

Rediteia 45

REVISTA DE POLÍTICA SOCIAL | 2012



ENVELHECIMENTO
ATIVO

Título

Rediteia. Revista de Política Social • n.º 45

Edição

EAPN Portugal / Rede Europeia Anti-Pobreza
Rua de Costa Cabral, 2368
4200-218 Porto
Telf. 225 420 800 | Fax. 225 403 250
E-mail. geral@eapn.pt
www.eapn.pt

Diretor

Pe. Jardim Moreira

Subdiretora

Sandra Araújo

Coordenação Editorial de Redação e Distribuição

Armandina Heleno

Colaboraram neste número

Alexandre Kalache, Constança Paul, Ignacio Martin, Lia Araújo, Luis Jacob, Luísa Pimentel, Manuel Villaverde Cabral, Margarida Torres, Maria Emília Vergueiro, Maria Joaquina Madeira, Mariana Letra, Oscar Ribeiro, Paula Cruz, Pedro Alcântara da Silva, Sara Gorjão, Sibila Marques, Stella António, Victor Rodrigues, Zaida Azeredo.

Imagem da Capa

Ana Moreira

Produção e Paginação

Sereer, soluções editoriais
www.sereer.pt

Periodicidade

Anual

Tiragem

300 exemplares

Depósito legal

149010/00

ISSN

1646-0782

Nota Editorial	5
Nota Introdutória	
<i>Maria Joaquina Madeira</i>	11
Entrevista a Alexandre Kalache	17
Solidão em pessoas mais velhas	
<i>Constança Paul</i>	33
Evolução das respostas sociais em Portugal 2006-2010	
<i>Ignacio Martin e Mariana Letra</i>	45
A aprendizagem ao longo da vida e a formação para seniores	
<i>Luís Jacob</i>	53
Cuidar de pessoas idosas dependentes: as interseções entre a esfera pública e a esfera privada	
<i>Luísa Pimentel</i>	67
Relações entre grupos etários e capital social	
<i>Manuel Villaverde Cabral e Pedro Alcântara da Silva</i>	79
Envelhecimento e saúde mental: estratégias locais de intervenção	
<i>Margarida Torres</i>	91
Os maus tratos exercidos contra as pessoas idosas: da sensibilização à avaliação	
<i>Maria Emília Vergueiro</i>	105
Centenários e os desafios da longevidade	
<i>Oscar Ribeiro e Lia Araújo</i>	117

Idadismo e a participação social das pessoas idosas

Sara Gorjão e Sibila Marques 129

Envelhecimento demográfico e relações intergeracionais

Stella António 139

A conquista de Matusalém. Azos e limites do envelhecimento ativo

Víctor Rodrigues 155

A Sexualidade em idosos

Zaida Azeredo 161

A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma vida digna e independente e à sua participação na vida social e cultural.

Art.º 25 – Os direitos das pessoas idosas
– Carta dos Direitos Fundamentais

O envelhecimento demográfico é uma realidade que, no atual momento, ultrapassa as fronteiras de todos os países da Europa. Portugal tem vindo a assistir a mudanças na estrutura etária da população visíveis na redução do índice sintético de fecundidade, no aumento do índice de envelhecimento da população e no aumento significativo da esperança média de vida. Não deixa de ser relevante, no entanto, este aumento de anos de vida. Contudo, o crescente envelhecimento tem impactos significativos em todos os quadrantes da vida social e a este nível ainda há um longo caminho a percorrer.

O número 45 da Revista *Rediteia* é dedicado ao Envelhecimento Ativo. Pretende disseminar e colocar em discussão um conjunto de temáticas que respondem, não só, a alguns dos desafios do envelhecimento, mas também, que revelam algumas das necessidades desta população e que devem ser assumidos como prioridades políticas e sociais. Ao longo dos vários artigos desta publicação, escritos por peritos que têm vindo a acompanhar e a trabalhar esta temática há já alguns anos, surgem áreas como a intergeracionalidade, a solidão, os maus-tratos, os estereótipos, a sexualidade, a aprendizagem ao longo da vida, a prestação de cuidados, a saúde mental, a longevidade. Estes temas interligam-se e deixam espaço a muitas outras realidades e reflexões que são cada vez mais prementes e que podem ser objeto de novas investigações e novos projetos sociais. A Revista contém ainda uma entrevista ao Professor Alexandre Kalache, mentor da noção de envelhecimento ativo, o que permite enquadrar todas as temáticas e lançar um apelo universal para a definição de uma estratégia concertada dirigida ao fenómeno do envelhecimento.

A noção de envelhecimento ativo, criada e promovida no seio da Organização Mundial de Saúde, refere-se ao *processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas forem envelhecendo*. Esta noção pretende despertar nas pessoas a consciência pelo seu *potencial bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e participar na sociedade, ao mesmo tempo que lhes é providenciada*

proteção, segurança e cuidados adequados sempre que precisarem. Para a OMS estar ativo significa participar de um modo contínuo em todo o tipo de assuntos da vida, sejam eles do foro social, económico, cultural, espiritual ou cívico. No mesmo sentido, ter saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social no sentido de garantir uma condição de autonomia e independência da pessoa idosa.

Nunca é demais lembrar esta noção, pois ela permite-nos ter uma visão completa dos vários setores que possibilitam ao indivíduo ter uma vida digna e com qualidade. Nem sempre esta noção é entendida e usada da melhor forma, sendo muitas vezes privilegiadas determinadas áreas em detrimento de outras. Esta situação contribui para uma visão deficitária da noção de Envelhecimento Ativo e, sobretudo, para uma intervenção também ela deficitária.

A própria noção de envelhecimento ativo ao falar em processo contribui para uma ideia de continuidade, de contínuo olhar para o bem-estar do indivíduo, em termos pessoais, mas também em termos sociais. Podemos em termos individuais ir preparando a nossa vida, o nosso corpo e mente para o avançar da idade. Mas é fundamental que a própria sociedade crie condições para promover essa qualidade de vida e que ajude os indivíduos nesse sentido.

A noção de envelhecimento ativo tem sido muito associada ao estar ativo no mercado de trabalho. Tendo por base a recente Estratégia Europeia *Europa 2020*¹, o envelhecimento aparece como sendo uma fragilidade da Europa. É referido que *o envelhecimento da população está a acelerar. Com a passagem à reforma da geração dos «baby-boomers» a população ativa da UE começará a diminuir a partir de 2013/2014. O número de pessoas com mais de 60 anos está a aumentar duas vezes mais rapidamente do que até 2007 – cerca de dois milhões por ano, contra um milhão anteriormente. A combinação de uma menor população ativa com uma maior percentagem de reformados exercerá uma pressão adicional sobre os nossos sistemas de segurança social.* E depois aponta que os Estados Membros devem *promover novas formas de conciliação da vida profissional e familiar, as políticas de envelhecimento ativo e a igualdade de género.*

¹ É a nova estratégia de crescimento da Europa que visa que a UE se torne uma economia inteligente, sustentável e inclusiva. Foram definidos 5 objetivos em matéria de emprego, inovação, educação, inclusão social e clima/energia que deverão ser alcançados até 2020. Cada Estado membro adota depois os seus próprios objetivos nacionais em cada uma destas áreas. No caso português o Plano Nacional de Reforma que apresenta as medidas e as ações para o cumprimento dos objetivos europeus foi substituído pelo memorando da Troika.

