

*Comunicação apresentada no II Congresso de Estudos Rurais  
Angra do Heroísmo, 29/09 a 3/10 de 2004*

## **Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso**

António M. Fonseca<sup>1</sup>; Constança Paúl<sup>2</sup>; Ignacio Martín<sup>3</sup> & João Amado<sup>4</sup>

*Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos ([www.unifai.net](http://www.unifai.net))*

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Lg. Prof Abel Salazar, 2                      4099-003 Porto

### **Resumo**

A condição de ser idoso, na actualidade, corresponde a padrões diversificados de comportamentos e de contextos e pode ser devidamente compreendida na sequência da análise de histórias de vida. O envelhecimento em contexto rural adquire a especificidade que ilustramos com um estudo de caso efectuado na freguesia de Aldeia do Bispo (concelho do Sabugal, distrito da Guarda), abrangendo 117 idosos aí residentes, vivendo de forma independente. Os resultados alcançados permitem constatar uma população numa condição psicológica não muito animadora, embora a sua resignação e as baixas expectativas relativamente ao futuro acabem por dissimular esse estado.

### **Introdução**

Dada a imensa heterogeneidade do ser idoso (Shock, 1985), as investigações sobre os idosos e o processo de envelhecimento, mais do que chegarem à definição de padrões abrangentes, resultam em retratos datados de pessoas ou comunidades que num determinado tempo histórico vivem a sua condição de idosas, com necessidades que se cruzam com os recursos existentes e promovem a criação de outros. As realidades diversas que constatamos são o espelho das expectativas e papéis que reservamos aos cidadãos mais velhos, das políticas sociais e, sobretudo, da sociedade em que estão (estamos) inseridos. Só esse conhecimento permitirá

---

<sup>1</sup> Universidade Católica Portuguesa.

<sup>2</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

<sup>3</sup> Universidade de Aveiro.

<sup>4</sup> Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

definir objectivos de qualidade de vida e adequar políticas regionais, tendo em vista a optimização de recursos.

A política relativa aos idosos deve basear-se num conhecimento aprofundado das suas realidades e condição psicológica, social e económica. Para isso, não basta sabermos quantos são os idosos e qual o valor das pensões de reforma, obviamente baixas, que recebem. Até mesmo esse índice objectivo tem um “valor” diferencial se nos estivermos a focar num idoso residente em Lisboa, num monte alentejano ou numa aldeia nortenha. E a solidão, terá a mesma coloração? E a capacidade de vida autónoma? Será igual num 5º andar sem elevador ou numa velha casa térrea? Seguramente que não, pelo a resposta a estas e inúmeras outras questões tem sempre uma validade ecológica (Paúl, 1997) que importa sublinhar e que nos obriga a observar criteriosamente os diferentes “reais” disponíveis para a compreensão das pessoas, nos seus contextos e subjectividades.

### **Envelhecimento em meio rural**

É difícil definir o que se entende por “idosos rurais” e é frequente utilizar-se esta expressão para denominar situações diversas, que vão desde idosos residentes em zonas não urbanas, em pequenas povoações de menos de 2500 habitantes, ou agricultores propriamente ditos vivendo em propriedades mais ou menos isoladas. No nosso estudo de caso, referimo-nos de facto a uma pequena comunidade remota, em que a maioria dos seus habitantes vive ou viveu da agricultura, pelo que o consenso relativo à denominação de população rural é fácil de obter. De qualquer forma, a questão da ruralidade é um dos extremos de um *continuum* de situações residenciais diversas em que os idosos envelhecem, todas elas tendo características e necessidades específicas que devem ser consideradas.

Krouts e Coward (1998) referem os mitos existentes relativamente à velhice no campo para, depois, os analisarem na sua adequação à realidade presente e às políticas adoptadas para as regiões rurais. Os mitos por eles enumerados sobre os idosos rurais são os seguintes:

- reformam-se em pequenas comunidades bucólicas, onde os esperam anos de felicidade e contentamento com poucas preocupações ou cuidados;
- têm um forte apoio de redes familiares, que estão sempre disponíveis para lhes prestar os cuidados apropriados quando precisam;
- têm elevados níveis de saúde e satisfação;
- vivem em comunidades solidárias, que se preocupam especialmente com as necessidades dos idosos;
- têm pouca necessidade de serviços de apoio;

- embora não sejam ricos, conseguem suprir as suas necessidades de forma confortável porque os custos de vida no campo são mais baixos;
- são muito semelhantes enquanto pessoas e relativamente ao ambiente em que vivem.

