



Escola Superior de Educação
Universidade do Algarve

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A prevenção da depressão no idoso do Distrito de Faro, Município de Loulé.

Anisabel Maria Amorim de Almeida

Mestrado em Gerontologia Social

Faro
2010



Escola Superior de Educação
Universidade do Algarve

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A prevenção da depressão no idoso do Distrito de Faro, Município de Loulé.

Anisabel Maria Amorim de Almeida

Mestrado em Gerontologia Social

Orientador: Professora Doutora Carolina Sousa

Faro
2010

Às minhas Avós:
Odette Amorim,
Margarida Almeida.
Duas Senhoras!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a todos os idosos que tornaram possível este trabalho. Ficaram com lugar cativo no meu coração.

Quero agradecer especialmente à minha Orientadora, Professora Doutora Carolina Sousa e à minha Professora e Amiga, Mestre Sara Graça, pela enorme paciência, disponibilidade e apoio que me prestaram, desde que entraram na minha vida e, especialmente, nas últimas semanas.

Jamais esqueceria, sem exceção, todos os outros Professores e Colegas, que, sem uma ponta de idadismo, incentivaram o meu crescente interesse pelo conhecimento e não permitiram que desistisse perante os obstáculos que se me foram deparando ao longo deste percurso e que acreditaram na minha capacidade para terminar com êxito este trabalho.

Agradeço aos meus Pais, Suzy e Carlos, pela educação ótima que me deram e, acima de tudo, pelos valores e princípios que me transmitiram desde os primeiros momentos; à minha Filha, Sara, por ter conseguido suportar o meu temperamento tempestuoso, especialmente difícil nas últimas semanas, devido ao stress causado por diversas circunstâncias em simultâneo; às minhas Irmãs, Romy e Kim, pelas mesmas razões; à minha Tia Anabela Amorim, desde sempre o meu *modelo*; e à minha Prima Patrícia Marques, por possuir qualidades raras, como a imparcialidade e a capacidade de apaziguar os ânimos em seu redor, e por ter sempre uns miminhos para me dar na hora certa.

Seria injusto esquecer aqui os Bês, que tanto me têm ensinado sobre comportamentos.

Finalmente, a todos os Amigos espalhados por esse Mundo fora...

Muito obrigada!

RESUMO

A depressão atinge várias faixas etárias, embora predominantemente idosos, já que é sobre eles que incide um maior número de factores de risco em simultâneo, como o isolamento, a viuvez, a falta de recursos económicos, a incapacidade física, os sentimentos de solidão e abandono e as doenças crónicas que acompanham o envelhecimento orgânico, natural na última fase do ciclo de vida, tornando-os mais vulneráveis a este síndrome.

Estudou-se um pequeno grupo de idosos residentes no Município de Loulé, sinalizado pelo seu isolamento e outras variáveis psicossociais como um grupo com potencial risco de apresentar indícios de depressão e/ou de vir a desenvolver uma depressão, durante um período de seis meses. Pretendeu obter-se essencialmente uma maior compreensão desta população, tendo em vista a descrição das suas características psicossociais. Considera-se que o presente estudo tem uma vertente preventiva importante no âmbito da depressão na terceira idade, esperando-se desta forma poder contribuir para promover o desenvolvimento harmonioso de outros idosos em idênticas situações.

Palavras-chave: Idosos, Depressão, Isolamento, Morte, Luto.

ABSTRACT

Depression is experienced by all age stages, but mainly by elderly people, as they experience greater number of risk factors at the same time: isolation, grief, poor economical resources, physical impairment, feelings of loneliness and abandon, and the chronical illnesses that usually accompany the natural ageing process, thus rendering them more vulnerable to this serious disease.

A small group of elderly people living in the Municipality of Loulé pointed out for their isolation and other psychosocial variables as being a group with potential risk of showing signs of depression and/or of developing a depression was studied during a period of six months. The main purpose was to attain better comprehension of this population type, having in mind describing their psychosocial characteristics. The present study is considered as having a relevant preventive purpose regarding depressive symptoms, being therefore expected that it may in future contribute to a more pleasant development of other subjects in similar circumstances.

Key-words: Elderly, Depression, Isolation, Death, Grief.

Índice

| | Pág. |
|--|------|
| 1. Introdução | 1 |
| 2. Contexto da investigação | 1 |
| 2.1 Tema | 3 |
| 2.1.1 Título | 3 |
| 2.2 Justificação do tema | 3 |
| 2.3. Problemática | 4 |
| 2.4 Objectivo geral | 5 |
| 2.5 Objectivos específicos | 5 |
| 2.6 Questões da pesquisa/Observação contextual | 6 |
| 3. Enquadramento conceptual | 6 |
| 3.1 Teorias do envelhecimento | 7 |
| 3.2. Isolamento | 9 |
| 3.3 Competências cognitivas e memória | 10 |
| 3.4 Optimismo e saúde | 11 |
| 3.5 Idadismo | 11 |
| 3.6 Institucionalização | 12 |
| 3.7 Doenças físicas e alimentação saudável e adaptada | 12 |
| 3.8 Terapia ocupacional | 14 |
| 3.9 Adesão terapêutica | 14 |
| 3.10 Morte | 15 |
| 3.10.1 Atitude do idoso perante a morte | 16 |
| 3.10.2 Atitude do idoso perante a sua própria morte | 16 |
| 3.10.3 Atitude do idoso perante a morte do cônjuge | 18 |
| 3.10.4 Atitude do idoso perante a morte do(s) filho(s) | 19 |
| 3.11 Luto | 19 |
| 3.11.1 Luto dito ‘normal’ | 20 |
| 3.11.2 Luto patológico | 21 |

| | Pág. | |
|------|---|----|
| 3.12 | Religião, fé e espiritualidade | 21 |
| 3.13 | Depressão | 22 |
| 3.14 | Promoção do desenvolvimento humano do idoso | 26 |
| | 3.14.1 O modelo de activação do desenvolvimento psicológico | 27 |
| 4. | Metodologia | 30 |
| 4.1 | Pressupostos epistemológicos do estudo | 31 |
| 4.2 | Quadro metodológico | 32 |
| 4.3 | Estratégia de investigação | 32 |
| 4.4 | Caracterização do Município de Loulé | 33 |
| | 4.4.1 Características demográficas..... | 33 |
| | 4.4.2 Caracterização das freguesias relevantes neste estudo | 33 |
| | 4.4.2.1 Freguesia de Salir | 34 |
| | 4.4.2.2 Freguesia do Ameixial | 36 |
| 4.5 | População alvo | 39 |
| | 4.5.1 Caracterização dos sujeitos | 42 |
| | 4.5.1.1 Sra. D. MSM | 42 |
| | 4.5.1.2 Sra. D. AR | 42 |
| | 4.5.1.3 Sr. JL | 43 |
| | 4.5.1.4 Sra. D. MSP | 43 |
| | 4.5.1.5 Sra. D. CM | 43 |
| 4.6 | Material | 43 |
| | 4.6.1 Escala de Hamilton para a Depressão | 43 |
| | 4.6.2 Escala de Depressão Geriátrica (Versão de 5 e 15 itens) | 44 |
| | 4.6.3 Fotografia | 44 |
| 4.7 | Recolha de dados | 44 |
| 4.8 | Procedimentos | 46 |

| | Pág |
|---|-----|
| 4.8.1 Sra. D. SM | 47 |
| 4.8.2 Sra. D. MSM | 48 |
| 4.8.3 Sra. D. AR | 54 |
| 4.8.4 Sr. JL | 59 |
| 4.8.5 Sra. D. MSP | 63 |
| 4.8.6 Sra. D. CM | 71 |
| 4.9 Calendarização | 81 |
| 5. Resultados | 81 |
| 6. Considerações finais | 83 |
| 7. Referências | 91 |
| ANEXO A: As quadras de CM | 95 |
| ANEXO B: Receitas de Cozinha Serrana de D. MSM | 124 |
| ANEXO C: Os Belos Lavoires de D. MSP | 129 |
| ANEXO D: Escala de Hamilton para a Depressão (HDRS) | 154 |
| ANEXO E: Escala de Depressão Geriátrica (GDS) | 156 |
| ANEXO F: ITINERÁRIO E ESCALA DE ENFERMEIROS DA UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE PARA O MÊS DE NOVEMBRO 2009 | 157 |
| ANEXO G: EXEMPLO DOS PERCURSOS NA FREGUESIA DE SALIR | 159 |
| ANEXO H: O CONSENTIMENTO INFORMADO | 163 |
| ANEXO I: m/v ROYAL VIKING SUN – EXEMPLO DO PREÇÁRIO DA VOLTA AO MUNDO DE 1999 | 164 |
| ANEXO J: NOVA RODA DOS ALIMENTOS | 166 |

Índice de Tabelas

| | Pág. |
|---|------|
| Quadro 1. Os sujeitos da amostra | 42 |
| Quadro 2. Resultados dos testes aplicados | 82 |

Índice de Figuras

| | Pág. |
|---|------|
| <i>Figura 1</i> - Mapa com indicação dos trajectos a percorrer. | 34 |
| <i>Figura 2</i> – Mapa da Freguesia de Salir, cit. in Câmara Municipal de Loulé (2007). | 34 |
| <i>Figura 3</i> – Aproximação a Salir, vindo de Sul. | 35 |
| <i>Figura 4</i> - Nos arredores de Salir. | 35 |
| <i>Figura 5</i> - Parque de Merendas, entre Salir e Barranco do Velho. | 36 |
| <i>Figura 6</i> - Mapa da freguesia do Ameixial, cit. in Câmara Municipal de Loulé (s.d.). | 36 |
| <i>Figura 7</i> - Entrada no Ameixial, vindo de Sul. | 37 |
| <i>Figura 8</i> - A estrada junto ao Miradouro do Caldeirão, de Verão. | 37 |
| <i>Figura 9</i> - A estrada junto ao Miradouro do Caldeirão, de Inverno. | 37 |
| <i>Figura 10</i> - Descendo a Serra do Caldeirão, no Barranco do Velho, rumando a Salir. | 38 |
| <i>Figura 11</i> - Descendo a Serra do Caldeirão, no Barranco do Velho, rumando a Salir. | 38 |
| <i>Figura 12</i> - A aldeia de Ameixial. | 38 |
| <i>Figura 13</i> - Miradouro da Serra do Caldeirão | 39 |
| <i>Figura 14</i> - Vista para Sul. Miradouro da Serra do Caldeirão. | 39 |
| <i>Figura 15</i> - Unidade Móvel de Saúde a chegar a Salir. | 41 |
| <i>Figura 16</i> - Sra. D. MSM. | 48 |
| <i>Figura 17</i> - O ‘feijão riscadinho’. | 51 |
| <i>Figura 18</i> - A ‘cuvinha muito tenrinha e...’ | 51 |
| <i>Figura 19</i> – A cadeira da D. MSM junto ao ‘foguinho’ | 52 |
| <i>Figura 20</i> – A Sra. D. AR | 54 |
| <i>Figura 21</i> – A companheira Periquita | 56 |
| <i>Figura 22</i> - O casal AR e JL | 58 |
| <i>Figura 23</i> - Laranjas e tangerinas. | 59 |
| <i>Figura 24</i> - Os ‘ovinhos’. | 59 |
| <i>Figura 25</i> – O Sr. JL | 60 |
| <i>Figura 26</i> – Sra. D. MSP. | 63 |
| <i>Figura 27</i> - Farrusco e Mantorras, os cães de guarda. | 65 |
| <i>Figura 28</i> - Mantorras entristecido. | 65 |
| <i>Figura 29</i> – Vista para Sul da casa de Sra. D. MSP, já em pleno Verão. | 67 |
| <i>Figura 30</i> – Vista das traseiras da casa de Sra. D. MSP, no Verão. | 67 |
| <i>Figura 31</i> – Sra. D. MSP a receber a vendedora de peixe. | 68 |

| | Pág. |
|---|------|
| <i>Figura 32</i> – O encontro das amigas de infância. | 69 |
| <i>Figura 33</i> – Chouriça. | 70 |
| <i>Figura 34</i> – ‘Paiolinho’. | 70 |
| <i>Figura 35</i> – Uvas, das quais a Sra. D. MSP fará vinho. | 70 |
| <i>Figura 36</i> – Sra. D. MSP num dos passeios, a ver se estava tudo intacto no lado Sul | 71 |
| <i>Figura 37</i> – MSP a apanhar figos, do lado Norte; ‘Montinho do Alganduro’ ao fundo | 71 |
| <i>Figura 38</i> – Sra. D. CM | 72 |
| <i>Figura 39</i> – Sra. D. CM, com os óculos de leitura novos. | 76 |
| <i>Figura 40</i> – NL na sua lavandaria ao ar livre. | 77 |
| <i>Figura 41</i> – Da lavandaria avista-se Espanha. | 77 |
| <i>Figura 42</i> – D. CM na ‘casa das refeições’ | 77 |
| <i>Figura 43</i> – D. CM na ‘casa das refeições’ | 77 |
| <i>Figura 44</i> – A cozinha/Sala de estar e de refeições. | 78 |
| <i>Figura 45</i> – A cozinha/Sala de estar e de refeições. | 78 |
| <i>Figura 46</i> – A ‘casa de dormir’ de CN e NL | 78 |
| <i>Figura 47</i> – No quarto | 78 |
| <i>Figura 48</i> - Sra. D. CM com um tabuleiro improvisado, Março de 2010 | 79 |
| <i>Figura 49</i> – Sra. D. CM, Setembro de 2010 | 80 |
| <i>Figura 50</i> – Do quarto avista ‘as florezinhas’ | 80 |
| <i>Figura 51</i> – Sra. D. CM a ver as suas quadras..... | 80 |
| <i>Figura 52</i> –. Sra. D. CM no dia dos seus 83 anos. | 80 |
| <i>Figura 53</i> – Estrada Malhão-Alganduro. | 83 |
| <i>Figura 54</i> – Muitas vezes companheira do regresso | 84 |
| <i>Figura 55</i> – Descida do Cerro de Alganduro para o Freixo Sêco | 84 |
| <i>Figura 56</i> – Durante a primeira procura a sós do Cerro de Alganduro. | 85 |
| <i>Figura 57</i> – Durante a primeira procura a sós do Cerro de Alganduro | 85 |
| <i>Figura 58</i> – Paisagem maravilhosa no trajecto Cerro de Alganduro-Freixo Sêco | 85 |
| <i>Figura 59</i> – Paisagem maravilhosa no trajecto Cerro de Alganduro-Freixo Sêco | 85 |
| <i>Figura 60</i> –. Paisagem maravilhosa no trajecto Cerro de Alganduro-Freixo Sêco | 85 |
| <i>Figura 61</i> – Caprincultura. | 86 |
| <i>Figura 62</i> – Ovinicultura. | 86 |
| <i>Figura 63</i> – Pecuária. | 86 |

Pre-Scriptum

«Solitude vivifies; isolation kills.»
Joseph Roux (1834-1905)

1. Introdução

Segundo Paúl & Fonseca (2005), na próxima década, um em cada cinco portugueses terá mais de 65 anos e isto terá implicações inevitáveis na nossa sociedade.

Perante o aumento da longevidade, verificado na última década entre a população portuguesa (à semelhança do que já anteriormente se vinha a verificar nos países mais desenvolvidos do mundo) e perante a constatação de que esta, na grande maioria dos casos, se faz acompanhar por uma doença crónica, quando não de duas ou três em simultâneo, e está associada ao estilo e ritmo de vida familiar dos tempos actuais, resulta que é necessário pensar atempadamente no futuro dos nossos idosos.

Pretende-se essencialmente uma maior compreensão desta população, tendo em vista a descrição das suas características biopsicossociais.

Considera-se que o presente estudo tem uma vertente preventiva importante no âmbito da depressão na terceira idade e espera-se, desta forma, poder contribuir para promover o desenvolvimento harmonioso de outros idosos em idênticas situações.

2. Contexto da investigação

Segundo Birren e Cunningham (1985, cit. in Fontaine, 2000), cada ser humano não tem uma, mas sim três idades diferentes: a idade biológica, a idade psicológica e a idade social.

De acordo com os autores, a **Idade Biológica** está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz, ou seja, o processo normativo que envolve o nosso comportamento pessoal e social torna-se menos imperativo perante as exigências do corpo.

Contudo, os órgãos não parecem envelhecer todos ao mesmo tempo, nem ao mesmo ritmo. Em certos indivíduos, o envelhecimento exprimir-se-á por uma degradação mais precoce do sistema cardiovascular, noutros por um envelhecimento cerebral precoce ou

noutros por um declínio funcional de quaisquer outros órgãos (Birren & Cunningham, 1998, cit. in Fontaine, 2000).

De acordo com Paúl (1991, cit. in Cordeiro, 1999), a **Idade Psicológica**: este conceito de idade refere-se às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças de ambiente. Ela inclui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento. Uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e a conservação de um elevado nível de auto-domínio e de controlo.

A idade psicológica tem essencialmente a ver com características e factores culturais individuais ou de grupo que, de alguma forma, fornecem aquilo a que vulgarmente se chama juventude de espírito. A importância da inteligência, ou do treino das faculdades intelectivas, é determinante para a avaliação da idade psicológica (Paúl, 1991, cit. in Cordeiro, 1999).

A **Idade Social**: esta definição de idade refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos das pessoas relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pelo grau de civilização (incluindo aqui as condições socioeconómicas), pela cultura e pela história de um país ou de uma religião (Paúl, 1991, cit. in Cordeiro, 1999).

A velhice é percebida de forma diferente consoante as diferentes culturas. Irving (s.d., cit. in Fernandes, 2002, p.25), refere que nas culturas orientais os idosos são respeitados e reverenciados, o que os leva a aceitarem bem o seu envelhecimento, e nas culturas em que a juventude é enaltecida em detrimento da idade avançada, isto leva a que os idosos se sintam lesados nos seus valores, afectividade e dignidade (Paúl, 1991, cit. in Cordeiro, 1999).

Fernandes (2000) refere ainda, citando Meier-Ruge (1988), que a imagem que prevalece dos idosos é que são pessoas já usadas, solitárias e pobres, embora nos países do Terceiro Mundo, em contrapartida, se considerem os idosos como indivíduos sábios e experientes, pelo que continuam hoje a ser venerados e respeitados como acontecia nas nossas sociedades antigamente (p. 31).

Ainda de acordo com a mesma autora, na sociedade actual, caracterizada pela predominância de uma valorização extrema do trabalho pela sua significação na componente geradora de riqueza, ser colocado à margem do processo das actividades remuneradas pode provocar grandes dificuldades psicológicas a algumas pessoas, sobretudo quando se trata de idosos.

Assim, uma das finalidades deste trabalho é o de estudar e procurar compreender os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, a fim de poder dar uma resposta otimizada a quem dela precise, que englobe o mais vasto conhecimento possível de todas as áreas que a possam enriquecer, sendo este o objectivo principal do estudo.

2.1 Tema

A população idosa: prevenção da depressão.

2.1.1 Título

A prevenção da depressão no idoso do Distrito de Faro, Município de Loulé.

2.2 Justificação do tema

A depressão pode surgir em consequência de acontecimentos desagradáveis da vida, tais como uma doença crónica, uma incapacidade física, viuvez, uma perda significativa, complexo de se tornar um fardo, sentimento do ninho vazio, entrada na reforma e isolamento social, entre outros factores de risco (Barros, 2008a).

Alpass e Neville (2003, cit. in Barros, 2008a, p.110) evidenciaram também a influência da solidão e da saúde como factores precipitantes da depressão

Apesar de atingir todas as faixas etárias, é entre a população idosa que se verifica um maior número de casos de depressão; muitas vezes insuficientemente apoiada (Barros, 2008a), manifestando-se através de diminuição das capacidades cognitivas, problemas de concentração, falta de motivação, redução da auto-estima, carência afectiva, falta de vontade de viver, isolamento voluntário, perturbações a nível do sono, da falta de apetite, aumento da vontade de permanecer deitado, sem sair da cama, e problemas psicossomáticos (a nível do coração, aparelho digestivo, etc.), muitos dos quais progredindo para depressões *major* e até mesmo existindo casos de depressões mais ligeiras que terminam em tentativas de suicídio e no próprio suicídio, particularmente nos indivíduos do sexo masculino (Barros, 2008a).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), por volta de 2025, o suicídio – que muitas vezes é consequência directa da depressão – constituirá a segunda causa de morte nos países industrializados. Acerca da notícia alertou para o aumento das doenças depressivas. Vários factores psicossociais estão na base do problema já que contribuem para um clima de falta de segurança e de desânimo (Diário de Notícias, 29 de Julho de 2004 in Barros, 2008a, p.109).

Lurie (2007) refere que há vários estudos que indicam que a taxa de mortalidade é superior nos doentes que sofrem de depressão (doentes cardíacos ou com insuficiências renais). Muitas pessoas deprimidas ficam sem vontade de tomar a medicação e/ou desmotivadas para seguir uma dieta; a depressão reduz a capacidade de concentração e pode aumentar atitudes de negligência da própria pessoa para consigo mesma e pode levar até à ideação suicida passiva, i.e. pode levar a pessoa a não se importar de morrer em consequência da interrupção do tratamento. Embora não façam nada que possa acelerar a morte, é frequente os idosos vulneráveis terem ideação suicida passiva. «A depressão é responsável pela maioria dos suicídios, apesar de muitos destes casos nunca terem sido tratados.» (Lurie, 2007, p. 98).

Nesta linha de pensamento, a prevenção da depressão é necessária e deve recorrer-se a diversas estratégias, adequadas a cada caso, como por exemplo: promover o contacto social e o estreitamento de laços familiares; encorajar a iniciação ou recomeço da prática de exercício físico leve e apropriado; ou aulas de ioga; sugerir técnicas de relaxamento; ou sessões de acupunctura; aprender a usar a internet, para poder comunicar com pessoas que se encontrem nas mesmas circunstâncias ou com parentes e amigos que estejam distantes; dedicar-se a uma ou mais actividades que lhe proporcionem prazer, como jardinagem ou iniciar um diário autobiográfico, ou labores ou palavras cruzadas; encorajar a busca de apoio psicológico ou encaminhar o idoso para um terapeuta competente (Lurie, 2007).

O mesmo autor refere ainda o isolamento voluntário e alterações a nível das horas de sono como indícios de depressão.

2.3 Problemática

Segundo Barros (2008a) não existem remédios ou uma *terapia* básica para a depressão (devendo antes fazer-se o diagnóstico correcto da situação e tentar compreender-se a sua causalidade), podendo prevalecer terapias mais de ordem neurofisiológica ou psicossociais, embora o melhor sejam as intervenções sistémicas.

Ainda de acordo com Barros (2008a), a morte do cônjuge, por exemplo, pode desencadear sentimentos de solidão, de abandono ou falta de atenção por parte de familiares, problemas económicos e outros relacionados com a gestão das finanças domésticas, tornando-se necessário que o cônjuge idoso se readapte à vida quotidiana.

Os idosos confrontam-se com a morte de duas maneiras: a primeira é que estão cientes de que lhes pode ser diagnosticada uma doença fatal a qualquer momento; a segunda é porque vão vendo falecer amigos, conhecidos ou mesmo o cônjuge (Fontaine, 2002, pp. 175-176).

A morte do cônjuge, em particular, é capaz de despoletar sentimentos vários: rancor, tristeza, depressão, entre outras atitudes negativas (Barros, 2008a; Fontaine, 2000).

Walsh (1989, cit. in Barros, 2008a, p. 131) refere que estudos sobre o luto revelam que a viuvez faz com que os idosos tentem, ou pratiquem efectivamente, o suicídio no primeiro ano após a morte do cônjuge.

Segundo Fontaine (2000), existem diversas motivações que podem levar o idoso a tentar o suicídio, nomeadamente o idadismo, ou seja, «estereótipos ou preconceitos que levam à discriminação das pessoas pelos factos de serem velhas.» (p.122).

Para Fontaine (2000), a solidão, que pode advir de perdas afectivas como o morte do cônjuge, de parentes e amigos, ou mesmo de casos em que a solidão se faça sentir por outras alterações ao seu quotidiano, tais como a entrada na reforma, uma doença incapacitante, distanciamento físico de familiares, institucionalização, deve ser minimizada através de aquisição de novas estratégias de *coping*, ou optimização dos recursos próprios, pelo que se torna importante promover momentos agradáveis de socialização.

2.4 Objectivo geral

O objectivo geral deste estudo prende-se com compreender e descrever as características dos idosos, tendo em vista um melhor conhecimento sobre a prevenção da depressão.

2.5 Objectivos específicos

Constituem-se, assim, como objectivos específicos, os seguintes:

- Estudar um pequeno grupo de idosos com indícios de depressão e/ou em risco de desenvolver uma depressão;

- Promover actividades ocupacionais diversas - estimulação de aspectos relacionais, exercício físico adequado a cada caso, acompanhamento, exteriorização das emoções, estimulação cognitiva de algumas áreas (memória, por exemplo quando relatam histórias passadas, versos, etc., que permite um enaltecer da sua história de vida e de si próprios enquanto pessoas; fomenta a valorização pessoal, o que consequentemente tem um papel fundamental na prevenção/intervenção ao nível da sintomatologia depressiva), entre outros durante cerca de seis meses com este grupo;

- Reavaliar e comparar os resultados após esse período.

- Obter toda a informação que possa ser utilizada futuramente na prevenção da depressão neste tipo de população, bem como na criação de projectos e/ou planos de intervenção junto à mesma.

2.6 Questões da pesquisa/Observação contextual

- Será que a sociedade tem a resposta adequada para a depressão, que se apresenta em muitos idosos?

- Será que as actividades a serem efectuadas durante o estudo (estimulação, exercício físico, actividades diversas, companhia, etc.) contribuirão para promover o desenvolvimento harmonioso do idoso, no sentido da sua adesão às actividades propostas?

- Será que determinada actividade se apresenta mais eficaz que outra (s)?

3. Enquadramento conceptual

Fontaine (2000, p.159-160) referindo Birren e Renner (1980), salienta 6 características do processo patológico que pode aparecer a qualquer pessoa independentemente da sua idade: (a) a degradação da auto-estima; (b) o declínio da adaptação da própria representação à realidade; (c) a diminuição do domínio do ambiente; (d) a perda da autonomia; aparecimento de desequilíbrios de personalidade e; (e) o declínio da capacidade de mudança (e acompanhamento da evolução da sociedade).

Segundo este autor, estas características são mais frequentes nos idosos, devido às alterações que inevitavelmente vão observando no seu próprio corpo e às doenças que mais tarde ou mais cedo se revelam, como diabetes do tipo II, artrite reumatóide, osteoporose, cancro, problemas cardíacos ou até um luto patológico por perda de um filho, por exemplo, ou por viuvez. Um estado depressivo que surja após uma viuvez, não deve ser comparado, contudo, com outro estado depressivo que não esteja relacionado com um qualquer acontecimento específico da vida (p. 160).

Ainda de acordo com Fontaine (2000), as manifestações psicopatológicas nos idosos são inúmeras, embora duas sejam mais frequentes: estados depressivos e demências do tipo Alzheimer (p. 160).

Já Barros (2008a) considera ser possível afirmar-se que a depressão é maior no idoso não devido à idade, mas porque com o avançar da idade vêm mais doenças e perdas. Os estudos mostram que as mulheres têm mais tendência para estados depressivos que os homens, na razão de dois para um.

O mesmo autor, citando Zimerman (2008a, p. 207), refere que em 1912 Freud desaconselhava a psicanálise a pessoas acima dos cinquenta anos, por considerar que teriam falta de flexibilidade nos processos psíquicos, dada a dificuldade de educar os idosos, e pela existência de muito material clínico a ser interpretado, o que faria com que o tratamento se arrastasse indefinidamente. Mas Barros sublinha que, apesar de muitos psicoterapeutas e psicanalistas ainda hoje se recusarem a tratar idosos, se a terapia lhes for ajustada, como aliás, em todas as outras faixas etárias, pode ser realmente eficaz. (pp. 111). Neste sentido, Monteiro (2002, cit. in Barros, 2008a, p. 112) refere ‘para todos os idosos deprimidos, em geral é possível encontrar-se saídas criativas não se resignando fatalisticamente à situação’.

Há ainda as chamadas pseudodemências, que são processos geralmente reversíveis, que surgem em resultado de carências afectivas, isolamento e solidão (Barros, 2008a, pp.112-113) - a ter em conta em caso de uma perda recente.

3.1 Teorias do envelhecimento

«É preciso que os educadores compreendam que ajudar as pessoas a tornarem-se pessoas é muito mais importante do que ajudá-las a tornarem-se matemáticas, políglotas ou coisa que o valha.»
Carl Rogers (1902-1987)

De acordo com Schroots e Birren (1980) mencionados por Cordeiro (1999), o envelhecimento tem três componentes:

- a) o processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência;
- b) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário;
- c) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. O crescimento e o envelhecimento nunca são o conjunto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social, no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha (p. 54).

Já Barros (2008a) refere ter sido Erik Erikson quem pela primeira vez descreveu o desenvolvimento humano desde a infância à velhice. O autor refere que o modelo epigenético de desenvolvimento de Erikson fora apresentado inicialmente nos anos 50, embora só muito posteriormente, já nos anos 80, Erikson tivesse explorado melhor a adultez e a velhice.

Para Gleitman, Fridlund e Reisberg (1999), não há razão para não se considerar todo o ciclo vital na questão do desenvolvimento, já que durante as diferentes fases da vida nos deparamos com questões distintas e próprias de cada fase. Ao longo da vida, não só os problemas se alteram, mas também a forma como os mesmos são enfrentados, recorrendo a diferentes recursos.

O psicanalista Erik Erikson, ainda de acordo com Gleitman, Fridlund e Reisberg (1999), terá sido o primeiro a desenvolver uma teoria acerca do tema, que veio a ser aceite pela grande maioria dos autores. Nesta teoria, o desenvolvimento humano é abordado tendo em conta todo o ciclo de vida de um indivíduo, dividido em oito *idades*, aproximadamente – da nascença aos 18 meses, dos 18 meses aos três anos, dos três aos seis anos de idade, dos seis anos à puberdade, adolescência, jovem adulto, meia-idade, e anos posteriores. Erikson, segundo Gleitman, Fridlund e Reisberg (1999), terá identificado as crises psicossociais correspondentes a cada estágio, às quais cada um tem de responder de forma a superar o conflito existente. Estes conflitos são provocados pelas diferentes “exigências” nas várias fases da vida. As crises psicossociais apresentadas por Erikson são *confiança versus desconfiança, autonomia versus vergonha e dúvida, iniciativa versus culpa, competência versus inferioridade, identidade versus confusão de papéis, intimidade versus isolamento, produtividade versus estagnação e integridade versus desespero*.

De acordo com Feldman (2001, pp.459), os gerontólogos, «especialistas que estudam o envelhecimento», estão a conseguir comprovar que muitos dos estereótipos antigos sobre o que ocorre na vida dos adultos mais idosos, estavam errados. Focando os seus estudos sobre todos os aspectos relacionados com os maiores de 65 anos, os gerontólogos têm mostrado que o processo de desenvolvimento não cessa na última parte do ciclo de vida.

Segundo Saldanha (2009), a Gerontologia é uma ciência de natureza multidisciplinar que, partindo da parte biológica para a psicossocial, investiga a influência das mesmas no ser humano mais idoso, com a finalidade de descobrir de que forma estes meios afectam o envelhecimento tornando-o mal ou bem-sucedido. Neste sentido, toda a sociedade deve intervir, incluindo os grupos etários mais jovens, prestando a sua contribuição conforme a sua área profissional.

O mesmo autor refere ainda que a Gerontologia ainda é por muitos desconhecida e por outros confundida com Geriatria, a qual se centra no estudo da ‘prática clínica’, nomeadamente da medicina, da enfermagem e demais ciências da saúde.