Esta preocupação lançada pela Europa 2020 levanta algumas questões fundamentais: desde logo, o facto de falar em fragilidade e esquecer as potencialidades. A preocupação com a pressão de uma maior percentagem de reformados sobre uma menor percentagem de pessoas em idade ativa continua a ser central nos discursos políticos nacionais e europeus. No entanto, neste processo continuam a prevalecer algumas ideias erradas, entre as quais a que se refere ao facto das pessoas mais velhas deverem abandonar o mercado de trabalho para dar lugar aos mais novos. Contudo, as pessoas idosas possuem competências e experiências que devem ser aproveitadas e rentabilizadas, mas para isso o próprio mercado de trabalho deve sofrer algumas adaptações. Desde logo, há que reforçar a ideia de que não é unicamente pela via do emprego que se consegue a inclusão social. Depois há que quebrar barreiras entre diferentes idades, dar incentivos às empresas, tendo sempre em atenção as necessidades dos próprios trabalhadores mais velhos; há que dar espaço à flexibilidade (empregos em part-time, maior conciliação de horários laborais com as necessidades familiares, etc.), mas incentivar a segurança do emprego e a qualidade do mesmo; há que promover o desenvolvimento de competências (principalmente dos trabalhadores mais velhos com menos qualificações), mas reconhecer que este é um investimento para a empresa; há que reforçar os sistemas de proteção social e padrões mínimos de rendimento, mas adaptá-los aos trabalhadores mais velhos e mesmo àqueles que estão no desemprego há já algum tempo, permitindo que vivam com dignidade; há que procurar novas formas de inserir as pessoas mais idosas que não seja unicamente pela via monetária; há que pensar em todas as outras dimensões da vida do indivíduo e perceber em que medida se podem e devem relacionar com a inclusão ativa destes grupos.

E aqui reside uma outra questão e que se prende com o facto de se associar o estar ativo, como estando a exercer qualquer profissão. Mas estar ativo é muito mais do que isso. Falar em envelhecimento ativo é alertar para as várias facetas da vida da pessoa e uma pessoa idosa, quando entra na reforma, pode continuar a ser ativa e a contribuir para a economia de um país de diversas maneiras. Dois exemplos podem ser apresentados: as pessoas idosas desempenham um papel fundamental na família ao cuidarem dos netos. E isto é trabalho. As pessoas idosas exercem voluntariado aos mais diversos níveis e isto também é trabalho. As funções e os contributos para a sociedade são múltiplos e variados. A utilidade das pessoas não se esgota no momento da reforma. É possível continuar a ser

útil na sociedade sem estar integrado no mercado formal de emprego e para isso devem ser criadas oportunidades de participação ativa na sociedade que visem a promoção das potencialidades das pessoas mais idosas.

A integração no mercado de trabalho também não é sinónimo de inclusão e de saída das pessoas de uma situação de pobreza. Em Portugal, a taxa de risco de pobreza dos trabalhadores foi, em 2011, de 10,3%. A realidade do trabalho para uma percentagem significativa de pessoas, é a realidade do trabalho mal pago, indiferenciado, de baixa qualidade... e isso tem consequências no presente destas pessoas e no seu futuro (em termos económicos e mesmo de saúde). Portanto, promover o envelhecimento ativo é também promover o trabalho digno, promover a igualdade de oportunidades, o acesso a serviços de qualidade e a uma remuneração adequada.

A existência de pobreza é um outro entrave à promoção do envelhecimento ativo. Neste momento Portugal tem um plano de emergência social que aponta os idosos (e também as crianças) como os grupos mais vulneráveis e sobre os quais deve recair uma atenção particular. Mas a atenção que está planeada é a da emergência. É importante, sem dúvida, mas só com uma verdadeira Estratégia de Combate à Pobreza e à Exclusão Social, com uma atenção particular às pessoas idosas, que vise uma proteção social adequada, o acesso a serviços adequados e adaptados às suas necessidades, o acesso a diferentes setores da sociedade (desde a habitação até à cultura) é que conseguiríamos promover um combate à pobreza mais eficaz.

O envelhecimento ativo diz respeito a todos nós. E, a este nível, é importante deixar uma nota para a área da educação, porque é fundamental educar para uma cidadania participada e educar para a promoção de valores de solidariedade. Esta é uma forma de transformar a sociedade e este exercício deve começar cedo, não só nas escolas, mas também no seio familiar e mesmo na comunidade. O tema do envelhecimento ativo, que tem tudo a ver com direitos, deveres, solidariedade, participação deve ser trabalhado desde cedo.

Em suma, a EAPN Portugal não quer deixar de apresentar alguns dos apelos que foi fazendo ao longo do Ano 2012 e os quais consideramos fundamentais na promoção da qualidade de vida das pessoas mais idosas. Neste sentido, destacamos a importância de:

1. Definir uma Estratégia Nacional de combate à pobreza e à exclusão social, com uma atenção particular às pessoas idosas.
2. Definir indicadores setoriais e de alerta que permitam não só, o acompanhamento e a monitorização da implementação das estratégias de envelhecimento ativo ao nível das políticas sociais, mas também a monitorização do impacto das medidas de austeridade na promoção do envelhecimento ativo.
3. Definir uma estratégia de inclusão ativa – abordagem integrada entre um rendimento mínimo adequado, garantindo um apoio para inserção num mercado de trabalho digno e com acesso a serviços de qualidade – com uma atenção particular às pessoas idosas.
4. Promover a igualdade de oportunidades e de não discriminação pela idade e por género no acesso à qualificação, emprego e formação.
5. Promover melhores serviços de proximidade às pessoas idosas que visem um envelhecimento em casa com qualidade e dignidade.
6. Alargar e reforçar as iniciativas que visem a promoção das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, permitindo assim melhorar as condições de vida das pessoas e potenciar estilos de vida saudáveis aos mais diversos níveis.
7. Desmistificar os estereótipos que ainda existem relativamente às pessoas idosas, promovendo uma atitude positiva face ao envelhecimento.
8. Promover a participação ativa das pessoas idosas ao nível da comunidade. Mas também ao nível dos Ministérios para a auscultação e participação das pessoas idosas na definição de políticas a elas dirigidas.
9. *Desguetizar* os espaços públicos que ainda funcionam com base em estereótipos de idade e promover espaços que potenciem a intergeracionalidade.
10. Criar redes fortes ao nível local. A proximidade que lhe é característica é potenciadora do reforço de identidades e da definição de estratégias inovadoras.

*Pe. Jardim Moreira
Presidente da EAPN Portugal*

Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações – 2012

Porquê um Ano Europeu sobre o tema do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações?