Porém, como referem os autores - e nós próprios pudemos constatá-lo -, estas crenças são muito distantes da realidade. As populações rurais debatem-se com inúmeras necessidades não preenchidas, como a ausência de serviços sociais e de saúde, de transportes, apresentam dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços e equipamentos afastados da sua zona residencial e a migração do mundo rural para zonas urbanas despovoou as comunidades e afastou potenciais cuidadores familiares. Isto faz com que haja, frequentemente, uma dupla ou tripla sobrecarga da condição de idoso, ou seja, vive-se em zonas fracamente povoadas e com poucos recursos, a que se associam ainda por vezes problemas de saúde, de baixos rendimentos e de solidão.

De facto, em Portugal, estas comunidades enfrentam fortes desvantagens, sobretudo nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços. A esta situação associa-se outra que também faz parte dos mitos sobre o viver nas comunidades rurais, já referida acima, respeitante ao maior apoio familiar aos idosos. O fenómeno de migração do mundo rural para as zonas urbanas, comum à generalidade dos países e com a especificidade própria de Portugal, ajuda a tornar a vida dos idosos rurais francamente menos idílica do que gostaríamos de supor. O interior rural de Portugal é, na sua generalidade, uma zona envelhecida e fracamente povoada, donde os mais novos saíram, sobretudo a partir da década de '60, para as cidades e para o estrangeiro, à procura de uma vida melhor. Muitas das nossas aldeias são "terras de velhos", onde se fecham as escolas primárias e se abrem lares de idosos.

É globalmente neste tipo de contextos que os idosos permanecem, ora entregues a si próprios, aos seus cônjuges e companheiros de uma vida, ora institucionalizados. A figura dos cuidadores informais não tem expressão, porque não está presente a geração dos filhos e o cuidado entre pares é mútuo dentro do casal, reflectindo a divisão de tarefas praticada ao longo da vida. O suporte dos vizinhos é sobretudo instrumental e também ele existente na sequência de uma troca habitual que se estendeu ao longo dos anos de convivência e proximidade. O cuidado formal, principalmente a entrada para o lar de idosos, só é encarado geralmente como último recurso, podendo a institucionalização não se verificar necessariamente no lar da aldeia. Em muitos casos, os idosos institucionalizados optam por lares existentes nas cidades em que os filhos vivem e trabalham e o lar da aldeia acaba por ter muitos

residentes oriundos de povoações limítrofes, provavelmente obedecendo a uma lógica de existência de vagas.

A observação destes factos deixa-nos perplexos face ao planeamento dos recursos comunitários e à evolução social das vastas regiões deste país. Qual a condição psicológica e social destes idosos rurais e quais as suas necessidades e expectativas, foram algumas das questões que quisemos ver respondidas através de um estudo intensivo realizado em Aldeia do Bispo, uma freguesia raiana do concelho do Sabugal, distrito da Guarda, com uma taxa de envelhecimento de 298,8%. A sua escolha foi de conveniência, pela ligação que um dos elementos da equipa mantinha na comunidade, permitindo-nos um acesso privilegiado à população local.

### **População e método**

Aldeia do Bispo estende-se por uma área de 12,7 Km<sup>2</sup> e tem uma população total, de acordo com os censos de 2001, de 395 habitantes (eram 433 em 1991), dos quais cerca de metade são residentes com mais de 65 anos. A taxa de analfabetismo geral situa-se na casa dos 35%. Nesta aldeia, a Farmácia abre uma vez por semana e há consulta médica, também semanal, no Lar de Idosos. Com base no Recenseamento Eleitoral de 2000 e em informações recolhidas no terreno, através da Junta de Freguesia, obtivemos um total de 119 idosos a viver em suas casas, dos quais foram entrevistados 117 (49 homens e 68 mulheres). A recepção aos entrevistadores foi boa, tendo-se registado apenas uma recusa e uma ausência. Todos os idosos foram entrevistados em suas casas, de acordo com as suas conveniências, sendo que a entrevista durava em média uma hora.