Cavanaugh e Park (1993), Birren (1996) e Binstock et al. (1996) citados por Feldman (2001, p. 459), consideram que, face ao crescente aumento da expectativa de vida e consequente existência de um número cada vez maior de pessoas com idades que ultrapassam numa ou mais décadas os 65 anos, os psicólogos passaram a ter como «prioridade crítica» a obtenção de uma melhor compreensão acerca do idoso e do envelhecimento em geral.

3.2 Isolamento

«The most terrible poverty is loneliness,
and the feeling of being unloved.»
Madre Teresa of Calcutta (1910-1997)

Saldanha (2009), considera o isolamento, aliado a depressão, a sentimentos de solidão e outros, como sendo um factor de risco que resulta frequentemente na morte antecipada, pelo que se deveria dar maior atenção à prestação de suporte familiar e social nos casos em que ocorre a viuvez, a fim de se minimizarem sentimentos de desesperança e solidão, até que o tempo se encarregue da reorganização e readaptação ao quotidiano.

Fernandes (2000), citando Correia (1993, p. 52), chama a atenção para o facto da solidão ser sentida de forma diferente pelos idosos – que nas fases anteriores das suas vidas a sentiram de forma menos acentuada – já que a mesma vai sendo superada através de outras compensações. Nesta fase tardia da vida, as opções de compensação deixam de existir, pelo que a solidão se torna, para alguns, um sentimento incontornável.

Fernandes (2000) considera que é necessário, antes de tudo, distinguir entre o viver só e o sentir-se só. Nos dias de hoje a solidão atinge muitos idosos, sendo por isso considerada um dos principais problemas da nossa actual sociedade.

Muitos poderão ser os idosos que, apesar de preferirem viver sós, não suportarão sentir-se sós, já que isto implica um afastamento involuntário dos outros, ou seja, por negligência, falta de interesse ou quaisquer outras razões que possam ser invocadas pelos eventuais familiares do idoso. Fernandes (2000) aponta este facto como sendo produto do ritmo de vida actual e dos valores que hoje em dia se atribuem aos aspectos materiais em detrimento dos aspectos afectivos e emocionais.

Berger (1995, cit. in Fernandes, 2000, p. 52) afirma que a solidão ‘é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias’.

As insuficiências físicas, que habitualmente vão aparecendo conforme os indivíduos vão envelhecendo, particularmente acima dos 70 anos, também contribuem para que eles próprios (por orgulho ou vergonha) se retraiam e progressivamente se vão isolando, numa tentativa de se ‘defenderem’ das críticas da sociedade perante uma eventual e progressiva perda de audição, visão, mobilidade (Fernandes, 2000).

Também alterações do foro psicológico, que poderão ir da tão simples e natural perda de memória até aos casos mais complicados como as perdas que se verificam em doenças crónicas como a de Alzheimer ou Parkinson, contribuem para o isolamento do idoso (Fernandes, 2000).

3.3 Competências cognitivas e memória

«Your brain forms roughly 10,000 new cells every day,
but unless they hook up to preexisting cells
with strong memories, they die. Serves them right.»
Doug Coupland (1961-...)

Segundo Feldman (2001), para os gerontólogos, a senilidade, que antigamente era tão usada para caracterizar idosos que apresentassem lapsos de memória e/ou défices cognitivos, é actualmente aproveitada para chamar a atenção para a eventual existência de uma doença neurodegenerativa (Alzheimer, Parkinson ou outra) e se proceder de imediato ao seu despiste, a fim de retardar o progresso da doença depois de diagnosticada, através de intervenção adequada. Muitos dos casos de problemas de memória, ou do foro cognitivo, podem ser resultantes de estados depressivos ou de ansiedade, facilmente tratáveis e ser, portanto, reversíveis e passageiros, podendo até ser causados por sobremedicação.

O mesmo autor conclui que declínios funcionais desta ordem são habituais entre os idosos, sendo importante continuar a estimular a sua parte cognitiva, a fim de preservar as suas competências o mais possível, como, aliás, deveria acontecer em todas os demais grupos etários.

Saldanha (2001) lembra que foi a partir do aumento do número de autópsias que foi possível verificar que todos os órgãos tendem a diminuir de tamanho com o aumento da idade, devido à morte do tecido celular, mas também que, contrariamente ao que se pensava até então, os neurónios morrem menos que as células do fígado e dos rins, entre outros órgãos.

3.4 Optimismo e saúde

«The measure of mental health is
the disposition to find good everywhere.»
Ralph Waldo Emerson (1803-1882)

Marujo, Neto e Perloiro (1999, p. 46), citando Peterson, Seligman e Vaillant (1988), referem um estudo longitudinal, efectuado com 268 sujeitos do sexo masculino, com boa saúde física e mental, por um período de 35 anos a fim de averiguar as suas atitudes optimistas e pessimistas. Efectivamente, os resultados deste estudo confirmaram que a sua saúde foi deteriorando, conforme a idade foi aumentando, mas também que os sujeitos mais optimistas eram mais saudáveis que os pessimistas.

Segundo os mesmos autores, parece que o optimismo influencia também o funcionamento do sistema imunitário e, acerca disto, citando Peterson e Bossio (1993), referem um estudo conduzido por Leslie Kamen-Siegel, cujos resultados apontaram para o facto dos optimistas estudados apresentarem efectivamente defesas contra todas as enfermidades.

Já Everson e colegas (1997, cit. in Marujo, Neto & Perloiro, 1999), efectuaram um estudo, cujos resultados comprovaram que os sujeitos do sexo masculino de meia-idade, apresentando sentimentos de desesperança e fracasso, tinham mais possibilidades de vir a sofrer de arteriosclerose que os sujeitos optimistas da mesma faixa etária. Considerando que os problemas cardiovasculares vêm no topo da lista das causas de morte dos idosos em Portugal, há que ter em conta a influência negativa dos sentimentos de fracasso e a influência positiva do optimismo, capaz de prevenir ou tratar a depressão, insuficiências cardíacas, doenças respiratórias, como por exemplo a asma, e mesmo doenças oncológicas.

3.5 Idadismo

“Inter-group contact and positive relationships
across the generations seem to be
an important mechanism
for combating ageist stereotype.”
Dominic Abrams

De acordo com Magalhães, Fernandes, Antão, e Anes (2010), o termo idadismo foi criado por Robert Butler em 1969 e definido como ‘um estereotipar sistemático e discriminatório de pessoas por serem velhas’. (p.243).

Fernandes (2000) refere que, por diversas vezes os idosos confessam que acham que os outros os vêem como alguém desinteressante, aborrecido, ultrapassado, um fardo que dificulta a

realização de diversas tarefas dos outros; cuja comunicação é dificultada pela redução progressiva a nível da visão, audição, motricidade.

3.6 Institucionalização

“I'll tell 'ya how to stay young:
-- hang around with older people”
Bob Hope (1903-2003)

Sobre este tema, Destéfani (2001) considera que o ideal é que o idoso permaneça no seio da família, onde possa receber amor e afecto, embora nem sempre as famílias tenham hipóteses de cuidar dos seus idosos em casa e, nestes casos, tenham que recorrer ao internamento.

A mesma autora sublinha, mais adiante, ser importante que a família fique ciente, desde a hora do internamento, que a instituição escolhida só fica com parte da responsabilidade sobre o idoso e que o mesmo não deixa de pertencer à família, cabendo-lhe a responsabilidade de envidar todos os esforços ao seu alcance para manter os laços familiares com o seu idoso depois de institucionalizado.

Assim, apesar destes idosos poderem necessitar de anti-depressivos e ser aconselhável encaminhá-los para o médico, necessitam também de estimulação, companhia, exercício físico adequado, apoio psicológico, actividades diversas do seu agrado e uma alimentação saudável.

3.7 Doenças físicas e alimentação saudável e adaptada

«Our food should be our medicine and
our medicine should be our food.»
Hippocrates

De acordo com Henriques (2006), citando ONSA (2003), as principais causas de morte registadas em Portugal entre os anos de 1990 e 1999 nos idosos acima dos 75 anos, foram: a doença cerebrovascular aguda, a insuficiência cardíaca, o enfarte do miocárdio, a pneumonia, a diabetes Mellitus e a aterosclerose, entre outras, e, citando a Direcção Geral de Saúde (2005a), existindo neste grupo particular da população uma prevalência de AVC's, de pneumonias e insuficiências cardíacas.

As pessoas idosas apresentam frequentemente várias doenças ao mesmo tempo, recorrem a vários especialistas, a farmácias diferentes e ao uso de mais medicamentos do que os mais jovens, quer sejam eles prescritos por profissionais de saúde, quer por automedicação (Beers, 1997; Beers et al., 2004; Cameron, 2001; Correia, 2003; Eisenhauer, 1998a; Frazier,

2005; Herve. C., Mullet, & Rosenfeld, 2003; Sorum, P., 2004; UEMO, 2006; WHO, 2005; Willians, 2002, cit. in Henriques, 2006).

Embora a doença oncológica não seja referida como uma das principais causas de morte, sendo uma doença tão temida por todos (pois é normalmente associada a dor e sofrimento prolongado), foi de particular interesse para este estudo verificar que, ao contrário do se seria de esperar, as mulheres com espírito mais lutador, assim como as mulheres que negavam ter tido um cancro, apresentavam taxas de sobrevivência superiores três meses após uma mastectomia, o que indica que as respostas emocionais podem influenciar como a doença progride (Feldman, 2001).

Morley (2007) considera que uma alimentação saudável é benéfica e promove o bom estado de saúde dos idosos, através da prevenção de doenças. Especialmente nos idosos que têm que ter uma dieta especial, já que alguns alimentos poderão pôr em risco a sua saúde, como é o caso dos que sofrem de diabetes Mellitus e de hipertensão.

Campos e Coelho (2009) enfatizam a ideia de que consultar um nutricionista possa ser essencial, a fim de obter sugestões no que respeita à programação das refeições, para que estas sejam apelativas e variadas, mas providas de «segurança alimentar e nutricional», desta forma contribuindo para o bem-estar geral do idoso.

Ainda de acordo com estas autoras, no que se refere à confecção dos alimentos, parece em primeiro lugar importante que a água seja filtrada ou fervida, quer seja para beber ou cozinhar. Devem preferir-se peixes e carnes magras, assim como leites semi-desnatados; refrear o uso do sal e do açúcar, assim como o das especiarias, dos enlatados, enchidos e as sobremesas muito doces. As formas de preparação também devem ser cuidadas, devendo optar-se por cozidos, assados e grelhados, evitando os refogados e outras técnicas que usam mais gorduras. Estas devem, sempre que possível, ser substituídas por azeite de boa qualidade. Não é necessário acrescentar-se demasiada água durante a cozedura e também deve evitar-se que os alimentos cozam demais, pois isso vai resultar em que percam mais nutrientes. Devem incluir-se verduras, legumes e frutas com regularidade. Os cereais devem ser incluídos nas refeições diárias e nozes, avelãs e amêndoas devem ser consumidos semanalmente, embora em pequenas quantidades. Nos casos de idosos com dificuldades em mastigar ou deglutir deve recorrer-se aos purés e aos picados.

Campos e Coelho (2009) aconselham a fazerem-se cinco a seis refeições diárias, sendo três refeições principais e dois lanches entre elas, assim como uma ceia, a fim de proporcionar a ideal ingestão de nutrientes, energia, a estimulação do funcionamento intestinal e que se

sinta fome e ‘belisque’ fora de horas, tendo em mente que o processo digestivo é mais lento nos idosos.

É importante que a sala de refeições seja prática, limpa e segura, considerando a mobilidade do idoso, e tentando sempre evitar a ocorrência de acidentes, mas também confortável e agradável, já que todo o ambiente se deve reflectir de forma positiva no idoso e contribuir para que as refeições sejam momentos agradáveis (Campos & Coelho, 2009).

3.8 Terapia ocupacional

«It is in his pleasure that a man really lives;
it is from his leisure that he constructs the true fabric of self.»
Agnes Repplier

Tabourne (1992, cit. in Jacob, 2007, p. 31), considera relevante, no caso dos idosos, promover a educação para actividades agradáveis, já que estas proporcionam a optimização da sua qualidade de vida.

Por esta ordem de ideias, a fim de se estimular o idoso e melhorar a sua qualidade de vida, as actividades abrangem várias dimensões do foro biopsicossocial, podendo desta forma contribuir para uma vida mais activa, mais autónoma, mais criativa e permitindo-lhes voltar a intervir socialmente (Jacob, 2007).

O mesmo autor refere que, mais do que o envelhecimento orgânico em si, vários factores como a falta de exercício mental, a depressão e a demência, a desmotivação, a apatia, o isolamento e a solidão são os que mais afectam os processos cognitivos, pelo que o autor sugere diversas actividades, para todos os gostos, entre as quais, palavras cruzadas, sopa de letras, passeios, visitas culturais, gastronomia e acesso à internet e ainda outro tipo de actividades que promovam o exercício físico leve e a uma maior sociabilidade.

3.9 Adesão terapêutica

«Courteous treatment will make a customer
a walking advertisement.»
James Cash Penney

Henriques, M. (2006) refere, citando WHO (2003), que a longevidade tem sido amplamente aumentada graças a medicamentos, em especial a certas vacinas – como por exemplo a vacina da gripe – que previnem os efeitos das doenças infecciosas nos idosos e ainda graças a medicamentos que regulam a hipertensão, os índices de glicemia no sangue, o colesterol, entre outros.

Contudo, estes medicamentos podem também causar efeitos colaterais e reacções indesejáveis, o que é particularmente frequente entre os idosos, que necessitam de tomar vários medicamentos para as diferentes doenças crónicas instaladas em simultâneo, já que a interacção desses medicamentos pode resultar negativamente e levar ao abandono do tratamento (Eisenhauer, 1998, cit. in Henriques, 2006). Polimedicação é, entre outros, um termo utilizado regularmente para referir a toma de diversos medicamentos simultaneamente (Cameron, 2001; Weaver et al., 2005, cit. in Henriques, 2006).

A mesma autora diz, citando Beyth (1999) e Spiers (2004), que 80% dos idosos tomam pelo menos um medicamento e ainda, citando Frazier (2005) e Schwartz (1999), que 70% a 80% dos idosos já experimentaram reacções indesejáveis devidas a medicamentos.

Henriques (2006), citando Beckman (2005), Claesson et al (1999) e Howes (2005) considera que a não adesão, pode ter várias causas, quando se trata de idosos: por não serem capazes de abrir as embalagens; porque não vêm bem; por não saberem ler ou por terem dificuldades em compreender as informações prestadas pelos técnicos de saúde e ainda, citando Esposito (1995), por apresentarem problemas de memória.

Segundo esta autora, citando WHO (2003), a adesão terapêutica é importante para que os medicamentos, os tratamentos e os aconselhamentos indicados pelos vários técnicos de saúde possam surtir resultados positivos para a saúde do idosos, enquanto que a não adesão, ou interrupção aumenta o grau de ineficácia dos mesmos, traduzindo-se em não só em problemas desnecessários, como ainda no aumento de despesas (não só para idosos, como para os sistemas de saúde), da morbilidade e da mortalidade desta população. Considerando que 80% dos idosos necessita de tomar vários medicamentos ao mesmo tempo, a não adesão vai incidir sobre um número de idosos elevado.

3.10 Morte

«The fear of death follows from the fear of life.
A man who lives fully is prepared to die at any time!»
Mark Twain (1835-1910)

Mas, afinal, o que é a Morte? Segundo Fontaine (2000), até há pouco tempo a morte clínica era caracterizada pela paragem do bater do coração e da respiração, mas hoje em dia já não se aceitam só estes dois factores, mas no mínimo 9 diferentes factores ou critérios, para além da morte cerebral, nomeadamente: (a) inexistência de reflexos motores; (b) falta de reacção a estímulos; (c) falta de movimento do olho, pálpebras, pupilas; (d) incapacidade de engolir, bocejar; (e) falta de voz; (f) falta de reacção perante estímulos causadores de dor; (g)

paragem respiratória superior a uma hora; (h) electroencefalograma sem traçado para além de 15 minutos e, (i) a persistência de todos estes indicadores por 24 horas.

Hoje, tal como no início da humanidade, a reacção do Homem perante a morte é de temor, de evitamento e de busca do seu adiamento, através do aumento da sua longevidade. Isto, porque continuamos hoje, como então, à procura de respostas para o que acontece depois da morte e continuamos sem elas, da mesma forma como continuamos a rezear tudo o que desconhecemos e não somos capazes de explicar nem controlar (Barros, 2008b).

Sabemos que a morte é inevitável, mas desconhecemos como iremos reagir perante a nossa própria morte, nem a dos nossos entes queridos, até ao momento da sua aproximação ou da sua notícia (Barros, 2008b). Não há, no entanto, uma concordância geral já que estamos perante um conceito que abrange mais do que um único campo. Para além da medicina, temos que ter em conta os campos jurídico, ético e mesmo o religioso. Assim, apesar de ser consideravelmente superior o número dos que consideram a morte cortical, os Estados Unidos da América do Norte e a grande maioria dos outros países optaram por considerar aos olhos da lei a morte desde que estejam reunidos pelo menos 9 dos indicadores da morte cerebral. É impossível dar uma resposta simples e concisa quanto à definição de morte. Mas, morte poderá ser considerada a cessação permanente de todas as funções vitais (Fontaine (2000).

3.10.1 Atitude do idoso perante a Morte

No fim do seu ciclo de vida, o idoso depara-se constantemente a com a questão da morte. Mesmo que ele próprio se encontre com uma saúde óptima, vai sendo confrontado com o desaparecimento dos seus amigos, conhecidos e familiares, pelo que não pode deixar de contemplar o seu próprio fim.

De acordo com Barros (2008a), em Portugal não tem havido muitos estudos ou investigações sobre estes assuntos, pois continuam a ser tabu. Mesmo nos livros estrangeiros não há abundância de referências sobre estes temas e o que vai aparecendo são estudos que vão pouco além do que já se sabe, embora possamos concluir que Gerontologia e Tanatologia andam a par e parecem estar a ganhar um crescente número de estudiosos nos últimos anos.

3.10.2 Atitude do idoso perante a sua própria morte

Howarth (1998) citado por Barros (2008a, p. 122) refere que os idosos se comportam de formas diferentes face à própria morte: uns dizem que estão preparados e outros agarram-se à vida e preferem não pensar no futuro.

Destéfani (2000) diz ser o natural apego à vida que se traduz na ansiedade face à morte e que a proximidade do fim retira-nos qualquer ilusão e faz-nos tomar consciência de uma realidade à qual ninguém escapa, já que a morte pertence à realidade da vida.

A ansiedade face à morte é um dos aspectos mais estudados e, neste sentido, Barros (2008a) refere que a tanatofobia não se cinge ao medo da morte por si só, mas também pode estar relacionado com o desconhecimento do que sucede para além da morte, ou a maneira, o local e o momento em que a mesma ocorrerá. Muitos poderão preocupar-se com a hipótese de simplesmente deixar de existir de forma definitiva. Estas cogitações parecem variar entre os indivíduos consoante a sua perspectiva religiosa, já que as diversas religiões apresentam justificações próprias para o que acreditam suceder depois da morte física. No entanto não foi possível até ao presente definir o momento em que este medo surge ou identificar as circunstâncias que conduzem ao mesmo. Nem mesmo a forma como este evolui.

Kastenbaum e Eisenberg (1983) citados por Barros (2008a, p. 125) chamam a atenção para um estudo, também já bastante antigo (1966), cuja amostra consistiu em cem sujeitos idosos holandeses: o estudo de Munnich. O mais relevante neste estudo é que mostrou claramente que os idosos com maior maturidade psicológica não mostravam ter receio de morrer, ao passo que os de personalidade imatura mostraram uma atitude negativa perante a morte.

No que respeita ao género, parece haver uma tendência para as mulheres mostrarem maior medo da morte do que os homens. Parece haver modelos distintos das pessoas se defenderem do medo (e até mesmo do terror) da morte, com influência de variáveis relacionadas com a fé, a natureza espiritual de cada um e outras variáveis resultantes das influências do meio em que estão inseridos (Barros, 2008a).

Ainda de acordo com Barros (2008a), cada idoso desenvolve de forma idiossincrática, recorrendo a diferentes mecanismos de defesa (sejam eles negativos, como por exemplo: «a somatização (hipocondria), a sublimação, a agressividade, a racionalização a dissociação, a negação, e ainda mecanismos mais positivos, como o humor e o altruísmo», p.127), com intensidade variável para enfrentar o medo da morte, desenvolvendo novas estratégias de *coping*. Isto acontece de forma otimizada nos casos em que o idoso possui uma maior maturidade psicológica. A natureza de cada um influencia a sua forma de lidar com a morte e o morrer, sendo que os pessimistas as encaram de forma negativa e os optimistas inversamente.

Coping, para Lazarus e Folkman (1984), referidos por Anaut (2005, p. 80), seria “o

conjunto de esforços cognitivos e comportamentos destinados a controlar, a reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos do indivíduo”.

Os modos de *coping* podem ser adaptativos ou não adaptativos e, enquanto os primeiros são comuns a idosos capazes de ir aperfeiçoando a maneira como solucionam quaisquer situações stressantes que lhes surjam e as resolvam com uma eficiência cada vez maior, os segundos dizem respeito ao idoso que não consegue lidar com os obstáculos que surgem e fica a matutar constantemente em acontecimentos tristes, assuntos mal resolvidos consigo próprio, com os outros e o meio em que viveu (Paúl & Fonseca, 2005).

Neste âmbito, Anaut (2005) refere que, embora à primeira vista possa parecer que os conceitos de *coping* e resiliência sejam muito próximos, não devem ser confundidos e, citando Manciaux (1999), *coping* tem mais a ver com o comportamento que o indivíduo (ou grupo) vai ter perante certa situação, em determinado momento, enquanto que resiliência tem mais a ver com ‘a parte inata e a parte adquirida através de um precioso trabalho de adaptação’. Assim, segundo Wolin e Wolin (1995, cit. in Anaut, 2005, p. 59), resiliência não é um traço de personalidade mas corresponde antes a um conjunto de características, que surgem, com maior ou menor intensidade, nos estudos efectuados com indivíduos com funcionamento resiliente: perspicácia, independência, aptidão para as relações, iniciativa, criatividade, humor e moralidade.

3.10.3 Atitude do idoso perante a morte do cônjuge

A atitude do idoso perante a morte do cônjuge varia também, e principalmente, com o género. Há quem tente colmatar o vazio procurando novas amizades ou voltando a casar (mais frequentemente os homens), enquanto outros preferem passar a dedicar-se mais aos filhos e netos e há ainda quem se torne mais religioso e quem se passe a dedicar a obras de solidariedade. Parece que as viúvas lidam melhor com as suas emoções, readaptando-se à vida com maior facilidade, ao passo que os viúvos tendem a ficar mais deprimidos e mesmo a tentar o suicídio (Barros, 2008a; Barros, 2008b; Fontaine, 2000).

Barros (2008a) chama a atenção para o facto da morte do cônjuge resultar num processo de luto frequentemente complicado e ambíguo (naqueles casos em que o cônjuge em vida fora um tirano), podendo suscitar um leque variado de sentimentos, por vezes até contraditórios, entre os quais, sentimentos de rancor, tristeza, depressão, mas também culpa, libertação e paz.

Também os resultados de um estudo de Waskowic e Chartier (2003) apontam para o facto dos viúvos que tinham tido casamentos com laços fortes de proximidade e segurança se mostravam menos zangados, menos isolados da sociedade, com menor sentimento de culpa, menor ansiedade face à sua própria morte, com menos sintomas somáticos, menos desespero, menos despersonalização e eram menos ruminantes que aqueles cujos laços matrimoniais tinham sido pouco fracos, o que leva a crer que o tipo de vinculação com o cônjuge tem relevante influência na maneira de reagir de cada indivíduo, neste caso, de cada idoso na viuvez.

3.10.4 Atitude do idoso perante a morte do (s) filho (s)

Oliveira e Lopes (2008) referem que, face à perda de um filho, há que ter em conta, para além do que já foi anteriormente referido, que o impacto da morte possa ainda ser causador de sentimento de culpa no idoso por sobreviver ao filho e ainda por se deparar com outras preocupações que possam resultar desta perda, como por exemplo quem irá cuidar de si doravante, muitas vezes problemas económicos, isolamento social. É sempre sentida como uma enorme injustiça e muitas vezes acaba num luto patológico.

Elizabeth Kübler-Ross (1969; 1997) sugere que os pais que sofrem a morte de um filho costumam encontrar um grande conforto quando se encontram com outros pais que passaram pela mesma tragédia.

3.11 Luto

«Grief can't be shared.
Everyone carries it alone,
His own burden, His own way.»
Anne Lindbergh (1906-2001)

Luto é o período que decorre desde a aproximação da morte, na constatação da mesma, nos tempos que se lhe seguem, durante o qual cada um de nós reage com demonstrações próprias e subjectivas dos seus sentimentos face à perda de um ente querido. Cada pessoa reage de forma diferente, embora sejam comuns a todos nós demonstrações de choque, tristeza, culpabilidade, incompreensão, revolta, negação e saudade. Umhas pessoas exteriorizam mais que outras os seus sentimentos e os sintomas de luto podem variar também com o objecto de perda, que pode ser um familiar próximo, mas também alguém com quem se convivia diariamente e com quem se desenvolveram laços afectivos fortes, um amigo de infância ou mesmo um animal doméstico (Barros, 2008b).

Não devemos esquecer que há outras situações em que o luto pode ocorrer sem haver desaparecimento físico: casos de divórcio; partida dos pais, irmãos ou filhos para um local tão longe que não permita a continuação da convivência física, por exemplo.

Várias fases de luto têm sido consideradas, mas Kübler-Ross (1969) destacou-se através dos seus extensivos estudos sobre as diversas vertentes desta problemática, principalmente a partir da publicação do seu livro (1969) originalmente intitulado ‘On death & dying’.

3.11.1 Luto dito ‘normal’

Kübler-Ross (1969) considera o que chamou de *Ciclo do Luto*, constituído por cinco fases. Este ciclo, apesar de ter sido idealizado primordialmente a pensar em doentes já em fase terminal, pode aplicar-se da mesma forma a pessoas em processo de luto por morte de um ente querido.

A primeira fase é de *choque*, seguida de um estado talvez equiparável a um transe, sonambulismo ou torpor. A segunda é de *negação*: as pessoas parecem estar à espera que se trate de um engano e que, depois deste corrigido, a vida volte a regressar ao habitual. Segue-se a terceira fase: de *raiva*, em que a pessoa já aceitou que a morte realmente ocorreu, mas está a tentar culpar alguém.

Posteriormente surge a fase do *luto* propriamente dito e é geralmente a mais prolongada, a sua duração variando entre meses e anos. Vários sentimentos caracterizam esta fase, tais como tristeza, solidão, culpa, crises espontâneas de choro, depressão e até queixas físicas.

Finalmente, a quinta fase: *recuperação*, i.e. o regresso à vida habitual. Na realidade a vida não volta nunca a ser a mesma, mas a pessoa enlutada readquire o seu equilíbrio e segue em frente, readaptando-se progressivamente ao quotidiano.

Relativamente a este ciclo, Kübler-Ross salientou que não devemos nunca ‘desistir’ dos pacientes terminais e que a grande maioria dos seus pacientes moribundos se mostrou muito mais ‘aliviada’ depois de ter podido falar abertamente com alguém sobre a aproximação do seu fim, chegando mesmo a mostrar-se cheios de forças já não esperadas, boa disposição e muitos obtendo até alta hospitalar e acabando por ir morrer em casa.

Contrariamente a Kübler-Ross, Pattison (1977) enfatiza um modelo do luto só com três fases: a crise aguda (ansiedade e stress); a crise crónica (angústia, depressão, mas uma réstia de esperança) e a fase terminal (aceitação e afastamento) e Pincus (1976) também só considera três fases principais de luto: a fase inicial, a fase intermédia e a fase de ultrapassagem ou de recuperação (Barros, 2008a).

3.11.2 Luto patológico

O luto é geralmente um longo processo, e varia de pessoa para pessoa e portanto, da mesma forma que uma dor física, esta dor (psicológica) demora mais ou menos tempo a sarar.

Mas, no processo de luto podem surgir complicações devido, por exemplo, a lutos anteriores mal resolvidos. Nesses casos há que tratar primeiro a dor da perda anterior, para depois se poder ajudar a curar a perda mais recente.

Muitos destes casos requererem uma terapia de luto e convém encaminhar o idoso para um profissional competente, alguém que melhor possa identificar o que ficou por resolver no passado, para evitar que o idoso caia em depressão grave ou surjam ideações suicidas ou mesmo tentativas de suicídio (Barros, 2008b).

Há ainda casos em que o luto patológico aparece sob a forma de total ausência de sofrimento, ou falta continuada de reacções normais de luto, luto retardado, luto conflituoso ou luto crónico (Barros, 2008b).

A morte inesperada (um acidente de viação em que morre o filho, ou um atropelamento em que morre o cônjuge), por exemplo, pode dar azo a que ocorra um luto patológico. Também casos de relações muito intensas, ou muito contraditórias, podem conduzir a processos de luto mais complexos e difíceis de superar (Barros, 2008b).

3.12 Religião, fé e espiritualidade

«Science without religion is lame,
religion without science is blind.»
Albert Einstein

Parece conveniente neste ponto fazer-se referência aos estudos que relacionam os efeitos positivos da religião, ou religiões, fé e espiritualidade com a saúde, bem-estar e outras variáveis, e muito particularmente com sintomas depressivos.

Koenig (2006), refere o interesse suscitado em estudos com idosos, a fim de averiguar os efeitos daquelas sobre a saúde mental e cujos resultados confirmaram que a espiritualidade em geral os auxilia a encontrar respostas que contribuem para ultrapassar mais facilmente todo o tipo de perdas e estados de sofrimento e ansiedade causados por situações menos positivas

da vida, sendo benéfica para a sua saúde. Sadler e Biggs (2006) têm-se debruçado sobre a influência da espiritualidade no envelhecimento bem-sucedido, tendo também obtido resultados positivos (Barros, 2008b).

Os efeitos da religiosidade em doentes com sintomas depressivos foram estudados pela primeira vez por Koenig, George e Peterson (1998), que investigaram uma amostra composta por adultos com mais de 60 anos, que tinham estados hospitalizados, diagnosticados com depressão. Foram seguidos por 30-47 semanas após terem tido alta hospitalar. Os resultados mostraram que 54% desses idosos, os que apresentavam religiosidade intrínseca, estavam curados e ainda que, quanto mais religiosos eram os idosos, mais rápida havia sido a sua cura.

3.13 Depressão

«Just like other illnesses, depression can be treated
so that people can live happy, active lives.»
Tom Bosley (1927-....)

O gosto pela vida, os sentimentos de solidão e abandono e a congruência entre os projectos realizados e os que foram sonhados mas não chegaram a concretizar-se, são três habituais apontadores da depressão (Fontaine, 2000).

Fontaine (2000) lembra que há vários graus dentro dos estados depressivos, podendo variar entre uma depressão *minor* e uma depressão *major*, embora as alterações que se apresentam, tanto a nível da cognição como do comportamento, sejam comuns a ambas. Os sintomas são diversos e incluem perda de apetite, apatia, inércia, desinteresse, diminuição da auto-estima, isolamento social e problemas a nível das horas de sono e sua qualidade.

O mesmo autor refere ainda que os estados depressivos aparecem geralmente relacionados com situações negativas do quotidiano, tais como luto, entrada na reforma, desemprego, doenças crónicas e/ou incapacitantes e que os deprimidos têm, não raramente, ideação suicida, passando, por vezes, ao acto.

Osgood (1985), citado pelo mesmo autor, refere que, no caso dos idosos, as tentativas de suicídio são verdadeiros resultados do seu desejo de pôr termo à vida, enquanto que nos jovens, tentativas semelhantes se tratam mais de um meio de pedir ajuda, do que verdadeira vontade de morrer.

