voltar ao seu estado inicial: o casal sozinho. Nesta fase, valorizam-se o cuidado e a atenção. O idoso encontra normalmente a sua rede social, primeiramente na família, em tudo que seja questões sentimentais, para depois seguir para vizinhos, amigos, entre outros, no que se refere a questões mais instrumentais. Quanto mais extensa for a rede social do idoso, mais apoio terá em questões de invalidez, dependência ou mesmo doença (Antonucci, *cit. in* Figueiredo, 2007).

De acordo com Fernandes (2000) devemos considerar essencialmente três tipos de envelhecimento:

— Primeiro, o envelhecimento *cronológico*: como já foi referido anteriormente corresponde à nossa idade efectiva que consta no nosso bilhete de identidade;

— Segundo, o envelhecimento *biológico*: este é dos aspectos mais visíveis durante o processo de envelhecimento, directamente associadas à aparência externa (cabelos brancos, rugas e alterações ao nível da pele). Por outro lado esta “forma” de envelhecimento traduz-se num conjunto de alterações (que evoluem num sentido de agravamento), ao nível dos vários sistemas funcionais do organismo humano.

Outro aspecto interessante diz respeito ao facto que o ritmo de declínio de várias funções, que, como se sabe, é linear em função do tempo, não se acentua com o correr dos anos. Assim, se se admitir que o envelhecimento tem o seu início na segunda ou terceira década de vida, pode-se então afirmar que o ritmo de perda de uma determinada função aos 80 anos de idade ou mais é idêntico ao que ocorre aos 40 anos, ou seja, o ritmo de envelhecimento processa-se nas suas fases inicial e final (Netto, 2002, p. 51).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), as doenças crónicas são as principais causas significativas de incapacidade e de reduzida qualidade de vida; isto tanto para os países desenvolvidos como para os países em desenvolvimento. Porém, "incapacidades associadas com o envelhecimento e o início da doença crônica podem ser prevenidos ou retardados". Enfatiza o órgão da ONU que o alerta para o envelhecimento patológico tem a ver com o fato de que o declínio na capacidade funcional pode ser prematuramente estimulado ou acelerado, bem como pode ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e das políticas públicas (OMS, 2006).

Dada a heterogeneidade do termo envelhecimento, encontram-se inúmeras dificuldades para classificar défices cognitivos, principalmente os relativos à memória. Têm sido propostos diversos termos, tais como: alteração de memória associada à idade; transtorno cognitivo leve; défice cognitivo leve; entre outros:

Ao caracterizar as modificações que ocorrem no envelhecimento normal, que podem ser perdas ou ganhos, essa perspectiva mais genérica também auxilia a diferenciação entre o

envelhecimento normal e o patológico. Vale a pena notar que esses mecanismos básicos de declínio foram estipulados a partir de diferenças entre as dificuldades de idosos: algumas funções cognitivas declinam com a idade, outras são mantidas e outras melhoram (Parente, 2006, p. 32).

Desta forma, não se pode afirmar que o declínio das funções cognitivas globais seja típico do envelhecimento, já que dados de pesquisas efetivadas com idosos normais de idades até avançadas mostram-se inconclusivos. A depressão é apontada em alguns estudos como causadora de problemas de memória e, em outros, como sendo um dos sintomas primários de quadro demencial do tipo de Alzheimer.

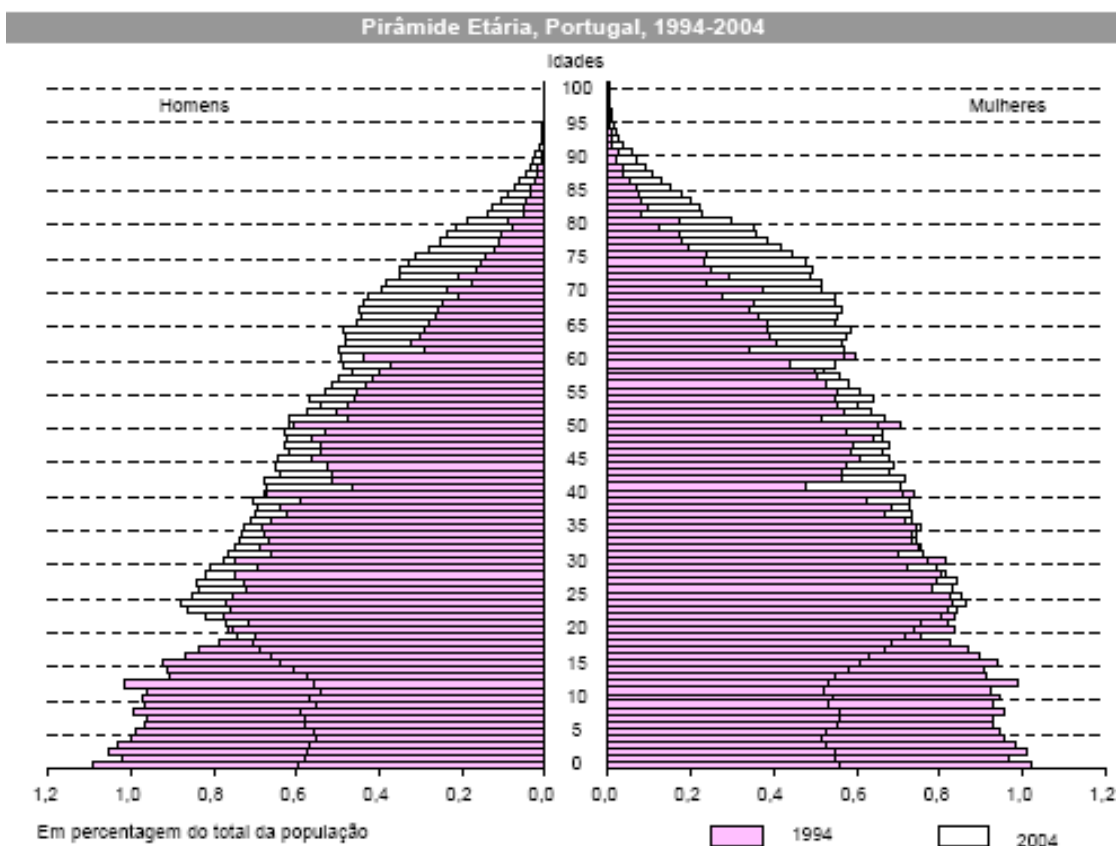
Os idosos, frequentemente, possuem dificuldades em tarefas experimentais com paradigmas de atenção selectiva, quando comparados com o desempenho de adultos jovens (Parente, 2006, p. 32).

— Por fim, o envelhecimento *social* ou societal: Há um século atrás era quase que imposto aos sêniores que o tempo da sua reforma fosse em prol da educação e acompanhamento escolar dos netos, devido às responsabilidades profissionais dos filhos e considerando que muitos eram Avós e Pais. Nos nossos dias verifica-se a existência de uma maior vaidade nos sêniores, nomeadamente ao nível do vestuário, e da aparência física, bem como do seu relacionamento social com outros indivíduos da mesma faixa etária. Isto faz-se notar na forma como se vestem, nos locais para onde gostam de levar os netos a passear e como gostam de frequentar organismos de aprendizagem em grupo, nomeadamente as universidades sêniores, que todos os anos registam um número de inscrições mais elevadas.

Contribui para a visão social da velhice o peso quantitativo que assume na sociedade. A este respeito, o aumento gradual da proporção de idosos nas sociedades europeias transforma o olhar sobre os idosos — e não de uma forma mais amiga do idoso,

paradoxalmente. Fala-se do nascimento do "grey power", ou da ideia — errada — de que os idosos estariam a retirar benefícios às gerações mais novas.

Quadro 1. Pirâmida etária (1994-2004)(Portugal). Fonte: INE, 2005.



Paralelamente, os idosos (maiores de 65 anos) são cada vez mais activos, sendo por isso capazes de realizarem actividades classicamente próprias dos mais novos: natação, marcha, etc. Este re-dimensionamento do lazer reside na possibilidade de suscitar atitudes activas durante a utilização do tempo livre, como a participação consciente e voluntária na vida social, opondo-se ao isolamento e ao recolhimento social, e à exigência de um progresso pessoal livre, pela busca, na utilização do tempo livre, de um equilíbrio, na medida do

possível pessoal, entre o repouso, a distração e o desenvolvimento contínuo e harmonioso da personalidade (Netto, 2002, p. 102).

Existe portanto, uma tensão nas sociedades europeias actuais entre uma maior "emancipação" do idoso e a vontade de o manter "no seu lugar", para que não seja perturbador para os mais novos. Constitui isso o ingrediente de uma equação que coloca em perspectiva uma minorização do idoso.

3. A minorização do idoso

A velhice implica — como se viu — uma diminuição geral das capacidades físicas. Considera-se por isso como um período de crescente vulnerabilidade e de crescente dependência.

Note-se que este aspecto deve ser relativizado: na Antiguidade europeia, a velhice era considerada como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade (Direcção Geral da Saúde, 2000; Epicure, 1987). Contudo, hoje, a minorização — como degradação do acesso aos bens sociais essenciais — é um traço recorrente da velhice, e isso independentemente do contexto geográfico (O eixo central desta minorização é a noção de (e degradação da) **qualidade de vida**).

A qualidade de vida na velhice tem sido associada a questões de dependência — resultantes tanto de alterações biológicas como de mudanças de papéis sociais *versus* autonomia. Segundo Neri (1993 *cit. in* Fontaine, 2000), a qualidade de vida depende não só do sujeito *mas também da interacção entre o sujeito e os outros a sua volta*. Neri apresenta quatro tendências de estudo sobre a qualidade de vida na velhice:

— O bem-estar psicológico e a *actividade*: visa celebrar a importância do manter objectivos e actividade nesta fase da vida em que há perda de papéis sociais;

— O bem-estar psicológico e o *sentido de controlo*: o idoso é invadido por sentimentos de ineficácia, pelo que devem procurar exacerbar o sentimento de controlo e poder de decisão;

— O bem-estar psicológico e *mecanismos de auto-regulação*: o idoso precisa de descobrir um sentido para a sua vida, um significado pessoal;

— O bem-estar psicológico e o *stress*: são quatro as categorias identificadas por Neri como sendo principais factores de stress no idoso -problemas de saúde, questões sociais (egocêntricos), problemas dos familiares e problemas dos amigos e vizinhos (não egocêntricos). Os problemas não egocêntricos levam o idoso a sentir-se útil.

Para Nordenfelt (1994), a qualidade de vida tem — e este aspecto é de particular importância para o idoso — um sentido diferente do sentido corrente: significa sobretudo felicidade, alegria de viver. Como o indivíduo vive, o seu *meio ambiente*, as suas relações inter e intrapessoais, tudo influencia este bem-estar. Segundo este autor, existem condições externas, mas também internas que influenciam positiva e negativamente o conceito de qualidade de vida: a personalidade, o carácter, a saúde, a constituição física, entre outras.

Já Liss (1994 *cit. in* Fontaine, 2000) estudou a qualidade de vida como sendo a definição do preencher das necessidades do indivíduo. Estes dois conceitos são, segundo o autor, expostos a uma correlação necessária, sem uma não pode existir outra. Liss atribui muita importância ao chamado “plano de vida”: constituído pelas actividades, relações, objectivos, e qual a importância dada pelo indivíduo ao seu plano de vida.