A população de idosos estudada apresenta uma média de idade de 74,5 anos, (DP=6), variando entre os 65 e os 93 anos. Para posteriores análises, dividimos os idosos em três grupos etários: o de *idosos jovens* (65-74 anos), com 59 sujeitos; o de *idosos* (75-84), com 51 sujeitos; o de *muito idosos* (com 85 ou mais anos) com 7 sujeitos. Relativamente ao estado civil, 4 são solteiros (3,4%), 85 casados (72,6%) e 28 viúvos (23,9%). Vivem na sua maioria com o conjugue, mas 22,2% vivem sós e 6% vivem com filhos. Os rendimentos são na generalidade baixos e oriundos de pensões de reforma ou subsistência, situando-se: para 84,6% dos idosos, abaixo dos 250 € mensais; para 10,2%, entre 250 e 500 € mensais; para 5,1%, entre 500 e 1000 € mensais. A taxa de analfabetismo no grupo entrevistado é de 76,9%, havendo 20,5% de idosos com a escolaridade básica e 2,5% com o ensino secundário.

Os instrumentos utilizados no estudo foram, para além de questões socio-demográficas, uma *medida das relações sociais* (Lubben, 1988), uma *escala de actividades instrumentais* (Lawton e Brody (1969), uma *escala de ânimo* (Lawton,

1975; Paúl, 1992) e uma *escala de qualidade de vida* (WHOQOL, versão curta em português) (Fleck *et al.*, 1999).

## **Resultados e discussão**

### **Relações Sociais**

A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto. A Escala de Relações Sociais de Lubben (1988) permite-nos obter informação sobre a quantidade, a periodicidade e a intimidade (proximidade) do contacto com elementos da rede de suporte. A média relativa a familiares é de 10,7 (DP=3,6). Relativamente aos amigos, fez-se o mesmo somatório, tendo-se obtido uma média de 14,8 (DP=3,7). Há ainda uma medida de relações de confiança mútua, cuja média é de 4,3 (DP=2,0). Estas medidas não sofrem qualquer variação com o sexo ou com a idade. Se atentarmos no Quadro I verificamos que estes valores são significativamente diferentes dos obtidos num estudo piloto, com sujeitos entre os 30 e os 85 anos, realizado em Portugal com esta mesma escala (Paúl *et al.*, 2001). Assim, nas categorias família e sobretudo amigos, a população de Aldeia do Bispo tem uma rede mais alargada, mas no que concerne aos confidentes essa relação inverte-se, mostrando por um lado a maior extensão da rede de relações existente nesta pequena aldeia rural e, por outro lado, a provável parcimónia com que aqui são tratados os assuntos íntimos.

	<b>Estudo Piloto</b>	<b>Aldeia do Bispo</b>	<b>t</b>
<b>Família</b>	9,9 dp. 3,0	10,7 dp. 3,6	t(116,96)=31,961*
<b>Amigos</b>	7,8 dp. 3,0	14,8 dp. 3,7	t(116,96)=43,154*
<b>Confidentes</b>	6,4 dp. 2,3	4,3 dp. 2,0	t(116,96)=22,777

**Quadro 1**

### **Medidas Sociais**

### **Capacidades Instrumentais**

As capacidades que destacamos nos idosos dividem-se em primárias (básicas) e secundárias (instrumentais). Referimo-nos às primeiras como actividades de vida diária (AVD), incluindo a alimentação, a higiene, o vestir-se, etc. Referimo-nos às segundas como as acções do dia-a-dia que não envolvem directamente o corpo

próprio, nem as funções básicas, mas que estão indirectamente relacionadas com estas (ex. comer *versus* comprar ou cozinhar a comida, sendo o alimentar-se uma actividade de vida diária e as compras ou a confecção da comida as correspondentes actividades instrumentais).

A avaliação das capacidades instrumentais dos idosos é fundamental porque nos permite conhecer a sua possibilidade de vida autónoma, mesmo quando não se registam grandes dependências e antes de ficarem comprometidas as actividades de vida diária. A Escala de Lawton e Brody (1969) - EAIVD - considera 8 actividades como, por exemplo a utilização do telefone, fazer compras, cozinhar, tomar a medicação, entre outras. Se considerarmos a autonomia máxima como o desempenho ao nível mais elevado em cada uma das oito actividades, obteremos a pontuação máxima de 8. Na nossa população, a média obtida foi de 6,3 (DP=2,7), pelo que verificamos que se trata de idosos bastante autónomos, mas cuja capacidade instrumental declina significativamente com o grupo etário (  $F(8,116) = 4,749, p < .000$  ). A capacidade instrumental destes idosos também varia significativamente na razão inversa da existência de apoio exterior (  $F(8,116) = 5,501, p < .000$  ), dos cuidados recebidos (  $F(8,116) = 8,198, p < .000$  ) e da auto-avaliação da saúde (  $F(8,116) = 4,012, p < .000$  ). Como veremos posteriormente, a qualidade de vida também varia significativamente com a maior ou menor capacidade dos idosos em realizarem as suas actividades instrumentais de vida diária.