Das várias perturbações do foro psiquiátrico, a depressão é a que mais facilmente pode ser tratada. Para esse efeito, pode ser necessário ter de recorrer-se a antidepressivos, mas, mais recentemente tem sido verificado que psicoterapias, como por exemplo as terapias cognitivas,

têm obtido resultados óptimos entre os idosos, já que através da modificação do curso de pensamento, conseguem modificar-se os comportamentos (Beutler e col., 1987, cit. in Fontaine, 2000, p. 162).

Fernandes (2000) crê que, na população idosa, convém sempre relacionar a sintomatologia depressiva com o meio social em que está inserida, já que parece existir um efeito de acção/reacção entre as pessoas à sua volta – vizinhos, familiares, amigos – e o idoso e vice-versa, o que pode resultar em sentimentos de afastamento, abandono, perda de vinculação afectiva e isolamentos, voluntário ou involuntário, todos eles factores de risco da depressão.

Nos idosos, a depressão resulta amiúde na necessidade de internamento hospitalar, a par com o mesmo número de quadros demenciais. Fernandes (2000), citando Marques et al (1989), chama a atenção para a existência de três principais factores apontados para o despoletar da depressão neste grupo etário: «factores ambientais, factores genéticos e factores orgânicos.» (pp. 68).

Fernandes (2000, p. 115) considera que o número de mulheres deprimidas é duas vezes superior ao dos homens deprimidos e ainda que os idosos institucionalizados apresentam igualmente índices de depressão duas vezes superiores aos dos idosos que frequentam centros de dia ou que se mantêm em casa própria.

Berger (1995) considera que a depressão é uma das patologias mais comuns aos idosos, já que estes estão mais sujeitos aos efeitos de factores de risco, não só pelas perdas que sofrem, como pelas doenças crónicas que apresentam, ou pelos efeitos da medicação de que necessitam, mas, acima de todos, pelos efeitos das perdas que vão sofrendo (Fernandes, 2000).

Busse (1992) considera que os sintomas depressivos são duplamente superiores nas mulheres, devido ao seu estado civil, à capacidade financeira, a perdas de vária ordem e a stress social (Fernandes, 2000).

Blazer et al (1992) refere índices de depressão mais elevados nos idosos citadinos, que nos dos meios rurais e que os idosos que moram em andar e/ou casa alugada apresentam também índices mais elevados do que os que habitam em cada própria (Fernandes, 2000).

Berger (1995) aponta várias causas para os sentimentos de solidão: os efeitos de algumas sociedades actuais, que valorizam os bens materiais em detrimento dos afectivos, e dos conceitos de família e amizade (Fernandes, 2000).

Os valores de depressão são mais baixos nos idosos que vivem em casa própria dos que os que estão em lares, porque os últimos sofrem perdas adicionais, como a desinserção da família e da sua comunidade, perdas no que respeita aos seus objectos pessoais de estimação, aos seus hábitos quotidianos, entre outros. Os estudos indicam os seguintes resultados: à maior idade do idoso corresponde um valor mais elevado de depressão; quanto maior a dor física, menor realização de actividades de lazer; quanto menor a sua funcionalidade, maior a solidão; os índices de solidão vão aumentando proporcionalmente ao aumento da idade; os idosos mais bem adaptados sentem menos solidão; quanto mais elevado o poder económico do idoso, maiores os índices de depressão (Fernandes, 2000).

Fernandes (2000), citando Santos (1995), refere ainda existir maior propensão para o desenvolvimento de depressão no meio urbano que no rural.

Spar e La Rue (2002) são de opinião que o luto não patológico, i.e. o processo de luto dito 'normal', se assemelha a uma depressão *major*, já que pode apresentar perda de apetite, insónia, tristeza, apatia, somatização e até mesmo ideação suicida passiva, ou seja, embora pensem no assunto não chegam a tentar acabar com a própria vida.

A depressão, no campo da psiquiatria, é a doença que mais afecta os idosos, apresentando intensidades variadas, podendo ir dos 5% aos 65%, dependendo do tipo de sujeitos da amostra. Resultados de estudos referidos pelos mesmos autores mostraram que metade das viúvas idosas, que tinham indícios de depressão no mês seguinte ao da viuvez, já os não tinham um ano depois. Segundo Wilkinson, Moore e Moore (2003), a depressão é facilmente diagnosticada no caso dos idosos, no entanto, nem sempre é iniciado tratamento através de fármacos antidepressivos, nem é mesmo consultado qualquer tipo de especialista da área da saúde. De acordo com os autores, este facto é devido à identificação dos sintomas depressivos como comuns na terceira idade. Para além deste aspecto, há ainda uma certa dificuldade em distinguir os sintomas depressivos dos característicos na demência. Ainda de acordo com os autores, as principais diferenças entre a depressão e a demência nos idosos dizem respeito: (a) à forma como aparecem os sintomas, (b) ao défice cognitivo, (c) à memória e compreensão, (d) à sensação de sofrimento, (e) à auto-imagem e (d) a sintomas somáticos. Relativamente à forma como aparecem os sintomas, verifica-se que no caso da depressão acontecem de forma rápida, enquanto na demência ocorrem de forma insidiosa; o défice cognitivo identificado em idosos depressivos é flutuante, enquanto na demência é permanente; a perda de memória e de compreensão ocorre de forma progressiva nos idosos com demência, que não vêem qualquer melhoria através de psicofármacos, enquanto no caso

dos depressivos há resposta ao tratamento; os idosos depressivos apresentam sensação de sofrimento e auto-imagem negativa, enquanto nos idosos com demência estes sentimentos não estão presentes; relativamente aos sintomas somáticos, os apresentados no quadro clínico do idoso depressivo são os sintomas típicos, enquanto no idoso com demência são os atípicos, à excepção do sono.

De acordo com Wilkinson, Moore e Moore (2003), a perturbação pode ser ‘mascarada’ por sintomas físicos e os idosos apresentam índices de vulnerabilidade bastante elevados relativos à depressão.

Nos indivíduos com idades superiores a 65 anos não existem diferenças quanto ao género sexual do paciente, pelo que se pressupõe que a predisposição genética para a depressão seja menos relevante na incidência da doença na terceira idade. De acordo com os autores, as vivências são o aspecto que mais influencia o surgimento da depressão nestas idades, conjuntamente com outros factores como a reforma antecipada, dificuldades a nível financeiro e estado de saúde precário. Segundo Wilkinson, Moore & Moore (2003), o prognóstico da evolução da depressão no caso dos idosos é negativo, tendo-se verificado por um estudo realizado, que cerca de dois terços dos idosos, no período de um ano, mantinham a sua situação inalterada, apresentavam agravamento dos sintomas ou já haviam falecido.

Wilkinson, Moore e Moore (2005) acham importante que os médicos de família e outros técnicos de saúde, ajudem os seus pacientes sempre que estes se queixem de se sentirem deprimidos, ou que eles próprios o notem durante uma consulta, oferecendo-lhes sugestões que possam ajudar a minimizar o seu estado (por exemplo: sugerir que passem alguns dias fora, visitando familiares ou amigos). Estas pessoas costumam sentir-se vitimizadas pela solidão, pelo que estar acompanhadas, ainda que temporariamente, possa ser benéfico. Ao que parece, sempre que o deprimido tem o seu tempo mais ocupado, com tarefas e actividades que lhe dêem prazer, vêem o seu estado melhorado.

Os mesmos autores aconselham que sejam dadas explicações aos idosos sobre os seus sintomas depressivos, levando-os a falar sobre o que sentem, para poder chegar à causalidade dos sintomas e sugerir as estratégias de *coping* mais adequadas. Nalguns casos, é de sugerir exercício físico leve, actividades de lazer, a socialização em associações ou grupos que partilhem os mesmos gostos, ou que passem a frequentar centros comunitários. Convém sempre repetir-lhes que os medicamentos camuflam sintomas mas não curam, além de poderem ter efeitos secundários nefastos e por isso serem de evitar ao máximo, pelo menos,

em todas as situações que possam ser ultrapassadas através de outras estratégias; finalmente, deverão mostrar-se sempre disponíveis para os ouvir e aconselhar.

Outros pontos de aconselhamento importantes: promover a exteriorização dos sentimentos, de forma verbal ou escrita; conseguir uma relação empática, sugerir alterações do quotidiano, como o início de novas actividades (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Jacob (2007), lembra-nos os benefícios da psicomotricidade, intimamente ligada ao desenvolvimento do ser humano e incluindo a interiorização de conhecimentos a nível da cognição, a nível somático e a nível dos afectos, aumentando exponencialmente ‘o potencial motor, afectivo-relacional e cognitivo’.

Assim, o mesmo autor recomenda o exercício físico, com regularidade e ajustado a cada caso, uma vez que promove não só a socialização, como, simultaneamente, o aumento da massa muscular, bem como da sua força e resistência, a flexibilidade, a coordenação motora e até as funções digestivas e excretórias. Caminhadas, musculação leve e dança, entre outros exercícios, são de aconselhar a todos os idosos uma vez que permitem a manutenção da actividade biopsicossocial.

3.14 Promoção do desenvolvimento humano do idoso

Apresentando-se o desenvolvimento do ser humano como a finalidade primordial da educação, entendem-se os sujeitos – sejam crianças, jovens adultos ou idosos – como agentes activos que participam no seu próprio desenvolvimento dentro dos contextos, o que constitui um factor determinante na mudança contextual do seu quotidiano.

A perspectiva científica actual, privilegiando aspectos específicos das relações interpessoais, que vão constituindo os novos campos psicossociais dos indivíduos ao longo do ciclo de vida, é pontuada por noções associadas à realização de tarefas de desenvolvimento, e a dimensões como a maturidade, a activação e a resiliência.

De facto, a realização, com sucesso, das sucessivas tarefas de desenvolvimento com que o sujeito se vai confrontando ao longo das várias etapas de vida, irá permitir o seu acesso a uma cada vez maior flexibilidade e complexidade de funcionamento humano e à evolução da sua personalidade. À medida em que o mesmo ultrapassa as situações adversas (internas e externas), inerentes à realização das tarefas de desenvolvimento, é que vai determinar o desenvolvimento das suas capacidades e, assim, proporcionar a activação da resiliência, e, conseqüentemente, a superação de futuras vicissitudes que, de forma pontual, podem surgir ao longo do percurso da sua vida.

3.14.1 O modelo de activação do desenvolvimento psicológico

A activação do desenvolvimento psicológico inspira-se nas perspectivas construtivista e ecológica-sistémica do desenvolvimento humano.

Activar, no sentido de uma maior optimização do desenvolvimento, quer em situações normais, quer em situações especiais, é o objectivo principal deste tipo de intervenção psico-educativa. Em termos de operacionalização, torna-se necessário conhecer os diferentes componentes da estrutura do sujeito, nas suas distintas fases ou estádios de desenvolvimento, e os respectivos contextos, mais ou menos alargados, a nível do micro, meso, exo e macrossistema.

De facto, este modelo de activação do desenvolvimento psicológico recorre, entre outras, à perspectiva ecológica do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1979, cit. in Sousa, 2003) que implica o estudo científico da intervenção mútua e progressiva, entre, por um lado um indivíduo activo, em constante crescimento, e, por outro lado, as propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o sujeito se encontra, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais vastos em que aqueles se integram (Portugal, 1992, cit. in Sousa, 2003).

Trata-se de um quadro teórico que se distingue pela visão sistémica deste ambiente ecológico, definido como um conjunto de estruturas concêntricas, um sistema de sistemas, correspondendo a cada nível estrutural diferentes tipos de contextos. Estes níveis estruturais, que compõem o ambiente ecológico são: o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema.

O microsistema é o contexto imediato em que os indivíduos estabelecem determinadas relações inter-individuais e onde desempenham determinadas actividades e papéis durante um certo período de tempo; o mesossistema corresponde ao conjunto de inter-relações entre os diferentes contextos de microsistema em que o indivíduo participa activamente; o exossistema, corresponde aos contextos que não implicam a participação activa do sujeito, mas que o podem influenciar ou ser por ele influenciados; e, por fim, o macrossistema corresponde a um conjunto de características gerais existentes (sistema de valores, crenças, estilos de vida, entre outras), numa determinada sociedade, veiculados ao nível dos subsistemas e que não exercem influência sobre o ser humano, mas podem ser influenciados por ele.

Para activar, é preciso observar para analisar, compreender e intervir no próprio processo de desenvolvimento humano, tendo presentes as principais componentes que o integram e a lógica da sua dinâmica interna e externa.

Este tipo de intervenção, ao ser aplicada a adultos da terceira idade, promove o desenvolvimento no sentido da optimização das potencialidades disponíveis do indivíduo, podendo contribuir para a sua autonomia, auto-confiança, auto-eficácia, competência, entre outros, facilitando a sua integração nos vários contextos em que o mesmo está inserido.

Torna-se, assim, fundamental o estudo aprofundado dos sujeitos, pois é este que determina a natureza e o nível dos processos e das actividades a desenvolver nas suas situações concretas de desenvolvimento humano.

Segundo Sousa (2010), os princípios básicos em que assenta a intervenção no sentido da activação são os seguintes: por um lado, esta pode ser aplicada não só em situações normais do desenvolvimento humano, mas também em situações de necessidades especiais, no sentido da optimização de todas as dimensões da personalidade dos sujeitos, contribuindo simultaneamente, para a sua autonomia e integração, nas vertentes pessoal, social, cultural ou multicultural, através do conhecimento das zonas mais disponíveis; e, por outro lado, pode incidir sobre os contextos e os agentes educativos que devem abarcar estes objectivos e implementar um espaço privilegiado de activação do desenvolvimento humano, através de um projecto global de construção. Todo este processo deve ser avaliado continuamente, tanto ao nível dos seus componentes, como dos processos e dos contextos.

Na opinião de Sousa (2003, 2010), a activação do desenvolvimento psicológico do adulto, no caso concreto do idoso, exige determinadas condições, nomeadamente a predisposição para a adesão e efectivo envolvimento nas tarefas de desenvolvimento, de modo a que seja possível manter a persistência até ao seu final, avaliando pontualmente os progressos alcançados e suscitando a autonomia, o sentido de responsabilidade, a cooperação, entre outras capacidades.

Deste modo, a operacionalização do modelo de activação está intimamente ligada à relação agente educativo/formador/sujeito/adulto/idoso, pelo que é indispensável sensibilizar o educador, o psicólogo, o terapeuta, o médico, o cuidador do idoso, o formador de adultos, para a importância de estimular actividades conducentes a novos conhecimentos, através do incentivo à intervenção do idoso e à sua auto-avaliação, valorizando-o nas aquisições que vai realizando e estimulando-o a nível relacional e afectivo.

Por outro lado, a autora (2010) defende que não menos importante é a dimensão afectivo-relacional da atmosfera envolvente, que passa pelas formas de encorajamento que asseguram uma grande congruência entre as percepções dos formadores e dos sujeitos (2003). Esta atmosfera pode ter uma influência decisiva no desenvolvimento das relações humanas, que pressupõem um bom funcionamento e equilíbrio das relações intrapessoais, permitem mais sucesso, tanto no processo como nos resultados, e facilitam a construção e a produção de conhecimentos, bem como, de um modo global, o desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos envolvidos no processo, mesmo tratando-se de sujeitos idosos.

Deste modelo ressalta ainda toda a dinâmica da relação interpessoal, como base da construção pessoal e social do ser humano, que pressupõe um clima ecológico, democrático, participativo, humanizado e estimulante, no qual o encorajamento do educador desempenha um papel fundamental no sentido do desenvolvimento pessoal e global do ser humano.

Todavia no início e ao longo do processo, o ser humano necessita de ser encorajado para a realização da tarefa, o que constitui um factor de aprendizagem e desenvolvimento, na medida em que exerce sobre ele uma acção mais estimulante e eficaz, conduzindo-o, aos poucos, a ganhar autoconfiança e autonomia na plena concretização das tarefas desenvolvimentais com que se vai confrontando (Sousa, 2003; 2010).

O modelo de activação do desenvolvimento humano tem a ver com componentes de diversa ordem, quer de natureza física e biológica, quer psicológica, axiológica, ou social/contextual e linguística. Por esse motivo, se quisermos intervir eficazmente na activação e optimização do desenvolvimento humano, não podemos ser indiferentes a estas dimensões, pois este está intimamente ligado ao suporte físico e biológico, às componentes de natureza psicológica (como a afectiva, a cognitiva e a volitiva, através da sua estreita ligação com a estrutura da personalidade dos sujeitos), bem como aos aspectos axiológicos (os valores que funcionam como motivação, como força anímica), aos componentes de natureza social e contextual (o sujeito só pode ser compreendido em situação) e aos aspectos linguísticos (a linguagem assume toda a sua importância, como forma de comunicação por excelência) (Sousa, 2003).

A identificação, caracterização e análise dos principais aspectos implicados na activação do desenvolvimento humano (sujeitos, tarefas, conhecimentos, processos, recursos materiais e humanos e contextos): é o ponto de partida para a posterior selecção dos processos de intervenção, tendo em conta a função e a interacção de todas as componentes envolvidas. Na fase final do processo, seja em situação familiar, hospitalar, de lar de

acolhimento, ou outra, deve realizar-se a avaliação de todas estas componentes e dos resultados do processo, no sentido da sua optimização ulterior.

Posteriormente à análise das componentes da actividade humana, é necessário compreender como é que elas intervieram no desenvolvimento. No entanto, não restam dúvidas que são realidades inseparáveis, que se entrelaçam numa unidade dinâmica e aberta, que permite ao sujeito desenvolver-se dentro dos limites das suas possibilidades, em interacção com outras pessoas e com o meio.

Para que a intervenção seja eficaz, é também necessário conhecer bem os seres humanos, as suas características e as capacidades que possuem em cada um dos diferentes estádios do desenvolvimento, isto é, se podem ser consideradas no plano de um desenvolvimento normal ou se evidenciam problemas especiais, de modo a saber que dimensão poderá ou necessitará de ser activada.

Pretende-se, pois, intervir no sentido de maximizar as reais possibilidades do sujeito, desenvolvendo um certo estado de desafio, de maturidade específica, «*readiness*», como refere Bruner (1983), ou na dinâmica entre zona de desenvolvimento actual e potencial. Vygotsky (1987, cit. in Sousa, 2010) considera que também é imprescindível conhecer o papel que desempenha cada uma das dimensões do desenvolvimento, nomeadamente a físico-biológica, a psicológica e a social.

À luz deste enquadramento, torna-se oportuno precisar de que modo será possível ajudar o idoso no sentido da activação e optimização do seu desenvolvimento. A resposta a esta questão preside, sem dúvida, à selecção das tarefas a desenvolver com esse objectivo.

Do ponto de vista de Sousa (2010), esta metodologia é a que parece corresponder melhor aos objectivos deste modelo de activação, na medida em que se centra no ser humano e nas suas potencialidades, desenvolvidas em função das metas pessoais propostas, potenciando as capacidades individuais, com base nas suas aprendizagens anteriores. Ressalta, assim, a importância do processo a desenvolver para que seja possível atingir os objectivos, definidos em função de situações concretas.

4. Metodologia

Neste momento do nosso estudo, recordamos a perspectiva de Janesick (1994, p.217) que defende que estar imerso num estudo requer paixão: paixão pelas pessoas, paixão pela comunicação e paixão para compreender as pessoas. Esta é a contribuição da investigação qualitativa. Consciente de que a caracterização de um trabalho de investigação corresponde a

uma fase decisiva para a prossecução e sucesso do mesmo, procuramos respeitar as orientações tidas como convenientes nesta fase do estudo.

Assim, após uma breve abordagem aos pressupostos epistemológicos associados ao estudo, descrevemos as principais fases do processo de investigação, traçando a definição do plano que orienta a sua concretização.

Face ao objectivo geral do estudo, operacionalizado através da definição da problemática e das questões de pesquisa que o delimitam, a fase seguinte envolve a organização do processo de recolha de dados. Em forma de síntese, digamos que o estudo se insere no âmbito dos paradigmas qualitativos e se organiza segundo uma estratégia de investigação, conforme se explicita seguidamente.

4.1 Pressupostos epistemológicos do estudo

O final do século XX foi pontuado por crescentes mudanças e transformações, quer a nível tecnológico e científico, quer a nível humano, no plano sociopolítico e ecológico.

Na verdade, não são excepção as alterações no âmbito dos quadros conceptuais e consequentes abordagens do pensamento humano. Tais alterações determinam a ruptura epistemológica com o paradigma positivista, empírico-analista, e cuja investigação tem como objectivo explicar, predizer e controlar os fenómenos, indo buscar as regularidades e leis explicativas através dos esforços colocados na objectividade dos procedimentos e na quantificação das medidas.

Deste modo, passaram a ser valorizados os processos hermenêuticos, capazes de levar à interpretação e compreensão dos fenómenos estudados. Assim, os métodos mais qualitativos de análise têm vindo progressivamente a ganhar importância nas Ciências Sociais e Humanas, apostando-se na sua complementaridade.

Com efeito, a investigação qualitativa, segundo Bogdan e Biklen (1994, pp.11) é uma abordagem metodológica que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais. Os autores apresentam, como características essenciais: (a) o facto do investigador ser o principal instrumento; (b) o contexto ecológico natural, a fonte directa de dados; (c) o interesse em envolver-se mais no processo, mediante o qual os indivíduos constroem significados de modo a compreendê-los do que nos resultados ou produtos. Também Patton (1990, p.39) reconhece a investigação qualitativa como «naturalistic in that the researcher does not attempt to manipulate the research setting».

Desta forma, este trabalho de investigação recorre à história individual dos idosos protagonistas deste estudo e aos seus contextos, pois o seu estudo só pode ser feito com o recurso à própria perspectiva dos sujeitos implicados nas situações.

Logo, a par dos comportamentos observáveis, torna-se necessário conhecer os sistemas de crenças e de valores, os sistemas de comunicação e de relação, bem como as suas representações para os indivíduos ou grupos em causa, sendo particularmente realçados os significados e as intenções das acções humanas. Daí a importância atribuída aos métodos qualitativos, mais holísticos e ideográficos dirigidos à compreensão e descrição dos fenómenos globalmente considerados (Almeida, 2000).

4.2 Quadro metodológico

Se investigar é seleccionar um tópico, identificar os objectos de trabalho; se investigar é planear e delinear; se investigar é uma busca com vista ao enriquecimento e à resposta aos objectivos do trabalho; se investigar é uma forma de fazer perguntas, questionar... (Bell, 1997, p.13), então, a investigação influencia-nos e à nossa forma de ser e estar; influencia a investigação, mesmo que consideremos que esta possa ser, também, constituída por estudos empíricos e teorizações.

Segundo alguns autores (Cohen e Manion, 1990; Bogdan e Biklen, 1994; Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994), o conhecimento constrói-se por processos heurísticos e interpretativos, pois a natureza deste estudo pressupõe uma perspectiva interpretativa, centrada «no significado do humano, da vida social e na sua dilucidação e exposição pelo investigador» (Erickson, 1986, p. 119).

No entanto, quanto à eventual subjectividade inerente ao método qualitativo, tão apontada pelos seus críticos, presume-se que «os procedimentos de objectivação nas metodologias de investigação qualitativa exigem a assumpção da subjectividade inerente a todo o processo investigativo, a argumentação, a auto-reflexividade, a autocrítica, a par da heterocrítica» (Almeida, 1997, p. 625).

4.3 Estratégia da investigação

Trata-se de um estudo de carácter exploratório; uma investigação de pendor qualitativo que segundo vários autores (Poisson, 1990; Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994) permite explorar a subjectividade dos fenómenos humanos, com vista a “estabelecer generalizações acerca da mais ampla população à qual pertence a unidade em estudo” (Cohen e Manion, 1990, p. 164). Tais generalizações, de carácter naturalístico, acontecem em função do

conhecimento diferencial de cada sujeito que acede ao estudo, o qual tenta associar dados da investigação com os dados resultantes da sua própria experiência pessoal, desenvolvendo, desse modo, novas ideias, novas significações e nova compreensão da realidade tratada.

4.4 Caracterização do Município de Loulé

4.4.1 Características Demográficas

Desde os anos 70 que se verificou uma grande atracção da população pelo Algarve., mas no entanto, devido às diferenças do seu território, verifica-se um enorme contraste entre a ocupação de população junto ao mar, relativamente à população serrana do interior e à da zona intermédia entre estas: o barrocal. Este facto tem aumentado simultaneamente com o envelhecimento da população do interior da serra e com a grande diminuição de nascimentos em toda a região (Câmara Municipal de Loulé, 2006).

Com o aumento do turismo nos anos 80, as freguesias de Almancil e de Quarteira, atraíram um número tal de população, cujos valores passaram de 58,8 e 96,7 hab/km² para 107,5 e 334,8 hab/km², respectivamente.

Quanto à população serrana, que por essa mesma época tinha 65 anos ou mais e representava simplesmente 18,2%, 10 anos mais tarde, admiravelmente, já a sua percentagem subia para os 21,4%.

Loulé é a sede do município. Situa-se na zona central do Algarve. O município engloba 11 freguesias: Alte, Almancil, Ameixial, Benafim, Boliquiteime, Quarteira, Querença, Salir, S. Clemente, S. Sebastião e Tôr, que se encontram distribuídas por quatro zonas com diferentes características: a Serra, a Beira Serra, o Barrocal e o Litoral (Câmara Municipal de Loulé, 2006).

4.4.2 Caracterização das freguesias relevantes neste estudo

Dada a impossibilidade de poder efectuar o estudo com sujeitos das 11 freguesias, por questões de distância, económicas e temporais foi acordado que o estudo seria efectuado com idosos das freguesias de Salir e do Ameixial.



Figura 3 – Aproximação a Salir, vindo de Sul.

No que respeita à sua população, contava em 2006, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística, cit. in Câmara Municipal de Loulé (2006), com um total de 3023 habitantes, que vivem basicamente da agricultura, produzindo alfarrobas, amêndoas, azeitonas, cortiça e trigo. Não só o seu regadio é de grande importância para a freguesia, como também o seu património histórico, natural e paisagístico é relevante.



Figura 4 - Nos arredores de Salir.

Salir fica aproximadamente a 13 km a Norte de Loulé, e os seus arredores são propícios ao turismo, seja o agro-turismo, o turismo de habitação ou o turismo de caça.



Figura 5 - Parque de Merendas, entre Salir e Barranco do Velho.

4.4.2.2 Freguesia do Ameixial

A freguesia do Ameixial é uma freguesia serrana, a cerca de 50 kms. de distância de Loulé, para Norte. Faz fronteira com o Alentejo.

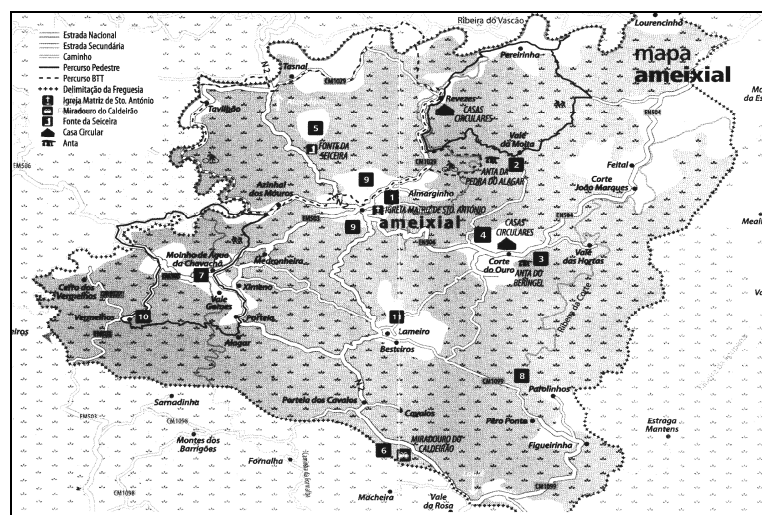


Figura 6 - Mapa da freguesia do Ameixial, cit. in Câmara Municipal de Loulé (s.d.).

A sua área é de cerca de 124 km², e contava em 2006 com um total de 604 habitantes, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística, cit. in Câmara Municipal de Loulé (2006).



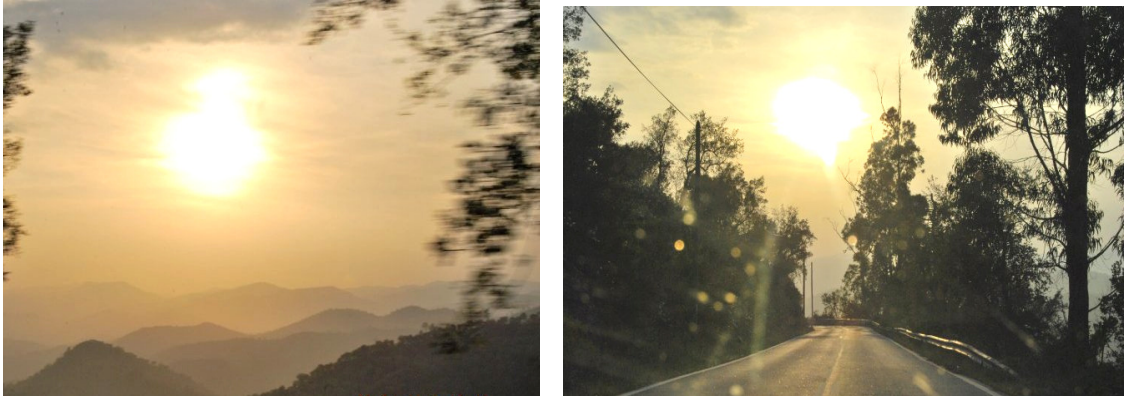
Figura 7 - Entrada no Ameixial, vindo de Sul.

O seu clima é de extremos, sendo muito frio no inverno e muito quente no verão.



Figuras 8 e 9 - A estrada junto ao Miradouro do Caldeirão, de Verão; e de Inverno.

A paisagem da Serra do Caldeirão é de enorme beleza.



Figuras 10 e 11- Descendo a Serra do Caldeirão, no Barranco do Velho, rumando a Salir.

É uma freguesia rural, que se caracteriza por uma agricultura de subsistência, ovinicultura, caprinicultura, pecuária e apicultura, e pelo artesanato típico da Serra do Caldeirão (Câmara Municipal de Loulé, 2006).



Figura 12 - A aldeia de Ameixial.

De realçar: os enchidos caseiros, a produção de aguardente e licores de medronho, os queijos, as peças artesanais em cortiça e artigos de lã (Câmara Municipal de Loulé, 2006).



Figura 13 - Miradouro da Serra do Caldeirão

As suas gentes são hospitaleiras e afáveis.



Figura 14 - Vista para Sul. Miradouro da Serra do Caldeirão.

4.5 População alvo

Após reunião pessoal com a Chefe da Divisão de Acção Social, Saúde e Família da Câmara Municipal de Loulé, foi agendada uma nova reunião, a 2 de Novembro de 2009, agora

com a psicóloga responsável pela coordenação e o psicólogo que habitualmente integra a equipa da Unidade Móvel de Saúde (U.M.S.), na qual se acertaram as datas das saídas para o terreno, juntamente com a equipa habitual.

Assim, houve duas saídas com a equipa, tendo a primeira ocorrido a 3 e a segunda a 6 de Novembro de 2009, cujo propósito era não só ser devidamente apresentada aos sujeitos da amostra, como também ficar a saber como chegar até eles.

Os sujeitos foram seleccionados pelo referido psicólogo clínico, que integra frequentemente a equipa da U.M.S. de há uns anos a esta parte, conhecendo bem os seus antecedentes.

De acordo com as informações prestadas pelo psicólogo, a U.M.S. surgiu há 8 anos e meio atrás, para dar resposta ao isolamento social existente no município, promover a qualidade de vida, de saúde, com a medição da tensão arterial, verificação da taxa de glicemia e do colesterol, para dar aconselhamento médico e apoio psicossocial.

A U.M.S. sai quatro dias por semana, para percorrer uma série de percursos, previamente estabelecidos e comunicados às respectivas Juntas de Freguesia, que transmitem as datas da visita atempadamente, para que todos possam estar avisados e poderem comparecer no local já habitual.