O conceito de velhice “bem sucedida” está directamente ligado ao conceito de qualidade de vida no idoso. A velhice bem sucedida deriva da conjunção de três diferentes factores: a reduzida probabilidade de doenças; a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e funcional e a conservação do empenhamento social e de bem - estar subjectivo (Fontaine, 2000).

Ao nível da saúde, o risco de doença e a perda de autonomia é tradicionalmente apresentado como sendo naturalmente provocado por factores internos que surgem sem controlo possível do indivíduo. No entanto, segundo um estudo, *Swedish Adoption/Twin Study of Aging* (SATSA) (Karolinska Institutet, 2009) concluiu-se: os factores externos e o estilo de vida têm um papel preponderante nos idosos. Depois dos 65 anos de idade, os factores intrínsecos são muito importantes, embora não dominantes; depois dos 65 anos o contributo da hereditariedade diminui em proveito do ambiente. Outra conclusão derivada deste estudo é a de que a velhice habitual é altamente modulável.

Em relação ao nível de actividade cognitiva e física, o ser humano não utiliza nem metade das suas capacidades, pelo que tem à sua disposição capacidades para utilizar segundo a sua motivação e solicitações ambientais. A este propósito, Staudinger (*cit. in* Fontaine, 2000) explicita o conceito de plasticidade e restauração. A restauração é uma capacidade para manter e recuperar comportamentos adaptativos após um declínio inicial ou uma incapacidade consecutiva devido a um acontecimento traumático ou stressante. Já o termo plasticidade refere - se às reservas de que o indivíduo dispõe para otimizar o seu funcionamento. O declínio dos desempenhos de certos domínios cognitivos explica-se por um lado por uma subutilização das reservas mas também por razões associadas ao envelhecimento do cérebro. Segundo Baltes (*cit. in* Fontaine, 2000), existe dois tipos de reservas: as de base e as desenvolvimentistas. As reservas de base referem-se ao desempenho máximo que um indivíduo pode atingir numa situação, em função dos seus recursos internos e externos. As reservas desenvolvimentistas exprimem-se através de

aprendizagens a médio e longo prazo. O desempenho de certas pessoas idosas confirma uma forte variação.

Assim para avaliar quais os factores de predição de uma velhice óptima, existe um estudo com conclusões interessantes, as quais: o nível de escolaridade, sendo difícil de determinar se se trata de uma aquisição precoce que se mantém durante toda a vida ou se as pessoas com um nível elevado de estudos se sentem mais tentadas na velhice a introduzirem os seus lazeres (leitura, palavras cruzadas, etc.); a capacidade de expiração pulmonar que está relacionada com a manutenção das actividades cognitivas; o aumento de actividade física fatigante sem excesso no domicilio e seu redor; por fim outro factor é a personalidade, a percepção da auto-eficácia (Bandura, *cit. in* Fontaine, 2000).

O nível de participação social descreve a inserção do indivíduo na sociedade e a descrição e qualidade de relações sociais que possui na sua rede social. Muitos idosos sentem-se inúteis e sentem que não estão empenhados em qualquer actividade social produtiva.

4. A situação específica do idoso institucionalizado

Existe uma concepção pluri-dimensional da velhice largamente consensual como sendo uma etapa da vida em que a diminuição de recursos pode ocorrer simultaneamente com novas aprendizagens e valorização de novos objectivos. À multiplicidade das necessidades das pessoas mais velhas, correspondem uma diversidade de equipamentos sociais e sanitários tais como os centros de dia, os centros de convívio ou os lares residenciais, entre outros.

Segundo Fernandes (*cit. in* Lopes Martins, 2009) é só a partir da década de 70 que as instituições foram orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e integrativos das pessoas idosas na comunidade. Segundo estas autoras podem distinguir-se dois tipos de

encargos de velhice: a assistência médica e a assistência social. A questão residencial dos idosos torna-se uma questão de elevada pertinência, se considerarmos que a casa se torna o espaço mais requisitado para as actividades que se desenvolvem no período da pós-reforma e nas quais se gasta a maior parte do tempo do resto da vida. Ainda acrescido a este facto, existe também nas pessoas idosas, uma redução adaptativa, assim como uma maior sensibilidade ao meio ambiente que as rodeia.

O conjunto de serviços e equipamentos que cada sociedade oferece aos seus idosos tem como objectivo melhorar as condições de vida. Independentemente das razões que levam o idoso à institucionalização, percebe-se que no ingresso lhe é exigido o abandono do seu espaço conhecido e vivido, obrigando-o a reaprender a integrar-se num meio que lhe é restrito, o qual assume o controle de muitos aspectos da sua vida (Paúl, *cit. in* Lopes Martins, 2009). Assim sendo, o ideal seria que as pessoas idosas e suas famílias pudessem fazer uma escolha livre e elucidada dos apoios e equipamentos que necessitam.

As instituições sem fins lucrativos, destinadas a idosos, habitualmente, são mantidas por associações religiosas e beneficentes. Todavia, há um aumento significativo no número de instituições privadas, que se estabelecem com o intuito de obtenção de lucratividade a partir da oferta de serviços de assistência aos idosos. Os serviços vão desde moradia/hospedagem, alimentação, saúde, entretenimento e cuidados gerais. Também existem os serviços financeiros, como empréstimo bancário com desconto directo do benefício com juros a partir de 1,64% ao mês, num total de 36 meses. Talvez se possa considerar esse último tipo de serviço como mais um elemento a problematizar e trabalhar junto aos idosos, para que os mesmos possam estar cientes das armadilhas financeiras embaladas pelo marketing com seus apelos e atractivos pautados na ilusão. Que se possa a partir da estratégia de fortalecimento da Identidade, Autonomia e Cidadania, auxiliar os idosos ao enfrentamento dessas e tantas outras armadilhas criadas em detrimento da melhor qualidade de vida (Cardoso de Oliveira, 2006).

Independentemente de o carácter ser privado ou público, com ou sem fins lucrativos, observa-se uma importante diferença na qualidade de funcionamento dos mesmos.

Consideram-se como instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de funcionários capacitados a atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso, lazer e outras actividades características da vida institucional.

Existem situações em que as instituições são estritamente necessárias, nomeadamente nas chamadas “mudanças assistenciais”, típicas de idosos cuja independência funcional e recursos económicos diminuíram acentuadamente. Woroby, Angel e Born (*cit. in* Lopes Martins, 2009) afirmam que é necessário ter em consideração os idosos sós e com perdas de independência funcional ou ainda com ausência de familiares, como sendo uma população alvo para a institucionalização. Segundo Guillemard (1986) os problemas da velhice não se prendem exclusivamente com a idade dos indivíduos. Remetem para uma variedade de factores sociais que vão desde:

- A política de mobilização e de gestão da mão-de-obra e as próprias lógicas de funcionamento do sistema económico;

- O papel do Estado no equilíbrio dos interesses sociais divergentes, nomeadamente na redistribuição dos recursos económicos;

- Mecanismos de integração social pela família e pela comunidade de vizinhança;

- A insuficiência das medidas, assim como dos equipamentos destinados a garantir a integração social e a autonomia dos idosos.

4.1. As actividades de lazer do idoso institucionalizado

O lazer é um fenómeno psicossocial de difícil definição, embora etimologicamente seja fácil de intuir o seu significado. Do ponto de vista psicológico tem sido estudado também pela psicologia, e particularmente pela psicologia social com aplicações educativas e também na psicologia positiva. O lazer pode cobrir uma grande variedade actividades e objectivos mas o conceito que subjaz é o de actividade voluntária e livre podendo mesmo incluir o trabalho normal se feito com gosto. Na realidade a intenção ou motivação é muito importante. É evidente que o lazer se diferencia com a idade. Argyle (*cit. in Oliveira, 2008*) identifica duas teorias sobre os efeitos da idade no lazer:

— Primeiro, o efeito da idade no rigor físico e nas energias disponíveis socialmente: o idoso não pode, por exemplo, praticar desportos radicais, mas pode praticar desportos ao seu nível;

— Segundo, o efeito dos diferentes estádios ao longo do arco da vida (o adolescente ocupa os tempos livres de forma diferente do adulto e este do idoso). O lazer pode significar muitas dimensões como por exemplo o descanso, recreação, desenvolvimento pessoal. Para desenvolver todas as competências que o tempo livre proporciona, o idoso tem de ser apoiado pelas suas instituições de convivência para favorecer a alegria de viver e conviver.

As instituições cuidadoras de idosos existem evidentemente com diferentes objectivos dependendo das necessidades dos seus participantes. Facilitam as modificações e transformações das relações sociais que continuamente se vão enriquecendo. As pessoas conhecem-se, outras redescobrem-se, trocam vivências, sonham, ajudam-se. De modo geral, as actividades realizadas em instituições contribuem para:

- Facilitar oportunidade grupal de socialização, participação;
- Ajuda o idoso através das diferentes actividades a vencer a sua constante incapacidade para lidar com perdas múltiplas;
- Manter e adaptar pelo maior tempo possível a sua independência física mental e social;
- Auto estimular o indivíduo para realizar actividades, visando o treino sensorial e o desenvolvimento das criatividades;
- Reconstruir padrões de vida e actividades;
- Avaliar o desempenho adaptativo do idoso como um dos indicadores de saúde (Netto *et al.*, 2002).

A literatura consultada aponta para a necessidade de criar oportunidades aos grupos sociais para visitarem suas dependências eventualmente, organizarem actividades conjuntas, tanto de jovens como de idosos, com os residentes. Abrir seus serviços para usuários da comunidade, organizar cursos e palestras sobre técnicas do cuidado do idoso para familiares de idosos e voluntários, são alguns exemplos de programa que podem ser envolvidos. Manter uma pequena praça jardinada com bancos e abrir esse espaço para crianças da comunidade pode ser um ótimo serviço à comunidade, vindo a ter efeitos benéficos para os próprios idosos. Por outro lado, proporcionar oportunidade aos idosos de sair, para ver uma exposição, assistir a uma actividade artística, pode ser uma experiência trabalhosa mas muito benéfica. Convidar pessoas voluntárias para prestarem serviços na instituição, para sentarem-se com os idosos na mesma mesa de refeição, ajudando a servir

a refeição enquanto fazem comentários sobre acontecimentos da vida quotidiana é outra forma de fazer a ligação com a comunidade (Netto *et al.*, 2002).

4.2. Boas práticas institucionais recomendadas pela Segurança Social

A maior longevidade alcançada nestas últimas décadas nem sempre corresponde a um nível de bem-estar e de grau de autonomia que possibilite aos mais velhos o contentamento das necessidades fundamentais. Quando o utente idoso se encontra em situações complexas, necessitam de respostas de qualidade, sendo estas desenvolvidas na perspectiva do conhecimento do direito das pessoas idosas. Implicam o acesso aos cuidados necessários, ao bem-estar e à qualidade de vida. A partir dos anos 90, esta nova perspectiva dinamizadora tem vindo a adquirir uma nova posição de destaque na sociedade. A Organização Mundial de Saúde propôs o conceito de envelhecimento activo, entendido como um processo que acompanha as pessoas ao longo da vida., com o objectivo da optimização das condições de saúde, participação e segurança.