Sabemos que os Anos Europeus servem para fazer alertas aos cidadãos em geral sobre questões da sociedade, para darem impulsos sobre assuntos de interesse coletivo ou formularem mensagens para a tomada de consciência de causas civilizacionais e assim influenciarem a agenda política da cidade.

Este Ano Europeu é tudo isto ao qual se acrescenta mais uma dimensão, a da CELEBRAÇÃO. Estamos a celebrar esta enorme conquista civilizacional, a da longevidade.

Na realidade, do ponto de vista individual cada um de nós espera “um prémio” de anos a mais de vida, relativamente ao passado. A esperança média de vida à nascença foi estimada (censos 2011) em 79,45. Com mais de 65 anos podemos viver em média mais 20 anos. Vivem em Portugal cerca de 500.000 pessoas com 75 e mais anos.

Conquistámos, de facto, mais anos à vida e mais vida aos anos. Existe, no entanto, um ponto crítico, decorrente do que se denomina o envelhecimento demográfico. Traduz-se no essencial pela progressiva diminuição das gerações mais jovens a favor das gerações mais velhas, que irá gerar um novo perfil sócio-demográfico da sociedade.

Assim, o envelhecimento ou rejuvenescimento da população depende do desempenho da natalidade, da mortalidade e da imigração.

Sabemos que o desempenho da natalidade, mortalidade e imigração também são causa e consequência, na medida em que podem depender de fatores económicos e culturais, concluímos que o envelhecimento demográfico também é social.

Como é que a sociedade e as organizações que a compõem vão responder a este desafio?

Poderá a sociedade, excluindo os mais velhos, perder este património de experiência, vivência, maturidade e sabedoria que só o tempo vivido permite adquirir?

Estas mudanças sócio-demográficas são sem dúvida um novo objetivo que se coloca no sentido de que se exigem mudanças na procura de uma nova ordem societal que integre todas as idades, numa perspetiva de sustentabilidade e mais humanidade.

Mas o Ano Europeu também nos traz a vertente da Solidariedade entre Gerações para refletirmos sobre ela.

Falar de Solidariedade entre Gerações, talvez parecesse há 50 ou 60 anos um tema sem sentido. Hoje, fruto do modelo de sociedade que construímos, pôs em causa, em parte as relações naturais entre pessoas e gerações, a coesão intergeracional constitui algo que devemos transformar em objetivo de sociedade.

Em todas as circunstâncias da vida: família, escola, universidade, trabalho, tem que se educar, formar e agir em função e para o estreitamento das relações entre gerações numa perspetiva de cooperação, reciprocidade e aprendizagem mútua.

A coesão intergeracional coloca-se como um objeto ético, civilizacional e económico e constitui o capital social primeiro para o progresso e continuidade das sociedades humanas.

Nunca será demais afirmar que uma sociedade de progresso tem de ser, do ponto de vista geracional, uma sociedade coesa e solidária. O texto da decisão da União Europeia e do Parlamento Europeu sobre o AEEASG-2012 refere de forma clara: “A fratura geracional é um obstáculo à coesão social e em última análise ao desenvolvimento da democracia”.

Mas o “ponto focal” do Ano Europeu é o de sensibilizar para o contributo dos mais velhos na sociedade e para o apoio que podemos prestar nesse sentido, todos nós como comunidade.

Na realidade, as pessoas mais velhas na sociedade industrial e pós-industrial, e no modelo económico de mercado, centrado na racionalidade, na produção e na eficácia, que nos trouxe sem dúvida bem-estar material, arrastou consigo o “vírus” da exclusão dos cidadãos considerados “menos produtivos” para um território de inutilidade, dependência e de “desvalôr” também em razão da idade. Assim, os cidadãos que ocupam este território são eles próprios considerados “descartáveis”, inúteis, sem papel social e sem qualquer poder de intervenção.

Ora o Ano Europeu vem-nos dizer: é necessário criar uma cultura de Envelhecimento Ativo na construção de uma sociedade para todas as idades. Assim, retoma-se o conceito de Envelhecimento Ativo (OMS 2002) como agenda para as sociedades. Modelo de vida saudável, segura e participativa para os cidadãos. Propõe uma visão centrada na pessoa como agente capaz e atuante e principal protagonista da sua própria vida.

Por outro lado, exige-se que a comunidade crie oportunidades e contextos favoráveis a um envelhecimento/ desenvolvimento ativo e participativo, também ao nível do Mercado de Trabalho. Existe assim, uma responsabilidade pessoal e social no processo de envelhecimento construtivo, positivo ou bem-sucedido.

Na II Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Envelhecimento, abril 2002, em Madrid, afirma-se: “A visão veiculada pela ideia de envelhecimento ativo, implica uma atitude pessoal de otimismo perante a vida. Mas também exigirá soluções promotoras das capacidades dos mais velhos e das suas famílias e medidas que respondam às necessidades das pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade social.”

Todos nós temos responsabilidade na qualidade de vida que levamos o que certamente se refletirá mais tarde, quando formos mais velhos. Envelhecer é um processo que começa quando somos gerados, daí poderemos influenciá-lo ao longo da vida e por isso tem sentido falarmos de educação para um envelhecimento ativo.

Mas se cada um de nós deve fazer a sua parte, a sociedade coletivamente, nomeadamente os decisores políticos têm uma responsabilidade incontornável. A sociedade/comunidade deve criar condições a todos os níveis – saúde, serviços sociais, transporte e acessibilidades, rendimentos suficientes, conciliação entre trabalho e família, aprendizagem ao longo da vida, entre outros, para um envelhecimento ativo no seu sentido mais alargado, saudável, seguro e participativo.

É verdade que o Ano Europeu nos convida a ver “mais longe” para alcançarmos ver o futuro que tem que começar a ser construído hoje. Mas tal não nos pode impedir de ver próximo, isto é de ver o nosso “próximo”, o nosso concidadão mais velho que sofre.

Mal vai a sociedade que não trata os seus concidadãos mais velhos e mais vulneráveis.

Como diz o poeta “vemos, ouvimos e lemos, não podemos ignorar” o sofrimento de muitos dos nossos concidadãos mais velhos e por isso somos obrigados a agir, em cooperação. A solidão que mata. A violência física e psicológica surda que destrói. A indiferença e o preconceito que desqualifica quem o pratica, mas atinge e fere a dignidade pessoal, não devem ser tolerados mas combatidos, sempre e em qualquer lugar.

A maioria dos cidadãos em risco de pobreza e exclusão social são os nossos mais velhos!! Que valores de sociedade estamos a transmitir aos nossos filhos!

Devemos procurar, sem cessar mais justiça social, humanidade e afeto nas nossas relações, tão importantes para a felicidade de cada um de nós e para a comunidade que queremos legar para a próxima geração.