Dado que nos últimos tempos se verificaram fraudes e burlas junto desta população, sempre que possível segue um guarda da Guarda Nacional Republicana (G.N.R.), atrás da U.M.S., a fim de sensibilizar as populações para estas ocorrências e alertá-los de que devem ligar para o posto da G.N.R. da sua freguesia, a fim de avisar que anda gente suspeita nas imediações. Panfletos informativos são distribuídos à população, com conselhos e instruções e com a indicação do número de telefone do posto em questão.

Ainda assim, há muitos idosos que caem ‘no conto do vigário’ e se deixam levar pela boa apresentação e boas falas que os burlões apresentam.

Na Serra vivem muitos idosos, muito isolados, o que leva a que apresentem enorme carência afectiva e avidez de contacto social; a sua boa índole leva-os a projectarem-se no outro e a confiar nas suas palavras e quase sempre já só se apercebem que foram burlados demasiadamente tarde.

Na U.M.S., que sai do quartel dos Bombeiros Municipais de Loulé às 07H50, segue uma equipa formada por um enfermeiro, o motorista, que é também bombeiro municipal e um psicólogo. Para além do condutor habitual, há quatro enfermeiros, em escala rotativa.

Há vários percursos a fazer, dada a impossibilidade de chegar a todos os habitantes da mesma freguesia no mesmo dia. Por exemplo, a freguesia de Salir conta com 10 percursos distintos, por ser a maior do município, com cerca de 200 km² de área. Devido às características do terreno é praticamente impossível passar os 60 km/h. Se há estradas novas e em ótimas condições, há também muitos caminhos que apresentam constantemente curvas e contra-curvas e subidas e descidas íngremes.

A priori, a escala estabelece uma paragem de cerca de meia hora em cada ‘monte’ (propriedade), podendo o tempo de paragem ser maior ou menor, consoante o número de habitantes desse casario, sítio, povoação ou aldeia.

Dependendo das épocas, também a afluência dos utentes pode ser maior ou menor, pois podem ‘estar na apanha’ da azeitona, amêndoa, alfarroba e outros produtos agrícola.

Enquanto o motorista se incumba da medição das tensões arteriais, o enfermeiro recolhe as taxas indicativas da Diabetes Mellitus e do Colesterol. Tudo é registado numa caderneta pessoal, que existe para cada um e o devido aconselhamento é dado, de forma profissional, amigosa e personalizada. O psicólogo vai-se inteirando, entretanto, junto dos que aguardam a sua vez, das ocorrências verificadas desde a última visita (lutos, doenças, internamentos no hospital, institucionalizações em lares, etc.) e dando o seu apoio e os seus conselhos em conformidade.



Figura 15 - Unidade Móvel de Saúde a chegar a Salir.

Por volta das 12H30 faz-se uma pausa de uma hora para almoço e recomeça-se logo a seguir. Não há tempo a perder. As visitas são feitas a um ritmo rápido, necessário para que o serviço seja possível. No inverno a noite cai cedo e lá em cima, na Serra, desce muitas vezes um nevoeiro cerrado e frio, as pessoas recolhem cedo para junto do fogo, os caminhos tornam-se molhados, enlameados e até perigosos - a U.M.S. e toda a equipa tem que voltar à base sem correr riscos desnecessários, para o percurso seguinte.

4.5.1 Caracterização dos sujeitos

Dos sujeitos inicialmente seleccionados, houve uma desistência: a da Sra. D. SM, de 83 anos, viúva, residente no sítio do Pé do Coelho, freguesia de Salir.

Nas circunstâncias descritas, e após verificadas as distâncias a percorrer e o tempo necessário para as visitas, o estudo prosseguiu com um número inferior de sujeitos ao que havia sido inicialmente pensado:

Quadro 1. Os sujeitos da amostra.

| <i>Nome</i> | <i>Idade</i> | <i>Residência</i> | <i>Estado Civil</i> | <i>Vive com:</i> |
|-------------|--------------|---------------------------|---------------------|------------------|
| MSM | 87 anos | Malhão, Salir | Viúva | Filho |
| AR | 84 anos | Malhão, Salir | Casada | Marido |
| JL | 86 anos | Malhão, Salir | Casado | Mulher |
| MSP | 79 anos | Cerro de Alganduro, Salir | Viúva | Sozinha |
| CM | 83 anos | Figueirinha, Ameixial | Viúva | Filha |

4.5.1.1 Sra. D. MSM

A Sra. D. MSM, nasceu a 14 de Junho de 1922 e tem 88 anos. Enviuvou há 20 anos e vive com o filho único, JM, de 56 anos, solteiro, no Malhão, freguesia de Salir.

4.5.1.2 Sra. D. AR

A Sra. D. AR, nasceu a 28 de Setembro de 1926, tem 84 anos e é casada com o Sr. JL, com quem vive no Malhão, freguesia de Salir.

4.5.1.3 Sr. JL

O Sr. JL nasceu a 12 de Fevereiro de 1924, tem 86 anos, é casado com a Sra. D. AR, com quem vive no Malhão, freguesia de Salir.

4.5.1.4 Sra. D. MSP

A Sra. D. MSP, nasceu a 12 de Setembro de 1931 e tem 79 anos. Enviuvou há um ano do Sr. G.M. Desde então, vive sozinha no Cerro de Alganduro, freguesia de Salir.

4.5.1.5 Sra. D. CM

Sra. D. CM, nasceu em 25 de Setembro de 1927. Tem 83, é viúva do Sr. M.F. e vive na Figueirinha, freguesia do Ameixial, com a filha, Sra. D. N.S.L. de 44 anos, solteira.

4.6. Material

Não sendo o objectivo deste estudo efectuar diagnósticos clínicos e, tendo em conta que se trata de uma população muito específica e que o nosso objectivo se centra não na generalização dos resultados, mas no conhecimento aprofundado dos participantes do estudo, optou-se essencialmente pela observação livre, pela entrevista não directiva, por actividades várias, fotografias, entre outros.

Ainda assim, com o intuito de se sinalizar e despistar previamente possíveis quadros depressivos, recorreu-se a duas escalas aferidas para o efeito.

4.6.1 Escala de Hamilton para a Depressão

Hamilton (1960, cit. in Garcia-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño & Bobes, 2009, pp. 67) elaborou uma escala de avaliação de humor depressivo composta por 17 itens, que pretende definir o quadro sintomatológico associado e a gravidade com que este se apresenta no indivíduo. Através deste instrumento é possível obter uma pontuação correspondente à gravidade do quadro geral e ainda uma pontuação correspondente a três outras dimensões, melancolia, ansiedade e sono, sendo ainda considerados os aspectos vitalidade e lentificação.

É um instrumento de medida bastante recorrente, apesar de existirem autores que preferam a Escala de Montgomery-Asberg, também utilizada para o mesmo efeito.

A escala é apontada como tendo algumas limitações, nomeadamente a dificuldade na aplicação da mesma em indivíduos com doenças físicas, pela presença de descrição de inúmeros sintomas orgânicos e ansiogénicos.

4.6.2 Escala de Depressão Geriátrica (Versão de 5 e de 15 itens)

Brink, Yesavage e Lum (1982, cit. in Garcia-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño & Bobes, 2009, p. 77) realizaram uma escala de auto-aplicação que permite o rastreio e prevenção da depressão. Este instrumento foi elaborado propositadamente para a população idosa e consiste num conjunto de 30 questões de resposta dicotómica (sim/não). No entanto existem versões abreviadas, de 15 e de cinco itens, utilizadas neste estudo. A pontuação obtida em qualquer uma das versões é o resultado do somatório de cada resposta (cotação 0 e 1).

4.6.3 Fotografia

Foi utilizada uma máquina fotográfica digital, *Nikon D-60*, que permitiu registar pormenores relevantes à caracterização da morfologia das zonas, do contexto em que os participantes estão inseridos, os sujeitos e das actividades partilhadas ao longo do estudo, a fim de o ilustrar com um maior rigor.

4.7 Recolha de dados

Através da observação e registo, foi possível apreenderem-se alguns dos aspectos circundantes intimamente relacionados com os sujeitos, neste caso, um pequeno grupo de idosos com características particulares, ao nível do seu potencial risco de ter indícios de depressão e/ou de vir a desenvolver uma depressão, que se apresentaram como relevantes para a optimização do presente estudo.

Este estudo, efectuado em protocolo com a Divisão de Acção Social, Saúde e Família da Câmara Municipal de Loulé, incluiu idosos da área geográfica do Distrito de Faro, Município de Loulé, residentes em cerros e povoações pertencentes às freguesias de Salir e do Ameixial, as quais, devido à morfologia própria do terreno, se encontram em situação de grande isolamento.

Neste tipo de investigação, feito por via da observação participante, recorreu-se ao contacto face-a-face, no domicílio de cada idoso, recorrendo-se a entrevistas não dirigidas, livres, não estruturadas, procurando sempre compreender os significados, as respostas emocionais de cada sujeito individualmente. Procurou estabelecer-se, o mais rapidamente possível, laços de empatia e confiança, a fim de permitir aproveitar melhor o espaço de tempo pré-estabelecido na calendarização.

Ouviram-se atentamente os sujeitos, com genuíno interesse e curiosidade, deixando os idosos falarem à sua vontade na maior parte das visitas, só tendo sido necessário colocarem-se

algumas questões, muito raramente, quando se verificaram quebras de ritmo ou algum esmorecimento, como se o tema se tivesse esgotado e sempre que o tema se tornasse penoso demais, a fim de mudar para outro mais alegre, tendo sempre em mente o que o bom-senso ditou, isto é, deixar sempre o idoso com boa disposição e vontade de receber a visita seguinte, cimentando uma familiaridade progressiva entre entrevistadora e sujeitos.

No caso da Sra. D. CM, para além da fotografia, foram tomadas notas manualmente, tendo-se tentado recorrer a um micro-gravador numa única ocasião. Esta ideia foi abandonada definitivamente, perante a reacção de desconfiança e retraimento da idosa face ao instrumento. Facto curioso, já que a reacção à máquina fotográfica fora diametralmente oposta desde a primeiríssima visita e em todas as seguintes, em que a idosa fizera questão de retirar o chapéu, ajeitar o lenço e posar. Este facto remete para os tempos da sua infância, em que os fotógrafos eram pessoas consideradas e as idas ao fotógrafo rodeadas de algum aparato e ansiedade antecipatória (trajava-se o ‘fato domingueiro’, faziam-se penteados especiais e estudavam-se poses que se pensasse favorecessem mais, resultando num produto final digno de ser emoldurado e colocado em casa, num local ideal, de forma a atrair atenções e ser apreciado por todos).

No caso da Sra. D. AR e Sr. JL, até mesmo o recurso à fotografia foi veementemente recusado, não se deixando mais fotografar após a primeira visita, muito embora posteriormente se mostrassem visivelmente satisfeitos, mostrando ter compreendido a utilidade do recurso à fotografia em geral.

A Sra. D. MSM, pelo contrário, deixou-se fotografar, fazendo questão de retirar o lenço da cabeça e pentear o cabelo, antes de se sentar em pose, tentando abrir o mais possível os seus olhos, para que se pudesse ver o azul dos mesmos. Com esta senhora recorreu-se também a um bloco de notas e esferográfica, para recolher algumas informações pessoais e as suas receitas de cozinha serrana.

A máquina fotográfica foi usada frequentemente no caso da Sra. D. MSP – já que permitiu não só captar os esquemas dos seus labores, de forma a poderem futuramente ser copiados e repetidos por outras pessoas, em particular pela sua filha, nora, netas e gerações vindouras, mas também porque a própria senhora é apreciadora de fotografia e gostou de ver, assim, gravada a vista maravilhosa que se pode apreciar da sua casa, onde vive há mais de 50 anos. A máquina serviu ainda para registar outros momentos, como por exemplo, a visita inesperada da sua grande amiga, G, os seus enchidos, os seus cães e passeios nas suas terras.

Tecido apropriado (quadrilê), agulha e linhas para bordar foram também utilizados durante as visitas, já que permitiam colocar entrevistadora e entrevistada em situação de igualdade, aliás, de informadora e receptora, o que estreitou o relacionamento e aumentou a auto-estima da senhora.

O gravador incorporado no telemóvel foi utilizado uma vez ou outra, para registar um ou outro tópico que pareceu importante não esquecer, o que foi feito logo após as entrevistas em causa, no carro, durante a descida da serra e posteriormente anotado.

4.8 Procedimentos

Após o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com os participantes, aplicaram-se dois instrumentos, a *Escala de Hamilton para a Depressão* e a *Escala de Depressão Geriátrica (Versões de 5 e de 15 itens)*, no sentido de verificar a existência ou não de quadros depressivos instalados. É de referir que os participantes demonstraram alguma relutância na aplicação das escalas.

Qual o tipo de actividades que em jeito de terapia ocupacional, poderia, fazer-se com cada um dos sujeitos, a fim de melhorar o seu estado de espírito e prevenir eventuais estados depressivos, foi a questão principal, colocada logo na primeira entrevista.

Contrariamente ao que era esperado inicialmente, foram as idosas que pareciam viver em maior isolamento e piores condições habitacionais, quem respondeu com maior prontidão e sem hesitação: a D. CM disse que ‘sabia muitas quadras de cor e gostaria de contá-las’ e a D. MSP propôs-se passar os seus conhecimentos sobre ponto de cruz e outros bordados, entre outros trabalhos.

Quanto aos idosos do Malhão, apesar da proximidade física entre os três elementos, e entre eles e o resto da comunidade, não se conseguiu interessá-los por qualquer tipo de actividade, à excepção da recolha de algumas receitas de culinária, da D. MSM, pelo que se optou por recolher informações de ordem biográfica, etnográfica e cultural.

Inicialmente pensara-se entrevistar a D. AR e o Sr. JL individualmente, o que não foi possível na prática, excepto em duas ocasiões, já que o casal é muito unido e o rigor do inverno passado, particularmente frio e chuvoso na zona do Malhão, fez com que os encontrasse quase invariavelmente juntos, à lareira.

Como informantes, contam-se os filhos, D. NL, filha de D. CM; o Sr. JM, filho de D. MSM; o casal D. F. e Sr. J.D.; D. I., mãe de D. F. e sogra do Sr. J.D. e D. F.M. e D. I.M.

Todos os sujeitos foram devidamente esclarecidos sobre o objectivo deste estudo, nomeadamente aquando do primeiro contacto, pelo psicólogo RL, e foi-lhes garantida a confidencialidade com que os resultados obtidos nas escalas psicológicas seriam tratados, antes de lhes ser pedido que dessem os respectivos consentimentos informados, para utilização das fotografias e relatos, no âmbito único do presente estudo (ANEXO H).

4.8.1 Sra. D. SM

A. D. SM, quando abordada pelo psicólogo da C.M.L. a 3 de Novembro de 2009, aceitou pronta e efusivamente quanto a integrar o estudo e a ser visitada regularmente, já que ‘estava viúva e a filha, A, e a neta MP, viviam em Faro, onde possuíam um estabelecimento comercial junto à rotunda XY, e só vinham ao Pé do Coelho aos fins-de-semana’.

Contudo, aquando da visita seguinte, já feita individualmente, ou seja, sem a presença da equipa da U.M.S., no Sábado seguinte, a filha mostrou invulgar desconfiança, embora ao fim de algumas explicações e esclarecimentos tenha ficado combinado que as visitas acontecessem aos Sábados, ‘por causa dos cães de caça do marido, muito maus, e porque não queria que a mãe abrisse a porta a ninguém na sua ausência’. Prendeu os ditos cães e disse que a seguisse até à varanda da frente, onde se encontrava a mãe, sentada a uma mesa.

A D. SM não parecia a mesma – agora muito pouco à vontade e com ar constrangido e revelando alguma apatia – mas deixou-se fotografar (para facilitar a sua identificação no meu *dossier*) e falou dos seus trabalhos em *crochet* e da neta, MP, engenheira, com grande orgulho e admiração, embora com pouco entusiasmo.

Combinou-se, então, que no Sábado seguinte se trabalharia em *crochet*, enquanto se conversasse sobre o que mais lhe agradasse.

Contudo, no Sábado seguinte, a filha veio ao portão, de cara fechada e como se nunca tivesse havido qualquer contacto anterior e, sem nunca o abrir, perguntou ‘o que é que se queria da mãe, que ela não estava em casa porque tinha ido na véspera para casa de um outro filho e que não queria que se voltasse, porque ela tinha família e não precisava de mais ninguém’.

Uma vez que se tinha tirado a fotografia à D. SM, achou-se conveniente passar mais uma vez, para lha entregar e fazer as despedidas.

Para evitar confrontos com a filha, apareceu-se no Pé do Coelho durante a semana, logo após o almoço, e encontrou-se a D. SM, muito alegre, na casa de uns vizinhos.

Ficou muito satisfeita com a fotografia e disse que a filha nunca lhe tinha dito que lá tinha estado. Também os vizinhos, piscando o olho, disseram que a D. A. era filha única e todos insistiram para que voltasse e ‘os visitasse todos juntos, ali na casa deles’.

Após aconselhamento com o psicólogo da C.M.L., achou-se melhor retirar a D. S.M do estudo, a fim de evitar eventuais conflitos familiares. Soube-se meses mais tarde que a senhora fora internada pouco tempo depois, num lar de idosos das redondezas.

4.8.2 Sra. D. MSM

A Sra. D. MSM tem 88 anos, sendo portanto o sujeito mais idoso do estudo.



Figura 16 - Sra. D. MSM.

A D. MI, como gosta de ser tratada (á que foi assim que parentes e vizinhança se habituaram a tratá-la por sua mãe e sua avó materna terem tido ambas o nome de I.), sofreu uma mastectomia ‘já há muitos anos’ e recentemente sofreu ‘algumas quedas’, razão pela qual ‘apanhou medo de sair de casa sozinha’.

No entanto, deslocando-se pela casa apoiada numa bengala, continua a tratar das lides domésticas e a preparar as refeições para ela e para o filho.

A D. MSM ouve mesmo muito mal, pelo que se torna difícil o diálogo, mas como é ‘muito *conversadeira*’, e ‘já não sai como dantes’, aproveita as visitas para ir ‘desenferrujando a língua’.

Foi feliz com o marido, ‘que ainda era primo, embora não *primo-irmão*’, de quem teve cinco filhos: o primogénito nasceu morto; o segundo foi JM; o terceiro, morreu aos seis meses; a quarta gravidez não chegou ao termo, já que sofreu um aborto espontâneo e o quinto filho, faleceu aos cinco anos, vítima de tosse convulsa.

Durante o dia entretém-se ainda ‘cuidando das duas gatas, mãe e filha, e umas aves’, que ‘tem numa gaiola dentro de um armazém, por trás do alpendre onde o filho guarda o carro’. Refere ter tido galinhas, como a cunhada, mas ‘como elas eram assim... huum... muito atravessadiças, *sabi?*... Tive que desistir de as ter, senão *dáva*-le uns ovinhos *p’ra* fazer uma açordinha quando chegasse a casa...’.

Por vezes o filho leva-a a passear de carro, ‘a visitar umas parentas – umas primas, que vivem não muito longe, no *Zambujali*’.

Em tempos idos, ‘costumava sair de casa e subir o monte até à venda’, mas depois de ter tido uns desmaios e sofrido umas quedas, passou a ter receio de sair sem ser na companhia do filho.

Durante o Inverno passado, que foi muito rigoroso, com dias muito curtos e frios, raramente saiu de casa.

Segundo foi contando, o filho acendia ‘um foguinho’ e preparava-lhe diariamente o pequeno-almoço, mal se levantava, e só depois ia ver se ela já estava acordada. Depois, ele vai habitualmente até ao monte, ao café, e ela vai tratando da casa e do almoço. ‘Ele é muito bom moço, muito meu amigo, mas não é de casa. Gosta de andar na rua, por aí.’

Queixa-se da surdez, mas não confia muito nos médicos, pois ‘ficou farta deles’ depois da operação ao peito e porque ‘eles também não remediaram nada a *zonzeira* que tem na cabeça’. Diz sempre: ‘não estou melhor, nem pior; estou, assim... na mesma’.

A grande preocupação desta idosa é a sorte do filho ‘quando ela já cá não estiver’, pois ‘ele nunca casou e agora já é tarde para o fazer’. Ela preferia que ele tivesse alguém e diz que insiste com ele para ele não desistir de procurar, mas que ele responde sempre que não, ‘para quê? Os outros estão todos a divorciar-se...’. ‘Ele tem família, tem uns primos não muito longe, mas um dia que eu já cá não esteja... não é a mesma coisa... tenho muita pena...’

A casa mais próxima é a da cunhada, a Sra. D. AR (irmã do falecido marido) e do Sr. JL É bem próxima, quase porta com porta. No entanto, pouco se dão uma com a outra e ambas dizem, evitando o assunto: ‘Ó Senhora, isso são coisas antigas!’.

Depois de feitas as apresentações por um dos psicólogos da Divisão de Acção Social, Saúde e Família da Câmara de Loulé durante a primeira visita, a 3 de Novembro, dia em que se seguiu atrás da U.M.S. – Unidade Móvel de Saúde, onde seguiam o bombeiro e motorista habitual e uma das quatro enfermeiras, para além do psicólogo clínico, e do carro da G.N.R. com o Guarda, e de ter acedido a fazer parte do estudo, fechou-se em casa e não abriu a porta, fingindo não estar.

Estranhando-se, perguntou-se à vizinha, Sra. D AR (nessa altura ainda não se sabia que eram cunhadas), se sabia a razão de tal atitude. Também o casal, AR e JL, saíram para a rua, apesar da chuva e do frio, com frieza e desconfiança, dizendo que ‘o filho da vizinha não tinha concordado com o assunto’ e que também eles não precisavam de apoio nenhum.

Assim, a primeira visita a sós foi extremamente desmoralizante. Depois de se andar perdida por caminhos errados até se encontrarem as casas, e após percorridos cerca de 150 km, com todo o esforço envolvido e a melhor vontade possível, foi com enorme sentimento de frustração e desânimo que se regressou a casa, muitas, muitas horas mais tarde.

Mas, tinha que haver uma solução. Foi então que se pensou ligar para um café lá do alto do Malhão e pedir ajuda à proprietária. Era preciso encontrar quem pudesse confirmar as boas intenções deste estudo. Com a sua ajuda foi possível chegar-se a F.M. e I.M., contactos de longa data, que confirmaram não se tratar de nenhuma farsa. As visitas puderam continuar na semana seguinte.

Por causa da surdez e da pouca mobilidade da Sra. D. MSM, aliadas ao constante mau tempo que se fez sentir, abandonou-se a ideia de fazer qualquer actividade conjuntamente com os vizinhos e optou-se por prestar apoio psicológico, ouvindo-a com atenção relatar as suas queixas e mostrando interesse pelos seus dotes culinários, já que havia sempre um tacho ao lume, fosse a que horas fosse que se aparecesse.

Para evitar melindres de parte a parte, porque se percebeu haver uma certa rivalidade entre as duas cunhadas, se numa semana se entrava primeiro na casa de uma, na semana seguinte entrava-se na casa da outra e, entretanto, ia-se alertando uma e outra para as vantagens de se entenderem, tentarem esquecer desentendimentos do passado, a fim de se poderem ajudar mutuamente, no caso de surgir uma aflição.

Recolheram-se algumas das suas receitas (Anexo B). Infelizmente não muitas, já que a

própria senhora explicou que actualmente já só faz coisas simples: ‘uma açordinha’, ‘uma couvinha com uns ossinhos’, ‘um feijanito com um bocadinho de carne’... rindo-se sempre muito.

Das suas conversas compreendeu-se que o medo de voltar a cair a preocupa mais que a falta da mama esquerda. Ela mesma o afirmou, apalpando o vazio do seu lado esquerdo: ‘curou-se do cancro assim, mas, se assim não fosse, já cá não estaria...

A Sra. D. MSM, contudo, apesar dos seus problemas de saúde, tem sempre um sorriso no rosto e um brilho nos seus olhos azuis.

De Janeiro em diante fez sempre questão de oferecer ‘qualquer coisinha’: ‘um feijão riscadinho’, ‘uns tomatinhos para fazer uma açordinha’, ‘uma couve muito tenrinha, sem produtos, mas com alguma lagartinha... (risos) ... essa tira-se, não é *verdadi*?... (mais risos) ... e também se *fori* não há mal nenhum... (ainda mais risos)’, ou uns limões.



Figuras 17 e 18 - O ‘feijão riscadinho’ e a ‘couvinha muito tenrinha e...’.

Um dos assuntos predilectos da Sra. D. MSM era contar o que fazia numas panelas enormes, umas mais altas que outras, agora muito bem areadas e arrumadas numa prateleira quase junto ao tecto, ao longo da saleta onde sempre decorreram as entrevistas: uma era para fazer ‘a manteiga’ (banha); outra era onde ela cozia a cabeça do porco aos bocados e as outras eram onde ela punha, durante dois ou três dias, as restantes partes do porco, migadas e condimentadas a conservar para depois fazer as chouriças.

Onde se encontra a lareira, ‘antigamente era só um foguinho no chão e o fumo subia para onde púnhamos uma vara para pendurar as chouriças ao fumo e ao calor’ há uma cadeirinha para ela e outra para o filho, uma de cada lado da lareira, e uma chaleira sempre

com água a ferver 'para deitar por cima de alguma couvinha ou repolhinho'. Há ainda um lava-louças, o fogão, uma mesa com duas cadeiras, um armário e um aparelho de televisão, que ela 'liga só à noite, por não lhe sentir falta durante o dia'.

Não se chegou a confirmar se tinham instalações sanitárias, embora parecesse que sim, já que na saleta, que serve de cozinha e sala de estar, ao lado do fogão, existe um lava-louça com água corrente.

No caso da D. MSM optou-se por tentar aumentar-se a sua auto-estima, fragilizada após a mastectomia, mostrando-se interesse pelas suas receitas de culinária (que foram sendo recolhidas), a fim de fazê-la sentir-se útil e transmissora de importantes conhecimentos.

Todas as oportunidades que foram surgindo ao longo das conversas, foram aproveitadas para fazer ver a importância de esquecer as divergências do passado e fomentar a reaproximação com a cunhada, D. AR, que afinal é a vizinha mais próxima.



Figura 19 – A cadeira da D. MSM junto ao ‘foguinho’.

Nesse sentido, Barros (2008b) refere que vários estudos apontam para o facto de, muitas vezes, os idosos preferirem a companhia dos amigos à de familiares, uma vez que podem partilhar e recordar histórias do passado com esses, muitas vezes da infância (p. 80).

No que se refere às diferenças entre homens e mulheres, o mesmo autor considera que as mulheres parecem ter melhores e mais próximas relações com parentes e amigos, embora, em contrapartida, também pareçam ser mais negativas relativamente a conflitos e frustrações (p.81). Isto vem também de encontro ao que se verifica entre as duas cunhadas, que teimam em não querer ceder e esquecer quezílias antigas.

O acidente que ocorreu mais tarde, em que o filho atropela, sem querer, a cadela dos tios ao entrar com o carro para o alpendre da casa, veio complicar de novo o relacionamento entre uns e outros. Nas duas visitas que se seguiram ao atropelamento foi esse o tema da entrevista. A senhora, entre lágrimas e risos, descreveu e voltou a descrever o sucedido, sempre insistindo na falta de culpabilidade de JM e lamentando-se ‘que até o latir da cadela *les* fazia falta agora’.

Esta senhora, apesar dos seus 88 anos, da mastectomia, da viuvez, da enorme insuficiência auditiva e dos problemas motores, tem um espírito muito positivo, que foi bem visível em todas as entrevistas. Começava sempre por se queixar muito, no início, até mesmo puxando a lágrima, mas logo a seguir ria-se da sua própria situação e, conformada, dizia sempre ‘mas há outros, que já cá nem estão, por isso, olhe: vou indo... vou assim, assim...’.

Uma vez que não se relaciona muito com a vizinha e cunhada e o filho ‘não é de casa’, o que parece fazer-lhe mais falta é companhia, pessoas com quem conversar, afecto, atenção.

Jacob (2007) refere a importância da gastronomia entre os idosos, não só com o que gostam de ver no seu prato, como confeccionadores de refeições, e ainda chama a atenção para a cozinha poder ser utilizada no sentido de aumentar a sua auto-estima, através da transmissão de hábitos e tradições culturais e familiares.

Através da recolha das suas receitas pode estimular-se a sua memória, através dos relatos sobre o que fazia com as suas enormes panelas, e mostrar como ainda é importante e dona de saberes que poderão vir a ser úteis a outros.

Também com esta senhora se deu um passeio até ao ‘monte’, amparada de ambos os lados e apoiada na sua bengala, permitindo uns momentos de convívio com outros cinco idosos, ao ar livre, já que no exterior das suas casas existem bancos feitos em pedra.

Infelizmente, o tempo não esteve nunca favorável até ao final de Março, pelo que este tipo de encontros, nos quais reina a boa disposição e imperam os risos e as larachas, e dado que a maioria dos outros membros da comunidade também é muito idosa, viram-se todos forçados a manter-se dentro de suas respectivas casas por meses a fio, só sendo visitados ocasionalmente por algum parente mais jovem.

Ao filho também foram referidos por várias vezes os benefícios do sol e das caminhadas, por curtas que fossem, para a mãe, bem como os passeios de carro, às quais a senhora tantas vezes fez referência, como sendo momentos muito do seu agrado, ‘durante os

quais sempre via lugares como Martim Longo', ou familiares, como 'as parentas do Zambujali'.

4.8.3 Sra. D. AR

Com a Sra. D. AR as entrevistas decorreram sempre numa marquise que tem junto à porta de entrada, ou, nos dias mais frios, junto ao fogo, numa salinha contígua, onde há um lava-louças, um fogão de dois bicos e, ainda, uma mesinha encostada a um canto, que é puxada para o meio da divisão quando a refeição está pronta, onde comem. A sala conta ainda com um aparelho de televisão, que habitualmente só acendem à tardinha.

Depois do almoço, a senhora dorme habitualmente uma sesta: 'o coração faz-me cansar muito'. Depois de se saber disto as visitas passaram a fazer-se por volta das 16h00.

Esta senhora teve um único filho, que faleceu há 8 anos. Deste filho tem uma neta, única filha também ela, de 32 anos, enfermeira, solteira (que vive com a mãe em Hamilton, no Canadá, onde já foi nascer). Nora e neta contactam regularmente por telefone, para trocarem notícias. Quinzenalmente, quando não semanalmente.



Figura 20 – A Sra. D. AR

Não se conforma com a perda do filho, de cuja morte parece sentir-se culpada, já que ocorreu por ocasião de uma visita aos pais, para com eles passar a quadra natalícia. Diz nunca mais ter sido a mesma, que 'aquilo foi uma coisa muito ruim, uma dor muito grande que lhe deu (aponta para o estômago). Foi levado para o hospital de Faro, mas como era Natal havia pouco pessoal e ele ficou lá e acabou por morrer no dia 1 de Janeiro'. Depois 'teve que ficar lá

na pedra fria até a mulher e a filha chegarem do Canadá, para se fazer o funeral’. Eu não me conformo, Senhora... é a coisa mais ruim que pode acontecer à gente.... Se ele não tivesse vindo para nos ver...’

Oliveira e Lopes (2008) referem que o impacto da morte possa ser causador de sentimentos de culpa no idoso, por sobreviver ao filho e por se deparar com outras preocupações que possam resultar desta perda e que esta é sempre sentida como uma enorme injustiça, que origina muitas vezes um luto patológico.

A partir da morte do filho, esta idosa tem sofrido sempre do coração, estando medicada pela sua médica de família, do Centro de Saúde de Salir.

Queixa-se da falta de transportes, já que a carrinha da Junta de Freguesia de Salir só passa às segundas e sextas-feiras. Vem pela manhã, por volta das 09H00 e faz o trajecto de regresso por volta das 18H00. Acha que seria preferível que o horário do regresso fosse antecipado para as 16H30, já que na maior parte dos meses já faz escuro pelas 18H00. Uma vez que a sua médica de família não dá consultas às sextas-feiras, também preferia que a carrinha passasse às quintas-feiras, por exemplo.