É importante a ideia de envelhecimento activo e saudável, ou seja, haver a possibilidade de a pessoa idosa permanecer autónoma e capaz de se governar, no seu meio ambiente natural, mesmo que tenha recurso a pequenas ajudas.

No entanto, as tendências mostram que existe um número considerável de pessoas idosas em condições de dependência, os quais não encontram resposta por inexistência ou insuficiência de meios económicos e apoios familiares ou outros. É cada vez mais frequente o recurso a respostas sociais, em que se inclui o alojamento em estruturas residencial a título temporário ou permanente. É crucial que numa estrutura de respostas sociais predomine uma actuação humana, personificada e criativa daquilo que o utente necessita, tendo sempre como objectivo, o bem - estar físico e psíquico do utente assim como toda a dinâmica instituição – utente - família.

Segundo Vicente *et al.* (2005) existem três valores a ter em consideração em todas as organizações:

- Identificação clara dos direitos e deveres de todos os membros;
- Exactidão e rigor em todos os actos de gestão;
- Transparência na forma como é conduzida a actividade, de forma aberta e cuidada e acima de qualquer suspeita.

Tomar a decisão de integrar uma estrutura residencial pode não ser fácil, nem para o futuro utente nem para a família. No entanto, esta decisão tem de ser tomada por consentimento livre e informado, e nunca de forma forçada e pressionada. É sem dúvida um acto carregado de emoções pois representa uma grande mudança: ruptura em relação à vida e aos hábitos (Sousa, 2006).

Para abordar de forma mais esclarecedora esta parte do trabalho decidiu-se classificar o tema em duas partes: Acolhimento e vivência/convivência com os outros. O acolhimento em instituição tem um forte impacto emocional, tendo como significado o início de modificações profundas no ambiente de vida do utente. Existe todo um processo de adaptação e integração que só pode ser ultrapassado com a ajuda dos internos da instituição. Segundo Vicente *et al.* (2005), existem certos riscos que devem ser minimizados aquando da fase do acolhimento:

- Perda de identidade;
- Vínculos afectivos quebrados;

- Desenraizamento;
- Receio de mudança;
- Tendência a rejeição da integração;
- Auto - culpabilização;
- Sensação de estar a sofrer uma punição.

Para evitar estas situações, o responsável da estrutura residencial tem como missão respeitar o carácter e a personalidade do novo residencial, incluindo a sua história, recordações, assim como a sua relação com a comunidade e família.

Deverá ser feito um trabalho de preparação junto de todos os membros da estrutura residencial. Convém sensibilizar a população residencial, principalmente aqueles que se sentem adaptados e tranquilos, para ajudar a integração de quem chega. Pode ser criado um “Comité de Acolhimento” composto pelos mesmos residentes com função de facilitar a entrada do novo utente. Na altura do ingresso, o acolhimento pode ser feito por um dos responsáveis, o qual apresenta o recém-chegado aos colaboradores e residentes, respondendo as suas dúvidas ao mesmo tempo que especifica toda a informação necessária. É também nesta altura que se esclarece como o utente quer ser tratado, demonstrando assim respeito pela sua identidade. É importante esclarecer com o residente que, para a estrutura residencial o mais importante é a sua qualidade de vida, sabendo que, ele irá precisar de tempo para se adaptar e integrar na comunidade.

Depois de ter abordado o tema inicial de acolhimento, falar-se-á da vivência e convivência dentro da própria instituição. Viver com pessoas estranhas pode tornar-se um exercício difícil de conseguir, pois deve partilhar-se um espaço, nomeadamente quando não existem

laços de conhecimento afectivos ou afinidades. Existem diferentes tipos de situações que podem tornar difícil viver sobre o mesmo tecto:

- Afinidades e interesses diferentes;
- Histórias de vida e formas de encarar situações e acontecimentos de diferentes prismas;
- Frustração em relação às mudanças que ocorreram;
- Terem poucos contactos com o exterior: afastamento do leque de laços sociais.

Assim sendo, segundo Vicente *et al.* (2005), importa adoptar um modelo a seguir, baseado nos direitos, princípios e valores do cuidar. É muito importante a prudência, respeito a privacidade, confidencialidade, liberdade de opinião e expressão, segurança e protecção.

Numa vertente mais prática, o horário dentro das instituições deve ser gerido de uma maneira bastante equilibrada de forma a conjugar a vontade dos utentes e a logística do funcionamento interno da instituição. A flexibilização de horários aplica-se a todos os aspectos da vida residencial, sendo um instrumento valioso para o equilíbrio institucional. Em termos de alimentação e hidratação, alguns residentes podem necessitar de ajuda para comer e beber. Eis algumas razões:

- Não têm autonomia física;
- Esquecem-se de comer e/ou beber;
- Em casos de depressão;

- Têm problemas dentários;
- Tomada de medicação com efeitos secundários no apetite.

A estrutura residencial deve garantir que o momento da refeição é um espaço relacional, o qual privilegia o convívio. Os utentes dependentes devem ser alimentados com uma velocidade adequada, garantindo sempre que a pessoa está confortável e que se sente tratado como um adulto apesar das suas dificuldades.

Outra das necessidades vitais do ser humano tal como a alimentação é o sono. Com o avançar da idade, a qualidade do sono tende a deteriorar-se, inclusive existem várias perturbações do sono das quais os mais idosos podem sofrer: insónia. A insónia pode ser causada por substâncias como cafeína, mas também por causa de dores devido a doenças crónicas, por ansiedade, depressão, demência ou ainda por causas ambientais (deitar tarde, ler até madrugada). Existem condições que favorecem um sono mais tranquilo:

- Comer ou beber algo leve antes de deitar;
- Gozar um ambiente calmo, sem ruídos e com temperatura adequada;
- Evitar assistir a programas de televisão violentos;
- Ouvir música suave e ler um texto agradável;
- Evitar discussões ou debates empolgantes;
- Tomar medicação prescrita.

No que toca a higiene e apresentação, o residente deve responsabilizar-se pela sua higiene, promovendo a sua autonomia. Quando a higiene tem de ser assistida, deve ser levada a cabo com respeito pela privacidade. Os aspectos da higiene pessoal e estéticos são muito importantes no que concerne à qualidade de vida e auto estima pelo que não se deve resumir só a limpeza e asseio. Assim sendo a apresentação diária deve ser cuidada.

Os residentes devem ter pleno acesso a serviços como cabeleireiro, barbeiro, manicure, pedicure quer fora da instituição quer na própria instituição. Em casos de utentes dependentes, é necessário promover autonomia sempre que possível. Acima de tudo o residente deve sentir que estamos a ajudá-lo a manter a sua independência e autonomia. O apoio que é prestado nos cuidados de higiene deve pautar-se pelo respeito à dignidade, privacidade e confidencialidade. É importante deixar aqui uma nota: o uso de fraldas para utentes dependentes é feito único e exclusivamente em situações relacionadas com incontinência urinária em que existe indicação específica para tal.

Uma das áreas de peso a ser tratada numa instituição para Terceira idade é a saúde. Cada residente deve ter um processo individual de saúde, aberto aquando da admissão. Toda a informação respeitante à saúde do residente deve constar deste processo que é confidencial e deve ser guardado em local de acesso restrito podendo ser apenas consultado e actualizado pela equipa de saúde ou pelo próprio ou representante legal. Dentro desta área, é relevante a promoção da saúde e prevenção da doença. É possível fazer prevenção a nível de alguns acontecimentos comuns de uma instituição:

- Ondas de calor e frio: orientações do Ministério da Saúde e Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção civil;
- Surto de infecção: Despistes através de exames médicos periódicos;

- Resíduos dos cuidados de higiene e cuidados de saúde: eliminação feita em menor espaço de tempo e de acordo com procedimentos estabelecidos;
- Úlceras de pressão: estabelecer procedimentos para prevenção, controlo e tratamento;
- Situações propiciadoras de quedas: organização do espaço e mobiliário deve evitar proporcionar situações de quedas;
- Lesões auto-infligidas: controlo de comportamentos auto-destrutivos e encaminhar casos.

Uma das vertentes importantíssima para o bem-estar dos idosos é a prática de actividades. Os residentes devem participar em actividades da mais variada natureza: desportiva, artística, culturais, recreativas e religiosas. Os colaboradores devem interessar-se pelos gostos e hobbies que os residentes tinham antes da sua mudança de vida. Deve ser estimulada a participação dos residentes em actividades organizadas na comunidade e ter iniciativa própria neste campo. Estas actividades podem realizar-se noutros espaços que não a própria instituição. Uma forma de motivar os residentes é envolvê-los no planeamento e avaliação das actividades, a oferta deve ser variada e informativa para com o residente com esclarecimento sobre as condições de participação. Quando possível a comunidade deve ser convidada a participar nestas actividades. Para muitos residentes é importante a liberdade para praticar a sua espiritualidade através de ida a missas, tendo ainda a liberdade para terem as suas crenças sem serem alvo de críticas ou chacota, devendo também respeitar as diferentes religiões existentes.

De todos estes aspectos, existe um, que ainda muitas vezes mal visto dentro das instituições tem uma importância vital na qualidade de vida das pessoas mais velhas: a sexualidade. As mudanças próprias da idade podem levar os idosos a sentir desejo sexual

com menor frequência do que na juventude, mas os estudos médicos demonstram que a maior parte das pessoas mais velhas é perfeitamente capaz de ter relações sexuais e de sentir o mesmo prazer e satisfação que os mais jovens. Existem alguns factores que podem afectar a actividade sexual das pessoas idosas:

- O interesse do companheiro;
- O estado de saúde, física e mental;
- Problemas de impotência no homem ou de dor vaginal na mulher;
- Efeitos secundários medicamentosos;
- Preconceitos sociais.

Tendo seguido neste capítulo as boas práticas institucionais para pessoas idosas em todas as áreas importantes do mesmo, resta-nos um factor que em muito dificulta o trabalho de quem contribui para proporcionar uma boa qualidade de vida aos utentes: a dependência. Existem vários tipos de dependência: fisicamente dependente devido a uma queda, trombose ou outro; ter dificuldades auditivas ou de visão; sofrer de demência ou de outra doença mental. Segundo Vicente *et al.* (2005), não devemos utilizar os termos dependentes ou deficientes, mas sim “pessoas com...”. Lida-se com pessoas com sentimentos e que esperam guardar e que respeitam a sua dignidade. É importante adoptar estratégias adequadas a cada tipo de dependência quer para utentes acamados, quer para utentes que não vêm ou têm dificuldades de deslocação, ou ainda os que têm problemas de audição.

Como foi anteriormente referido, as demências são patologias frequentes em instituições para pessoas mais velhas, sendo a mais comum a demência de Alzheimer.

A demência de Alzheimer segue um padrão tipo: perda de memória de acontecimentos e aprendizagens recentes em primeiro, até que durante a progressão da doença mesmo os acontecimentos mais marcantes como um casamento ou lembranças dos pais vão desvanecendo. Além da memória, a demência leva a uma deterioração da capacidade de raciocínio e julgamento. A demência de Alzheimer evolui no que se pode considerar três fases, nas quais a terceira resulta em morte. Existem algumas sugestões de ajuda face ao residente com este tipo de demência:

- Manter uma rotina regular de hábitos e horários;
- Verificar a segurança;
- Manter os objectos necessários à vista dos residentes;
- Cuidado com ingestão de líquidos e sólidos;
- Proporcionar exercícios regulares;
- Manter o contacto do utente com a família;
- Promover a consulta médica;
- No caso de incontinência urinária ou fecal, lembrar ao residente a necessidade de ir à casa de banho.