Ainda não é tempo de fazermos o balanço e avaliação do AEEASG-2012, pois estamos a meio percurso e muito ainda irá acontecer até final do ano. Sabemos que estamos a viver um contexto de grandes dificuldades económicas e sociais e que iremos sofrer uma retração nas nossas condições de vida e naturalmente são os mais frágeis que serão os mais atingidos, e de entre eles os mais velhos. Cremos que será uma “travessia” e que alcançaremos em breve um novo patamar de bem-estar, sobretudo para os que estão a perder os direitos básicos ao rendimento e ao trabalho. Estes tempos difíceis, não são certamente de “desenvolvimento”, mas poderão ser de envolvimento, de avaliação e reflexão e sobretudo de união, ligando-os mais uns aos outros: cidadãos, instituições, políticos.

O conceito e a prática de cooperação em rede toma cada vez mais sentido pela possibilidade de racionalizar recursos e criar sinergias e assim dar valor acrescentando ao que fazemos.

Se tal é necessário fazer ao nível nacional, articulando políticas e estabelecendo com coerência, uma estratégia inteligente para o País, que reforce a cooperação entre todos, ao nível do território esta abordagem ganha força e alcance.

“É ao nível local que a vida é real” afirma o Professor José Manuel Henriques num dos seus livros sobre os Municípios. O local interpela os atores a agirem e torna-se mais claro que não podem intervir de forma fragmentada e setorial. Desperdiçam-se recursos e os resultados são limitados.

Devemos voltar, reforçando-o, ao termo e conceito de parceria, parcerias para o desenvolvimento, como até já foi utilizado. Mas o desafio é avançar mais na prática e na forma de fazer as parcerias.

Gosto de dizer que para ser eficaz as parcerias “têm que doer”, isto é, as organizações têm que dar de si e ir para além de mera colaboração. Devem avançar na troca, nos compromissos, “perder para ganhar”, sobretudo nos resultados do trabalho a alcançar.

O momento é de mudança e ela começa exatamente na forma como cada um de nós olha a realidade – Procuremos uma “nova” forma mais solidária e comprometida com os resultados e com os cidadãos, largando as teias dos pequenos poderes que nos apoucam e empobrecem a nossa ação.

Neste Ano Europeu a coligação EY2012 que é presidida pela AGE PLATFORM Europe e é composta por cerca de 40 entidades, da qual a EAPN faz parte, afirma nos seus documentos “todos temos um papel a desempenhar”, afirmando os princípios de responsabilidade e compromissos necessários para enfrentarmos as mudanças que o envelhecimento demográfico e o novo papel das pessoas idosas vem gerar na sociedade.

Todos temos assim uma responsabilidade, sabendo, no entanto, que os nossos eleitos, que conduzem os destinos do País serão determinantes nesta enorme tarefa. Daí, também a função de *lobby* que cada um pode ter no sentido de influenciar vontades e agendas políticas.

Exercer uma cidadania ativa é exatamente não nos limitarmos ao nível onde trabalhamos e agirmos, mas exercer poder de influenciar a vida da “cidade” e por aí, do País.

É este o desafio que faz o AEEASG-2012. Tomarmos nas nossas mãos o destino da “cidade” e da vida que desejamos para o futuro.

Por isso, o AEEASG-2012 usa a “palavra” na convicção de que se torne ação, no sentido exato como nos transmitiu magistralmente o Prof. Doutor António Sampaio Nóvoa no seu discurso do dia 10 de junho. “As palavras não mudam a realidade. Mas ajudam-nos a tomar consciência. E essa consciência, sim, pode mudar a realidade”.

Maria Joaquina Madeira
Coordenadora Nacional do AEEASG

“Nas metas do desenvolvimento do milénio não existe referência ao idoso. Não existe a palavra envelhecimento. É como se tivéssemos entrado neste século e essa transformação demográfica não estivesse ocorrendo.”

“O envelhecimento ativo deve ser destacado como um marco político.”

No Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações a EAPN Portugal, aproveitando a participação de Alexandre Kalache no Congresso Internacional do Envelhecimento, organizado pela Associação Amigos da Grande Idade (AAGI), entrevistou este especialista mundial em envelhecimento ativo. Médico e investigador, doutorado em Saúde Pública pela Universidade de Oxford, em Inglaterra, Alexandre Kalache foi durante 12 anos chefe do Programa de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde. É também autor e impulsionador do conceito da Cidade Amiga das Pessoas Idosas, defendendo que todos temos a ganhar ao investir numa sociedade para todas as idades. Segundo Kalache, “estamos numa fase de transição, de repensar a vida, a forma como se vive, o curso de vida, o envelhecimento [e] de confrontar os preconceitos”. Ao longo da entrevista fala-nos dos benefícios de um bom envelhecimento, do envelhecimento como um processo, defendendo políticas públicas para que a longevidade – uma das grandes conquistas do século XX – seja, no século XXI, considerada “uma celebração da sabedoria”.

Agradeço desde já o convite e antes de iniciarmos esta nossa conversa, gostaria de fazer dois comentários rápidos. O primeiro diz respeito à erradicação da pobreza: é impossível no século XXI eliminar, erradicar a pobreza, se não existir uma estratégia, uma política clara. As pessoas idosas são um dos grupos mais vulnerável à pobreza, não só em Portugal mas a nível internacional. As pessoas vivem mais anos mas, com a saúde muito fraca.

Com menos qualidade...

Há uma maior longevidade, mas não se está acrescentando vida a esses anos. E isso faz com que essas pessoas fiquem vulneráveis porque 80% dos idosos nos países em desenvolvimento não tem um rendimento, ficando à mercê ou da força do seu trabalho, com funções laborais de força física. Não é um trabalho intelectual... Então precisam de uma energia que já não têm. Trabalhar no campo,

^{*} Alexandre Kalache, Médico de Saúde Pública, Presidente do Centro Internacional de Longevidade (Brasil), Conselheiro sobre Envelhecimento Global na Academia de Medicina de Nova Iorque, Embaixador sobre Envelhecimento Global na HelpAge International.

produzir no campo. Ou vão depender de famílias que já estão em dificuldades. No entanto, nas metas do desenvolvimento do milénio não existe referência ao idoso. Não existe a palavra envelhecimento. É como se tivéssemos entrado neste século e essa transformação demográfica não estivesse ocorrendo.

A segunda mensagem importante é que o idoso é, muitas vezes, um agente de desenvolvimento. Se estiver de boa saúde, se estiver com formação adequada para poder se reinventar e poder continuar trabalhando. O idoso que trabalha, ele paga imposto, cria riqueza. Para cada três que trabalham, você cria uma oportunidade de emprego para um jovem e nunca se fala sobre isso. É como se uma política para o idoso fosse sempre paternalista, fosse sempre assistencialista. Quando na realidade, uma boa política para o envelhecimento é poder prolongar a contribuição ativa dessas pessoas. Mas isso tem de ser feito com sensibilidade. Não se pode dizer a uma pessoa que trabalhou 40 anos num trabalho que desenvolveu sem qualquer realização pessoal, sem a menor satisfação, que vai ser necessário trabalhar mais 3 anos.

O aumento da idade da reforma é uma das questões muito debatidas hoje. O que é que nos pode dizer sobre este assunto?