### **Ânimo dos idosos**

O estado psicológico do idoso, ou o ânimo, é um indicador precioso do seu bem-estar. A Escala de Ânimo (Lawton, 1976) é constituída por três sub-escalas: Solidão/Insatisfação, Atitudes Face ao Próprio Envelhecimento e Ansiedade/Depressão, as quais apresentam um bom poder discriminativo entre diferentes grupos de idosos (Paúl, 1992). A análise das médias destes idosos mostra que eles se sentem um pouco sozinhos e insatisfeitos, têm atitudes negativas face ao envelhecimento e estão ansiosos e deprimidos. No Quadro II podemos observar que são resultados que não apresentam diferenças significativas relativamente a outros idosos portugueses, com idênticas características socio-económicas mas residentes em meio urbano (Paúl, 1992). Os indicadores de ânimo destes idosos rurais não variam com o grupo etário, nem com o sexo. O sentimento de solidão varia significativamente com o estado civil, favorecendo os casados relativamente aos viúvos e solteiros (  $F(2,116) = 5.164, p < 0.01$  ). O sentimento de ansiedade/depressão também varia significativamente com o estado civil dos idosos (  $F(2,116) = 3.331, p < 0.05$  ), favorecendo mais uma vez os casados. As atitudes face ao próprio

envelhecimento variam com a existência de confidentes na rede de suporte dos idosos (  $F(5,116) = 5,378, p < 0,000$  ).

	<b>Solidão</b>	<b>Atitude face ao Envelhecimento</b>	<b>Ansiedade</b>
<b>Bairro urbano camarário, com apoio domiciliário</b>	3.0 dp 1.4	3.6 dp. 1.7	2.6 dp 1.6
<b>Aldeia do Bispo</b>	3.5 dp 1.9	3.2 dp 1.4	2.6 dp 1.6

**Quadro 2**

**Resultados da Escala de Ânimo em diferentes populações de idosos**

### **Qualidade de Vida**

Avaliamos a Qualidade de Vida dos Idosos utilizando a versão reduzida e em português do WHOQOL (Fleck *et al.*, 1999), que separa quatro componentes de Qualidade de Vida (QV): QV Física (saúde), QV Psicológica, QV Social e QV Ambiental. Estes indicadores, como se observa no Quadro III, variam com o grupo etário (diminuindo a qualidade de vida conforme a idade aumenta), variam com a auto-avaliação da saúde (os que se avaliam como tendo melhor saúde são os que têm melhor QV) e variam ainda com todas as subescalas de ânimo, com as quais existem correlações positivas e significativas. A QV Ambiental varia positivamente com todos os indicadores de relações sociais. A QV Psicológica varia ainda com o sexo, favorecendo os homens, e com o estado civil, privilegiando os casados. A QV Social varia ainda com a existência de maior número de amigos.

	<b>QV Física</b>	<b>QV Psicológica</b>	<b>QV Social</b>	<b>QV Ambiental</b>
<b>Grupo Etário</b>	F(2,116)=7,185*	F(2,116)=4,713*	F(2,116)=8,622**	F(2,116)=3,681*
<b>Sexo</b>	n.s.	F(1,116)=6,298*	n.s.	n.s.
<b>Estado Civil</b>	n.s.	F(2,116)=6.122*	n.s.	n.s.
<b>Nível de Educação</b>	F(4,116)=2,562*	F(4,116)=5,092*	F(4,116)=4,288*	n.s.
<b>Rendimento</b>	n.s.	F(2,116)=4,417*	F(2,116)=6,726*	F(2,116)=3.409*
<b>EAIVD</b>	F(8,116)=5,184 **	F(8,116)=3,837*	F(8,116)=8,213**	n.s.
<b>Família</b>	F(14,116)=2,072*	n.s.	n.s.	F(14,116)=1,847*
<b>Amigos</b>	n.s.	n.s.	F(13,116)=1,959*	F(13,116)=2,774*
<b>Confidentes</b>	n.s.	n.s.	n.s.	F(5,116) = 2,895*
<b>Auto-avaliação Saúde</b>	F(4,116)=13,827**	F(4,116)=4,710*	F(4,116)=16,673**	F(4,116)=5,729**
<b>Solidão</b>	F(5,116)=4,849**	F(5,116)=19,317**	F(5,116)=11,455**	F(5,116)=2,544**
<b>Atitudes Envelhecimento</b>	F(5,116)=3,772*	F(5,116)=5,680**	F(5,116)=11,503**	F(5,116)=3,500**
<b>Ansiedade/ Depressão</b>	F(4,116)=7,560**	F(4,116)=10,843**	F(4,116)=8,440**	F(4,116)=3,634*