Capítulo 2. Contextualização territorial

1. Contexto nacional e local

A realidade do séc. XXI é de que os países estão cada vez mais envelhecidos e apresentam uma tendência progressiva. A situação torna-se mais visível com o maior grau de industrialização do mundo.

Entre 1960 e 1991, a população portuguesa comportou uma grande alteração no seu perfil etário, aumentando na década de 70 e praticamente não variou na década de 80 (Rosa & Chita, *cit. in* Imaginário). A partir de 1960, houve uma alteração no perfil etário. No espaço de trinta anos verificou-se um declínio aos níveis de fecundidade e de mortalidade e consequentemente um envelhecimento da população portuguesa começou a consolidar - se enquanto tendência.

Numa perspectiva demográfica, Portugal demonstra semelhanças com outros países europeus. No período de 1960 a 1991, a população portuguesa envelheceu o dobro. Este fenómeno tem vindo a evidenciar-se quer pela base da pirâmide etária com a diminuição da população jovem, quer pelo topo com o incremento da população idosa.

Considera-se que a população está a envelhecer não só devido a um grande avanço da medicina neste último século e consequente aumento de Esperança de vida, mas também por outras determinadas causas. Uma destas causas, é, por exemplo, a redução drástica de natalidade, sobretudo devido ao planeamento familiar e ao uso de anti-contraceptivos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009), é previsível que a população idosa ultrapasse em número a população jovem entre 2001 e 2015. Por volta de 2025, o nº de idosos poderá atingir 20% da população e, em 2050 passarão a ser 30%.

O número de idosos tem aumentado (Quadro 2.), em particular o grupo com 80 e mais anos. Na sua maioria (58,2%), os idosos são mulheres. Nos próximos 25 anos o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens. A maioria dos idosos vive com o cônjuge. Cerca de um quarto dos indivíduos dos 50 aos 69 anos de idade e que deixaram o último emprego trabalharam durante 40 a 44 anos, sendo o limite de idade de reforma obrigatória a principal razão para a reforma. 62% Dos indivíduos entre os 50 e 69 anos - com pensão de reforma ou que, não recebendo, tinham direito a ela - apontaram como motivo principal para continuar a trabalhar a necessidade de ter um rendimento familiar suficiente. A proporção de idosos que utilizam computador e Internet tem vindo a aumentar.

Quadro 2.

Nados vivos, Óbitos, Índice de Envelhecimento, Casamentos e Divórcios, Portugal, 2004-2009.

	Nados vivos (1)	Óbitos (1)	Índice de Envelhecimento	Casamentos (1)	Divórcios (2)
2004	109.298	102.010	109	49.178	23.161
2005	109.399	107.462	110	48.671	22.576
2006	105.449	101.990	112	47.857	22.881
2007	102.492	103.512	114	46.329	25.120 P _o R _v
2008	104.594	104.280	116	43.228	26.110 P _o R _v
2009	99.491	104.434	118	40.391	26.176 P _o

* Fonte: Instituto Nacional Estatísticas, 2009.

Em 2001, a população residente do concelho da Póvoa de Varzim é de 63.470 (Quadro 3.). Em 2007 a estimativa populacional para o concelho da Póvoa de Varzim é de 66.463. Entre 2001 e 2007 o concelho sofreu um incremento populacional de 4,72%, sendo o 4º concelho do Grande Porto com maior acréscimo populacional. Apesar do aumento

verifica-se um envelhecimento da população sentido, nomeadamente, através da diminuição do n.º de indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 24 anos.

Em 2001, 12,6% (7.984 indivíduos) da População Poveira não possuía qualquer nível de instrução e 8,7% (5.547 indivíduos) possuíam ensino superior.

Na faixa relativa à população com mais de 65 anos, a diferença é notável, onde a cidade da Póvoa de Varzim com um total de 11,2%, dista do valor regional (14,0%), em cerca de 2,8%, e do valor de Portugal (16,4) cerca de 5,2%. Apesar do concelho da Póvoa de Varzim apresentar um crescimento populacional positivo entre os anos de 2001 e 2007, ao analisarmos esta evolução da população residente por escalões etários verificamos que a variação é dissemelhante entre os vários escalões.

Analisando os valores relativos às estimativas mais recentes da população (2007), verificamos que a tendência nacional é de baixa relativamente à faixa etária dos 0 – 24 anos, com perdas que variam entre os 16,46% da Póvoa de Varzim e os 26,47% do Grande Porto.

Verifica-se também que, nas Faixas etárias dos 25-64 anos e dos de mais de 65anos é no concelho da Póvoa de Varzim que estes escalões apresentam uma variação positiva superior face ao Grande Porto, à Região Norte e a Portugal.

Quadro 3.

População Residente no concelho da Póvoa de Varzim, Grande Porto, Região Norte e Portugal, por Grandes Grupos Etários.

	2001		2003		2005		2007		Variação (entre 2001 e 2007)
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Póvoa de Varzim									
Total	63.470	100,0%	64.914	100,0%	65.882	100,0%	66.463	100,0%	4,72
0-14	12.081	19,0%	12.322	19,0%	12.240	18,6%	11.978	18,0%	-0,85
15-24	10.231	16,1%	9.344	14,4%	8.967	13,6%	8.634	13,0%	-15,61
25-64	34.031	53,6%	35.565	54,8%	36.644	55,6%	37.519	56,5%	10,25
65+	7.127	11,2%	7.683	11,8%	8.031	12,2%	8.332	12,5%	16,91
Grande Porto									
Total	1.260.680	100,0%	1.267.400	100,0%	1.276.575	100,0%	1.281.424	100,0%	1,62
0-14	205.776	16,3%	205.226	16,2%	203.786	16,0%	200.508	15,6%	-2,63
15-24	181.396	14,4%	161.930	12,8%	153.438	12,0%	146.474	11,4%	-23,84
25-64	707.916	56,2%	723.091	57,1%	734.514	57,5%	742.064	57,9%	4,60
65+	165.592	13,1%	177.153	14,0%	184.837	14,5%	192.378	15,0%	13,92
Região Norte									
Total	3.687.293	100,0%	3.711.797	100,0%	3.737.791	100,0%	3.745.236	100,0%	1,57
0-14	644.948	17,5%	626.543	16,9%	612.961	16,4%	593.048	15,8%	-8,05
15-24	558.278	15,1%	517.433	13,9%	493.389	13,2%	470.547	12,6%	-15,71
25-64	1.969.309	53,4%	2.028.089	54,6%	2.074.257	55,5%	2.110.142	56,3%	7,15
65+	514.758	14,0%	539.732	14,5%	557.184	14,9%	571.499	15,3%	11,02
Portugal									
Total	10.356.117	100,0%	10.474.685	100,0%	10.569.592	100,0%	10.617.575	100,0%	2,52
0-14	1.656.602	16,0%	1.648.996	15,7%	1.644.231	15,6%	1.628.852	15,3%	-1,68
15-24	1.479.587	14,3%	1.360.606	13,0%	1.293.031	12,2%	1.236.004	11,6%	-16,46
25-64	5.526.435	53,4%	5.703.687	54,5%	5.822.230	55,8%	5.902.888	55,6%	6,81
65+	1.693.493	16,4%	1.761.396	16,8%	1.810.100	48,4%	1.849.831	17,4%	9,23

* Fonte: Estudo estatístico de Póvoa de Varzim, 2007.

2. Contexto institucional geral do estudo

O envelhecimento progressivo da população obriga a sociedade civil e o Estado a organizar-se e a criar condições para acudir o crescente número de idosos. As principais respostas perante o risco de minorização que os idosos necessitam são de dois tipos:

a) Saúde (hospitais, hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado);

b) Sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.). Estas, como já foi referido, quase todas geridas por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Um dos problemas actuais é a separação das duas vertentes. Como refere o Conselho Económico e Social (CES, 1994, p. 60):

Instituições com vocação social ou instituições com vocação médica? (...), sabemos que as fronteiras entre as duas se têm tornado cada vez mais ténues, devido à alteração da procura, os postulantes são cada vez mais velhos e, sobretudo, cada vez mais dependentes e frágeis.

Em caso de perda de autonomia física ou mental, os idosos ficam frequentemente fora de uma e de outra das instituições — no primeiro caso, porque a sua situação necessita um enquadramento de saúde demasiado pesado; no segundo caso, porque as instituições de saúde consideram que a sua situação não é urgente — e que podem ser remetidos para instituições sociais. As soluções desejáveis são, assim, as seguintes:

— Primeiro, a família. Isto é, a prestação de cuidados por parte do cônjuge, descendentes ou parentes colaterais, ou por parte de uma intervenção conjunta de vários membros da família;

— Segundo, os serviços ao domicílio, que são a prestação de serviços diversificados

(alimentação, higiene, tratamento de roupa, outros) por parte de profissionais ou voluntários especializados em casa do idoso;

— Terceiro, as instituições que oferecem uma prestação dos serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas. Este serviço pode ser prestado permanentemente (lares e residências) ou parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades para a terceira idade).

Há quem considera uma quarta via, que é a prestação de cuidados informais por parte dos vizinhos e/ou voluntários, uma solução ainda residual, embora para alguns idosos seja em alguns casos a única.

Os prestadores de cuidados formais (profissionais e/ou família) têm uma maior utilidade para as actividades da vida diária simples, enquanto os prestados de cuidados informais são uma mais valia para as actividades instrumentais (compras, lazer, passeios, etc.).

3. Contexto populacional na base do estudo

O quadro populacional considerado no estudo abrange as populações da Póvoa de Varzim, Norte de Portugal.

Os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas ocupam em média 8,5% da população activa na Póvoa de Varzim. O sector primário da região ocupa cerca de 9,5% (Quadro 4.)

Quadro 4.

Número de Empresas com sede no Conselho da Póvoa de Varzim

(*nota bene*: reporta o Quadro 5.1., INE, 2003).

Quadro 5.1: Número de Empresas com Sede no Concelho da Póvoa de Varzim, no Grande Porto, na Região Norte e em Portugal (31.12.2001)

CAE	Póvoa de Varzim		Grande Porto		Região Norte		Portugal	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Agricultura, produção animal, caça e silvicultura	745	12.0	3 215	2.6	20 362	6.0	87 241	7.9
Pesca								
Indústrias extractivas	3	0.0	45	0.0	721	0.2	2 062	0.2
Indústrias transformadoras	738	11.6	15 884	12.6	54 182	15.8	117 386	10.6
Produção e distribuição de electricidade, gás e água	2	0.0	32	0.0	131	0.0	372	0.0
Construção	818	12.8	14 800	11.7	48 978	14.3	187 597	16.9
Comércio por grosso e a retalho; reparação de veículos automóveis, motociclos e bens de uso pessoal e dom.	2 380	37.4	48 823	38.7	123 895	36.2	385 465	34.7
Alojamento e restauração (restaurantes e similares)	628	9.8	10 418	8.3	29 299	8.6	97 114	8.7
Transportes, armazenagem e comunicações	82	1.3	3 538	2.8	8 717	2.6	32 821	2.9
Actividades financeiras	190	2.9	5 735	4.5	11 547	3.3	37 556	3.4
Act. Imobiliárias, alugueres e serviços prest. às empresas	420	6.6	16 442	13.0	28 634	8.4	108 278	9.8
Administração pública, defesa e segurança social obrigatória								4.9
Educação								
Saúde e acção social	356	5.6	7 318	5.8	15 589	4.6	54 598	
Outras actividades de serviços colectivos, sociais e pessoais								
Famílias com empregados domésticos								
Organismos internacionais e outras inst. extra-territoriais								
TOTAL	6 362	100	126 250	100	342055	100	1 110 490	100

Fonte: Anuário Estatístico da Região Norte 2002, INE 2003

Relativamente às actividades piscatórias, existem ainda cerca de 770 residentes activos com emprego nas actividades relacionadas com o sector, concentrados nas freguesias de Póvoa de Varzim, Aver-o-Mar e Argivai.