A minha resposta só pode ser uma. Não é sustentável no século XXI, em que as pessoas, em vários países, já chegaram à expectativa de vida de 80 anos e mais, mantermos as políticas do século XIX ignorando este facto. Não é uma questão de direita ou de esquerda. Fico perplexo que os sindicatos, que os trabalhadores, que as associações, que a direita, mas também a esquerda, que de repente estejam todos unidos em não quererem uma reforma do seguro social. E essa reforma vai ter que passar por um aumento da idade da reforma. É inevitável. Na Europa, em particular. Por exemplo, em 1970 em França, as pessoas aposentavam-se, em média, aos 68 anos e a expectativa de vida era de 70,5. Havia um *gap* de 2 anos e meio. Hoje, na prática, os franceses reformam-se aos 58, baixaram 10 anos, e têm uma esperança de vida de 80. O *gap* passou a ser não de 2 anos e meio mas de 30 anos. Quando uma mulher em França se aposenta aos 60 anos, porque em geral é até antes, ela vai viver mais 32 anos. Qual é o Estado que tem esse poder para sustentar esta situação? É insustentável. Se esta reforma do sistema não for realizada, quem é que vai sair prejudicado?! Os jovens.

A ideia que ainda prevalece nas nossas sociedades é que realmente as pessoas com mais idade têm de sair do mercado de trabalho para dar lugar aos jovens.

No entanto, já está mais do que provado, já vários cientistas o disseram, que não é assim, que os jovens “ganham” lugar no mercado de trabalho. Que na realidade os idosos não estão a roubar o emprego aos jovens...

É outro tipo de trabalho...

Vou fazer 67 anos e continuo a trabalhar. Não é dizer, que eu sou especial. Apenas tenho uma experiência de trabalho que me permite continuar a desenvolver os projetos em que estou envolvido. Tenho saúde, tenho vigor, posso viajar, posso realizar um trabalho que um jovem, ou eu mesmo, não podia há 30 anos atrás. A natureza é diferente. Eu não estou competindo com os jovens... Estou a trabalhar, estou a ser produtivo, a dar um valor acrescentado à sociedade. No meu caso apenas por eu ter o privilégio de ter um tipo de trabalho internacional, estou a dar o meu contributo à sociedade, estou a acrescentar valor, estou a pagar impostos. Estou a ajudar a formar um capital que vai oferecer trabalho aos mais jovens. Todo o mundo ganha. Agora se eu me tornar um “fardo”, em que os jovens tenham que pagar a minha pensão, tudo se complica. Porque ao contrário da realidade de França de há 40 anos, em que se receberia uma pensão durante 3, 4, ou 5 anos... (reformavam-se aos 68 e iam viver talvez mais 7 ou 10 anos) hoje poderão ser mais 30.

O peso para a sociedade é enorme...

Há ainda uma outra coisa que é importante. As pessoas criticam muito, no Brasil, a pensão, a reforma não contributiva. Até há 12 anos atrás, as pessoas que não tinham trabalhado, essencialmente as mulheres cujo trabalho não era remunerado, e como tal não quotizando a reforma, estavam totalmente dependentes da família. Estas pessoas sentiam-se assim um fardo. A família tinha que as sustentar, o que na prática significava mais uma boca para alimentar e todos os outros custos inerentes como medicamentos, etc. O facto de normalmente se casarem com homens mais velhos, ficavam viúvas, sem qualquer proteção e à mercê das famílias. O que acontece desde há 12 anos, em consequência de uma política implementada pelo Governo de Frederico Henrique Cardoso, consolidada mais tarde por Lula da Silva, foi a criação de uma pensão não contributiva. Assim as pessoas, apesar de nunca terem contribuído, têm agora direito a uma reforma.

Em Portugal também existe. É como se fosse uma reforma social...

No Brasil, e só para terminar, estou falando num sentido macro da eliminação da pobreza, isto mudou completamente o discurso, porque foi muito drástico. Foi

passar de uma situação em que não havia qualquer prestação social para uma situação em que cada pessoa, a partir de uma certa idade, tem direito a uma reforma, a um rendimento. Essas pessoas, que vivem normalmente em situação de pobreza, passam a ser um recurso para a família. A mulher pobre do interior do Nordeste do Brasil, que nunca teve dinheiro na mão, agora tem... Não é só o facto de estar empoderada e ter uma melhor autoestima. Trata-se, antes de mais, de ganhar qualidade de vida... de ter o seu próprio rendimento sem ter que pedir dinheiro a um amigo ou mesmo pedir esmola. Este dinheiro não é normalmente investido na pessoa mas sim num familiar com necessidades muito básicas como comida para um neto ou um medicamento para o filho que se encontra doente. Ela vai comprar uma máquina de costura para a filha montar a renda familiar. Ela vai chegar no dono do armazém e falar: "O Sr. me desculpe, estou sem dinheiro. O pessoal em casa está sem comida"... e vai ter crédito, porque o dono do armazém sabe que ela vai pagar no fim do mês. Porque o idoso é um bom pagador. E isso muda o discurso. Então você, através do idoso, pode utilizá-lo como uma ferramenta importante na eliminação da pobreza para todo o grupo social. E os 2 000 mil municípios mais pobres do Brasil, hoje, vivem – é a única fonte regular de recurso que entra todo o mês – do dinheiro da pensão.

Em Portugal, o que se tem verificado, é, por exemplo, idosos que estão em lares, as famílias vão buscá-los, não porque os querem junto de si, mas porque são agregados familiares sem emprego e realmente a pensão do idoso ou da idosa ajuda no rendimento familiar.

O que está acontecendo no Brasil é que, como essas pessoas hoje têm essa fonte, elas conseguem também crédito e está havendo também muito abuso financeiro. Os bancos, fazem ofertas que o idoso nem entende direito. São pessoas que não têm alfabetização financeira. Não entendem os conceitos. De repente chega alguém à sua frente e fala assim: eu lhe dou 2500 reais, você não tem que pagar até 6 meses ... e você fica como?! Não lê as entrelinhas... são pessoas analfabetas funcionais. Assina e de repente... E muitas vezes são induzidas a isso pelo filho alcoólatra, pelo neto que é viciado em drogas... Esses abusos acontecem, porém, uma boa política não deve ser interrompida porque existe abuso. Você precisa regular para evitar que isso aconteça.

Fazendo um pouco a contextualização dentro do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, nós pensamos numa questão muito simples: o que é envelhecimento

ativo? Quando habitualmente se fala em envelhecimento ativo surgem coisas como: está a trabalhar, hidroginástica, mexer fisicamente. E pode-se estar ativo de muitas formas. O Professor não quer abordar um pouco esta questão?

É um conceito da Organização Mundial de Saúde. Porque é que eu resolvi, há 12, 13 anos atrás, chamar ativo?! Porque eu poderia ter dito, como a Organização Mundial de Saúde, envelhecimento saudável. Que é muito limitado.