\*p<0,05

\*\*p< 0,000

### Quadro 3

#### Variações significativas da Qualidade de Vida com outras variáveis

### Conclusão

Concluindo, temos diante de uma aldeia de idosos, vivendo de forma independente embora com fraca capacidade económica, contando sobretudo com o seu cônjuge e com os vizinhos. Estes idosos não esperam muito da vida que lhes resta, rezam a Deus pela manutenção da sua saúde e autonomia e transmitem um sentimento de paz resignada, misturada com sentimentos de solidão apenas mitigada no dia-a-dia pelo(a) seu(sua) companheiro(a) de uma vida. Aparentemente, as redes sociais de apoio fornecem suporte emocional e algum suporte instrumental em fases de dependência ligeira, mas quando a saúde se deteriora, a institucionalização torna-se frequentemente necessária. Estes resultados mostram que estes idosos rurais, envelhecendo longe dos filhos e netos (com frequência a residir no estrangeiro), estão numa condição psicológica não muito animadora, embora a sua resignação e baixas



expectativas relativamente ao futuro, dissimule um estado que nem uma rede social alargada parece colmatar.

As noites solitárias, o frio do Inverno passado em casas com deficientes condições de habitabilidade, tornam dolorosa uma velhice que se impõe quase como uma vivência colectiva, partilhada por todos os que se encontram diariamente no café da povoação, semanalmente à porta da igreja ou simplesmente cruzando os caminhos da povoação. Há como que um sentimento de fim, não só de uma vida, mas de uma terra, da sua terra, sem que se vislumbre nenhum indício de mudança, agora que os imigrantes já não pensam em voltar e os velhos, cada vez menos, encaram até a hipótese de acompanhar filhos e noras para terras estranhas. Para as raras crianças (havia 4 na Escola Primária), a vida na aldeia surge quase como uma moratória que desemboca bem longe dali.

Nesta, como em outras aldeias do interior rural do país, a política para a Terceira Idade é um paliativo da desertificação do país rural e atrasado que fomos, que ainda somos e que provavelmente seremos. Melhorar a qualidade de vida destes idosos é melhorar a qualidade de vida das populações do interior rural do país. Os programas de desenvolvimento rural integrado serão a forma mais adequada de intervir. Isso passa por criar emprego e serviços, fixar e atrair os mais jovens e dinamizar as comunidades para o desenvolvimento das potencialidades locais. Neste contexto, os idosos podem ser alvo de sub-programas transversais específicos, mas que nunca funcionarão de forma eficaz se não integrarem uma perspectiva alargada de intervenção comunitária.

Avaliar a condição psicológica é um olhar sobre si mas também um olhar em volta, para o ambiente e os recursos que estão próximos, para o acesso a serviços e equipamentos, para o desenvolvimento de um país de costas voltadas para o seu interior rural, na espera absurda de que ele desapareça e deixe então de ser problema, sem se lembrarem que a perda é, seguramente, histórica e colectiva.

## **Bibliografia**

Fleck , M.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. (1999) Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205.

Krouts, J. & Coward, R. (1998). Aging in rural environments. In R. Coward & J. Krouts (Eds). *Aging in rural settings. Life circumstances and distinctive features*. New York: Springer Publishing Company.

Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 1, 85-89.

Lubben, N. (1988). Lubben Social Network Scale. *Family and Community Health*, Nov., 44-53.

Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos, *Psychologica*, 8, 61-80.

Paúl, C., (1997) *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, C.; Fonseca, A.M.; Cruz, F.; Cerejo, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia. Teoria, investigação e prática*, 6, 2, 415-426.

Shock, N. (1985). Longitudinal studies of aging in humans. In C. Finch & E. Schneider (Eds.), *Handbook of the biology of aging* (2<sup>a</sup>ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.