Porém constata-se que a actividade se encontra em declínio (à semelhança do que vai acontecendo no país), reflectindo-se no decréscimo quer do número de pescadores matriculados (menos 300, correspondentes a 10%, nas capitánias da Póvoa de Varzim e Vila do Conde no período de 1995 a 2001), quer do número de embarcações. Consequentemente, assistiu-se no número de toneladas descarregadas, entre 1990 e 2001, a um decréscimo na ordem dos 58%, repercutindo-se nos rendimentos das famílias. No entanto, poder-se-á concluir que se mantém vivo um potencial a explorar, inclusivamente enquanto fileira capaz de se articular com o turismo e o lazer.

É este contexto sócio-económico que servirá de base ao estudo empírico. Foi com efeito necessário afunilar o estudo geral sobre velhice e minorização para abarcar um contexto especial, localizado em Portugal, que seja suficientemente delimitado para — dentro de uma coerência geográfico e institucional — verificar se determinadas medidas de apoio institucional tendem a vencer a minorização aparente inevitável de um grupo social.

PARTE II. APLICAÇÃO DO ESTUDO E ANÁLISE

Em Portugal, poucos são os estudos que apontam para a relevância de uma análise grupal da minorização fora dos grupos "clássicos" — minorias visíveis (grupos étnicos, religiosos ou linguísticos). Contudo, importa sublinhar a relevância da *metodologia* dos Estudos de Minorias para análise de outros grupos. Cita-se por exemplo o trabalho clássico de Cole (1994), sobre as pescadoras portuguesas, que serviu de inspiração a este estudo. Embora apontando para um campo diferente, definiu-se como objectivo geral de estudo a **compreensão da especificidade da minorização do idoso numa lógica grupal** (que assenta na degradação da qualidade de vida individual enquanto membro de um grupo, esta degradação passando pela própria degradação da imagem, práticas e vivência do grupo).

Analisa-se para o efeito — num primeiro tempo — *entrevistas gerais* de idosos institucionalizados, sem distinguir especificamente as suas especificidades grupais sócio-profissionais. Estas entrevistas serviram de pre-teste para a aplicação de entrevistas mais específicas, tomando em conta a pertença ao grupo ou classe dos pescadores, e realizadas num segundo tempo.

Num segundo tempo, com efeito, procedeu-se à realização de *entrevistas específicas*. Aplicadas ao grupo dos pescadores, permitiu delinear com mais precisão as consequências da minorização etária nesse grupo, e analisar igualmente o grau de diminuição desta minorização através da intervenção de instituições de apoio.

Capítulo 1. Entrevistas gerais

1. Objecto e metodologia de estudo

Foram igualmente definidos como objectivos específicos do estudo:

— Primeiro, identificar as **boas (ou más) práticas** nas actividades ocupacionais dos utentes idosos institucionalizados que permitem diminuir a minorização social;

— Segundo, identificar as **áreas de intervenção** para diminuir a minorização etária, e apontar as transformações em curso.

O estudo empírico realizado tem um duplo carácter: primeiro, trata-se de um estudo cariz qualitativo; segundo, trata-se de um estudo exploratório, sobretudo se considerar o âmbito e a dimensão do projecto de graduação. A entrevista exploratória é, neste caso, orientada e de natureza semi-estruturada.

Segundo Powney & Watts (*cit. in Hébert et al, 2005*), a entrevista pode não ser somente utilizada isoladamente ou em relação com outras técnicas, mas também se pode revestir de formas diversas. Existem várias formas de descrever e classificar os vários tipos de entrevista. A entrevista orientada para a resposta e entrevista orientada para a informação. A segunda visa circunscrever a percepção e o ponto de vista de um indivíduo ou grupo de indivíduos em dada situação. O entrevistado impõe o grau de estruturação. A entrevista orientada para a resposta caracteriza-se pelo facto de o entrevistador manter o controlo de todo o processo. Esta divide-se em estruturada ou semi-estruturada. O que difere da segunda para a primeira é a falta de importância dada a aparição das informações no desenvolvimento da mesma. Segundo Duarte (2004), as entrevistas são essenciais quando

se precisa de relatar práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, nos quais os conflitos e contradições não estejam explícitos.

Foi previamente elaborado um guião de entrevista (*cf.* Anexo). O guião está organizado em três unidades de análise fundamentais, sendo que a primeira é constituída apenas por questões de carácter sócio-demográfico dos entrevistados, constituída por perguntas de resposta aberta. A segunda parte refere-se às actividades ocupacionais na Instituição e é constituída por quatro perguntas de respostas abertas. No que concerne à terceira parte o entrevistado é questionado sobre o papel da instituição no que diz respeito às actividades de bem-estar.

Como indicam os autores utilizados para a preparação do estudo (Quivy & Campenhoudt, 1992), é lícito, no caso deste tipo de estudo, aplicar entrevistas a um público potencial de um futuro estudo aprofundado. Este tipo de público pode ser em número bastante pequeno, não sendo o número de pessoas entrevistadas o elemento decisivo, mas sim a profundidade do discurso em si, ou do processo que conduziu aos mesmos (Goldenberg, 2007).

As entrevistas foram aplicadas a quatro utentes do lar da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim. Antes da aplicação de cada entrevista foi explicado a cada participante os objectivos deste trabalho e a importância da participação destes neste estudo. Os utentes foram contactados previamente pela Directora técnica do Serviço.

Todas as entrevistas foram gravadas em suporte áudio com o consentimento dos entrevistados, tendo a duração média de 1 (uma) hora, sendo posteriormente transcritas na totalidade para prosseguir com a análise do conteúdo. Foi garantido aos participantes a confidencialidade e o anonimato de todas as respostas dadas.

2. Aplicação e análise do instrumento

A aplicação das entrevistas foi realizada no lar da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, local este onde os entrevistados se encontram alojados. Iniciar-se-á este capítulo com uma breve caracterização da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim e em seguida será abordada a metodologia de investigação escolhida, nomeadamente o recurso à entrevista, e a respectiva análise das mesmas.

A Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim foi fundada em 1756 inicialmente como igreja e mais tarde como Hospital². Hoje em dia, a actividade deste instituição centra – se sobretudo em dois pontos: Doentes de Paramiloidose e Terceira idade.

É uma instituição particular de Solidariedade social (IPSS) e possui as seguintes valências:

- Lar de grandes dependentes;
- Lar de idosos;
- Pensionato;
- Centro de dia de idosos;
- Centro de estudo de apoio a Paramiloidose (CEAP);

² Informação recolhida através de entrevista na Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim. Dados avulsos sobre esta instituição estão disponíveis em: http://www.pai.pt/instituicoes-humanitarias/santa-casa-da-misericordia-da-povo-de-varzim/y:pt_71108360_9999_12__1.html. Igualmente: <http://www.cm-pvarzim.pt/municipio/associacoes/associacoes-do-concelho-1/povo-de-varzim/santa-casa-da-misericordia>.

— Apoio domiciliário;

— Doentes continuados.

Os critérios de internamento destes utentes passa pela necessidade de acompanhamento, tratamento e cuidados continuados de médico/enfermagem, apoio social e psicológico e apoio financeiro uma vez que, ou não possuem suporte familiar ou a família apresenta carências a este nível.

3. Caracterização sócio-demográficas dos participantes

A nossa amostra é constituída por quatro utentes do lar da Santa Casa de Misericórdia. A tabela a seguir oferece um resumo da situação sócio-demográfica dos entrevistados:

Quadro 5. Entrevistados (entrevistas gerais)

<i>Número de entrevistado</i>	<i>Idade</i>	<i>Género</i>	<i>Habilitações literárias</i>	<i>Profissão</i>	<i>Anos na instituição</i>
1	82 Anos	F	3.º ano (antigo Liceu)	Secretaria	3 Anos
2	89 Anos	M	12.º ano	Funcionário escritório	8 Anos
3	64 Anos	F	Sem estudos	Domestica	6 anos
4	84 Anos	F	Sem estudos	Cozinheira, parteira, agricultora	16 Anos

Deixa-se aqui uma nota sobre as limitações ocorridas nesta pesquisa. Inicialmente, a amostra de entrevistas previstas era maior, no entanto, surgiu algum constrangimento por parte dos utentes em participar nas entrevistas.

Estes constrangimentos devem ser respeitados, como parte integrante do processo ético de condição de um estudo desta natureza. Considera-se que o número reduzido de participantes não constitui nenhum obstáculo para uma análise válida de resultados (*cf. supra*).

4. Análise dos resultados das entrevistas

Passar-se-á de seguida à análise das respostas dadas pelos entrevistados, dividindo a mesma em subcategorias existentes no guião pré-estabelecido, de forma a responder ao objectivo principal. Note-se que, na análise realizada, foi tomado em consideração o discurso e as informações transmitidas através do mesmo nas entrevistas, e não o processo evolutivo da própria entrevista — perspectiva que poderá ser explorada num estudo mais aprofundado.

4.1. Actividades ocupacionais na instituição

Numa primeira categoria, as actividades ocupacionais na instituição, ira abordar-se quatro sub-categorias: quais as actividades que tem por semana, quantas vezes por semana, qual é que mais gosta e porquê, sugestões de actividade para a instituição.

— **Primeira sub-categoria:** Quais as actividades que tem por semana?

Ao realizar as entrevista foi possível constatar que os utentes têm as semanas bem preenchidas com uma variedade de actividades razoável. Estas actividades podem ser divididas em dois grupos: as actividades semanais como por exemplo: a ginástica; a ida a missa; o rezar o terço; a leitura; o concerto de acordeão; a Boccia. Por outro lado, existe as chamadas actividades extraordinárias: todas as comemorações de calendário: Natal; Páscoa; Dia do Pai; Dia da Mãe; Dia do Idoso, os feriados municipais; as festas locais, passeios para outras localidades, lanches.

“ (...) Eu gosto de participar em tudo! Faço boccia, e vou ao campeonato. Também faço bicicleta e o puxar dos braços. Quando há teatro vou sempre, ...”
(Utente 1).

“Quando entrei no lar participava em algumas actividades. Agora não me dá para isso. Só gosto de Boccia e participar no campeonato. De resto, gosto mesmo é de caminhar...chego a caminhar 3 horas por dia.” (Utente 2).