Então você tem vários rótulos. Pode chamar produtivo, ativo, bem-sucedido (*sucessfull ageing*), positivo, *ageing well*, *vital ageing* e, eu acho que, ainda, o que melhor expressa – não sendo perfeito – é o ativo. Embora a primeira coisa que venha à cabeça é fazer exercício físico. Mas você tem de chamar de alguma coisa. Então eu resolvi que envelhecimento ativo ainda é o melhor, do pior. E vou repetir a definição: é um *processo*, ele é contínuo, ele é ativo, ele exige a *participação ativa* das pessoas, assim como da sociedade ativamente, preparar essa sociedade, dos quatro pilares. Para que você possa ter mais saúde. Quanto mais cedo você começa a ter bons hábitos de vida, estilos, comportamentos, não fumar, ter uma dieta saudável, fazer exercício físico, tudo isso vai ajudar 70 anos depois. Então *o conceito traz essa mensagem poderosa de curso de vida*. Não é para o idoso, é para todo o mundo. Está todo o mundo envelhecendo. Segundo, a *saúde* é um bem universal. As pessoas querem envelhecer, mas em saúde, em boa saúde. Só que se esquecem que você tem de ser mais responsável pela sua própria saúde. Porém você tem de abraçar os *determinantes sociais*. E aqui surge as duas imagens que costumo apresentar: de um lado a figura de uma mulher, velha, abandonada, e do outro lado, outra imagem a contrariar essa...

Não podemos culpabilizar essa mulher porque está excluída e de má saúde. Não é culpa dela. Você tem de pensar nos determinantes sociais. Isso é pobreza e exclusão. Então, saúde, com capacitação para que você tenha novas ferramentas, habilidades para continuar presente na sociedade. Ativo. Mas faltando isso, você precisa de algum sistema que te proteja. *Segurança*. E essa segurança pode ser do Estado, do seguro, do seu bolso, do seu filho. Algum sistema tem de existir para você não ficar naquele desespero de não saber o que é que vai acontecer com você se ficar velho e doente. Porque isso é horroroso. E evidentemente quando o mundo está envelhecendo tão rápido, num contexto diferente do que era antes... Porque os países de via direta que já envelheceram, eles primeiro ficaram ricos e depois envelheceram. Os países hoje estão envelhecendo mais rapidamente do que o ano passado. O Brasil vai dobrar de 11% para 22% a população idosa

em 17 anos. A França levou 115. A França quando fez esse dobrar era já um dos países mais ricos. O Brasil ainda tem bolsas grandes de pobreza, de miséria. A China, a Índia, que dizer de África. Então é outro contexto em que temos que colocar uma lente do envelhecimento para poder eliminar a pobreza. Eu peço desculpa de estar a pensar no macro, no global, se vocês estão querendo mais pensar em Portugal.

Falando na realidade portuguesa, o que se está a passar neste momento é um refrear da proteção. A proteção está a ser cada vez menor, devido à intervenção do FMI, da Troika. As pensões estão a ser cortadas...

E serão mais...

Serão mais cortadas e serão em maior número as pessoas que dependem dessa pensão. Isso causa estrangulamento. A taxa de pobreza a nível dos idosos vai-se acentuar muito mais.

Você está tratando do tripé *segurança*. Você está enfraquecendo a segurança. Por isso é que envelhecimento ativo, sendo esse conceito holístico, trata de todas as dimensões. Não é só para a pessoa fazer ginástica, nem para trabalhar. Mas quando você enfraquece a proteção social, que existia mais antes, do que hoje, você está criando uma erosão num dos pilares do envelhecimento ativo.

Que vai afetar os outros. A saúde, a proteção social, etc...

Vai afetar. E no ponto de vista da sociedade quando você faz isso... o que é que termina acontecendo?! Você está tirando de um lado. Está tirando desse idoso que é vulnerável, e que não tem outros recursos, que não pode ser reempregado, que não tem nem as habilidades, nem a saúde, já está fragilizado, supostamente para poder ajudar o outro lado. Quando na verdade não é isso também. Porque nessa grande bagunça que está acontecendo pelo mundo... porque é que existe esse agravamento da pobreza que a gente está vendo hoje nos países desenvolvidos?! Que está pouco a pouco, se espalhando?! Infelizmente você já está vendo países, como o meu país que estava até agora imune... depois de 4, 5 anos, essa contaminação acaba se espalhando e passa a ser uma grande crise global. Essencialmente porquê? Porque houve falta de regulamentação dos países mais desenvolvidos que não frearam a ganância do capitalismo selvagem e que permitiu que aqueles Bancos rebentassem nos Estados Unidos e que permitiu essa onda de créditos... Os portugueses estão mais endividados do que nunca...

Esse é um dos problemas que se tem falado também...

Porque foram tentados. Eu dou-te outro cartão de crédito. Um, não basta. Nem três, nem cinco, nem dez. Aí você fica, fazendo buraco, tirando daqui, para lá e para cá e de repente você vê que é totalmente insustentável.

Mas dizem que o português é que teve culpa... É a responsabilidade individual.

Temos os gregos, os espanhóis... estão vivendo "acima de"... Por um lado, vejamos, o Óscar Wilde dizia "eu consigo resistir a tudo menos à tentação". Os Portugueses também. Fica sempre sendo tentado. Você acaba chegando a certo ponto e não resiste. Portanto, está todo o mundo viajando, está todo o mundo fazendo férias na praia, está todo o mundo comprando roupa de elite, de grife.

Mas não são os idosos...

Não. E esse consumismo acaba afetando quem é mais fraco. E quem é o mais fraco?! Entre os mais fracos, vulneráveis, menos protegidos, que não entram em greve porque não podem, estão os idosos. Na Inglaterra está acontecendo a mesma coisa. Na Suíça, até certo ponto, ainda que protegida... você começa a tirar do setor mais fácil. O setor mais fácil é o social e no setor social o menos protegido é o idoso. Os países não vão poder diminuir o tempo de trabalho das pessoas quando a dependência, a equação de dependência, o coeficiente está aumentando. Estão as pessoas vivendo cada vez mais tempo e trabalhando cada vez menos.

Nas suas várias intervenções, em relação às mudanças demográficas, refere o envelhecimento galopante da população mas também a grande concentração nas cidades... e isso faz-nos repensar um pouco a situação das regiões rurais e do interior onde a pobreza é talvez mais gritante. Não tanto em quantidade, porque são zonas desertificadas, mas há pessoas que vivem em condições desumanas... por falta de informação, por falta de capacidade económica, pelo isolamento e por muitas outras razões. Estamos a falar em Portugal, mas com certeza isso não será exclusivo do nosso país. Claro que há maior concentração de pobreza nas zonas urbanas por uma questão numérica, mas ao nível do interior do país a situação também é chocante. Há aldeias que têm um ou dois idosos...

Quando você quer mexer em ideias, em conceitos. Quando você quer ter um impacto grande, você vai para a Aldeia ou vai para a Cidade? Você vai para a cidade. O mundo está-se urbanizando. Em 2007, as Nações Unidas decretou que, pela primeira vez, havia mais gente vivendo em zonas urbanas do que nas rurais: 50%.