Inicialmente mostrou-se muito retraída, mas não tardou em baixar as defesas e falar sobre o que mais a atormenta: a morte do filho.

Sugeridas várias actividades, não se mostrou interessada por nenhuma. Este dado vai no sentido do evidenciado anteriormente, nomeadamente na presença de sintomatologia depressiva ocasionada pela morte do filho (luto patológico).

No início das visitas, vivia com eles a Periquita, uma cadela de porte médio, de 8 anos de idade, muito meiga. A D. AR era muito apegada à cadelinha, que criou desde os 2 meses e era óbvio que era a sua companhia durante todo o dia, enquanto o marido andava na rua.

Certo dia, ao chegar lá, estava o casal muito choroso, em lágrimas mesmo – tinha havido um acidente: o sobrinho JM, inadvertidamente, distraiu-se ao acenar à carrinha do padeiro, não viu a cadelinha e atropelou-a ao entrar com o carro para a garagem. A cadela não resistiu ao atropelamento e já havia sido enterrada.

Mais uma perda. Nesta entrevista o tema foi sempre em volta da história da cadela, a sua companhia enquanto o marido anda por fora. ‘Foi trazida para aqui ainda cachorrinha, uma bolinha, sempre tratada como se fosse uma pessoa.... Bem sei que é um animal, mas era tão esperta, a minha companhia... e agora isto!...’

Esta perda veio acentuar a tristeza da D. AR e complicar o relacionamento com a cunhada e o sobrinho. Embora todos reconhecessem que ninguém tinha sido verdadeiramente culpado, que ‘estas coisas acontecem’, era notório que os donos sentiam ter havido alguma negligência por parte do sobrinho.



Figura 21 – A companheira Periquita

Quando os dias se puseram um pouco melhores, chegaram a dar-se pequenas caminhadas nas imediações, com a cadela, para promover a prática de algum exercício físico e apanhar algum sol. Nestes passeios foi-se passando informação para os benefícios da marcha, mesmo que lenta, na prevenção e tratamento da osteoporose, doença que a D. AR tem para além dos problemas de coração.

Após a morte da Periquita, ficou-se perante um dilema: sugerir ou não a adopção de um novo animal de companhia?

Muitos estudos indicam inúmeros benefícios que um animal de estimação aporta aos idosos, contudo e, tendo em vista as idades avançadas do casal – que já anteriormente tinha por inúmeras vezes mencionado a sua preocupação com a sorte da Periquita, caso morressem ambos ao mesmo tempo num acidente de viação – foram-se sondando as suas reacções, mas também eles se mostraram indecisos.

De acordo com Jacob (2007), a companhia e o cuidar de um cão, um pássaro ou um gato produz efeitos positivos sob o ponto de vista dos afectos, como no que respeita a elemento de companhia e de entretenimento, embora nunca se devam esquecer os aspectos que rodeiam a saúde animal (vacinas e outros), bem como a sua higiene, o que, neste caso, tratando-se de um meio rural, não constituiria qualquer problema.

Se, por um lado passaram semanas entristecidos e a falar na falta que a cadela fazia, por outro, foram-se habituando à sua falta e deixando progressivamente de mostrar vontade de arranjar outro animal para ocupar a almofada da Periquita à esquerda da lareira, junto aos pés da dona.

Meses passados sobre o caso, embora ainda falem sempre na desditosa cadela, resolveram já não querer correr o risco de passar por nova perda.

A Sra. D. AR, com grande orgulho, mostrou a fotografia da sua neta Genny. Conta, mostrando saudade, que houve tempos em que ela e o marido iam até Hamilton visitar o filho, a nora e a neta. Estas telefonam amiúde, ‘mas não é a mesma coisa que estarem perto e agora já não as vemos há três anos’.

Assim nasceu a ideia de ensinar o casal a utilizar a internet, para poderem comunicar com a nora e neta através de uma ‘webcam’. Dessa forma, não só poderiam falar-lhes, como fazem por telefone, mas também vê-las no monitor.

Jacob (2007) refere este meio de comunicação, como uma nova via para os idosos com dificuldades de locomoção poderem contactar outros sem sair de casa, não perdendo contacto com o mundo, além de poderem obter um vasto leque de informações.

Embora nunca tenha passado da marquise e da cozinha, o casal, pelas condições exteriores da casa, e destas duas divisões, aparenta ter poder económico suficiente para adquirir um pequeno computador portátil.

A ideia foi sugerida e eles retraíram-se muito a princípio. Reclamaram ‘já estar velhos para usar tal coisa’. Contudo, com persistência continuou a tocar-se no assunto, devagarinho, com calma. No final de Abril foi notada uma abertura diferente, um sorriso reticente... afinal, eles vêem na televisão outros idosos a utilizar, felizes e sem grandes problemas, os seus computadores ou os computadores à sua disposição nas bibliotecas e Centros de Dia... Vão sempre dizendo que ‘já não têm cabeça para essas coisas’, mas parecem cada vez mais curiosos sobre o assunto. Deixou-se recentemente um folheto da Junta de Freguesia de Salir, que anunciava formação gratuita para os mais velhos e ambos se mostraram visivelmente interessados.

Tem-se em mente fomentar a intergeracionalidade e estreitar os laços de vinculação com a neta única, ou, pelo menos, não deixar que a vinculação existente esmoreça com o passar do tempo. No entanto, seria necessário mais tempo e uma maior disponibilidade de ambas as partes, para conseguir concretizar esta ideia.

Entretanto, tem-se procurado entrar em contacto com a neta, para lhe expor a ideia e averiguar a sua reacção. Segundo a avó, ela ‘fala no computador com umas primas que moram ali para baixo’ – esta afirmação já permitiu confirmar a existência ali da rede necessária, enquanto se tenta descobrir o endereço electrónico da jovem.

Kropf e Burnette (2003) citados por Barros (2008b, p. 69) referem que os avós podem influenciar na educação dos netos, dependendo de diversos factores, como a idade, formação e personalidade dos avós, bem como dos netos e outros factores, embora seja sempre de fomentar uma educação intergeracional, pois uns e outros ganham com isso.

Perante a recusa em se deixarem fotografar de novo, pelo Natal, foram presenteados com uma moldura artesanal em feltro contendo a fotografia dos dois, e várias cópias para poderem enviar à neta e a quem mais quisessem, bem como da cadela, entre outras simbólicas lembranças, como um frasquinho com ‘Flor de Sal’ com indicação do que se tratava e seus benefícios em detrimento do sal vulgar de cozinha, já que esse em particular, é recolhido artesanalmente e ainda um exemplar da Nova Roda dos Alimentos (ANEXO J), que se reproduzira para a que pudessem ter à vista, na cozinha, e se irem recordando diariamente dos alimentos que devem ser consumidos e porções recomendadas a uma alimentação saudável.

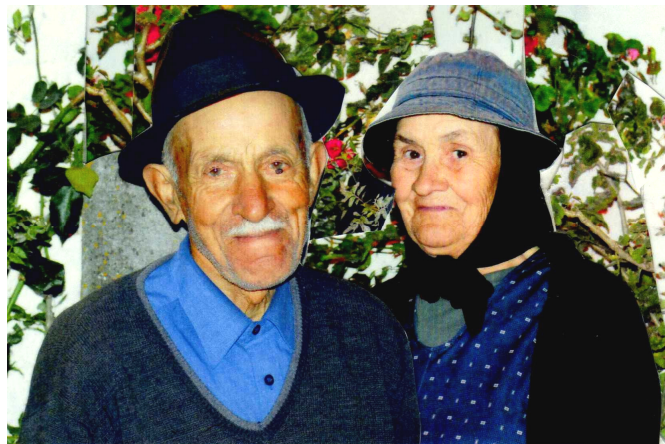


Figura 22 - O casal AR e JL

Mostraram-se muito felizes com o resultado desta forma conseguido e, posteriormente, mais ainda por terem podido guardar uma recordação da cadelinha. Tratou-se de um gesto insignificante, mas que ajudou a ‘quebrar o gelo’ e que foi bem recebido: não se cansavam de admirar a colagem e o Sr. JL dizia para a mulher: ‘olha que até ficaste bem bonita,... olha que ficaste bem bonita’.

Também a Sra. D. AR fez sempre questão de oferecer umas laranjas e tangerinas, umas batatas ou meia dúzia de ovos das suas galinhas ‘tome, leve, a Senhora já vem lá de tão longe...’. Mostram-se muito ofendidos quando se tenta recusar. Ao princípio, entreolham-se em cumplicidade, e enquanto um fazia desviar a atenção para a Periquita, o outro disfarçadamente metia ovos no saco, só dizendo à despedida ‘Cuidado, Senhora, veja lá não faça gemada pelo caminho...’.



Figuras 23 e 24 - Laranjas e tangerinas; os ‘ovinhos’.

4.8.4 Sr. JL

O Sr. JL tem sempre muito boa disposição e, apesar dos seus 86 anos, gosta de andar o mais possível na rua. Só numa única ocasião é que foi possível encontrá-lo sozinho, mas fez questão de vir esperar que a Sra. D. AR voltasse do ‘monte’ cá fora, na rua. Obviamente, não lhe parecia próprio estar com outra mulher dentro de casa, pelo que foi tratar das galinhas, disfarçando à falta de à-vontade entrando e saindo do galinheiro e arrumando uns utensílios de lavoura junto ao mesmo, até a mulher chegar, uns dez minutos depois.

Ao contrário de D. AR, que é uma mulher alta, o Sr. JL é um homem de baixa estatura e franzino, com um ar tímido, mas bondoso e regra geral, muito brincalhão.

Mesmo apesar da chuva, encontrava-se muitas vezes a sachar na horta que tem junto à estrada e acenava quando via o carro chegar, vindo para dentro pouco depois. Sempre muito educado, ia logo lavar as mãos antes de tirar o seu chapéu e vir estender a direita. Só depois voltava a colocar o chapéu na cabeça.



Figura 25 – O Sr. JL

Para além da horta e do galinheiro, também passa muito tempo num quintal voltado a Sul, tratando de canteiros com roseiras e outras flores e plantas. É óbvio que é uma pessoas que prefere estar ao ar livre.

Certa tarde, foi encontrar-se a Sra. D. AR à janela da marquise, por detrás das grandes vidraças, com ar visivelmente preocupado. Fazia um temporal enorme, as estradas ‘havam ruído’ e o marido tinha ido logo de manhã para Loulé.

Toda a conversação foi feita à janela e, perante a ansiedade da senhora achou-se melhor prolongar a visita, tentando distraí-la com outros assuntos, mas deparando-se sempre com grande resistência. Finalmente chegou a carrinha e lá aparece o Sr. L. A cena que se seguiu foi enternecedora: o casal, uma vez que não estava sozinho, fez menção de beijar-se na face, mas no último instante o Sr. JL estende a mão e sorriem um para o outro enquanto apertam a mão, felizes. Dir-se-ia que tinham estado separados muito mais tempo do que entre as 09H00 e as 18H00 e que se amam hoje como quando se conheceram. O alívio. A saudade. O relaxamento, após horas de preocupação. O respeito. O pudor. Os antigos hábitos que raramente se podem presenciar nos dias de hoje. O casamento. A cumplicidade, que só se adquire ao fim de muitos anos de convívio lado a lado – tudo isto em tão escassos minutos. Tocante. Bonito de ser visto e inesquecível.

O Sr. JL sofre muito dos dentes, mas tem muito medo de ir ao dentista, pelo que andou semanas agarrado à cara. Tentou-se fazer-lhe ver que era preferível enfrentar a cadeira do dentista do que deixar aumentar a infecção, mas ele ficava cabisbaixo junto ao fogo, na cadeirinha ao lado direito da lareira e só dizia que sim com a cabeça. Passaram-se três semanas até se convencer a ir tratar-se.

Para além dessa ocasião e do dia do atropelamento da cadela e semana seguinte – em que subitamente esqueceu-se do habitual pudor e pediu, ‘por favor, tinha-nos dito que tinha mais uma fotografia da Periquita, menos boa, mas podia trazer-nos essa também?’ – é sempre uma pessoa bem disposta e muito brincalhona. Vê-se que continua apaixonado pela mulher, mesmo quando se mete com ela e lhe diz ‘se morreres tu primeiro eu caso-me logo com outra’... e ri-se... Mas a maior parte das vezes é ela quem faz a conversa, quem dá sugestões, quem dá ordens. Vê-se que é um casal muito unido e que se apoia mutuamente. Não passa um sem o outro. No entanto ele gosta muito de sair, mas não conduz embora tenha o carro que era do filho na garagem – é um vizinho que os transporta sempre que necessitam de sair em dias em que não vem a carrinha da Junta.

Às segundas-feiras vai quase sempre passear até Salir sozinho. Por vezes pelo passeio em si, sem que haja necessidade de efectuar alguma compra, nem tratar de algum assunto.

Consta que vai sempre a fazer rir os outros ocupantes da carrinha durante os trajectos e que por lá fica o dia inteiro, ‘dando conversa a uns e outros’. Dizem todos que é muito popular. Ele não confirma este rumor verbalmente, mas sorri com ar afirmativo, satisfeito e malandro. A mulher, sempre muito autoritária, mas simultaneamente mostrando um olhar embevecido, também sorri afirmativamente.

É óbvio que este casal se apoia mutuamente e, apesar do seu ar simples e inicialmente muito introvertido e desconfiado, com o tempo foi ganhando confiança e confessando, ambos, que o que gostariam muito era de poder fazerem visitas culturais ‘não muito longas, como antigamente, mas assim: a Sagres, por exemplo...’ e que houvesse transporte com maior frequência.

Embora se dêem bem com a nora, estão visivelmente preocupados com a sorte de cada um, face às probabilidades de não morrerem ao mesmo tempo, o que resultará em que o sobrevivente não terá quem ‘olhe por ele’, já que nora e neta se encontram do outro lado do Atlântico, não tendo outros parentes por perto, à excepção da Sra. D. MSM e filho, com os quais ‘não fazem conta’, pois, embora não o digam directamente, mostram considerar a situação da cunhada em termos de saúde pior que a de cada um deles e o sobrinho não ser a

pessoa indicada para cuidar da tia, apesar dos laços de sangue e muito menos do tio, com o qual só existe afinidade.

A hipótese da nora regressar também está posta de lado, para além do mais ‘por ela ser da zona de Aveiro, embora tenha por ali uma casa’. Quanto à neta: ‘é solteira, mas já tem o seu emprego seguro no hospital em Hamilton e já ali nasceu, já só virá de férias... fazer a sua vida será sempre por lá...’

Pensam no lar de idosos, que está a ser edificado junto ao Centro Comunitário de Salir, mas referem ‘...era uma solução, mas, ó Senhora, aquilo só vai ter 30 camas e nós já somos mais de 150 idosos cá na freguesia... como é que vai ser? Isso não vai resolver grande coisa...’.

Quando a oportunidade surgiu, visitou-se o Centro Comunitário e falou-se com o seu Director, que comprovou o que havia sido dito pelo casal, mostrando o edifício em construção e informando que deverá estar concluído ‘em Agosto de 2011.’

Tal como a D. AR diz que gostaria de poder fazer passeios, de parte de um dia ou de um só dia inteiro, ‘para não cansar muito’.

Neste sentido, Peres (2003, cit. in Lopes, 2006, p. 334) considera que o turismo na terceira idade convém ser considerado como ‘um conjunto de actividades, que transformam o ver em envolver, o viver no conviver, desafiando o turista numa estratégia de desenvolvimento pessoal e humano numa determinada fase do seu percurso de vida’, pelo que não deverá ser tido como ‘excursionismo’ no qual os idosos não passam de ‘actores passivos’ (Jacob (2007).

O mesmo autor chama a atenção para o facto de ser imprescindível levar em consideração as limitações dos idosos ao delinear qualquer viagem ou visita cultural, referindo que o que difere entre as primeiras e as segundas é a duração da saída: as primeiras poderão durar vários dias, ao passo que as segundas não passam dos dois dias, incluindo museus, monumentos, parques, feiras, exposições, ou outros.

A casa deste casal tem boas condições habitacionais, instalações sanitárias e bom isolamento quanto a portas e janelas.

O Sr. JL, à excepção dos problemas orais, não sofre de qualquer doença típica da sua faixa etária.

4.8.5 Sra. D. MSP

A Sra. D. MSP, desde que enviuvou, vive sozinha em casa, no Cerro de Alganduro.



Figura 26 – Sra. D. MSP.

Antigamente tinha vizinhos, mas partiram e ficou só ela no Serro e os seus dois cães. Fez 79 anos em 12 de Setembro de 2010. Já foi operada, tendo-lhe sido retirada a vesícula, mas actualmente só se queixa dos ossos, da solidão e da perda do filho mais velho, há 9 anos.

Foi muito feliz com o marido, ‘com quem namorou desde menina, embora ele fosse 10 anos mais velho que ela, foi dele que sempre gostou. ‘.

Tiveram quatro filhos: o mais velho sofreu um acidente fatal no local de trabalho; o segundo filho, casado, vive em Loulé, onde é funcionário da Câmara, na Divisão ‘dos lixos’; outro rapaz, também casado, com um filho, que vive há anos na Suíça, para onde imigrou há anos e onde é, mais recentemente, gerente da estalagem para onde foi trabalhar ‘a convite do patrão’ e por fim uma rapariga, que é casada, tem duas filhas gémeas e exerce funções de administrativas num escritório em Loulé.

Dá-se muito bem com todos, inclusivamente com as noras e o genro. No entanto, não se dá com a mãe das duas netas mais velhas, que ‘deixou o filho falecido e se foi embora com outro, levando a neta mais nova’. A neta mais velha e o filho ficaram a viver com ela e o marido e foi ela que criou a menina. Entretanto, esta ‘padeceu muito por causa da partida da mãe, que levou a irmã, deixando-a para trás. Também sofre de Psoríase, pelo que passou ‘tormentas’, andando com a rapariga em médicos e tentando tudo, sem sucesso. ‘

A certa altura, a neta, já adolescente, resolveu ir viver com a mãe e a irmã e depois acabou por conhecer um rapaz, com quem vive em Faro, e de quem tem um filho. A irmã mais nova, agora com 21 anos, vive com um meio-irmão, nascido de uma terceira ligação da mãe, sendo responsável por ele e cuidando dele na ausência da mãe, que foi trabalhar para o estrangeiro.

Vê estas netas poucas vezes, pois moram longe e não têm disponibilidade, nem temporal, nem económica para a vir visitar com a frequência que ela desejaria.

O filho que vive na Suíça, visitou-a no Natal, mas demorou-se poucos dias, pois tem casa na Amadora, onde trabalhou e casou antes da ida para a Suíça.

A filha não pode visitá-la todos os fins-de-semana, pois ‘as gémeas’ têm catequese nas tardes de Sábado e o tempo já é curto para poder tratar da casa, compras e tudo o mais, uma vez que trabalha fora toda a semana. É, pois aos fins-de-semana que diz sentir-se mais só.

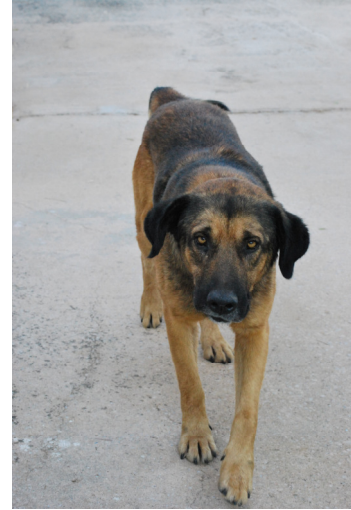
O filho vem ‘às vezes, no dia da folga, para ajudá-la a reparar qualquer coisa’, por exemplo, ‘podar o limoeiro’, ‘remendar as redes dos galinheiros’, ‘pisar as uvas, quando é tempo delas, para fazer vinho’ e outras tarefas, ‘que já não dou conta sozinha’.

Esta senhora é muito extrovertida e a empatia estabeleceu-se de imediato e com a ajuda dos trabalhos, em particular, ao ponto de cruz. Os seus trabalhos, alguns dos quais se apressou a mostrar com orgulho e leve avidez de aprovação, apresentam um perfeccionismo já raro e os elogios, sinceros, acerca dos remates, praticamente invisíveis fizeram com que as horas se passassem num ápice a cada visita e a conversa fosse a mais diversificada e com fluidez, do que com os restantes indivíduos.

Este facto atribui-se, não só à personalidade da Sra. D. M.P., mas também aos seus amplos conhecimentos sobre os mais diversos assuntos. Apesar de só ter concluído o 3º ano da escolaridade, adora livros e revistas de todo o género, faz os seus bordados junto à televisão, que a mantém constantemente informada e actualizada acerca de todos os acontecimentos nacionais e internacionais.

Os cães não entram dentro de casa. São considerados, pois, mais cães de guarda, do que cães de companhia e, muitas vezes, fonte de problemas. Isto acontece quando fogem pelo monte abaixo e desaparecem durante horas e, muitas vezes, durante a noite toda, o que deixa a senhora com sentimentos de insegurança; outras vezes, regressam ‘estropiados’ e têm que ser tratados, o que implica despesa extraordinária; ou vêm com doenças de pele, o que aconteceu com um deles em meados de Fevereiro.

Recorreu-se a aconselhamento junto de veterinários, deram-se antibióticos, ajudou-se a tratar das falhas de pelo em ferida, que obviamente lhe provocavam comichão, mas em Maio, temendo que a doença fosse transmitida ao seu ‘Mantorras’, D. MP viu-se forçada a pedir na Junta de Freguesia que ‘o levassem’...



Figuras 27 e 28 - Farrusco e Mantorras, os cães de guarda; Mantorras entristecido.

Logo na primeira entrevista a Sra. D. MP, emocionada, falou no acidente que lhe tirou o seu filho. Mas, ainda muito antes disso, ‘foi com este filho, o primogénito (e aparentemente o favorito, embora o não confesse), que começou a minha dor, o meu sofrimento’; ‘causou-me um grande desgosto, quando foi chamado para a Guerra Colonial e destacado para Angola, só com 18 anos – foram quatro anos em que vivi com o coração nas mãos’.

Depois ‘regressou, são e salvo, mas ó depois, juntou-se com a mãe das minhas netas, mas ela depois foi-se embora com o melhor amigo dele e ele sofreu muito, a minha J. sofreu muito, todos nós sofremos muito, muito, muito, muito... nem queira vossemecê saber’. E os anos foram passando e ele deu em beber e eu a tentar ajudar e a cuidar da minha menina, mas ela gritava muito, era uma coisa horrível... foram tempos muito ruins, muito ruins, Senhora...’

‘E depois, a minha J. quis ir viver com a mãe, a irmã e o companheiro da mãe... ela não se conformava que a mãe tivesse levado a irmã... ai, muito gritava ela...

‘E continuando: ‘e, por fim, veio o acidente... uma coisa horrível: caiu-lhe uma coisa da grua em cima... ele trabalhava numas obras em S. Brás quando isso aconteceu... que

sofrimento tão grande... nunca vi coisa maior... ficou sem braços, coitadinho... já viu o que foi, as minhas netas, e nós também, claro, mas as meninas... filhas... irem beijar o pai e verem-no assim... sem braços? Ai, Senhora, que dor tão grande, que até sufoca a gente... e a mais pequena, a C, a perguntar onde estavam eles...os braços do pai... ai, foi horrível, foi horrível... nem consigo descrever tanta dor, tanto sofrimento...’... ‘e já lá vão nove anos e há dias em que penso muito nisso e com este tempo assim tão ruim... tento distrair-me mas os pensamentos voltam sempre...’

Sobre a viuvez, contudo, na altura da entrevista a três semanas do primeiro aniversário, diz ‘ele já merecia descansar... já estava muito fraquinho... já tinha muita idade... já tinha passado tanto connosco, nos tempos em que os filhos eram todos *piqueninos* e ficavam doentes... e não havia transportes... ai uma vez deu um febrão tão grande a um deles e ele andava para umas hortas mais longe e, eu montei-me numa égua, Senhora... ai, aquilo é que foi!... – nessa altura tínhamos éguas e mulas para os trabalhos – embrulhei a criança num cobertor, daqueles, *muita* grossos... ai chovia demais e tinha estado muito doente de cama com pneumonia antes, mas montei na bicha e foi a galope com a criança nos braços e fiz daqui a Salir em 45 minutos...’

Como resultado, o filho acabou por ser tratado e curar-se e Sra. D. MP teve uma recaída e voltou para a cama. O marido é que tinha que fazer tudo... ‘ele passou muito connosco... já merecia descansar... custa-me sim, mas não tanto como o meu filho...’

Estes relatos remetem-nos para o que anteriormente foi salientado por Oliveira e Lopes (2008) face à perda de um filho, ou seja, que o seu impacto possa ser causador de sentimento de culpa no idoso por sobreviver ao filho; por se deparar com outras preocupações que possam resultar desta perda, neste caso particular, uma maior preocupação com respeito às netas que perderam o pai; o isolamento social, já que este filho vivia em casa dos pais e trabalhando fora, servia também como elo de ligação com a sociedade, já que o pai já estava muito idoso e doente, delegando nele tarefas a efectuar no exterior, não só do lar em si, mas na comunidade. Assim, verifica-se efectivamente que este luto se sobrepõe (e se compreende) ao da viuvez, neste caso em particular, repita-se, já que é sentido como uma enorme injustiça; e, também neste caso – aliás como no caso da Sra. D. AR – parece ‘roçar’ (ainda que levemente), um luto patológico, uma vez que um e outro se arrastam por 9 e 8 anos, respectivamente.



Figura 29 – Vista das para Sul da casa de Sra. D. MSP, já em pleno Verão.

No que se refere ao seu isolamento voluntário – ‘quero continuar aqui na casa onde vivi, casei, tive os filhos, os netos, e fui feliz com o homem de quem sempre gostei toda a vida. Enquanto puder, apesar de tudo o resto, estou melhor aqui...’.



Figura 30 – Vista das traseiras da casa de Sra. D. MSP, no Verão.

E continua: ‘...Há dias em que estou muito bem, mas há outros em que me dá uma tristeza. O pior é aos fins-de-semana. Antigamente, quando isto acontecia descia o monte e ia ter com a minha amiga G, mas agora, já se põe difícil para as duas; falamos ao telefone quase todos os dias, mas não é a mesma coisa que estar assim, juntas, à conversa e o tempo também não tem ajudado nada e até deve ser por isso que se me baixa esta tristeza... tanta chuva, tanta chuva... já é demais... e, se umas vezes vêm muitos, depois passam-se dias que não vem ninguém e parece que ainda é pior... uma pessoa já se cansa do barulho, mas depois, volta o silêncio...olhe, às vezes chego a comprar qualquer coisa aos ciganos e outros vendedores que *pr’ái s’assomam* só para eles não deixarem de passar... sempre é alguém que vejo...’



Figura 31 – Sra. D. MSP a receber a vendedora de peixe.

Dia 9 de Março, recordando a conversa anterior e já que a tarde estava seca, virou-se para o ajuntamento de casas sempre apontado por MSP lá do cimo e procurou-se a Sra. D. G.

Após a devida identificação, a senhora aproximou-se do carro e disse ‘eu já a conheço! A M fala-me muito de si...’. Aceitou de imediato a proposta de se fazer uma surpresa à amiga, pedindo só ‘que aguardasse enquanto prendia as galinhas e me arranjava uns ovinhos... ai, tem que ser... uma coisa assim... nunca se viu...’.

Como habitualmente, os cães deram sinal mal o carro se aproximou, o que atraiu a Sra. D. MSP cá fora. Quando viu a amiga de infância ali em pessoa, foi uma festa: beijaram-se, abraçaram-se, rindo, rindo, ambas muito excitadas com o inesperado encontro. Os bolos que saíram do saco dos bordados (uma forma de se tentar retribuir ‘uma chouriça’, ‘um paiolinho’, uns limões, hortelã e hortelã-pimenta, ‘um manjerico’..., foi levar-se um bolo, já que a

senhora não sofria de diabetes e disse ser gulosa) foram postos na mesa, apanharam-se folhas de hortelã e limões para se fazer um chá e passou-se para a mesa da cozinha.

Depois de trocarem informações sobre filhos e netos de cada uma, a Sra. D. MSP propôs-se abrir uma arca e exibir os seus trabalhos, que foram fotografados e posteriormente compilados para que a obra possa mais facilmente perdurar no tempo, já que ambas consideraram ser, desta forma, ‘mais fácil de copiar o esquema do que pedindo fotocópias dos motivos ou dos esquemas dos trabalhos na retrosaria’..



Figura 32 – O encontro das amigas de infância.

Uma vez que a Sra. D. MSP gosta de ler, foi-lhe sugerida a utilização da Biblioteca de Salir, aonde pode ler enquanto aguarda a carrinha de regresso a casa e foram levadas revistas (e.g. Sábado, Visão e Focus, e algumas revistas ‘femininas’) e procedeu-se também à troca de livros (e.g. ‘Sem ti Inês’, de Ana Granja, escrito por uma mãe em luto pela sua filha adolescente, indo ao encontro do que sugere Kübler-Ross, i.e. que na sua experiência verificou que as mães em luto por morte de um filho, costumam encontrar algum conforto junto de outras mães nas mesmas circunstâncias).

No respeito a execução de ‘trabalhos femininos’, como se designavam antigamente entre nós bordados, crochês, tricôs, tapeçarias, e outros, rendas de bilros, por exemplo, Jacob (2007) refere ser uma boa maneira da idosa poder exprimir, estimulando a sua imaginação criativa, podendo ser efectuadas por pessoas que não tenham problemas visuais particulares, sendo ainda actividades que aportam benefícios ao nível da ‘motricidade,

actuando sobre a motricidade fina, a precisão manual e a coordenação psicomotora’, podendo até recorrer-se a aproveitamento de tecidos, linhas e agulhas que sobejem de trabalhos anteriores.

Por ocasião do primeiro aniversário da morte do marido foi-lhe oferecida boleia, uma vez que a missa seria rezada em Salir e a pessoa que daria boleia logo de manhã só viria ao fim do dia, além de que seria de esperar que a senhora pudesse precisar de companhia e suporte social e psicológico nessa data. Os filhos e genros estavam no trabalho a essa hora.

Também esta senhora focou o mesmo problema dos idosos do Malhão, já que todos se conhecem e se encontram ocasionalmente na carrinha da Junta de Freguesia de Salir, i.e. não lhes dá jeito que a carrinha seja à sexta-feira, já que a médica não dá consultas nesse dia e que a hora de regresso poderia ser antecipada para as 16H00, 16H30. Compreende que ‘o motorista desempenha duas funções, tendo que transportar crianças para as piscinas e voltar a trazê-las, mas seria melhor que se estudasse outra solução, mais favorável aos idosos’ que a actual.

A Sra. D. MSP também se mostrou interessada em passeios, ‘embora só com uma as poucas pessoas, quatro ou cinco, e que não passasse de um dia, pois nesta idade gosta-se de sair, mas também se gosta muito do regresso a casa. ‘.

Não tem doenças graves que saiba, nem sequer diabetes. Só se ‘sente enferrujada’ quando se levanta, depois de estar muitas horas sentada a bordar frente à televisão. Nesse sentido, passou a dar-se uma volta ao cerro, depois de se ir dar milho às galinhas e ração aos gatos e ao cão, também ele mais entristecido desde a partida do amigo, mal o tempo o permitiu e os dias ficaram mais longos, a fim de promover a marcha, a boa circulação do sangue e tonificar os músculos das pernas, importantes na prevenção das quedas.



Figuras 33, 34 e 35 – A chouriça; o ‘paiolinho’; e uvas das quais a Sra. D. MSP fará vinho.



Figuras 36 e 37 - Sra. D. MSP num dos passeios, a ver se estava tudo intacto no lado Sul; a apanhar figos, do lado oposto e o Montinho do Alganduro ao fundo.