“Não gosto muito de fazer actividades, mas tenho que andar pelo menos 10 minutos por dia na bicicleta, mas não gosto. Às vezes dá-me para ir aos passeios, mas quando é para subir ou assim, não vou, custa-me muito.” (Utente 3).

“Não me agrada muito sair. Gosto de ficar no meu quarto e ler, tenho muitos livros. Sempre que há ginástica, faço. Todos os dias vou rezar o terço a Nossa Senhora.” (Utente 4).

— **Segunda sub-categoria:** Quantas vezes por semana?

Os utentes entrevistados participam em media, em quatro actividades por semana. Neste caso, não foram especificadas quais as actividades em que se envolveram.

— **Terceira sub-categoria:** Qual actividade que mais gosta e porquê?

Quando questionados sobre a actividade que mais gostam, os utentes entrevistados revelam ter gostos variados e diferentes uns dos outros.

“Eu gosto de participar em tudo. Assim estou ocupada e o tempo passa rápido. O que eu mais gosto é das festas, que assim a gente ri-se um bocado.” (Utente 1).

“Eu gosto mesmo é de caminhar (...) Aqui em casa? só gosto de Boccia.” (Utente 2).

“Para mim o melhor é a festa dos Santos, o S. Martinho, o S. Pedro...porque a gente come e dança uns com os outros.” (Utente 3).

“Eu quero é sossego. Fico no quarto a ler muito tempo, (...) todos os dias de manhã vou a capela rezar e depois do almoço vou rezar o terço.” (Utente 4).

— **Quarta sub-categoria:** Sugestão de actividade para a instituição.

Curiosamente, dos quatro entrevistados do lar, nenhum deles achou que se poderia fazer mais alguma actividade. Todos acham que a instituição consegue promover um lote de passatempos bastante diversificado e abrangente.

“Eu já faço de tudo menina (...) Não há tempo para mais actividades...senão não vejo televisão” (Utente 1).

“Para mim não é preciso mais actividades, quero é passear.” (Utente 2).

“Mais actividades? Não sei...acho que não é preciso, já tem muitas.” (Utente 3).

“Eu não ligo muito as actividades, sabe (...) para mim, os jogos que existem são mais que suficientes.” (Utente 4).

4.2. Medidas institucionais contra a minorização

Nesta segunda categoria, é feita uma avaliação do papel da instituição e da sua influência sobre o funcionamento das actividades ocupacionais realizadas na mesma.

— **Primeira sub-categoria:** Qualidades do interveniente.

As opiniões dos entrevistados sobre esta temática tornam-se homogéneas. O interveniente na melhoria dos seus cuidados deve ser uma pessoa compreensiva, preocupada, carinhosa, amiga e próxima dos problemas dos utentes.

“Gosto muito dela. Faz-nos sempre as vontades quando precisamos. O outro dia, senti-me triste porque me mudaram de quarto. Tinha um guarda-fato muito pequeno, ..., quando pedi a Dr^a para ter um guarda-fato com gaveta fechada ela arranjou-me.” (Utente 1).

“Eu gosto da senhora, é boa pessoa, mas nunca lhe pedi nada. Eu sei que ela ajuda e preocupa-se connosco.” (Utente 2).

“Ela é tão boa pessoa. É nossa mãe. Esta sempre a perguntar se está tudo bem, se não preciso de nada.” (Utente 3).

“A Dr^a é substituta da minha filha, não me levem a mal, filha só há uma...é. Mas é muito minha amiga, e manda as minhas cartas para minha filha e dá-me as cartas que a minha filha manda.” (Utente 4).

— **Segunda sub-categoria:** O papel da assistência dentro da instituição.

Segundo os entrevistados, o pessoal da instituição, e em particular o assistente social (mas podia ser outro tipo de profissional) tem aqui o papel de protectora dos utentes, de tutora. Quando tem algum problema com outros utentes ou mesmo com funcionários da instituição é a ela que recorrem. Evocam também o facto de muitas vezes quem os assiste servir de ponte entre eles e a família.

“A Dr^a trata de nós e das nossas coisas. Ainda outro dia chatee-me com X porque me roubou um chapéu que tinha na cama e a Dr^a ajudou-me.” (Utente 1).

“O papel da assistente aqui é ver se ninguém precisa de nada, e ela vai connosco aos jantares e aos passeios. É ela que manda e diz o que esta bem e o que esta mal. Está a sempre a dizer para participar nas coisas, para nos manter activos.” (Utente 2).

“A Dr^a preocupa-se muito connosco e ela tem de cuidar de nós, ver se está tudo bem, quando não está pergunta o que se passa e tenta resolver (...). Ela toma conta da nossa medicação quando vamos para fora e pergunta às enfermeiras se estamos bem...” (Utente 3).

“Ela tenta ajudar-nos, quando precisamos de alguma coisa podemos pedir a ela (...) No Natal (...) a minha filha manda o postal para aqui e pede a ela para comprar a minha prenda como se fosse ela e depois a minha filha dá - lhe o dinheiro.” (Utente 4).

— **Terceira sub-categoria:** Participação externa nas actividades.

A resposta a esta última pergunta da entrevista por parte dos utentes foi unânime: quem os assiste deve participar nas actividades por ela dirigida, deve estar presente não só para coordenar a mesma mas também para o caso de algum utente precisar de apoio.

“Sim, a Dr^a assiste a tudo, costuma sempre ir connosco.” (Utente 1).

“Eu nunca vou aos passeios mas ela vai sempre. É normal que vá, porque as pessoas podem precisar dela.” (Utente 2).

“A Dr^a? Sim tem que ir para onde vamos, ela é que diz o que devemos fazer, para onde vamos, o que temos de levar quando vamos passear. Aqui quando estamos na ginástica, ela fala com a Dr^a Y (animadora social) para ver como estamos.” (Utente 3).

“Sim, a Dr^a vai sempre onde vamos, e até costuma tirar fotografias, que depois manda para minha filha. Quando fazem teatro e festas ela esta sempre presente.” (Utente 4).

Capítulo 2. Entrevistas específicas

Definimos como objectivo geral destas entrevistas específicas o afunilamento da análise a algumas das pessoas pertencentes à população de pescadores idosos da Póvoa de Varzim institucionalizados na instituição previamente estudada – a Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim.

Os objectivos específicos do estudo foram essencialmente dois:

— Primeiro, identificar qual a **posição destas pessoas na Instituição**, retomando em particular o primeiro dos objectivos de anterior entrevista (**boas (ou más) práticas** nas actividades ocupacionais dos utentes idosos institucionalizados que permitem diminuir a minorização social; existência de **áreas de intervenção** para diminuir a minorização etária, e transformações em curso);

— Segundo, identificar o grau de minorização **destas pessoas**, retomando em particular o segundo dos objectivos de anterior entrevista (existência de **áreas de intervenção** para diminuir a minorização etária, e a realidade destas intervenções para essas pessoas).

O estudo empírico realizado tem um duplo carácter: primeiro, trata-se de um estudo cariz qualitativo; segundo, trata-se de um estudo exploratório. A entrevista exploratória é, neste caso, orientada e de natureza semi-estruturada.

Foi previamente elaborado um guião de entrevista (*cf.* Anexo). O guião está organizado em três unidades de análise fundamentais, sendo que a primeira é constituída apenas por questões de carácter sócio-demográfico dos entrevistados, constituída por perguntas de resposta aberta.

A segunda parte refere-se à classe piscatória como um grupo minorizado (minoría social) e é constituída por três perguntas de respostas abertas. No que concerne à terceira parte o entrevistado é questionado sobre o seu lugar na instituição e adaptação às suas características.

As entrevistas foram aplicadas a três utentes de valências diferentes da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim. Antes da aplicação de cada entrevista foi explicado a cada participante os objectivos deste trabalho e a importância da participação destes neste estudo. Os utentes foram contactados previamente pela Directora técnica do Serviço.

Todas as entrevistas foram gravadas em suporte áudio, com o consentimento dos entrevistados, tendo a duração média de uma hora, sendo posteriormente transcritas na totalidade para prosseguir com a análise do conteúdo. Foi garantido aos participantes a confidencialidade e o anonimato de todas as respostas dadas.

1. Aplicação e análise do instrumento

Este estudo foi realizado na Instituição da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim, local este em que os entrevistados estão a usufruir das várias valências existentes, tal como o Centro da dia, Lar de idosos, e Apoio domiciliário.

1.1. Caracterização sócio-demográficas dos participantes

A nossa amostra é constituída por três utentes da Santa Casa de Misericórdia da Póvoa de Varzim. A tabela a seguir oferece um resumo da situação sócio-demográfica dos entrevistados:

Quadro 6. Entrevistados (entrevistas específicas)

<i>Número de entrevistado</i>	<i>Idade</i>	<i>Género</i>	<i>Habilitações literárias</i>	<i>Profissão</i>	<i>Anos na instituição</i>
<i>1</i>	70 Anos	F	-	Vendedora peixe	1 Ano
<i>2</i>	66 Anos	F	4ª Classe	Conserveira	8 Anos
<i>3</i>	89 Anos	F	3ª Classe	Vendedora de peixe	6 Meses

1.2. Análise dos resultados das entrevistas

Passar-se-á de seguida à análise das respostas dadas pelos entrevistados, dividindo a mesma em subcategorias existentes no guião pré-estabelecido, de forma a responder ao objectivo principal.

1.2.1. Primeira Unidade: Classe piscatória na sociedade

Numa primeira categoria, Classe piscatória na sociedade (na actualidade), irá abordar-se três sub-categorias: A percepção da classe piscatória na actualidade, a descrição da relação com a mesma classe e se acha que se tornou uma minoria social.

— **Primeira sub-categoria:** Como vê a classe piscatória na actualidade?

Todos os utentes concordam em afirmar que na actualidade a profissão que caracteriza a sua minoria tornou-se mais fácil, nomeadamente graças às novas tecnologias, o que de certa forma os distingue dado os tempos difíceis que passaram.

“Hoje em dia as coisas são mais fáceis menina. Antigamente a gente tinha uma vida muito dura, tínhamos de vender o peixe da lota para o mercado de venda ao ar livre, a vender pelas aldeias da Póvoa, e maior parte das vezes a pé sabe, porque os homens que mandavam no comboio, não permitiam os cabazes de peixe porque vertiam líquidos! Agora não é preciso tanta coisa, a gente fica no mercado a vender, e mesmo os que estão no mar têm a vida facilitada, as máquinas e isso, é diferente.” (Utente 1)

“É muito diferente, antigamente as mulheres até varavam os barcos com os homens... como eu fiz muitas vezes pois. Hoje basta ir a lota e vender aos fregueses. Mas não é fácil, muito boa gente morreu, e mesmo estes dias ando sempre com o coração nas mãos. Mas tem de ser não é...a gente se quer alguma coisinha tem de andar nesta vida.” (Utente 2)

“A nossa gente agora está muito chique... (risos) ... É muita vaidade, mesmo com os barcos, quem tem melhor e quem ganha muito também gasta muito, aí não! Antigamente, para podermos sobreviver tínhamos de vender muita pescada e mesmo assim as vezes mal dava para os gastos. Mas esta gente agora só quer coisa boa.” (Utente 3)

— **Segunda sub-categoria** – Como descreve a sua relação com a classe piscatória?