Em 2030 passará a, praticamente, dois terços. Você tem duas grandes tendências demográficas no século XXI: o envelhecimento e a urbanização. E cada vez mais serão pessoas idosas vivendo em cidades dos países em desenvolvimento. Porém, eu entendo muito bem o que você diz. Primeiro porque eu venho de um país, hoje altamente urbanizado, onde 88% da população brasileira vive em zonas urbanas. Às vezes caoticamente urbanizadas, mas são, urbanizadas. É isso que explica, por exemplo, a queda de fecundidade. Porque o país se modernizou, as pessoas, as mulheres estão olhando para os modelos das novelas, da modernidade, que têm um ou dois filhos. Para a classe média passam a ser os *role models*. É um país urbanizado como virá a ser a África, como virá a ser a China, a Índia ... está tudo acontecendo. Mas você tem pessoas muito vulneráveis que vivem nas zonas mais remotas, mais isoladas, nas zonas rurais. Você nem imagina o que é morar numa zona remota do Brasil. Você está falando de uma aldeia que está a 150 km. Tem um trabalho que está sendo exposto por um rapaz médico de família do interior do Amazonas que para chegar de Manaus, que é a capital do Estado, até ao município dele, são 720 km de lancha pelo rio. Não tem estrada. Ou voa ou vai de lancha. Isso é remoto! Ele está a fazer um trabalho com a população idosa indígena lá nos confins do mundo. Então a gente está desenvolvendo um trabalho agora, que é o *Ageing in Remote Rural Areas – envelhecimento da população em áreas remotas, em áreas rurais*. Estou a fazer um trabalho na Austrália, que é um país imenso, com uma população mínima, com 21 milhões de habitantes, que vivem sobretudo junto à costa, mas que tem gente espalhada por todo um raio de 1000 km. Por causa disso, eu já não estou interessado só na cidade. Nós criamos recentemente o “Estado Amigo do Idoso” e devo lançar em Outubro na Austrália, no Estado da Austrália do Sul, a *Age Friendly South Australia*. No Canadá temos já um trabalho publicado – *Ageing in Remote Areas*, envelhecimento rural porque está invisível.... E tem outro dado interessante: no Brasil, a percentagem mais alta de pessoas idosas não está em S. Paulo ou no Rio, mais sim no interior, no nordeste, a zona mais pobre, porque os jovens imigraram. Então é um paradoxo, porque tem a expectativa de vida mais baixa, e no entanto tem a mais alta proporção de idosos. Outra coisa importante, só para acentuar. Eu tenho uma casa na zona rural da Espanha, a sul da Serra Nevada, na Província de Granada. Neste vale incrustado, entre a Serra Nevada e o Mediterrâneo, você tem várias aldeias, vilas, que não são zonas turísticas....de uma beleza extrema, mas muito remotas... porque, ao longo dos séculos, eram apenas montanhas e não existia acessos. Eu vejo hoje o que é o envelhecimento de pessoas que vivem muito

tempo. E sabe porque é que vivem? Porque foram protegidas na infância e na juventude pela pobreza: comiam pouco, se exercitavam muito, comendo coisas frugais que produziam, muito pouca carne e gorduras, e essas pessoas hoje chegam aos 90-95 anos, mas isoladas. Os filhos foram para Madrid, Barcelona, a emigração, tudo isso faz parte desse contexto.

Não discordando, eu ainda sustento porém, que você tem que começar pela cidade, pelo impacto. Sabe porquê?! Se eu não tivesse começado pelas cidades, se eu não tivesse criado esse movimento que já tem centenas de cidades, que está crescendo a cada dia (eu estive em Praga na semana passada, eu estive em S. Paulo na semana anterior, na Costa Rica, na Austrália), todo o mundo querendo entrar no Movimento da Cidade Amiga do Idoso. Se eu falasse, «vamos fazer um Movimento Global das Aldeias Amigas dos Idosos», ninguém tava conversando comigo. Primeiro você tem esse impacto e depois você vai para a zona rural. E já está no Canadá, na Austrália....

Do global para o local... Falou nas cidades amigas das pessoas idosas como uma estratégia que os países deveriam adotar, alguns deles já o estão a fazer como disse.... Pedia-lhe se poderia concretizar um pouco melhor outras estratégias que os Estados Membros, desta Europa que está cada vez mais envelhecida, devem adotar para tornar esta conquista – o viver mais tempo – numa oportunidade ... que não seja visto como um problema e que seja realmente uma oportunidade.

Você tem que acentuar o envelhecimento ativo como um marco político... Porque se você tem um marco político, isso ajuda-te a ver o mundo de uma forma diferente... Se você tem uma lista imensa de atividades interessantes, você não sabe muito bem para onde isso vai-te levar... Isto é quase como, por exemplo, você querer ir de Lisboa ao Porto mas sem ter uma rota e, como tal, você é capaz de acabar no Algarve por falta de orientação. Então você tem que planear de acordo com um marco. Um marco que para mim funciona, é o do envelhecimento ativo, porque eu estou imbuído dele. Então aqueles 4 pilares, o diagrama que tem o envelhecimento ativo no centro, e as 6 bolhas: (I) acesso a serviços sociais e de saúde, (II) aspetos comportamentais, (III) os aspetos individuais, (IV) do meio físico, (V) do meio social, (VI) económicos, todos interligados, numa perspetiva de género, porque você vai envelhecer diferente. Não porque usou bónus diferentes, mas porque a construção social do que é ser mulher ou homem é diferente, porque a dimensão de cuidado é praticamente toda feminina... Então os papéis são diferentes e a cultura é diferente. Por exemplo, Xangai Amiga do Idoso vai ser diferente de Lisboa, de Manaus...

Quais são as outras iniciativas e políticas importantes? Vai puxando do envelhecimento ativo e vai vendo o que é que na cultura e para cada grupo... Mas tem coisas que são universais. Primeiro a gente coloca todo o mundo no mesmo bolo: as políticas para os idosos. Ora esses idosos, segundo a definição da ONU é de 60 anos para cima. Ora você tem 5 décadas... A política que serve para mim é a mesma que serve para a minha mãe com 94 anos, ou para o meu sogro que tem 103? Não. Então primeiro há que pensar em grupos etários. Os fatores de vulnerabilidade de quem tem mais de 90 são diferentes daqueles que têm 60, 70. As estratégias, a forma de você enviar informação para quem tem mais de 90 é diferente de quem tem menos. Então você tem que pensar em grupos etários e na imensa diversidade desse grupo que a gente acha que é homogêneo. Porque são diferentes em sexo, diferentes em grupos sociais e econômicos, diferentes em grupos geográficos, diferentes em grupos raciais, diferentes em viver em zona urbana ou rural, diferentes em grupos etários, diferentes em níveis de dependência ou de independência. Você tem que pensar e você tem que produzir dados que reflitam isso, em vez de colocar todo o mundo no mesmo bolo e fazer erros crassos. Então procure ver o que há na sua aldeia, na sua cidade, no seu país, dentro da definição do envelhecimento ativo, usando os 4 P's, os 4 pilares mas também aquela *bolha* (envelhecimento ativo)... você vai mexer nos determinantes do envelhecimento ativo e vai ver as interações, a multisetorialidade. É por isso que quando a gente fala em *age friendly*, amigo do idoso. Digo em Inglês porque não é amigo do idoso, é amigo de todas as idades. Agora eu qualifico amigo dos idosos, uma sociedade para todas as idades, de todas as gerações.