Um das preocupações actuais da Sra. D. MSP são as trovoadas, que lhe causam alguma apreensão e problemas de insónia, quando ocorrem durante a noite. Nessas ocasiões, diz meter-se na cama e esperar pelo sono. Uma vez que possui telemóvel, sugeriu-se que se fizesse acompanhar dele nessas ocasiões, e também sempre que se passeia sozinha pelas imediações, e sempre que haja corte da linha telefónica da rede fixa, a fim de poder contactar com os filhos e pedir ajuda.

Fora estes problemas, trata-se de uma senhora muito bem adaptada e autónoma, sem problemas de audição ou memória e muito optimista.

4.8.6 Sra. D. CM

A Sra. D. CM nasceu a 25 de Setembro de 1927, na Portela, tendo ido viver para a Figueirinha depois de casar. Tem 83 anos, é viúva há mais de vinte anos, e vive com a filha, solteira, de 44 anos, mãe de um filho de 23 anos, ex-toxicod dependente e presidiário, que vive nos arredores de Loulé.



Figura 38 – Sra. D. CM

Esta senhora apresenta várias doenças físicas: é diabética, hipertensa e sofre de osteoporose, que fez com que a sua mobilidade fosse muito reduzida já no início do estudo. Não ouve quase nada e vê muito mal, pelo que não se interessa pela televisão.

Era muito habilidosa e fazia muitos trabalhos em costura. Completou o actual 3º ano da escolaridade e diz ter sempre gostado muito de ler e escrever, ‘mas agora precisava de mudar as lentes dos óculos de ver ao perto, para poder continuar a fazer coisas...’ (costuras).

Apesar de se deslocar do quarto de dormir para a cozinha (que fica numa outra casa à parte), muito curvada, ia diariamente para lá, apoiada no seu ‘bordãozinho’. É muito orgulhosa e nunca queria ajuda, preferindo levar todo o tempo necessário até lá chegar, para se acomodar à mesa, ou junto à lareira.

Chegava a ficar o dia todo ali sozinha, nessa cozinha escura, onde a filha, sem outra opção, lhe deixava as refeições preparadas em cima da mesa, antes de ir tratar das cabras ou das hortas: cereais sem açúcar próprios para diabéticos, leite, pão caseiro, uma faquinha, e umas peras e laranjas. NL diz que à noite ‘fazia umas sopas para as duas’.

A segunda visita foi programada para um dia em que a filha tinha boleia do neto para ir abastecer-se e tratar de assuntos a Loulé, para que não ficasse tantas horas sozinha.

Apesar da precariedade em que vive, tem muito orgulho de ‘ser tudo dela, nada é alugado’. Contrariamente ao esperado, falou muito e mostrou-se bastante à vontade, não se cansando de agradecer a visita e a companhia. Contou muita coisa sobre a sua vida.

Andou na escola e ‘aprendeu a ler, a escrever e a contar na Escola dos Vermelhos. ‘ Todos os dias levava um ‘cesto de merenda e lanche, pasta com cartilha e lápis e ia sempre, mesmo quando chovia muito. Ia a pé com outras, uma delas era uma cavalona, e não esperavam por ela, que ia atrás a chorar. Depois foi para a Escola do Ameixial. A professora dela era a Sra. D. Lucília dos Santos Guerreiro, que lhe fez o exame da 3ª classe, mas não fez o da 4ª classe. Mais tarde foi madrinha de um dos filhos e ‘tornou-a a melhor leitora da escola. Nas contas com lápis era muito boa, mas nas de cabeça havia outro que era melhor... depois outra era um pouco *aburricada*’.

Levou cerca de um minuto a recordar-se do nome do marido, após o qual disse ‘ah! Era o MF da Figueirinha e eu era a *Custoidinha* da Portela. Ainda éramos primos. Ah! Mas não éramos *primos-irmãos*, éramos parentes! ‘ Dele teve vários filhos: o MFS ‘que abalou e não sabia onde ia; não era bom da cabeça e apareceu no Montenegro; falava pouco e dizia ‘você tem olhos de gaaaaato.’ (imita a voz do filho); a MJ ‘que bebeu álcool para morrer’; depois teve a NSL e o A, que ‘casou e ficou para lá, não me lembra onde. Tem adega... ‘

A filha que se suicidou ‘era dois anos mais velha que a N’. ‘Disseram que foi um indivíduo para cima do telhado e que foram ver e que ela não estava capaz. Tinha uma cabra e um chibinho e fazia renda. Já tinha comprado pano e linha. Era da natureza dela’. Pensa mais um pouco e continua: ‘O M, o mais velho, saiu parvo; a mocinha, que era logo atrás dele, morreu; depois veio a MJ e a NL, e o A foi para o Alentejo e teve um filho, que também não era bom. O meu pai era o MS’.

Ficou pensativa durante algum tempo e depois disse: ‘O Padre Moreira, que foi para o Alentejo e antes deu-me santinhos e *orçanitas* e dizia sempre para eu não fazer nada ao Domingo... mas eu fazia e se calhar foi por isso que o Senhor me castigou. Os meus filhos foram amaldiçoados: o primeiro não é bom, tem falta de juízo; a MJ matou-se; depois tive uma N, que dei a uma gente rica aos 12 dias (veio a MA do Vale da Rosa pedir-me a filha, dizendo que ela um dia ia poder ajudar as irmãs); outra morreu com 24h; depois veio a N, que nasceu muito doente e fraquinha e afinal teve um filho, o C, que me vem sempre dar um beijinho e é muito humilde.’

‘Há pouca família agora no monte. Há a Comadre MJ, mãe do guarda. Agora está tudo *esmoroço*... uns morreram, outros foram-se embora... sabe o que é *esmoroço*? é quando as paredes estão todas caídas...’

Sabe muitas quadras de cor e começa a contá-las muito rapidamente. Se o fizer devagar ‘perde o fio à meada’. Depois de tomar nota da primeira quadra, CM informa ‘eu vou

tomar o comprimido e depois de 10 minutos já posso comer pêra com pão. Eu gosto muito de pêra com pão.’ Olha para um relógio que está num armário de louça e pergunta ‘está no cinco, não está? Então tenho que deixar ir o ponteiro até ao sete’

Vai depois cortando fatias de pão com a faquinha e uma destreza surpreendente, tendo em conta o estado das suas mãos, tão deformadas. As fatias saíam certinhas e finas apesar da dureza do pão. Cortava uma fatia, descascava com a faquinha parte da pêra e cortava um pedaço que colocava sobre a fatia de pão. Comia com apetite e avidez, apesar de não ter dentes. e foi continuando, enquanto mastigava: ‘eu já morri duas vezes... acredita? A cabeça curou-se, mas não sarou! Fechei os olhos e não vi nada...’

Continua a cortar pão e pêra e a comer e vai dizendo: ‘Foi uma pedra no andar. Sabe? Foi uma *trompicadela* que dei na pedra. ‘

‘O meu avô era dos Besteiros e a minha avó era do Ximeno e ainda eram primos. Fui duas vezes a Lisboa e muitas, muitas vezes a Faro. Uma vez parti um braço.... ‘

Volta a falar no suicídio da filha: ‘o bandido foi para cima do telhado e ela rezava o Credo, mas não acabava e ela arranhava, arranhava, mas aquela coisa não se viu agarrada a mim, mas apanhou-me o ar, apanhou-me o ar...’. Depois disso ela ficou mal dos nervos e levei-a a Faro, a Lisboa e duas vezes a Espanha. ‘

Depois ri-se e diz: ‘tive um porco que pulava o pocilgo. ‘

Mais tarde, três horas depois, descascou uma laranja e foi-lhe comendo os gomos grandes e às tantas ri-se muito e diz: ‘ai, a laranja mijou-me nos olhos...’.

Por volta das 15H00 disse que tinha que ir ‘fazer as necessidades. E você fique aí – não vem comigo’. Foi acompanhada até ao quarto, para se ter a certeza de que não caia nos degraus de entrada.

Durante a ausência aproveitou-se para se fotografar ali em volta. Está tudo em ruínas, nesta ponta da Figueirinha, mas o ar é puro, a vista magnífica. Vêem-se vacas e cabrinhas.

Depois volta, no seu ritmo lento, muito curvada, e continua a contar: ‘O Sr. P tem mulher e três filhos, mas fez o C. e perfilhou-o. O C vive na Franqueada com uma de Portimão, com uma que já tem dois filhos de 16 e 20 anos. O meu neto nasceu a 3 de Junho. Um dia veio com comprimidos na algibeira e disse-me que tomou ‘dois *compamidos*’. Ri-se muito e repete várias vezes, imitando o neto e explicando-me que ele não sabia dizer comprimidos. Ela tirou-lhe as calças e os sapatos e deitou-o na cama. Depois ela foi com ele para a estrada e ‘o engenheiro parou, levou o mocinho ao colo para o carro e levou-os para

Loulé. ‘E ela, no hospital, ‘foi fazer o registo. O homem era tão bom, tão bom que ficou com ele’ enquanto ela fez o registo. ‘E depois fizeram lavagem ao estômago e depois ainda me deu uma nota de 50, para comprar qualquer coisa que fizesse falta ao mocinho. E depois o bom homem ainda chamou a ambulância. E o médico disse para dar água só e nada da farmácia. No outro dia era a Feira de Maio e já não fomos – fiquei todo o dia a tratar dele: só leite. ‘.

A propósito do marido diz que morreu em 1983 e ‘não foi lá muito boa rolha para mim: fez-me umas acções muito ruins. ‘. Quando estava a morrer no hospital ‘entregou a carteira a uma enfermeira, mas não me entregou a mim. ‘

Um dia ele ‘tinha a chave da mala amarrada a uma faca. ‘... mas ela ‘cortou com a própria faca e abriu a mala.’. Tinha lá certificados das terras. ‘Isto agora é tudo meu...’

Da filha N não se cansa de repetir que ‘até o doutor lhe dissera que ela não ia vingar, mas afinal é ela quem faz tudo, quem trata muito bem dela. Tem muito trabalho... era tão fraquinha, mas dá conta de tudo. A MJ entrou na casa onde eu estava a costurar e disse que se ia matar e matou-se mesmo: bebeu álcool mesmo ali atrás das minhas costas. ‘

Sobre a filha que ‘deu aos 12 dias, diz que nunca mais soube dela. Se ficou rica nunca veio ajudar, nunca mais a vi. Tiraram-lhe logo aqui as roupas que tinha e puseram-lhe outras...’.

Nessa visita, que durou toda a tarde, falou sempre. A partir das 18H00 quis ‘acender um fogueiro’.

Na visita seguinte foram-lhe levadas revistas e um par de óculos para ver ao perto. Mostrou-se muito satisfeita e queria pagá-los. Colocou-os logo sobre o nariz e pôs-se logo a ler frases de uma das revistas, exibindo os seus dotes de leitora – que foram confirmados e muito elogiados, com sinceridade – e posando para a fotografia.

É vaidosa, muito preocupada com a sua higiene pessoal e cuidadosa com a sua alimentação, ‘por causa dos diabetes’. Acerca desta doença, diz que a filha está sempre a insistir para comer: ‘pensa que sou algum porco de engorda?!’, pelo que lhe foi muitas vezes lembrado que a filha tem razão e que esse doença não ‘gosta que se esteja mais de três horas sem comer qualquer coisa, nem que seja uma ou duas bolachas integrais sem açúcar, ou uma maçã reineta, ou uma pêra, ou a meia laranja, de que ela tanto gosta’.

Ficou com feliz com a notícia de que a sua professora da escola ainda estava viva e que se tinha ouvido dizer que ela tinha sido uma ‘moça muito bonita’. Riu-se muito, muito feliz e disse ‘é verdade, não fui das mais feias, não...’.



Figura 39 – Sra. D. CM. com os óculos de leitura novos.

A 20 de Janeiro a Sra. D. CM caiu, fracturou a clavícula e não voltou a sair do quarto. Temeu-se o pior. Contudo, esta senhora é possuidora de enorme resiliência e um espírito positivo como poucos. O seu isolamento aumentou enormemente e durante meses esteve confinada à cama, onde a encontrava sentada. Fez sempre questão de se vestir e se sentar durante o dia, passando a aceitar a ajuda da filha. A boa disposição manteve-se, só o medo de voltar a cair não lhe permite ter coragem de subir os dois degraus. Passa ali o dia inteiro, sozinha com os seus pensamentos.

Muitas vezes a fui encontrar às escuras com um tabuleiro (improvisado pela filha com caixas de cereais ou pacotes de leite), no colo com cascas de pêra. Por vezes a visita decorreu sem que NL aparecesse. Não tem opção, faz o que pode.

No quarto não há ventilação. A luz solar só entra por um vidro embutido na porta e um tijolo vidrado no telhado. Chove lá dentro. Há bacias espalhadas para aparar a água. Por vezes o bacio fica por despejar o dia inteiro, pois ‘a filha anda nas hortas enquanto é dia e solta as cabras ao sol posto’.

Não há água corrente, nem lava-louças, nem instalações sanitárias. O banho semanal é feito numa celha; a roupa é lavada num conjunto de cerca de cinco a seis bacias de plástico, dispostas em meio-círculo à volta de uma maior onde está uma pedra de esfregar; o bacio é despejado numa estrumeira e lavado, com a maior frequência possível, dependendo da distância a que N estará trabalhando: umas hortas são junto às casas, outras são muito longe e tem que ir na mula; há dias em que faz queijos com o leite das duas cabras e fica por ali.



Figuras 40 e 41 – NL na sua lavandaria ao ar livre; da lavandaria avista-se Espanha.

A lavagem de roupa é feita semanalmente, ao ar livre, seja qual for a estação do ano. Poderá ser considerada muito rudimentar, mas, em contrapartida, permite a apreciação de uma vista realmente espectacular e sem igual, o que enche de orgulho N: ‘isto hoje não é nada, em Maio é que é bonito, com as papoilas...’



Figuras 42 e 43 – D. CM na ‘casa das refeições’.

Há sempre água e sabão na cozinha, num lavatório antigo, em esmalte, com um jarro grande por baixo e uma toalha turca pendurada ao lado. Observou-se que as mãos são lavadas com grande frequência e que há um jarro de água quente sempre por perto, para usar misturada com a que N trás da fonte, a qual, apesar do aviso da C.M.L. quanto ao facto da mesma poder não estar própria para consumo humano e poder não ter sido analisada recentemente, é também usada para beber e cozinhar.



Figuras 44 e 45 – A cozinha/sala de estar e de refeições.

A higiene pessoal contrasta com a higiene habitacional. No chão do quarto, há sempre embalagens de medicamentos vazias e lixo em geral, assim como na casa que serve de cozinha e de sala de estar. A luz eléctrica, nestas duas casas, é feita através de uma extensão de cabo com uma lâmpada na extremidade e fica-se com a impressão de que só é utilizada em caso de extrema necessidade, chegando-se a ter dificuldades em tirar notas, já que até ao fim de Março a luz natural que entrava nas casas era mínima e a meio da tarde já fazia muito escuro.



Figuras 46 e 47 – A ‘casa de dormir’; No quarto.



Figura 48 – Sra. D. CM e um tabuleiro improvisado, Março de 2010.

O neto voltou a estudar à noite, após o trabalho, o que faz com que tenha menos tempo para vir vê-la. Sugeriu-se o recurso ao Centro de Dia do Barranco do Velho, onde se obtiveram informações, que foram transmitidas à filha, mas esta diz que a Sra. D. CM nunca se adaptaria com estranhos.

O ombro está curado e actualmente já se desloca de novo com o seu ‘bordãozinho’, arrastando um pé e depois o outro, a medo, muito devagarinho, e apoiando-se no que vai encontrando entre a cadeira junto à cama até outra, junto à porta do quarto que lhe permite ficar a ‘ver as florezinhas’. Fica muita satisfeita quando reconhece quem entra para a ver e começa logo a sorrir e a dizer ‘já me lembro de mais uma quadra! ‘.

Está resignada com a sua situação e mostra-se feliz com a sua vida, apesar do que lhe vai acontecendo. Contenta-se com as poucas visitas que recebe, como se fossem muitas e variadas e refere sempre: ‘a Comadre MJ vem ver-me sempre que pode; o meu neto é muito meu amigo e vem sempre dar-me um beijinho; ofereceu-me umas pantufas novas... e vossemecê também nunca se esquece de vir’.

Apesar das divergências entre as mães dos filhos, o Sr. P. passa a ver se CM está bem.

Perdeu algum peso, agora as costas estão ainda mais curvadas, o nariz roça os joelhos quando vai para junto da porta ver as flores dos vasos que a filha arrasta para mais perto da porta para que ela as possa ver lá da sua cadeirinha, enquanto ela anda no campo até à noite.



Figuras 49 e 50 - Sra. D. CM, Setembro de 2010; CM de dentro ‘avista as florzinhas’.

No dia dos seus 83 anos ouviu os ‘parabéns’, recebeu um pacote de bolachas para diabéticos e as suas quadras compiladas. Tirou o chapéu, ajustou o lenço e voltou a posar para a máquina, agradecendo sempre muito ‘por tudo’. Um tudo que é tão pouco!...



Figuras 51 e 52 – Sra. D. CM a ver as suas quadras; CM no dia dos seus 83 anos.

De notar que, apesar de inicialmente ter sido pensado recorrer-se à terapia ocupacional, após verificação de algum retraimento por parte dos idosos em aderir às diversas actividades sugeridas, optou-se por se proceder a recolha de informações, receitas, labores, quadras e relatos de cariz autobiográfico, de acordo com os interesses pessoais de cada um.

4.9 Calendarização

Este estudo teve início a 3 de Novembro de 2009 e terminou no final de Abril de 2010, tendo decorrido durante seis meses, aproximadamente, como segue:

- Novembro: apresentação, estabelecimento de relação empática e aplicação dos testes anteriormente referidos;
- Dezembro a Março: actividades ocupacionais
- Abril: preparação dos sujeitos para a desvinculação

Em virtude das características dos sujeitos, foi necessário o prolongamento da calendarização para que a desvinculação se tornasse menos sentida, intercalando as últimas visitas com contactos telefónicos, espaçando ambos cada vez mais, embora os últimos se mantenham com regularidade.

5. Resultados

Da aplicação das escalas para o despiste da Depressão (ANEXOS D e E), na análise quantitativa verificou-se que não havia quadros depressivos instalados. Numa análise mais pormenorizada, item a item, verificou-se que a maioria dos participantes (4 em 5) abandonou muitas actividades realizadas anteriormente, preferindo permanecer em casa do que sair. As limitações associadas à perda de capacidades são visíveis, sendo este um factor evidenciado pela maioria. Uma das participantes – A D. MSP, para além da evidência das limitações, realça também o facto de se sentir frequentemente ‘abandonada’, bem como um ‘vazio’ na sua vida. Estes resultados vão no sentido da revisão da literatura efectuada (e.g. Barros, 2008a), onde são realçados os sentimentos de incapacidade física, a solidão e o vazio como factores de risco da depressão, devendo por isso ser tidos em consideração.

A Sra. D. MSM apresentou um valor de 7 na Escala de Hamilton. De acordo com os pontos de corte definidos por Bech (1996, cit. in Garcia-Portilla, Bascarán, Sáiz, Parellada, Bousoño & Bobes, 2009) esta pontuação corresponde a ‘sem depressão’. Na Escala Geriátrica, apresentou um valor de 5, o que corresponde a ‘normal’, de acordo com os pontos de corte considerados por Brink e Yesavage (2009).

A Sra. D. MSP apresentou um valor de 5 na Escala de Hamilton, que de acordo com os pontos de corte definidos, corresponde a ‘sem depressão’, e 9 na Escala Geriátrica, que de acordo com os pontos de corte definidos, corresponde a ‘possível depressão’. Esta discrepância, como já referido anteriormente, atribui-se ao facto da sua viuvez recente e de, na ocasião em que respondeu às questões, se aproximar a data do primeiro aniversário da morte do marido e da respectiva missa. Efectivamente, após a missa, a boa disposição da Sra. D. MSP voltou ao habitual.

A Sra. D. AR apresentou um valor de 5 na Escala de Hamilton e também de 5 na Geriátrica, pelo que se concluiu não apresentar indícios de depressão.

O Sr. JL mostrou-se muito relutante em responder aos questionários, devido à sua personalidade introvertida, acedendo, por fim, a responder às cinco questões da Versão de 5 itens da Escala Geriátrica e obteve um valor de zero, que já era esperado, pois, apesar de ser o segundo sujeito em termos de idade do pequeno grupo, é o mais dinâmico e funcional em termos físicos, o que lhe permite estar sempre ocupado com tarefas do seu agrado e socialização comunitária.

A Sra. D. CM apresentou um valor de 8 na Escala de Hamilton, que corresponde a ‘sem depressão’, mas um valor de 6 na escala Geriátrica de 15 itens, o que corresponde de acordo com os pontos de corte definidos, a ‘possível depressão’. No entanto, estes valores reflectem as doenças crónicas desta senhora: Diabetes Mellitus; Osteoporose, Hipertensão e mobilidade muito reduzida, que, aliadas ao isolamento em que vive, os torna compreensíveis.

Perante estes resultados iniciais e as reacções que foram sendo observadas nas visitas seguintes, em que o grau de confiança e familiaridade foram progressivamente aumentando, decidiu abandonar-se a ideia inicial, não se considerando necessário repetir a aplicação das escalas.

Quadro 2. Resultados dos testes aplicados

| <i>Escala</i> | <i>MSM</i> | <i>AR</i> | <i>JL</i> | <i>MSP</i> | <i>CM</i> |
|---------------|------------|-----------|-----------|------------|-----------|
| Hamilton | 7 | 5 | - | 5 | 8 |
| Geriátrica | 5 | 5 | 0 * | 9 | 6 |

*= Versão 5 itens.

6. Considerações finais

No que respeita a limitações, parece importante referir que, embora *a priori* possa pensar-se que um estudo que incide sobre somente cinco sujeitos – dois dos quais, na realidade, devem ser considerados como um casal – possa ser efectuado com grande facilidade, na prática verificou-se não ser bem assim.

Efectivamente, quando se visitava CM, na Figueirinha, quando muito poderia visitar-se também MSP, no Serro do Alganduro no mesmo dia. Isto porque, apesar da primeira parte do trajecto ser de aproximadamente 45-50 km, conta com cerca de 400 curvas e contra-curvas apertadas, onde muitas vezes tornar-se-ia perigoso passar-se dos 30-40 km/h.

Com o mau tempo que se fez sentir até ao final de Março e o abatimento de várias estradas, do lado exterior da serra e o piso constantemente molhado e/ou alagado e as bermas ensopadas, e não se considerando sensato arriscar desviar-se para as mesmas em caso de derrapagem (por poder ficar-se atolado), resultou que se necessitava de cerca de uma hora para a ida e outra para a volta.



Figura 53 – Estrada Malhão-Alganduro.

Dado tratar-se de uma povoação que só conta actualmente com cinco famílias (como lhes chama CM), e a padeira só passar de quinze em quinze dias e sem tempo a perder, torna-se impraticável ficar menos do que uma, duas horas. Entre a placa da povoação e a casa de CM e N, é-se abordado pelos outros moradores (para se certificarem de quem andava por ali e ao que andava, caso do Sr. P), ou a pedir para participarem no estudo também (e.g. caso da ‘Comadre MJ; e caso do Sr. JA do Montinho de Alganduro).



Figura 54 – Muitas vezes companheira do regresso.

Várias curvas de regresso até ao desvio do Barranco do Velho e daí muitas mais, a descer, até às rectas de Salir, mais as subidas e descidas, estreitas e íngremes, até Freixo Seco e daí mais outra série de curvas e contra-curvas até ao Cerro do Alganduro, requer mais outra hora. Mais o tempo da visita e mais hora e meia de regresso, curvando no sentido inverso, é não só extremamente cansativo, física e mentalmente – uma vez que não está em passeio, mas em trabalho sério – como dispendioso em termos de combustível e desgaste da viatura. Assim não foi raro o mostrador indicar entre 160-195 km percorridos no fim do dia.



Figura 55 – Descida do Cerro de Alganduro para o Freixo Sêco.

Cada visita ao Malhão implica mais de 120 km, via S. Brás de Alportel, já que as estradas via Loulé se encontram em obras, com todos os inconvenientes das mesmas, embora se concorde que sejam ‘um mal necessário’.



Figuras 56 e 57 – Durante a primeira procura a sós do Cerro de Alganduro.

De referir também que, tendo-se seguido a Unidade Móvel de Saúde uma única vez para aprender cada percurso e que, cada percurso implica vários retrocessos, não é fácil a quem não conhece bem as zonas não se perder ao princípio pelos caminhos: todos os montes parecem iguais. A observação de um par de grifos à caça, permitiu que se tivesse a percepção de que se estava fora do percurso e se tinha regressado ao mesmo ponto, voltado a Sul... Parar e abordar algum idoso que não se esconda dentro de casa por precaução, também resulta em 10-15 minutos dispendidos sem ser com o idoso que realmente se procurava – praticamente só vivem idosos na serra e todos estão ávidos de contacto humano.



Figuras 58, 59 e 60 – Paisagem maravilhosa no trajecto Cerro de Alganduro-Freixo Sêco.

Para além destes aspectos, este estudo foi muito enriquecedor em todos os outros, ultrapassando todas as expectativas, particularmente no que respeitou à observação da flora e fauna das zonas percorridas, da paisagem maravilhosa, do contacto com gente boa e hospitaleira, com um outro tipo de linguagem, algum sotaque mais ‘arrevesado’ (MSM e NL), da aprendizagem sobre vários aspectos da vida rural até agora desconhecidos (nomeadamente a falta de instalações sanitárias e água corrente em casa).



Figuras 61, 62 e 63 – Caprinicultura; ovinicultura; pecuária.

O que se aprendeu com estes idosos são coisas que não vêm nos livros. Se vêm, para as aprender teria que despender-se de muito mais tempo livre, a fim de as procurar, estudar, tentar compreender e executar. Com eles adquiriu-se um conhecimento acerca do quotidiano da vida rural, da flora e fauna da Serra do Caldeirão, da forma mais simples: observou-se, indagou-se e obtiveram-se conhecimentos novos da forma mais rápida e simples, ao mesmo tempo que se pôde perceber que a ignorância citadina causou espanto, e que a curiosidade causou contentamento e sentimentos de utilidade.

Ao longo deste estudo pôde confirmar-se, que realmente há muito mais para viver para além do que a sociedade consumista nos leva a fazer.

Estes idosos podem até vir a necessitar de anti-depressivos e ser aconselhável encaminhá-los para um médico futuramente, mas no momento presente, do que eles mais necessitam é de estimulação, companhia, exercício físico adequado, apoio psicológico e socialização.

Tratou-se de um trabalho de campo reflexivo, com diálogo constante com os idosos serranos (e outros elementos mais jovens das freguesias envolvidas), que permitiu observar a cultura de gentes da serra, os seus comportamentos, aprendidos com os avós e pais e passados aos filhos, conduzindo a uma nova percepção do mundo, graças a esta partilha entre o idoso, no seu papel de informante e a investigadora, no de receptora.

Houve momentos, durante as visitas à idosa da Figueirinha, que remeteram para os estudos de Malinowski, em 1918, quando ficou retido com os nativos das Ilhas Trobriand por muito mais tempo do que planeado, devido ao rebentamento da Grande Guerra, pela semelhante percepção efectiva das condições reais em que vivem os sujeitos, e também para Platão e a sua Alegoria da Caverna, já que a luz natural só entrava por uma fenda muito estreita quase junto ao tecto, quase não permitindo que se visse o que se estava a anotar.

Este estudo proporcionou ainda a oportunidade de comprovar ideias antigas (na altura sem qualquer fundamento teórico, mas geradas na mera observação, agora sabe-se que foi igualmente do tipo participativo), de que a situação socioeconómica (SES) afecta negativamente os idosos quando experienciada nos extremos, sendo ainda agravado no extremo dos que possuem nível elevado, já que leva frequentemente os idosos a vivenciar sentimentos de uso: qualquer manifestação de afecto é aceite com desconfiança e acompanhada de dúvida sobre a sua sinceridade (e.g. a cada abraço, a cada beijo pensam ‘será que este abraço é mesmo sentido e puro, um gesto de amor/afecto? Ou por trás dele existe um interesse mais ligado ao que poderá ganhar com ele em termos materiais? e, sendo assim, não passa de um comportamento interesseiro e egocêntrico?’).

No extremo oposto, o dos idosos com poucos recursos, isto nunca parece acontecer, já que não havendo bens materiais em jogo, qualquer gesto de afecto é sentido como isso mesmo: uma prova de amor, de carinho, uma atenção, uma coisa do coração, sincera e gratuita, dada com vontade.

Durante vários anos, conviveu-se de perto com idosos estrangeiros, maioritariamente dos Estados Unidos da América (mas também de outras nacionalidades, embora em menor percentagem, tais como Inglesa, Alemã, Suíça e outras), passageiros de navio de cruzeiro de luxo com um nível económico no extremo oposto ao dos idosos Algarvios agora estudados. Muitos dos passageiros entravam no navio para o cruzeiro de Natal e Ano Novo e continuavam por mais três meses e meio, todo o percurso da Volta ao Mundo; outros ficavam todo o Verão. Os preços praticados neste navio em particular, o m/v *Royal Viking Sun*, na altura operando sob a famosa *Cunard* podem ser vistos no preçário (Anexo I), para se poder ter uma ideia de quão elevada era a situação socioeconómica desses idosos. No entanto, eram em geral pessoas tristes, apáticas, desinteressadas de tudo para além das refeições e visivelmente deprimidas.

Isto vem ao encontro do que refere Fernandes (2000), ou seja, a um maior o nível económico corresponde um maior nível de depressão.

Existe a forte convicção de que apesar das diferenças, diametralmente opostas no que se refere aos recursos financeiros de uns e de outros, os idosos Algarvios protagonistas deste estudo apresentam menores indícios da síndrome depressiva, ou de virem a desenvolver uma depressão. Tanto os primeiros, como os segundos, do que necessitam realmente – e, aparentemente, na mesma proporção – é de amor, atenção, afecto e calor humano, e o que preocupa uns e outros é a solidão.

Sentimentos de solidão parecem surgir da mesma forma entre os que estão inseridos num grupo de 700 passageiros, num navio de cruzeiros de seis estrelas, como numa povoação tão pequena que conta só com cinco habitantes. Vai-se mais longe: enquanto muitos dos primeiros confienciaram ‘os meus netos só estão à espera que eu morra aqui, para poderem herdar o meu dinheiro’ e nada os fazia sair nos portos de escala ‘já vistos e revistos nos anos anteriores’ preferindo ficar a ler, ver televisão ou simplesmente a olhar fixa e paradamente o horizonte através da varanda, estes Algarvios confienciaram ‘os meus netos só não vêm verme mais vezes porque não podem e sempre que podem telefonam, vêm visitar-me’; ‘vem sempre dar-me um beijinho’; ‘trazer-me um presente’, ‘...gostam muito de mim’.

Tanto os muito ricos, como os pobres, todos tinham uma ou mais doenças crónicas típicas da idade avançada, mas em termos cognitivos e de memória ficou óbvio que estes serranos estão em bastante melhor estado que os outros, ainda mais se for tido em conta que estes não têm mais que a terceiro ano de escolaridade, no máximo, enquanto os outros tinham habilitações literárias ao nível do ensino secundário ou superior.

Parece essencial insistir na importância da intergeracionalidade, do suporte social, fomentar a inter-ajuda entre os membros da população mais próximos, arranjar estratégias que minimizem as distâncias físicas (tais como programas, reuniões frequentes que proporcionem o agradável e prazeroso convívio de grupos que apreciem o mesmo tipo de actividades, e que estas sejam tão diversificadas quanto possível, que permitam a todos exercitar corpo e mente consoante as necessidades de cada um e do grupo no seu todo), promover o intercâmbio de conhecimentos e registá-los a fim de os passar às gerações seguintes. Acima de tudo, fazer com que cada idoso se sinta útil e importante e portador de um conjunto de conhecimentos e experiências únicas e pessoais de grande valor para os mais novos.