Nesta pergunta, as utentes responderam no sentido de uma diminuição das pessoas que fazem parte da classe piscatória, relacionando o facto ao acesso ao ensino amplificado.

Eu ‘tou na pesca desde que me conheço menina, é a minha vida. Comecei logo de pequena, não queria nada com a escola, queria era andar a vender peixe aos banhistas. O meu peixe era de confiança! Depois de moça conheci o meu homem, que era pescador, por isso ta a ver...” (Utente 1)

“É boa, claro, e mais hoje em dia, porque a vida tá mais fácil e já não há tanta miséria. Mas também por outro lado, cada vez há menos pessoas a trabalhar, porque hoje toda a gente quer estudar e isto não está fácil, com a crise e tudo...E o mar é perigoso, e tá-se muito tempo fora.” (Utente 2)

“Oh bem, eu faço parte desta classe não é verdade, e portanto mal era se não gostasse da minha gente.” (Utente 3)

— **Terceira sub-categoria** – Acha que a classe piscatória se tornou uma minoria social?

As utentes concordam com a afirmação colocada. Relativamente à classe piscatória como minoria social, relacionam o mesmo com o facto de serem cada vez menos as pessoas que optam por esta profissão assim como a este modo de vida.

“Não sei menina, quer-se dizer, há cada vez menos homens no mar, e por isso somos poucos agora em relação a dantes.” (Utente 1)

“Não percebi. Sim...Os mais velhos morrem e os mais novos fogem, não querem esta vida, agora ninguém quer, e pronto.” (Utente 2)

“É claro, o governo não quer saber, estão-nos a cortar tudo, e mais agora que precisamos. A pesca sempre foi para os duros, era tudo feito a mão. Agora com as modernices e tudo há menos gente com emprego e mesmo assim ninguém faz nada. Temos que desenrascar-nos sozinhos”. (Utente 3)

1.2.2. Segunda Unidade: Classe piscatória como minoria social na Instituição

— **Primeira sub-categoria:** Considera que existe minorias sociais na sua instituição?

Apesar de uma das utentes não considerar, as outras duas pessoas interrogadas declaram afirmativa a resposta a pergunta colocada.

“Acho que sim, há sempre grupos.” (Utente 1)

“Há sempre, porque nós estamos aqui em baixo mas também há as de cima.”
(Utente 2)

“Acho que não, não sei...Aqui somos todos iguais.” (Utente 3)

— **Segunda sub-categoria:** Considera-se como membro de uma minoria social na sua instituição?

Novamente, a utente 3 não se considera como fazendo parte de uma minoria social na sua instituição, as utentes 1 e 2 já revelam um sentimento de diferença dentro da mesma instituição.

“Sim também faço parte de um grupo de pessoas com quem me dou melhor não é, há pessoas com quem não nos damos, mas é mesmo assim.” (Utente 1)

“Eu faço parte das de baixo menina, mas não me posso queixar, há quem esteja pior.” (Utente 2)

“Não, mas não digo a ninguém que me ajudam, porque a nossa gente tem filhos é para cuidar dos pais, mas quem eu contava que cuidasse de mim morreu

cedo, como a menina sabe, e os outros, agora que sou pobre, não querem saber de mim. Quando os filhos não querem saber é uma vergonha para nós.” (Utente 3)

— **Terceira sub-categoria:** Que hábito a sua instituição deveria adaptar às características da sua minoria?

Em geral as utentes sugerem opções relacionadas com a sua cultura.

“Eu acho muitas vezes que se devia fazer missas pelos nossos homens que morreram no mar, mas não sei se isto é daqui, é mais da igreja acho eu...” (Utente 1)

“Hábitos, não sei...talvez fazemos um grupo folclórico ou convívios para reunir as pessoas desta nossa vida.” (Utente 2)

“Està muito bem assim, ajuda muita boa gente, se não fosse a misericórdia, muitas pessoas não tinham como fazer vida.” (Utente 3)

2. Reflexão sobre os resultados

A análise documentada sobre a pesca em Portugal resulta de um conjunto particular de condições ambientais. A comunidade em estudo estende-se desde a Póvoa de Varzim litoral até ao lugar Caxinas, em Vila do Conde, ao longo da costa do Atlântico e, ainda hoje, a faina da pesca ocupa parte dos homens desta zona.

Esta região é demarcada por extremos, pescadores muito ricos, ou seja, os Mestres donos dos barcos, com boas habitações, e os muito pobres, que vivem mal, com trabalho

eventual, dependendo muitas vezes do que ganham na pesca, quando as condições atmosféricas assim o permitem. Ainda residem nas “ilhas”, casas muito pequenas, dentro de um pátio, com entrada e sanitário comum, hoje, em vias de extinção, mas mantêm-se as fileiras de casas de pequenas dimensões, térreas, lado a lado, de azulejo, onde vulgarmente na entrada se compõem as redes em convívio familiar.

A pesca dividia-se em três grupos: lanchões (...), o fidalgo da tribo, (...) Rasqueiros-sardinheiros (...) eram como nossos burgueses: remediados uns, vivendo mais mal outros, (...) pescadores de linha (...) eram a plebe (...) viviam quase sempre na miséria (...) (Santos Graça, 2005, p. 64).

Nestas comunidades, o trabalho das mulheres em terra é indispensável e dá às mulheres um controlo da economia da casa. As inquiridas eram responsáveis pela venda do peixe, pelos ganhos e gastos familiares e pelo equilíbrio económico familiar.

A mulher era como a banqueira da família. Era ela que governava a casa. Quando o homem lhe pedia uma onça de tabaco, muitas vezes, só lhe era cedida meia, pois o orçamento familiar não dava para mais (Vila Cova, 2008).

Hoje com a escolaridade obrigatória, com os cursos de formação profissional, melhores embarcações, melhores condições socioeconómicas, criadas pelo abate de embarcações menos seguras, pelos subsídios de vida, muitos dos homens partiram para outras frotas pesqueira, Espanha, Noruega, Antárctica e Costa Africana. Com a melhoria das condições, as mulheres continuam a olhar para a pesca, porém de outra forma, em “terra” esperando os maridos, gerindo o lar e a vida pessoal. Apesar de ser maioritariamente relacionado com homens, a faina da pesca também era abordado por mulheres valentes que muitas vezes tomaram embarcações durante a noite para mais alguma pesca.

As mulheres caxineiras eram um exemplo dessa valentia. E demonstravam-no quando, à noite, tripulando pequenos barcos iam para a pesca (...) tinham que defrontar a ira do mar e faziam-no com muita valentia (Vila Cova, 2008).

Além disso, nos casos em estudo na terceira idade, as mulheres, novas, faziam parte activa da classe piscatória, recolhiam os barcos, as redes, vendiam directamente no cais, até transportavam a mercadoria para vender pelas aldeias, além de todas as lides da casa e dos filhos, mal sobrava tempo.

Ser pescador é, não só dedicar-se à arte da pesca, mas também pertencer a um espaço, a uma rede de parentesco, onde as ligações afectivas confirmam relações profissionais (...) (Mano, 2008, p.1).

As famílias de pescadores eram muito numerosas. As famílias actuais da pesca têm menos filho e os mais novos têm por vezes outra maneira de pensar, muitos já não querem o trabalho do mar, outros não querem estudar ou por vezes não tem recursos para o fazer, e procuram emprego nas cidades mais próximas.

(...) As famílias cuja principal actividade e fonte de rendimentos é a pesca artesanal (...) são cada vez em menor número. Esta diminuição relaciona-se certamente com a própria crise económica que se vive no nosso sector das pescas (...) (Cachadinha, 2008, p. 3).

(...) filhos e filhas, sendo ambos objecto de grande investimento afectivo e de grande vigilância. Estes sinais de aburguesamento são visíveis na maneira como os filhos desta geração se apresenta vestida, que já não revela qualquer diferença em relação aos filhos da classe média, e no cuidado no acompanhamento no seu percurso escolar (Trindade, 2008, p.2).

Os *antigos* sentem-se um pouco perdidos numa era em que os costumes e as tradições se vão desvanecendo à medida do desaparecimento dos que viveram *outros tempos*. No caso deste estudo, as mulheres da classe piscatória que se encontram institucionalizadas são muito poucas. Na SCMPV, foram enumeradas oito utentes que fazem parte integrante desta minoria. As mulheres de pescadores são frequentemente institucionalizadas por não terem filhos, e nesse caso não tem quem cuida delas, ou têm filhos e estes comprometem-se a olhar pela mãe, mesmo tendo que recorrer ao apoio domiciliário, que é o serviço mais

utilizado nesta classe social. Também pode acontecer que tenham filhos, com os quais mantêm conflitos, e nesse caso, tenham de ser institucionalizadas para receber os devidos cuidados. É de referir que os casos tratados neste estudo, ou seja, institucionalizados, pertencem a uma faixa económica baixa, como é possível verificar por certas respostas citadas pelas utentes. “A comunidade piscatória forma um todo coeso e identificado” (Mano, 2008, p.12).

3. Pistas para melhorias

Seria essencial, para evitar uma estratificação social visível nos grupos idosos — e neste caso no grupo dos pescadores — um maior contacto entre os diversos grupos sociais. Isso pode ser realizado de uma forma simples, através do voluntariado.

O voluntariado por parte dos idosos é uma forma valiosa de valorizar o envelhecimento, na medida em que o seu contributo passa pela partilha da experiência de vida, competência, sabedoria e calor humano a outras gerações.

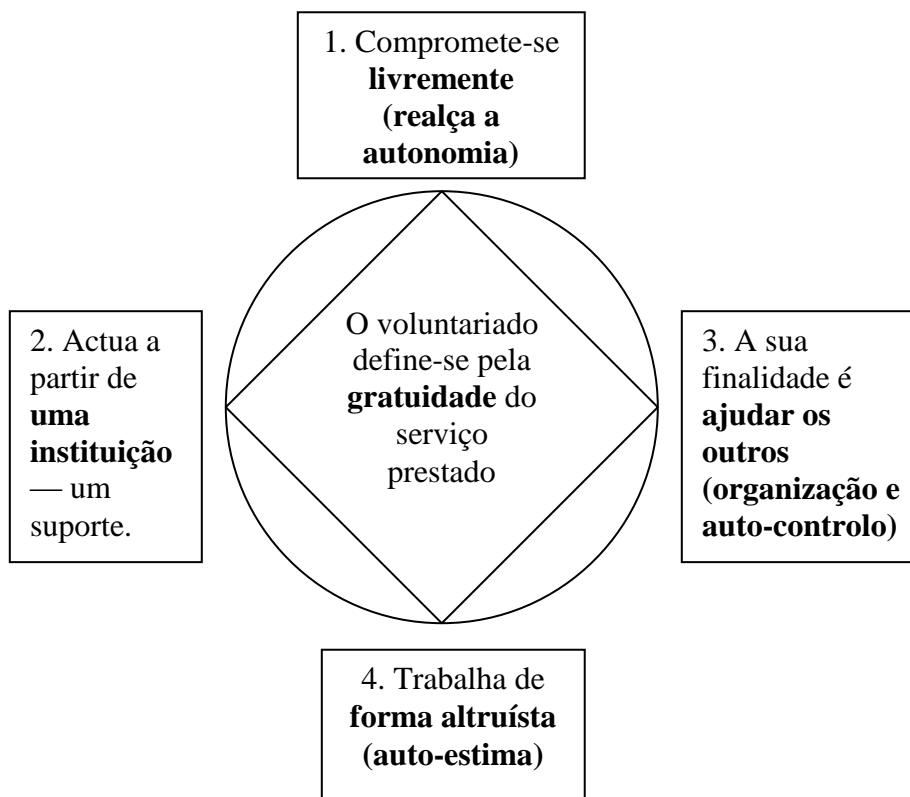
Os voluntários, de acordo com o *Guia do Voluntário*, estiveram sempre presentes nas sociedades, em particular em Portugal (Renes *et al.*, 1996). Durante anos a sua actuação foi entendida como um modo de remediar às insuficiências dos apoios familiares e institucionais. Hoje, o voluntariado aparece como uma participação cívica alternativa. Contribui para:

- O bem-estar do próprio e da comunidade;
- A qualidade de vida do próprio e dos outros;
- Ajudar a modificar e erradicar as causas da pobreza e da marginalização social;

— Fazer próximos os problemas da comunidade.

Nas sociedades europeias actuais, reconhece-se que o voluntariado tem um espaço próprio de actuação, numa linha de complementaridade do trabalho profissional e da actuação das instituições. Mais, o voluntariado permite promover uma mudança estrutural, uma mudança de paradigma em curso na sociedade laboral em específico (Méda, 2007). No idoso, permite o desenvolvimento de quatro facetas, evitando uma minorização por efeito de contra-balançar de uma e outras das facetas (*cf.* Quadro 7).

Quadro 7. O voluntariado no idoso. Fonte: Renes *et al.*, 1996.



A acção do voluntariado, sendo uma colaboração desinteressada em benefício de uma ou várias pessoas ou de grupos, passa sempre pela conquista de uma relação social que

permite o desenvolvimento do potencial humano, e permite a manutenção da inteligência interpessoal e emocional.

O voluntariado dos idosos e com os idosos de determinado grupo cultural ou social implica assim um maior conhecimento do grupo, e das necessidades da pessoa.

CONCLUSÃO

Um trabalho de investigação passa por um processo evolutivo complexo. No presente estudo começamos por explorar e descobrir algumas referências teóricas no sentido de melhor compreendermos a problemática e as questões relativas aos séniores institucionalizados, lembrando as características da idade avançada.

Os estudos de campo confirmaram o papel essencial que determinadas instituições, com determinadas características — em particular a ligação entre o social e a saúde, mas igualmente a originalidade do programa de actividades — têm na luta contra a minorização do idoso. Nesta pesquisa, tentou-se averiguar qual a perspectiva de alguns utentes de uma IPSS (a Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Varzim), interrogando sobre as actividades exercidas e o papel da instituição para o seu bem-estar.

Notou-se que, dadas as suas características do grupo de idosos estudado, todos os pescadores reagem perante a velhice de uma forma específica:

On semble croire que la plupart des aînés des communautés ethniques minoritaires sont pris en charge par les membres de leur famille et que ces communautés « s'occupent des leurs ». Même s'il reste beaucoup à apprendre sur l'ethnicité et les modèles de prestation de soutien familial aux parents âgés, nous savons que le fait que certaines familles habitent dans la même maison facilite le soutien, mais il semble que l'ampleur du soutien familial varie beaucoup. Même si on présume souvent que les normes culturelles sont la raison principale qui pousse les familles à habiter ensemble, il s'agit simplement, dans beaucoup de cas, d'une nécessité économique (Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge, 2005, p. 15).

Culturalmente, parece ser honroso tratar dos pais, dentro da classe piscatória. Além de muitas vezes ser uma necessidade económica, é antes de mais quase uma obrigatoriedade tratar dos pais, quem não o faz é mal visto, sendo considerado como uma desonra

abandonar os pais ou até mesmo deixá-los ao cuidado de uma instituição. Apesar de acreditarem que as instituições possam cuidar adequadamente dos pais, a classe piscatória considera que este acto é o ultimo recurso a adoptar.

Os idosos institucionalizados entrevistados têm no seu geral uma opinião positiva acerca da instituição que lhes presta cuidados, sem os quais não teriam apoio para ter um mínimo de auxílio, quer porque perdeu a família mais próxima, porque foi abandonado pelos filhos ou quando não há mesmo qualquer hipótese de ficar com o pai ou mãe durante o dia, utilizando o centro de dia.

Tal como pode ser considerada hoje em dia, a classe piscatória encontra-se numa situação de minorização dentro da minorização: para os que ficam institucionalizados, a situação de institucionalização denota uma ruptura com a sua pertença de classe — não é normal ficar institucionalizado para as pessoas ligadas aos pescadores, na Póvoa de Varzim.

Ao elaborar esta dissertação e, nomeadamente:

— Em primeiro lugar, foi difícil encontrar utentes dispostos a falar. Os utentes que aceitaram participar nas entrevistas respondiam às perguntas de forma vaga o que complicava a análise do conteúdo, apesar de serem bastante afáveis. A própria rede familiar era relutante em relação à exposição dos pais, pois ao mesmo tempo expunha as suas histórias familiares. Conforme destacado anteriormente, devido a minoria de utentes da classe piscatória na instituição, a amostra foi diminuta;

— Em segundo lugar, importaria levar o estudo mais longe, interrogando as famílias, os vizinhos, bem como outras instituições (Igrejas, etc.) sobre as suas posições acerca da minorização da população idosa de origem piscatória. Este aspecto está presente em negativo no estudo, mas precisa de ser aprofundado no âmbito de um estudo complementar.

BIBLIOGRAFIA

Beauvoir, Simone de (1970). *A Velhice* (entrevista) <http://www.simonebeauvoir.kit.net/index.htm>. (Consultado em 15/05/2009).

Berger, S. B., (2003). *O desenvolvimento da pessoa, da infância à terceira idade*. 5ª Edição, livros técnicos e científicos: Editora SA.

Busse, E.W. (1987). Primary and secondary aging. In: G.L. Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer.

Cachadinha, M. (2008). Mudanças familiares e educativas no Meio Rural, III Congresso Português de Sociologia. Disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR492ec59172c81_1.pdf (Consultado em 05-01-2011).

Cardoso de Oliveira, C. (2006). Otimizando a qualidade de vida das pessoas idosas Institucionalizadas, *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 6, dez. <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1035/814>. (Consultado em 15/05/2009).

Cole, S. (1994). *Mulheres da praia*, Lisboa: Publicações D. Quixote.

Conseil Consultatif National sur le Troisième Âge (Canada)(2005), *Ânés en marge - Les ânés des minorités ethnoculturelles*, Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux.

Conselho Económico e Social (CES) (Portugal) (2004). *Responsabilidade Familiar pelos dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*, Lisboa: CES.

Correia, J., M., (2003). *Introdução a Gerontologia*, Lisboa: Universidade Aberta.

Duarte, R. (2004). *Entrevistas em pesquisas qualitativas* [em linha]. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/viewFile/2216/1859> (Consultado em 05/07/2009).

Epicure (1987). *Lettres et maximes*, Paris: Presses Universitaires de France.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*, Lisboa: Climepsi.

Goldenberg, M. (2007). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record.

Guillemard, A. M. (1986). *Le déclin du social, formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris : Presses Universitaires de France.

Hébert, M.L. *et al.* (2005). *Investigação qualitativa-fundamentos e práticas*, 2ª edição, Lisboa: Instituto Piaget.

INE (Instituto Nacional de Estatísticas) (2009). <http://www.ine.pt> (Consultado em 10 de Junho de 2010).

INE (Instituto Nacional de Estatísticas) (2005). <http://www.ine.pt> (Consultado em 10 de Junho de 2010).

INE (Instituto Nacional de Estatísticas) (2003), *Recenseamento Geral da População e Habitação*, 2001.

Imaginário, C. (2008) *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasou.

International Social Security Association (2007). *Good Practices in Social Security*, <http://www.issa.int/aiss/content/download/71851/1337694/file/2MexicoISSSTE2.pdf>.
(Consultado em 10/05/2009).

Karolinska Institutet (2009) <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=13903&a=30148&l=en>.
(Consultado em 11/06/2009).

Lopes Martins, R.M. (2009). *Envelhecimento e políticas sociais*, Relatório n. 32, Fevereiro, Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/408> (Consultado a 05/05/2011).

Mano, M.P.L. (2008). Ser pescador: uma identidade social e familiar. Práticas e processos da mudança social, III Congresso português da Sociologia. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR492ed3ba07541_1.pdf (Consultado em 05/01/2011).

Marchand, Helena d'Orey (2005). *A Idade da Sabedoria – Maturidade e Envelhecimento*, Porto: Âmbar.

Méda, D. (2007). *Le travail*. Col. Que sais-je?, Paris: Presses Universitaires de France.

Ministério da Saúde (2000). *Conservar-se em forma na idade avançada*, 3ª ed., Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Negreiros, Marcelus Motta (2006). Proposta de Prontuário para as Equipes de Saúde da Família. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 72, p. 220-221.

Netto, M. *et al.* (2002). *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and quality of life in health care: Towards a theory of happiness – a subjective notion of quality of life*. Dordrecht: Kluwer.

Nunes, Belina (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: Lidel Edições

Oliveira, B. (2008), *Psicologia do envelhecimento e do idoso*, Porto: Livpsic.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2006). *Boletim epidemiológico Aids*. Disponível em: <www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol-dezembro-2002/tabela3.asp>. (Consultado em 10 de Maio de 2011).

Parente, M. A. M *et al.* (2006). *Cognição e envelhecimento*, São Paulo: Artmed editora.

Quivy, R., Campenhoudt, L. Van (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Renes, E. *et al.* (1996). *El Voluntariado Social*. Madrid: CCS.

Santos Graça. A. (2005). *O poveiro*. 5ª Edição, Lisboa: Publicações D. Quixote.

Segalen, M. (1996). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.

Sousa, L. *et al.* (2006). *Envelhecer em família*, Lisboa: Âmbar.

Trindade, J.M. (2008). Os miúdos da praia: Etnopsicologia da infância piscatória. Centro de Investigação de Identidades e Diversidades do Instituto Politécnico de Leiria. Disponível em <http://anae.biz/rae/wp-content/uploads/2008/08/etnopsicologia-da-infancia-piscatoria.pdf> (Consultado em 23/03/2011).

Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.

Vicente, A. *et al.* (2005). *Manual de Boas Práticas*, Lisboa: Instituto Segurança Social.

Vila Cova, José (2008). *Caxinas: a minha terra e a minha gente*. Póvoa de Varzim, CMVC.

ANEXO

Guião de entrevistas (entrevistas específicas)

Guião de entrevista:

1º Unidade – Caracterização sócio-demográfica

- Idade
- Sexo
- Habilitações literárias
- Profissão
- Tempo na instituição

2º Unidade - Classe piscatória na actualidade

- Como vê a classe piscatória na actualidade?
- Como descreve a sua relação com a classe piscatória?
- Acha que a classe piscatória se tornou uma minoria?

3ª Unidade - Classe piscatória como minoria social na Instituição

- Considera que existe minorias sociais na sua instituição?
- Considera-se como membro de uma minoria social na sua instituição?
- Que hábito a sua instituição deveria adaptar as características da sua minoria?