Talvez esteja na hora de se repensarem os valores da vida. Parece claro que é fácil ser-se arrastado pelos valores incutidos por algumas sociedades actuais, cada vez mais consumistas e materialistas, que permitem cada vez menos tempo livre para se pensar sequer em conseguir formas de equilibrar a vida profissional com a vida familiar, de forma a encontrar o equilíbrio entre as necessidades materiais e as afectivas: o meio-termo.

Parece crucial promover a o relacionamento entre gerações e pensar e repensar todas as hipóteses de confiar os mais jovens ao cuidado dos mais velhos, promovendo o estreitamento dos laços vinculativos entre avós e netos, em vez de os confiar a estranhos, que na maioria das vezes acabarão por terminar no afastamento e em perdas, que, como tem sido comprovado, constituem um dos principais factores que conduz muitas vezes a perturbações afectivas e a

estados depressivos, que afectam tanto os mais jovens como os mais idosos e têm as consequências já referidas.

Foi possível confirmar, durante as conversas com estes idosos, que a maioria prefere manter-se no seu local habitual de residência, ainda que isso implique isolamento social, mesmo após uma viuvez e uma doença crónica, recorrendo a ajudas exteriores, quando necessário e possível, ou a apoio domiciliário enquanto este seja suficiente. Para muitos é o sítio onde viveram toda a vida, a casa onde nasceram, cresceram, casaram, tiveram filhos e por isso mesmo é onde querem morrer.

Isto confirma o quadro teórico de Fernandes (2000) sobre a institucionalização, que, apesar dos seus inconvenientes (deixar a sua casa e pertences; o seu meio social, muitas vezes de uma vida inteira; sensação de abandono por parte dos parentes; ter que se sujeitar a horários e regras vigentes na instituição; muitas vezes ter que partilhar o quarto com estranhos, embora pareça haver cada vez mais instituições com quartos particulares) é uma hipótese a considerar quando se esgotarem todas as outras que permitam ao idoso continuar em sua casa (ou na casa de um filho ou outro familiar disponível). Neste sentido, deve pensar-se nas suas vantagens: acompanhamento e vigilância 24h; combate ao isolamento e solidão; medicação a horas; combate ao sedentarismo; alimentação adequada; actividades várias e relações intergeracionais.

Pode concluir-se que geralmente o processo de luto é mais doloroso para o idoso que perde um filho (por poder ser acompanhado de sentimentos de culpa e de injustiça e podendo ser um luto muitas vezes irrecuperável, do tipo patológico), do que para o idoso que perde o cônjuge. O isolamento, que frequentemente acontece nestes casos, convém ser investigado a fim de despistar quais os idosos que estão sós, mas não correm perigo de sofrer de solidão. Esses serão os que, apesar de uma viuvez, são já de si pessoas de funcionamento resiliente, e com um comportamento de *coping* do tipo adaptativo, que estarão em condições de saúde consideradas boas para a sua idade, e que saberão ocupar os seus dias com tarefas do seu agrado, algumas possivelmente para as quais nunca antes haviam tido tempo (e.g. Sra. D. MSP). Pontos estes que nos remetem, respectivamente, para as leituras de Kübler-Ross (1969; 1997), Anaut (2005) e Fernandes (2000), Barros (2008^a), Saldanha (2009), Lazarus e Folkman (1984) e Paúl & Fonseca (2005, anteriormente citados, sobre o luto, o isolamento, a resiliência e o *coping*).

Quanto aos idosos de personalidade mais negativa, convém dedicar-lhes uma maior atenção e evitar o seu isolamento, já que têm maior predisposição para não reagir às

adversidades e maior propensão para se deixarem afectar por doenças psicofisiológicas, como a depressão.

Todos os idosos estudados foram inquiridos acerca da sua religiosidade e todos disseram seguir a religião católica, crer em Deus, e fazerem as suas orações em casa, recorrendo ao Santo da sua preferência (Nossa Senhora de Fátima) quanto se sentem vulneráveis ou algo os preocupa. Nenhum é praticante porque não tem transporte aos Domingos ir à igreja, seja a Salir ou Ameixial, a ouvir a missa. Todos recorrem a boleias sempre que queiram ir ao cemitério prestar homenagem aos seus ou assistir a uma missa que tenham mandado rezar.

CM está convencida que as desditas com os filhos e a vida dura que teve com o marido ‘é castigo de Deus por não ter dado ouvidos ao que o Sr. Padre do Ameixial lhe recomendava sempre – para nunca trabalhar ao Domingo – e ela ter desobedecido. ‘

Neste estudo verificou-se uma progressiva melhoria do estado de espírito dos sujeitos ao longo das visitas, apesar da ocorrência de algumas doenças físicas (a fractura da clavícula no caso de CM, as dores de dentes no caso de JL), e melhoria no relacionamento com familiares (no caso de MSM e AR), que se atribui ao facto de terem podido passar a contar com alguém em quem aprenderam a confiar, a quem podem recorrer a qualquer momento, com a certeza de que serão atendidos dentro das possibilidades existentes.

Tal vem ao encontro do mencionado por Feldman (2001) e Saldanha (2009) e por Cavanaugh e Park (1993), por Birren (1996) e por Binstock et al. (1996), citados por Feldman (2001), acerca da importância dos conhecimentos dos gerontólogos sociais (ou gerontologistas sociais), pensando-se que a sociedade em geral, e não só os gerontólogos e os psicólogos, deverá passar a ter como «prioridade crítica» a obtenção de uma melhor compreensão acerca do idoso e do envelhecimento em geral.

Estamos conscientes da modéstia que impregna o presente trabalho e de algumas das suas limitações, a que já fizemos referência.

Tendo em conta que este é um estudo exploratório, uma das suas finalidades é desenvolver ideias para futuras investigações.

Assim, parece-nos pertinente apontar algumas pistas levantadas a partir do percurso investigativo e da análise e interpretação dos dados recolhidos que poderão nortear estudos ulteriores, por exemplo seria interessante investigar futuramente a relação da consanguinidade e os sintomas depressivos e outras doenças do foro psiquiátrico nesta zona, já que se fica com

a ideia de que, devido à morfologia do terreno e aos fracos recursos económicos parece existirem não só estes dois casos - em cinco - de casamentos entre primos (em primeiro grau ou não, CM e MSP), e que ao longo das conversas com todos se ouviram sempre menções a outras mulheres 'que ainda eram primas do rapaz com quem casaram'.

Será que esta consanguinidade resultou numa maior predisposição genética para as doenças depressivas?

7. Referências

- Almeida, A. (1997). Metodologias de investigação em ciências da educação: questões epistemológicas. In A. Estrela & J. Ferreira (Eds.). *Métodos e Técnicas de Investigação Científica em Educação* (pp. 625). Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, I. (2009). *Morrer é só não ser visto*. Lisboa: Planeta Manuscrito.
- Barros, J. (2008a). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (3ª ed.). Porto: Legis editora.
- Barros, J. (2008b). *Psicologia do idoso - temas complementares*. Porto: Legis editora.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. (p. 13). Lisboa: Gradativa.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. (p. 11) Porto: Porto editora.
- Brink, T., Yesavage, J., & Lum, O. (1982). Escala de depressão geriátrica. In Escala de Hamilton para a depressão. In M. Garcia-Portilla, M. Bascarán, P. Sáiz, M. Parellada, M. Bousoño & J. Bobes (2009). *Banco de instrumentos básicos para a prática da psiquiatria clínica* (p.77). Paço de Arcos: Epic Marketing Farmacêutico.
- Câmara Municipal de Loulé (2006). *Demografia: Características demográficas*. Retirado da http://www.cm-loule.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=127
- Câmara Municipal de Loulé (2006). *Freguesias: Freguesia de Ameixial*. Retirado da http://www.cm-loule.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=127&Itemid=131

- Câmara Municipal de Loulé (2006). *Freguesias: Freguesia de Salir*. Retirado da http://www.cm-loule.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=132&Itemid=136
- Campos, M., & Coelho, A. (2009). *Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde*. Brasília: Editora Ministério da Saúde.
- Cohen, E. G. (1984). The desegregated school: problems in status power and interethnic climate. N. Miller e M.B. Brewer (Eds.), *Groups in contact: the psychology of desegregation*. Nova Iorque: Avademic Press.
- Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Métodos de Investigación Educativa*. Madrid: Ed. La Muralla.
- Cordeiro, M. (1999). Avaliação da Saúde em Gerontologia. In M. Costa., J. Agreda., J. Ermida., M. Cordeiro., M. Almeida., D. Cabete., M. Veríssimo, E. Grácio & A. Lopes. (1999). *Manual Sinais Vitais: O idoso – problemas e realidades*. (pp.51-62). Coimbra: Formasau, Lda.
- Destéfani, G. (2001). *Envelhecer com dignidade*. São Paulo: Edições Loyola.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Erickson, F. (1986). Qualitative methods in research teaching. In M. C. Wittrock (Ed.), *Handbook of research on teaching* (p. 119). Nova Iorque: MacMillan.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a psicologia*. Alfragide: McGraw-Hill.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (1999). *Psicologia* (5.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Granja, A. (2010). *Sem ti, Inês*. Alfragide: Caderno.
- Hamilton, M. (1960). Escala de Hamilton para a depressão. In M. Garcia-Portilla, M.Bascarán, P. Sáiz, M. Parellada, M. Bousoño & J. Bobes (2009). *Banco de instrumentos básicos para a prática da psiquiatria clínica* (pp.67-68). Paço de Arcos: Epic Marketing Farmacêutico.
- Henriques, M. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: AMBAR.
- Janesick, V. J. (1994). The dance of qualitative research design. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. (p. 217). California: Sage Publications.
- Koenig, H., George, K., & Peterson, B. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *Am J. Psychiatry*, 155 (4): 536-536-542.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Acolher a morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Kübler-Ross, E. (1997). *A roda da vida – memórias da vida e da morte*. Cruz Quebrada: Estrela Polar.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lurie, M. (2007). *Depressão. Respostas às suas perguntas*. Porto: Civilização Editores.
- Magalhães, C., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas. *Revista transdisciplinar de gerontologia.*, 3 (2). Universidade Sénior Contemporânea: 7-16.
- Marujo, H., Neto, L., & Perloiro, M. (1999). *Educar para o optimismo – Guia para professores e pais*. Lisboa: EDITORIAL PRESENÇA.
- Morley, J. (2007). The Role of Nutrition in the Prevention of Age-Associated Diseases. In J. Morley & D. Thomas (2007). *Geriatric nutrition* (pp.30-41). Boca Raton: CRC Press.
- Oliveira, J., & Lopes, R. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em estudo*, 13 (2). Maringá: 217-221.
- Patton (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. (p. 39). Newbury Park: Sage.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi editores.
- Pinto, A. (2001). *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (2003). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo, J. (2009). *Amor, luto e solidão*. Alfragide: Casa das letras.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer – Um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: LIDEL.

- Sousa, C. (2003). Características psicológicas de la persona adulta. In Emílio Ramos (Ed.). *Apuntes sobre Educación de personas adultas y acción comunitária*. Valência: Diálogos.
- Sousa, C. (2006). *Educação para a activação da resiliência no adulto*. In J. Tavares, S. Pereira et al. *Actas do simpósio internacional: Activação do desenvolvimento psicológico*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sousa, C. (2010). Motivação e resiliência em contextos educativos. In B. Santos & A. Carreño (Orgs): *A motivação em diferentes cenários*. ISBN: 978-85-7430 914-9. (pp. 151-172). Brasil, Porto Alegre: EDIPUCRS. 2001.320 p.
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia práctico Climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vallejo-Nágera, J. (2002). *A depressão – como lidar com a doença do nosso tempo*. Estoril: Princípia.
- Veríssimo, M. (1999). Exercício físico nos idosos. In M. Costa, J. Agreda, J. Ermida, M. Cordeiro, M. Almeida, D. Cabete, M. Cordeiro, E. Grácio & A. Lopes. (1999). *Manual Sinais Vitais: O idoso – problemas e realidades*. (pp. 115-133). Coimbra: Formasau, Lda.
- Wascowic, T., & Chartier, B. (2003). Attachment and the experience of grief following the loss of a spouse. *Omega – Journal of death ad dying*, 47 (1). Nova Iorque: 77-91.
- Wilkinson, G. Moore, B., & Moore, P. (2005). *Guia práctico Climepsi para o tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (2003). *Tratar a depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Woods, P. (1999). *Investigar a arte de ensinar*. Porto: Porto Editora.

ANEXO A: AS QUADRAS DE CM



Figueirinha, Ameixial, Loulé.

2009/2010

As quadras aqui compiladas foram recolhidas junto da Sra. D. CM, em sua casa, na Figueirinha, freguesia do Ameixial, município de Loulé, entre os meses de Novembro de 2009 e Abril de 2010, durante a implementação do projecto de final do curso de mestrado em Gerontologia Social, intitulado ‘A prevenção da depressão no idoso do distrito de Faro, município de Loulé’.

Anisabel Maria Amorim de Almeida

A CRIADA DA PÓVOA

Na Póvoa, concelho de Meda
Este caso aconteceu
Uma criada de servir
Duas criancinhas matou.

Malvada, tão cruel,
Já não teve coração,
Foi atirá-las aos porcos
Na palha de um enxergão.

Foram vistas as criancinhas
Mortas no gelado chão...
Malvada, tão cruel,
Já não teve coração.

As crianças eram sem tempo,
Mas bem se podiam criar,
Treze dias desenterradas
Sem nada lhes tocar.

As crianças eram tão lindas
Até o doutor as lavou,
Os bichos não as comeram,
Pois Nosso Senhor as guardou.

MARIA DA CONCEIÇÃO

Ó pais e mães de família,
Nesta quadra reparai,
Dia 7 de Fevereiro,
Uma filha matou seu pai.

Eram 3 horas da manhã,
e enquanto estava a dormir,
No seu estado normal,
Chegou a malvada filha
E deu-lhe um golpe mortal.

Uma filha tão tirana
Ainda não se contou
Para tirar o pai de casa
Em pedaços o cortou
E de casa o levou para o quintal.

Uma criança de 8 anos
No quintal deu entrada,
Olhou para dentro do poço
E viu a água ensanguentada.

Maria da Conceição
Ficou um pouco suspensa,
Julgando-se logo perdida,
Deitou ao poço a criança.

Foram à casa do crime,
Com alguma desconfiança,
A ver se encontravam
A desditosa criança.

Assim que abriram a porta,
Viram em cima da escada
Maria da Conceição
Numa corda enforcada.

Sobre uma cadeira estava
Um envelope fechado
Assim que o abriram,
Ficou tudo assustado.

Em poucas letras dizia:
Vão ao poço d quintal,
O Antoninho e nosso pai,
Lá os hão-de encontrar.

Dentro de casa determinou
Em dar fim à sua vida,
Numa corda se enforcou
E deixou uma carta escrita

Os pais da criancinha
Choravam sem conforto
Quando ouviram dizer
Que o seu filho estava morto.

Foram tirar a criancinha
E a mãe o levou nos braços,
Depois tiraram o velhinho,
Todo feito em pedaços.

Treme-lhe a barba,
Tarda-lhe a fala,
Pinga-lhe o nariz
e não atina com o que diz.

oo0oo

Muito custa não ouvir,
Muito mais não falar,
Muito mais custa não ver,
O chão que há-de pisar!

Cerro das Alagoas

No Cerro das Alagoas
Há um dinheiro enterrado;
O mouco e outras pessoas,
Com ele têm sonhado.

Sonhei com grande quantia,
E vamos saber a valia
Que há naquele tesouro:
É tudo peças em ouro!

E tudo ferramentas boas
Para descobrir as coroas,
Não comecem com aloas
Nem muita conversa entreter,
O dinheiro dá para enriquecer
O mouco e outras pessoas.

António Custódio, vizinho,
Vivia tão pobrezinho,
Agora vai viver desafogado.

António Picotas,
Firmaram-se ambos nas botas,
É todo nosso o dinheiro.

Algarve e Alentejo

Os dois vizinhos rivais
Vossemecê o devote
Qual dos dois valerá mais.
Vai-se ver neste combate

Sou pequeno, mas modesto;
Tu maior, e és mais forte
(dizia o Algarve para o Alentejo)
Vou contigo combater,
Que o Algarve não quer mais morte.

- Cala-te, Algarve Menino,
Não me provoques assim,
Trata-me como homem, ao menos.
Quantas vezes os grandalhões
Morrem nas mãos dos pequenos.

Não te cubras de suores
E vamos primeiro saber
Qual de nós tem mais valores.

- Vens ao Algarve em Janeiro
E ficarás encantado
Ao ver este jardim
À beira-mar plantado.

- Sim, sim, tens razão:
Também tens muito valor
Como é lindo na verdade
As amendoeiras em flor.

Tomando eu toucinho
E o bom queijinho de ovelha
Que regala o teu povinho.

Os figos que eu te mando,
Em caixinhas acomodados,
É uma delícia comer,
Mais doces que rebuçados.

- Vem ver as minhas herdades...
(dizia agora o Alentejo para o Algarve)
Com os seus museus antigos
E estes lindos sobreirais
Valem bem mais que os teus figos!

- Sim, sim, tens razão,
Também tens muito valor
Como é lindo na verdade
As amendoeiras em flor.

- Foi agora, meu Amigo,
Que compreendeste a verdade,
Se queres, agora mesmo
Selamos a boa amizade.

AS ANDORINHAS

Andorinhas, andorinhas,
Lá vêm elas a voar
Das terras além do mar.

- Porque vindes vós fugindo?

-Porque o sol de Portugal
Tem mais brilho
E é mais lindo!

- E que vistes vós, Andorinhas?

- Vimos gentes diferentes
Nos costumes e na cor
Nas terras onde nunca se esconde
Viva o Sol e seu calor!

NAVEGADORES

Uns foram descobrir
O segredo do mar
Lado a lado, à dianteira
Seguiam a mesma esteira.

Na Índia, no Brasil e no Sertão,
Eram gigantescos
Com olhos de cor de carvão.

Passo lento, comandante,
E vai colher com alegria
Lindas florinhas do campo
Que há-de trazer ao Infante
Flores de Santa Maria.

A GUERRA

Adeus, minha querida Mãe
Deite-me a sua bênção
Vou defender a minha pátria
Com cautela e prevenção.

Eu nunca me aborreci
Da vida de militar
Mas ausentar-me de si
É que me vai a custar.

Digo adeus aos meus amigos
E às moças da minha terra,
Que peçam a Deus por mim
Se eu lá morrer na guerra.

Meus companheiros são sujeitos à morte
Que peçam a Deus por nós
Que nos dêem boa sorte.

FERNANDO PINTO MORAIS

Fernando Pinto Morais
Vivia com os seus pais
Que eram gente de dinheiro.

De filhos era sozinho
Davam todo o carinho
Ao seu único herdeiro.

- Olha, a gente tem que se deixar,
Pois nossos pais vivem mal.
Não se dão uns com os outros...

- Deixa lá os nossos pais,
Eu juro não te deixar mais

No dia do casamento
O grande acompanhamento
Que à porta dela passava.

Ela quis ir à janela
E Fernando olhou para ela
E viu que ela desmaiava.

E depois foi quando
No registo entrou
Com ela no pensamento,
Diz assim, tresloucado,
Não quebro o meu juramento!

Diz ela:

- O meu filho enlouqueceu!
- Avisem os pais da Mariazinha
Que a sorte dessa donzela
Vai ser tão triste como a minha.

Uma alma nova lhe nasceu
E diz a sua mãezinha
Grande milagre se deu.
O meu filho é que herdou tudo
Os pais visitam-se amiúde

O SOL E A TERRA

Diz o Sol para a Terra:
De mim recebes a luz,
Ilumino o Mundo inteiro
Com o poder de Jesus
Longo o Mar do pensamento
E a Terra na sombra de cruz
Ainda nunca supus
E todos vos querem contemplar
Com o poder de Jesus.
Se não fosse a minha luz
E vivias nas trevas
E da luz às tristes relvas
E da Terra sombra de cruz.

FRANCISCA PALMINHA

Em dia de Sexta-feira
É que o homem sumiu
A mulher disse:
‘Ele saiu’.

Pr’ái fez alguma asneira,
Seja ela traiçoeira,
Tinha feito crime vil,
Devia ir para o Brasil.

Era já noite cerrada
Quando o Francisco Palminha
Achou lá no corgo o desgraçado
Já pelos cães encetado.

Os cães em roda a comer,
Só lhe deixaram o tutano.
Já pensara há muito ano
Que isto aventurou
Até que os restos findou.

O infeliz não suspeitou
Dessa fera racional,
Pois neste golpe fatal,
Dizem que o filho ajudou.

O infeliz já contava 60 anos,
Pouco mais; chegara a pontos tais
Que ele não esperava.

A mulher, cansada de trabalhar,
No regresso da aldeia
Nem mesmo uma luz quis
Para iluminar o infeliz.

MARIA CUSTÓDIA ARMALHA
E JOÃO SÊCO

Pensa na vida primeiro,
Derivado a um forasteiro
Que em sua casa tinha,
Desgraçou sua vidinha,
José Domingos Xavier.

O homem fez-se abalado,
Mas às 8 horas do serão
Já estava em casa agachado.
Andando em observação.

A filha foi destapar
Para ver se estava dormindo.
Apagou a luz e foi seguindo
E com o Sêco se foi deitar.
Maria Custódia Armalho.

Com o seu punhal ao lado
E foi então quando cogitou:
Eu mato os dois, marafado
Disse: lho corto rente,
O pescoço, à navalha.

E a navalha lhe jogou
E ainda ele se atrapalhou,
Causado pela mulher
Um desastre praticou.

No lugar o Sêco ficou,
Devia ela ficar igual.
Perfeito era ter ido
Com ele aquela malvada
Para ser enterrada
Onde o Sêco se enterrou.

No lugar onde o Sêco ficou
Devia ela ficar igual
Devia ter ido com ele
E ela foi para o hospital.

Do delito que se passou
Ela é que foi a culpada
Onde o Sêco se enterrou
Devia ela ser enterrada.
Perfeito era ter ido
Com ele aquela malvada

MAR

Traidor Mar, oceano,
Fazes muita barbaridade
Com a tua braveza
E tens na tua profundade
Pobre gente Mirandesa.

Chão assim traidor,
Sem motivo nem razão,
Muitos eu tenho sepultado
Sem mortalha nem caixão.
Não venha para o mar vilão,
Para evitar choro de paixão.

SENHORA FRANCISQUINHA

Dê-lhe Deus o que merecer,
Muitos anos para viver
Com saúde na Sernadinha.
Sernadinha, Monte Nobre,
Freguesia de Salir.

Quem faz bem a tanto pobre,
Devia de sempre existir.
E tem gasto tanto cobre
E trata todos sem desdém
Por semana mais de cem
Pobres lá vão pernoitar.

Isto é só para lhe dizer,
Além de quem não a conhece,
Deus pague a quem faz bem.

Quem tantas honras merece,
Às vezes até oferece
O pão a qualquer criança
Residindo na vizinhança.

QUERENCA

Começaram de manhãzinha
A bater de porta em porta,
E venha daí, ó Vizinha,
Que a burra anda na horta.
Ainda era criança
E na festa de Querença
Andei no grupo também.

NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Na Fátima, lá para o Norte,
Nossa Senhora apareceu
E há-de ser a nossa sorte
E bonito ideal.

E nada lhe há-de fazer mal
Está a ser prometido
No caso de ser vencido
Este lindo Portugal.

Coisas no Céu se viram
A muitos não lhes convém
E o que tratar com desdém
Decerto há-de pagar.

Eu sei quem há-de ganhar
É o Mussolini também
Quando a Alemanha levantar
Para nos vir acudir
Toda a gente há-de rir
Quando esse tempo chegar.

Hão-de vir do Oriente
Com tropas e munições
Combater à gente
E ao nosso continente.

A juventude em geral,
Isto sim, poderá ser,
Com muito gosto e prazer
Acudir a Portugal.

Já todos querem rezar
Para se livrar do mal
Eu digo isto afinal
Podem ser enganos meus
Mas prometido por Deus
Por ser a guia real.

Dr. OLIVEIRA SALAZAR

O Dr. Oliveira Salazar
Foi dos primeiros do Mundo
A nossa Pátria salvar
Ainda não houve segundo.

Eu sou uma patriota
Defendo a minha nação
Morrer pouco me importa
Se a defender nossa Pátria.

Vai, meu querido filho, vai,
No caso em que haja falta,
Lá irá ter teu pai.

Isso não me causa afronta
Nem nada que esmorecer,
Ninguém dá por conta
Um dia temos que morrer.

Defender a nossa Pátria vai,
Meu querido filho, vai.
No caso em que haja falta,
Lá irá ter teu pai.

Estou de idade avançada,
Mas ainda com armas posso,
A mim não me custa nada
Defender o que é nosso.

Defender a nossa Pátria vai,
Meu querido filho, vai.
No caso em que haja falta,
Lá irá ter teu pai.

Isso não me causa afronta
Nem há nada que esmorecer,
Ninguém lá há-de pôr conta
Que um dia temos que morrer.

Só me deixas descontente
Se houver quem te seduza.
O caminho é para a frente,
Defender a Pátria Lusa.

Estou de idade avançada,
Mas ainda com armas posso,
A mim não me custa nada
Defender o que é nosso.

Defender a nossa Pátria vai,
Meu querido filho, vai.
No caso em que haja falta,
Lá irá ter teu pai.

Nossa Pátria é pequena,
Mas é grande na História.
Os nossos antepassados
Ganharam sempre a vitória.

A FOME

Eu sinto a fome no lar
Esta mágoa me consome
Com saúde, passo fome!

Desgraçado de viver
Se isto assim continuar
Não poderei a jantar
Tenho que à fome morrer.

Nas obras, quando se sabe,
Vem com o chapéu na mão
Aos mestres pedir serviço.

Mas, quiçá do feitiço,
Todos dizem que não.
Que ele não faz ali falta
Para animar a malta.

Até no comércio em geral
Não há alimento para a gente
Mas a crise, actualmente,
Não é só em Portugal.

MESSINES

Estava eu em Messines
E ouvi dobrar o sino
‘O que foi?’ perguntei eu
‘Foi Sr. Dr. Cabrita
Que há poucas horas morreu’.

Chorai agora pobrezinhos
Que o vosso pai já morreu
Nunca quis o que era nosso
E antes dava do seu.

O GATO

Houve um reboiço
Na casa do Ti' Zé Domingos
Foram ver...
Não encontravam nada
Aqui e acolá não faltava nada

Só podia ter sido produzido
Por almas do outro mundo.
Forquilhas, varapaus e espingardas
Como ficariam as suas caras
Na presença do pobre gato.

ANEXO B: RECEITAS DA COZINHA SERRANA DE MSM



do

Malhão, Salir, Loulé.

2009/2010

As receitas de cozinha serrana aqui compiladas foram recolhidas junto da Sra. D. MSM, em sua casa, no Malhão, freguesia do Salir, município de Loulé, entre os meses de Novembro de 2009 e Abril de 2010, durante a implementação do projecto de final do curso de mestrado em Gerontologia Social, intitulado ‘A prevenção da depressão no idoso do distrito de Faro, município de Loulé’.

Anisabel Maria Amorim de Almeida

«JANTARINHO DE FEIJÃO»

Coze-se feijão com um dente de alho picado. Junta-se, um tomatinho, um bocado de cebola e azeite. No fim junta-se o ‘acrescento’, que pode ser massa ou arroz.

oo0oo

«JANTAR DE REPOLHO»

Dão-se uns cortes num repolhinho e põe-se em água a ferver até cozer. Ferve-se um osso de porco, para comer junto.

oo0oo

«AÇORDA»

Um dente de alho, salsa, azeite, pão demolhado e depois junta-se bacalhau ou outro peixe.

Quando faz açorda, nunca se junta carne (‘porque não é costume por lá’).

oo0oo

«FAVAS»

(Semeiam-se em Outubro e comem em Abril/Maio...)

Alho, hortelã, azeite, banha (‘aqui diz-se «manteiga»’) e favas.

oo0oo

«GRISÉUS»

(Também se semeiam em Outubro e comem em Abril/Maio...)

Alho, hortelã, azeite, banha ('aqui diz-se «manteiga») e griséus.

oo0oo

«JANTAR DE COUVE»

Quando se faz o jantar de couve, usa-se uma carne mais magra, a couve e o azeite. 'É como o 'jantar de repolho, mas com carne mais magra, sem ser de porco.'

oo0oo

«GUISADO COM BATATINHAS»

Carne de borrego, folhinha de louro, umas ervinhas, como por exemplo hortelã e alho.

oo0oo

«FATIAS»

Fatias de pão, passam-se por ovo batido, fritam-se no óleo bem quente e escorrem-se. Depois passam-se por açúcar, que se deita num prato e comem-se. 'Há quem goste de juntar um pouco de canela ao açúcar, mas eu não faço'.

oo0oo

(‘Gosto muito de fazer uma...’)

«COZINHA DE BATATAS»

Põem-se batatas a cozer com tempero (= azeite, cebolinha e limão). Quando estão quase cozidas, junta-se peixe ou bacalhau aos cubos, e depois do peixe estar cozido, tempera-se ‘cá fora – no prato’.

oo0oo

«A CABEÇA DO PORCO»

Cozia a cabeça do porco aos bocados, com sal, que ‘era para depois pôr os ossinhos na couve’.

oo0oo

«A GORDURA DA BANHA DO PORCO»

A gordura da banha cortava aos cubos não muito grandes. e depois punha no tacho até derreter. Depois, ‘põe-se uma mão cheinha de sal e... fica ‘manteiga’ (nós aqui chamamos-lhe manteiga!’).

oo0oo

«CHOURIÇAS»

‘Outras partes do porco, raspava, migava, juntava alho, pimenta e amassava. Depois, ficava dois ou três dias de conserva. Depois faziam-se as chouriças e penduravam-se numa vara e punham-se ao fumo e ao calor.’

oo0oo

ANEXO C: OS BELOS LAVORES DE MSP



do

Cerro de Alganduro, Salir, Loulé.

2009/2010

Os trabalhos aqui compilados foram realizados pela Sra. D. MSP, em sua casa, no Cerro de Alanduro, freguesia de Salir, município de Loulé. Alguns já haviam sido executados anteriormente, mas muitos deles foram executados durante o período que decorreu entre Novembro de 2009 e Abril de 2010, durante a implementação do projecto de final do curso de mestrado em Gerontologia Social, intitulado ‘A prevenção da depressão no idoso do distrito de Faro, município de Loulé’.

Anisabel Maria Amorim de Almeida



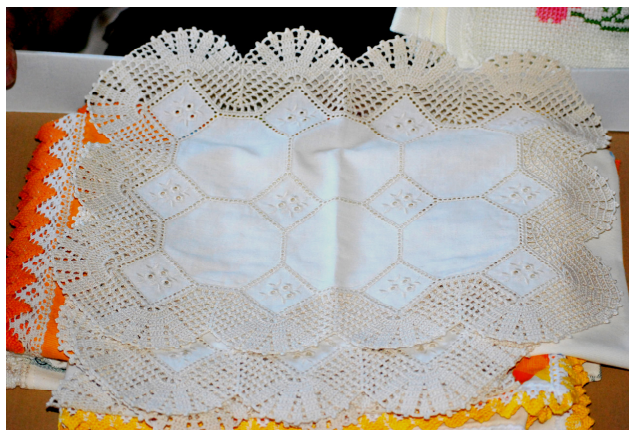
Pano para cesta de pão, personalizado com bordado a ponto de cruz e 4 abas em crochet para proteger o pão.



Motivo principal de toalha de mesa com cercadura.



Canto da mesma toalha, em ponto de cruz.



Conjunto de *naperons* em *crochet*.



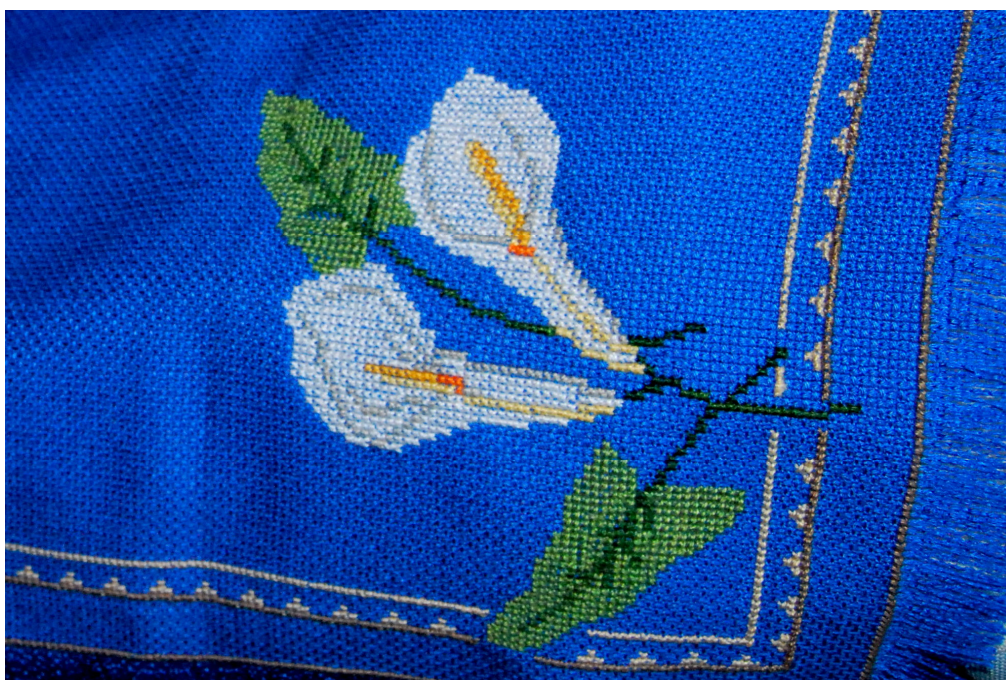
Cercadura a ponto de cruz para toalha de mesa.



Naperons com aplicações em *crochet*.



Toalha de mesa em quadrilé grado azul com antúrios brancos como motivo principal de cercadura a ponto de cruz.



Pormenor da mesma toalha.



Mostra de quatro aventais
debruados em crochet feito
em linhas de tons a
condizer.



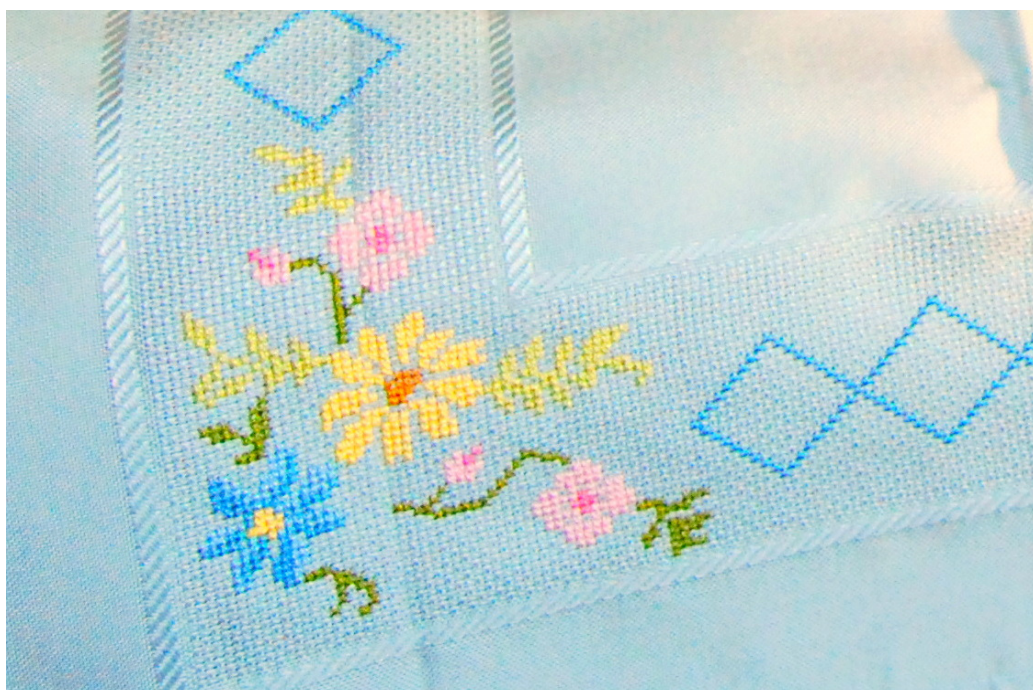


Pano de mãos para cozinha,
com cercadura em crochet
com linhas em tons
matizados condizentes com
o motivo principal.





Motivo principal da barra (acima) e canto (abaixo) de Tolha de Chá.





Canto de Toalha de
Mesa com motivo de
campânulas azuis.



Barra principal da mesma toalha.



Três exemplos de aplicações em crochet, que podem ser utilizados em panos da louça ou individuais.





Toalha de Chá bordada a ponto de cruz.



Detalhe de cercadura e canto de toalha de chá em ponto de cruz.



Caminho de Mesa
bordado a ponto de
cruz.



Pano de mãos para cozinha com aplicação em crochet em tons condizentes.



Cercadura em
crochet de toalha
de mesa.



Outro exemplo de cercadura em dois tons em pano de louça.



Pormenor de esquema de cercadura em ponto de cruz.



Decoração de toalha a ponto cheio com aplicação em *crochet*.



Toalha de mesa de grandes dimensões, feita a partir da união de retalhos, através de barras em crochet, com o mesmo esquema crochettato em toda a volta.



Panos de louça com cercadura em crochet a condizer com os tons do motivo central.



Pano de tabuleiro.



Toalha a ponto de cruz.



Motivo para barra.



Pano de tabuleiro.



Retalhos crochetedos a toda a volta e unidos para formar pano de tabuleiro.



Pano de tabuleiro bordado a ponto de cruz.



Naperon com barra em crochet a toda a volta.



Paninho para cobrir o jarro de água, em *crochet*, partindo de um retalho.



Pano de tabuleiro com bordado em ponto cheio e cercadura em crochet.



Detalhe de aplicação de ramo em ponto cheio em pano da louça.



Pormenor de esquema em crochet.



Outra imagem da barra em crochet, que, unindo vários retalhos bordados, resultou numa bela toalha de mesa.



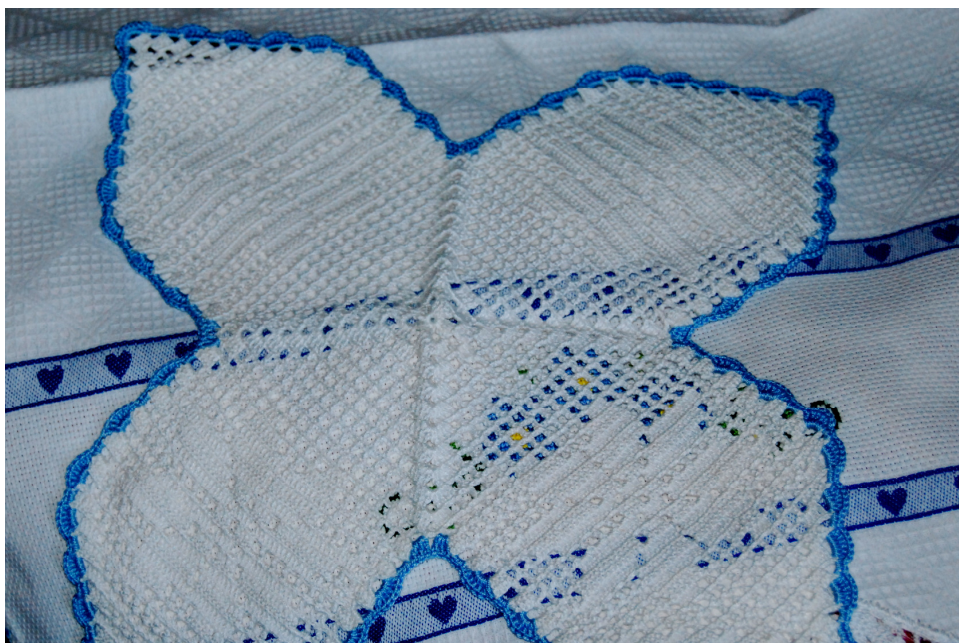
Individual bordado a ponto de cruz e com *picot* em *crochet* à volta.



Saca de pão.



Pormenor da saia da boneca, em *crochet*.



Outro modelo de pano para tapar o jarro de água ou para cesta de pão.



Centro de mesa bordado a ponto de cruz , com *picot* à volta.

Cercadura em *crochet*.





Naperon formado a partir de quatro retalhos bordados, unidos a *crochet*.

ooo0ooo

ANEXO D: ESCALA DE HAMILTOM PARA A DEPRESSÃO (HDRS)

| Itens | Critérios Operativos de Avaliação |
|---|---|
| 1. Humor Deprimido (Tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade) | <p>0. Ausente</p> <p>1. Estes sentimentos são relatados apenas quando inquiridos</p> <p>2. Estes sentimentos são relatados oralmente de forma espontânea</p> <p>3. Os sentimentos não são comunicados oralmente, mas através da expressão facial, postura, tom de voz ou choro</p> <p>4. O doente manifesta estes sentimentos na sua comunicação verbal e não verbal de forma espontânea</p> |
| 2. Sentimentos de Culpa | <p>0. Ausente</p> <p>1. Culpa-se a si mesmo, crê ter decepcionado os outros</p> <p>2. Ideias de culpabilidade, ou ruminção sobre erros do passado ou más acções</p> <p>3. A doença actual é um castigo. Ideias delirantes de culpabilidade</p> <p>4. Ouve vozes acusatórias ou de denúncia e/ou experiencia alucinações visuais ameaçadoras</p> |
| 3. Suicídio | <p>0. Ausente</p> <p>1. Sente que a vida não vale a pena ser vivida</p> <p>2. Deseja estar morto ou tem pensamentos acerca da possibilidade de morrer</p> <p>3. Ideias ou ameaças de suicídio</p> <p>4. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa grave é classificada como 4)</p> |
| 4. Insónia Inicial | <p>0. Ausente</p> <p>1. Dificuldades ocasionais para adormecer, por exemplo, demorar mais de meia hora</p> <p>2. Dificuldades para adormecer todas as noites</p> |
| 5. Insónia Intermédia | <p>0. Ausente</p> <p>1. O doente queixa-se de inquietação durante a noite</p> <p>2. Desperto durante a noite; qualquer ocasião em que se levante da cama classifica-se 2 (excepto se justificada: urinar, tomar ou administrar medicação, etc.)</p> |
| 6. Insónia Terminal | <p>0. Ausente</p> <p>1. Desperta nas primeiras horas da madrugada mas volta a adormecer</p> <p>2. Não consegue voltar a adormecer se se levantar da cama</p> |
| 7. Trabalho e Actividades | <p>0. Ausente</p> <p>1. Ideias e sentimentos de incapacidade, fadiga ou debilidade relacionadas com a sua actividade, trabalho ou actividades de lazer</p> <p>2. Perda de interesse na sua actividade, de lazer ou trabalho, manifestada directamente pelo doente ou indirectamente por desatenção, indecisão e vacilação</p> <p>3. Diminuição do tempo dedicado às actividades ou diminuição da produtividade</p> <p>4. Deixou de trabalhar devido à doença actual</p> |
| 8. Inibição (identificação do pensamento e do discurso, dificuldade de concentração, actividade motora diminuída) | <p>0. Discurso e pensamento normais</p> <p>1. Ligeira identificação do discurso</p> <p>2. Identificação evidente do discurso</p> <p>3. Entrevista difícil</p> <p>4. Estupor completo</p> |
| 9. Agitação | <p>0. Nenhuma</p> <p>1. Inquieto com as mãos, cabelo, etc.</p> <p>2. Torce as mãos, morde as unhas, os lábios, puxa os cabelos, etc.</p> |
| 10. Ansiedade Psíquica | <p>0. Sem dificuldade</p> <p>1. Tensão subjectiva e irritabilidade</p> <p>2. Preocupação com pequenas coisas</p> <p>3. Atitude apreensiva aparente na expressão ou no discurso</p> <p>4. Medo expresso sem ser inquirido</p> |

| | |
|---|--|
| 11. Ansiedade Somática | <p>O. Ausente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ligeira 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Sinais fisiológicos concomitantes da ansiedade, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastrointestinais: boca seca, flatulência, diarreia, eructações, regurgitação - Cardiovasculares: palpitações, cefaleias - Respiratórios: hiperventilação, suspiros - Frequência urinária - Sudorese |
| 12. Sintomas Somáticos Gastro-intestinais | <p>O. nenhuns</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda de apetite, no entanto alimenta-se sem necessidade de estimulação. Sensação de peso no abdómen 2. Dificuldade em comer sem insistência. Solicita ou necessita de laxantes ou medicação intestinal para os seus sintomas gastrointestinais |
| 13. Sintomas Somáticos Gerais | <p>O. nenhuns</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peso nas extremidades, costas ou cabeça. Dorsalgias, cefaleias, algias musculares. Perda de energia e fadigabilidade 2. Qualquer sintoma bem definido classifica-se como 2 |
| 14. Sintomas Genitais | <p>O. Ausentes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Debilidade 2. Graves 3. Incapacitantes <p>Sintomas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda da libido • Perturbações menstruais |
| 15. Hipocondria | <p>O. Não existe</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupação consigo mesmo (corporalmente) 2. Preocupação com a sua saúde 3. Lamenta-se constantemente, solicita ajudas, etc. 4. Ideias delirantes hipocondríacas |
| 16. Perda de Peso (marcar A ou B) | <p>A. Segundo as manifestações do doente (primeira avaliação)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Não há perda de peso 1. Perda de peso provável associada à doença actual 2. Perda de peso definida (segundo o doente) <p>B. Segundo o peso avaliado pelo psiquiatra (avaliações seguintes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Perda de peso inferior a 500 g numa semana 1. Perda de peso superior a 500 g numa semana 2. Perda de peso superior a 1 kg numa semana |
| 17. Crítica (consciência da doença) | <p>O. Reconhece que está deprimido e doente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhece a sua doença mas atribui a causa a má alimentação, clima, excesso de trabalho, vírus, etc. 2. Nega que está doente |

ANEXO E: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

| Versões de 5 e 15 itens | | |
|--|-----|-----|
| 1. Está satisfeito com a sua vida? | Sim | Não |
| 2. Abandonou muitas das suas actividades? | Sim | Não |
| 3. Sente que a sua vida está vazia? | Sim | Não |
| 4. Sente-se frequentemente aborrecido? | Sim | Não |
| 5. Tem frequentemente bom humor? | Sim | Não |
| 6. Teme que se passe algo? | Sim | Não |
| 7. Sente-se feliz muitas vezes? | Sim | Não |
| 8. Sente-se frequentemente abandonado? | Sim | Não |
| 9. Prefere ficar em casa a sair? | Sim | Não |
| 10. Crê ter mais problemas de memória que o resto das pessoas? | Sim | Não |
| 11. Pensa que é maravilhoso viver? | Sim | Não |
| 12. Custa-lhe iniciar novos projectos? | Sim | Não |
| 13. Sente-se cheio de energia? | Sim | Não |
| 14. Sente-se desesperado na sua situação? | Sim | Não |
| 15. Crê que muita gente está melhor que você? | Sim | Não |
| <p>Versões de Dios et al. A negrito estão indicadas as questões da versão de 5 itens.</p> | | |

**ANEXO F: ITINERÁRIO E ESCALA DE ENFERMEIROS DA UNIDADE MÓVEL
DE SAÚDE PARA O MÊS DE NOVEMBRO DE 2009.**

Fax receb. de:

DIRECÇÃO MUNICIPAL

02-11-09 15:00

Pg: 1



CÂMARA MUNICIPAL DE LOULÉ

TELEFAX: +351 289400910

Jose de Almeida
09/11/09
Jose F. de F. Fonseca
Sup. Bombeiros Loulé

MENSAGEM FAX

| | | | |
|--------------|--|---------------|--------------------------------|
| Data: | 02/11/2009 | N.º de Ordem: | s/n |
| Para: | Exmo. Sr. Comandante dos Bombeiros Municipais de Loulé | | |
| De: | Direcção Municipal Dr. Leonel Silva | | |
| Assunto: | Unidade Móvel de Saúde | | |
| N.º de Pág.: | 02 | N.º de Fax: | 289 416 706 (a ser enviado) |

| DATA | LOCAL | ENFERMEIRO DE SERVIÇO |
|-----------------------|---|-------------------------------|
| 09.11.2009 | Tôr Ponte da Tôr, Nora, Olival, Castelhana, Andrezes, Vendas Novas | Enf.ª Adília Gomes |
| 10.11.2009 | Tôr Gemica, Mesquita, Vicentes, Funchais, Poço Novo | Enf.ª Maria José Carvalho |
| 11.11.2009 | Benafim Ribeira de Algibre, Neve das Sobreiras, Alto Fica, Espargal, Birrão, Cotovio, Nave dos Cordeiros, Charneca. | Enf.ª Ivone Adro |
| 13.11.2009 | Benafim Zimbral, Centro Comunitário de Benafim, Penina, Sobradinho, Cortinhola, Montinho, Freixo Verde | Enf. Álvaro Júnior |
| 16.11.2009 | Boliqueime S. Faustino, Alfontes, Tenoca, Malhadais, Aroal | Enf.ª Maria José Carvalho |
| 17.11.2009 | Boliqueime Benfarras, Vale Covo, Maritenda, Sítio do Ribeiro, Patã de Cima | Enf.ª Adília Gomes |



CÂMARA MUNICIPAL DE LOULÉ

TELEFAX: +351 289400910

| | | |
|------------|---|--|
| 19.11.2009 | Salir Pé da Serra, Taipa, Beirada, Casas e Pena de Baixo. | Enf. ^a Ivone Adro |
| 20.11.2009 | Salir Corte Neto, Alto Fica, Covões, Nave das Mealhas, Nave do Barão, <u>Ponte de Salir*</u> | Enf. ^a Maria José Carvalho |
| 23.11.2009 | Salir Braziera, Alcária, Arneiro da Rocha e Rocha da Pena | Enf. Álvaro Júnior |
| 24.11.2009 | Salir Pena de Cima, Calçada da Pena, Cerro, Almarjinho, Fonte Figueira, Funcheira, Portela da Nave | Enf. ^a Ivone Adro |
| 26.11.2009 | Salir Fonte de Ouro, Palmeiros, Besteiros, Arneiro, Touriz, Casa Branca | Enf. ^a Adília Gomes |
| 27.11.2009 | Salir Quintã, Eira da Cevada, Barranco do Velho, Cortelha, Vale Maria Dias, <u>Vale Covo*</u> | Enf. Álvaro Júnior |
| 30.11.2009 | Salir Vale Rosa, Cortiçadas, vale dos Netos, Montes Novos | Enf. Álvaro Júnior |
| 02.12.2009 | Alte Zambujal, Águas Frias, Azinhal, Monte Ruivo, Soalheira, Casas da Corte, Assumadas, João Andrez, Casinha, Vale das Poças. | Enf. ^a Ivone Adro |
| 03.12.2009 | Alte Torre, Fonte Santa, Cumeada, Cerro, Conqueiros, Arneiro, Macheira, Soidos, Sarnadas. | Enf. ^a Adília Gomes |
| 04.12.2009 | Alte Esteval dos Mouros, Monte Brito, Areeiro, Monte da Charneca, Júlia, Estiveira. | Enf. ^a Maria José Carvalho |

* Ponte de Salir e Vale Covo - Duas novas paragens no percurso de Salir.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Municipal

Leonel Silva

Praça da República - 8104-001 LOULÉ

 ♦ Telefone 289 400 600
 ♦ Fax.: 289 415 557

Página 2-2

DRM
 Direcção Municipal

 loulé
 concelho

| |
|--|
| BOMBEIROS MUNICIPAIS DE LOULÉ CENTRAL DE RÁDIO / COMUNICAÇÕES Recabido em: 02 / 11 / 2009 15.º L.H. 258 / 09 N.º Nome: Basílio |
|--|

ANEXO G: EXEMPLO DOS PERCURSOS NA FREGUESIA DE SALIR



Câmara Municipal de Loulé

Unidade Móvel de Saúde

Percursos da Freguesia de Salir

1.

| | |
|-------------------------|---|
| PÉ DO COELHO 1H | |
| MALHÃO 2H30 | N viz 2 ^{as} e 6 ^{as} |
| GARVAIS | |
| SÍTIO DAS ÉGUAS 1H30 | |
| CRÁVAIS DE CIMA 1H | |
| SOBREIRA FORMOSA 1H | |
| ALGANDURO 2H | N viz 2 ^{as} e 6 ^{as} |

2.

| |
|-------------------------------|
| FREIXO BAIXO 1H30M |
| MONTE RITAS 1H |
| FREIXO CIMA 2H |
| TAMEIRA 1H30M |
| MONTES VIEGAS/MONTES SANTIAGO |
| BARROSAS 2H30M |

gas 2^{as} e 6^{as}

N viz porque
é dia de
transporte da
J.F. Salir.

↓

os idosos
vão por
vezes a Salir
ou Salir > Loulé
nestes dias.

3.

| |
|-------------------------------|
| BRAZIEIRA 3H |
| ALCARIA 2H30M |
| ARNEIRO DA ROCHA 1H |
| ROCHA DA PENA 2H |

4.

| |
|----------------------------|
| PÉ DA SERRA 2H |
| TAIPA 1H30M |
| BEIRADA 1H |
| CASAS 1H |
| PENA DE BAIXO 3H |

5.

| |
|--------------------------------|
| PENA DE CIMA 1H30M |
| CALÇADA DA PENA |
| CERRO 1H30M |
| ALMARJINHO 2H |
| FONTE FIGUEIRA 1H30M |
| FUNCHEIRA 1H30M |
| PORTELA DA NAVE 1H |

6.

| |
|-------------------------------|
| CORTE NETO 1H30M |
| ALTO FICA 1H |
| COVÕES 1H |
| NAVE DAS MEALHAS 1H |
| NAVE DO BARÃO 3H30M |

7.

| |
|-----------------------------|
| FONTE OURO 2H |
| PALMEIROS 1H30M |
| BESTEIROS 2H |
| ARNEIRO 1H |
| TOURIZ 3H |
| CASA BRANCA 1H30M |

8.

| | |
|--------------------------------|-------|
| QUINTÃ 30M | |
| EIRA DA CEVADA 30M | |
| BARRANCO DO VELHO 2M | 09H30 |
| CORTELHA 2H30M | |
| VALE MARIA DIAS 1H | |

9.

| |
|------------------------------|
| VALE ROSA 2H |
| CORTIÇADAS 1H30M |
| VALE DOS NETOS 30M |
| MONTES NOVOS 3H |

10.

| |
|----------------------------|
| AMEIXEIRINHAS |
| PORTELA DO BARRANCO |
| CALIFÓRNIA |
| SARNADINHA |
| BARRIGÕES |
| FORNALHA |
| MOITA DA GUERRA |

ANEXO H: O CONSENTIMENTO INFORMADO**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Confirmando ter explicado, de forma adequada e inteligível, que as gravações de fotografia efectuadas se destinam exclusivamente a ilustrar o trabalho de projecto de final de curso de mestrado em Gerontologia Social e que todas as informações prestadas serão tratadas com a maior confidencialidade.

20 de Maio de 2010.

(ANISABEL MARIA AMORIM DE ALMEIDA)

Por favor, leia com atenção o conteúdo deste documento. Não hesite em pedir mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida, antes de assinar este documento.

Declaro que concordo com o que me foi explicado, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a utilização das fotografias e informações relevantes para o fim proposto e nas condições explicadas.

_____, ____/____/2010

ANEXO I: m/v ROYAL VIKING SUN – PREÇOS DA VOLTA AO MUNDO DE 1999.

| ROYAL VIKING SUN | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------|
| 1999 WORLD CRUISE FARES | | | | | | | |
| All fares are air/sea per person, except as noted, in U.S. Dollars, and include gratuities. | | | | | | | |
| CRUISE PROGRAM: | 1999 FULL CRUISE | | | | | | |
| CRUISE NAME: | Grand Circle Pacific & Orient Odyssey | | | | | | |
| CRUISE STARTS: | Jan 8 | Jan 8 | Jan 8 | Jan 22 | Jan 22 | Jan 22 | |
| TO/FROM: | Round-trip Miami | Miami to San Francisco | Miami to Los Angeles | Los Angeles to Miami | Los Angeles to San Francisco | Round-trip Los Angeles | |
| LENGTH: | 122 Days | 105 Days | 106 Days | 108 Days | 91 Days | 92 Days | |
| GRADES: DOUBLE OCCUPANCY CABINS | | | | | | | |
| PH | Penthouses with Balcony | \$157,060 | \$136,960 | \$138,100 | \$139,860 | \$119,630 | \$120,910 |
| A | Deluxe Bedrooms with Balcony | 112,130 | 97,830 | 98,640 | 99,890 | 85,890 | 86,790 |
| B | Outside Doubles with Balcony | 91,720 | 80,050 | 80,710 | 81,730 | 70,560 | 71,290 |
| B1 | Outside Doubles | 90,650 | 79,120 | 79,770 | 80,780 | 69,750 | 70,480 |
| D | Outside Doubles | 68,750 | 60,050 | 60,540 | 61,300 | 53,310 | 53,850 |
| E | Outside Doubles | 66,550 | 58,130 | 58,600 | 59,350 | 51,660 | 52,180 |
| E1 | Outside Doubles | 62,980 | 55,020 | 55,470 | 56,170 | 48,970 | 49,470 |
| F | Outside Doubles | 62,590 | 54,680 | 55,130 | 55,820 | 48,680 | 49,170 |
| F1 | Outside Doubles | 60,100 | 52,520 | 52,940 | 53,610 | 46,810 | 47,280 |
| J | Inside Doubles | 56,040 | 48,980 | 49,370 | 49,990 | 43,760 | 44,190 |
| J1 | Inside Doubles | 50,940 | 44,530 | 44,890 | 45,450 | 39,930 | 40,320 |
| GRADES: SINGLE OCCUPANCY CABINS PLUS 3RD/4TH PERSON IN ROOM & PORT AND HANDLING CHARGES | | | | | | | |
| C | Outside Single | \$104,430 | \$91,120 | \$91,880 | \$93,040 | \$80,100 | \$80,940 |
| | 3rd/4th Person in Room | 26,920 | 23,610 | 23,790 | 24,080 | 21,880 | 22,080 |
| | Port and Handling Charges | 250 | 240 | 240 | 240 | 220 | 220 |
| AIR ALLOWANCE | | \$1,290 | \$1,290 | \$1,280 | \$1,280 | \$2,480 | \$2,460 |

EARLY PAYMENT SAVINGS

Whether you are sailing on the full *Grand Circle Pacific & Orient Odyssey* or a shorter winter vacation you will save 15% of the fare when you pay in full by June 15, 1998. Or, save 10% when you pay in full by August 15, 1998. Discount does not apply to third and fourth person in stateroom.

THE LONG CRUISE ADVANTAGE

Exclusively for world cruise passengers sailing 48 days or longer, this program offers:

- Onboard credit of up to \$2,000 per double cabin (\$1,000 per single cabin)
- Services of a concierge
- Invitations to cocktail parties hosted by senior officers

All fares are air/sea per person, except as noted, in U.S. Dollars, and include gratuities.

| CRUISE PROGRAM: 1999 WINTER VACATIONS | | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------------|-------------------------|----------|
| CRUISE NAME: Passage to the Pacific | | | | | | South Island Sojourn | | |
| CRUISE STARTS: | Jan 8 | Jan 8 | Jan 8 | Jan 8 | Jan 8 | Jan 22 | Jan 22 | |
| TO/FROM: | Miami to Los Angeles | Miami to Auckland | Miami to Sydney | Miami to Singapore | Miami to Hong Kong | Los Angeles to Sydney | Los Angeles to Auckland | |
| LENGTH: | 14 Days | 31 Days | 42 Days | 65 Days | 79 Days | 28 Days | 17 Days | |
| GRADES: DOUBLE OCCUPANCY CABINS | | | | | | | | |
| PH | Penthouses with Balcony | \$19,790 | \$43,690 | \$58,260 | \$89,000 | \$106,270 | \$37,020 | \$23,950 |
| A | Deluxe Bedrooms with Balcony | 14,240 | 31,540 | 41,940 | 64,100 | 76,180 | 26,840 | 17,520 |
| B | Outside Doubles with Balcony | 11,710 | 26,010 | 34,530 | 52,790 | 62,520 | 22,220 | 14,600 |
| B1 | Outside Doubles | 11,580 | 25,720 | 34,140 | 52,200 | 61,800 | 21,980 | 14,440 |
| D | Outside Doubles | 8,870 | 19,800 | 26,190 | 40,070 | 47,140 | 17,020 | 11,310 |
| E | Outside Doubles | 8,600 | 19,200 | 25,390 | 38,850 | 45,670 | 16,520 | 10,990 |
| E1 | Outside Doubles | 8,160 | 18,240 | 24,090 | 36,870 | 43,280 | 15,710 | 10,480 |
| F | Outside Doubles | 8,110 | 18,130 | 23,950 | 36,650 | 43,020 | 15,620 | 10,430 |
| F1 | Outside Doubles | 7,800 | 17,460 | 23,040 | 35,270 | 41,350 | 15,060 | 10,070 |
| J | Inside Doubles | 7,300 | 16,360 | 21,570 | 33,020 | 38,630 | 14,140 | 9,490 |
| J1 | Inside Doubles | 6,670 | 14,980 | 19,720 | 30,200 | 35,210 | 12,980 | 8,760 |
| GRADES: SINGLE OCCUPANCY CABINS PLUS 3RD/4TH PERSON IN ROOM & PORT AND HANDLING CHARGES | | | | | | | | |
| C | Outside Single | \$13,280 | \$29,450 | \$39,140 | \$59,830 | \$71,030 | \$25,100 | \$16,410 |
| | 3rd/4th Person in Room | 3,700 | 8,480 | 10,990 | 16,890 | 19,130 | 7,540 | 5,320 |
| | Port and Handling Charges | 210 | 210 | 210 | 210 | 210 | 210 | 210 |
| AIR ALLOWANCE | | \$500 | \$1,440 | \$1,590 | \$2,520 | \$1,890 | \$1,590 | \$1,510 |

IMPORTANT FARE NOTES

- 1) All fares include accommodations as booked, all onboard meals and entertainment, onboard gratuities and the services of an experienced cruise staff; fares are subject to increase depending on world conditions.
- 2) You must be a resident of the U.S. to book your cruise from this brochure.
- 3) Cunard reserves the right to refuse sale of accommodations at less than stated room capacity.
- 4) Space on segments is limited and may not be available in all cabin categories.
- 5) Air transportation is included; class of air transportation depends on length of cruise selected. Full-cruise passenger fares include round-trip First Class air transportation; fares for passengers sailing 48 days or more include round-trip Business Class air transportation; fares for passengers sailing 47 days or less include round-trip Economy Class air transportation. Passengers who do not wish to use Cunard's air program may deduct their air allowance (shown at the bottom of the fare charts) from the cruise fare chosen. See pages 84-85 for additional air program details.
- 6) Port and handling charges, items of a personal nature, bar expenses and shore excursions are all additional.
- 7) Single passengers occupying a double cabin will pay the following percentage of the published per person fares: Grades B-J1, 140%; Grades PH-A, 200%.
- 8) Owner's Suite fares are available upon request.

ANEXO J: NOVA RODA DOS ALIMENTOS



A **NOVA** RODA DOS ALIMENTOS

... um guia para a escolha alimentar diária!



COMA BEM, VIVA MELHOR!