A intergeracionalidade é uma mais-valia....

É, e estou a fazer isso em S. Paulo e na Austrália. Aprendi em Nova Iorque da importância de você ouvir o idoso e depois, e isso é um princípio básico do envelhecimento ativo, depois de ouvir o grupo, você tem que fazer um fórum com todas as gerações para haver esse diálogo real de todas as idades. E aí as coisas tornam-se interessantes. É o culto intergeracional.

Acha que esta intergeracionalidade é conseguida porque também a imagem das pessoas idosas foi mudando ou está a mudar....

Vai mudando. Vai mudar. Essa massa que é formadora de opinião, que teve influência nas várias etapas da vida, nós, os "gerontolescentes". A linguagem é muito importante hoje em dia, quando se comunica através dela. Daí eu

também reforçar e falar da “gerontofobia”, como as sociedades estão ficando “gerontofóbicas”. Esta questão pode ser contrariada através da “envelhescência”. Isso vai dar muita tese de mestrado... Estamos numa fase de transição de repensar a vida, o curso de vida, a forma como se vive, o envelhecimento, de confrontar os preconceitos. Todo o movimento bem-sucedido, de viragem, foi através do confrontar preconceitos. O Feminismo fez isso. Foi o último movimento... O grande tabu que ainda resta é falar abertamente do envelhecimento como uma coisa positiva. Isto lembra-me aquela situação em que se diz eu tenho 67 anos... e a outra pessoa diz, ah, mas não parece....

Então podemos ter idade... não podemos é parecer.

A primeira vez que eu me deparei com isso... aliás eu já tinha pensado... se você fala para alguém, “você parece a idade que tem”, é uma ofensa. ... Eu estava numa conferência na Gulbenkian, aqui em Lisboa, e depois de eu ter feito a minha intervenção houve um momento de debate e uma senhora levantou-se e disse... (já para provocar o elogio) alto e em bom som, antes de fazer a pergunta: eu tenho 70 anos... Toda a gente começou a bater palmas, e ela parou... para provocar.... E então ela fez a pergunta dela. Então eu disse: antes de responder eu queria dar um recado para esta audiência. “Será que eu falei uma hora e vocês não aprenderam nada? Que eu estou querendo mudar conceitos, que eu estou querendo mudar atitudes e vocês quando essa senhora belíssima disse que tinha 70 anos.... porque é que começaram a bater palmas? Porque é que ela merece aplausos? E se fosse uma mulher de 70 anos, que parecesse os 70 anos, vocês iam vaiar? Porque é que é proibido parecer os anos que você tem? Vocês têm que *checar* antes os vossos preconceitos, as vossas atitudes”. Mas isto é universal. Em qualquer sociedade que você vá: “puxa 73? Não parece!” E às vezes é a maior falsidade.

Direcionando agora um pouco o rumo da nossa conversa, outra vez para a Europa e para Portugal. A União Europeia estabeleceu estes anos europeus. Os mais recentes foram o Ano Europeu do Diálogo Intercultural, o Ano Europeu de Luta Contra a Pobreza, o Ano Europeu do Voluntariado e, este ano, o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Em Portugal é bem visível o enorme conjunto de iniciativas, mas e depois o que fica? Não acha que é um pouco perigoso criarem-se estes anos e depois tudo cair no esquecimento.... O que é que pensa sobre isto? Qual seria o melhor legado que o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo poderia deixar? Até porque o

envelhecimento do ser humano é uma evidência e não o vamos poder deixar cair no esquecimento ou ignorar.

Entendo perfeitamente o que você diz. Não é só a União Europeia, as Nações Unidas, também tem os seus anos, décadas, etc. Há dois anos atrás, quando eu soube que este seria o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, “me acerquei” à Comissão Europeia...e para deixar um legado e não ser só “essa parte pirotécnica” eu acho que a gente deveria começar a pensar num indicador que meça o envelhecimento ativo dos países, das cidades, que a gente possa comparar, que se possa fazer um *ranking*, que a gente possa dizer, com base nesses critérios, nesses indicadores, mesmo que sejam falíveis,... (não quero a perfeição, porque a perfeição é o inimigo do bom e se a gente for perseguir o perfeito não vai fazer nunca nada). E eles caíram exatamente no ótimo, em vez de seguir o bom. A minha ideia era usar indicadores e dados que existem e compilá-los... E então colocar por exemplo, esperança de vida, esperança de vida à nascença, esperança de vida aos 60 anos com saúde, depois pegar a percentagem de pessoas que morrem depois dos 75 anos... Ou seja, pegar em coisas que existem, fáceis de colocar num índice e de poder comparar: percentagem de pessoas que são analfabetas aos 60 anos, percentagem de pessoas que têm um rendimento baixo, percentagem de pessoas idosas que têm uma vida abaixo do limiar da pobreza, etc. ... Mas não, resolveram aceitar a ideia de desenvolver um índice mas que depende de inquéritos, de você medir, de você ouvir, coisa que nunca poderá ser feita em 27 países.... Porque é que eu pensei nisto com uma antecedência de 2-3 anos para desenvolver esse índice?! Era para poder fazer neste Ano ainda... E isso cria debate porque nenhum país quer ficar por baixo, vai estar todo o mundo querendo melhorar e subir. Por isso, eu acho que é importante pensar no legado, o que esses marcos vão deixar. Porém, também penso que não se pode subestimar o potencial que tem o facto de ser um Ano Europeu. Há todo um lado de sensibilização, de eventos, etc., que de outra forma não aconteceriam. Está um conjunto muito variado de iniciativas a acontecer, em função de alguma coisa “que está mexendo”... Tudo isso contribui de uma forma que não é muito concreta mas que faz parte....

Mas que a longo prazo dará frutos....

Por exemplo, há muitos anos que eu já vinha pensando no envelhecimento ativo e desenvolvendo o conceito, a ideologia... Cheguei a publicar na revista da OMS, em 1996. Era um número todo dedicado ao envelhecimento ativo.... Não estava muito

claro. Estava claro que era uma perspectiva, um curso de vida, aquele quadro, o diagrama da capacidade funcional é dessa revista, mas ainda não estava formulado como veio a ficar. Em 1999 foi o ano internacional das pessoas idosas. Era simbólico, era fim de século, era novidade de século, do milênio.... Pelo menos foi assim que eu o entendi... a gente está-se despedindo deste século para entrar no século do envelhecimento e nada melhor do que um ano para celebrar. A mesma resolução da ONU que criou o ano do idoso, também criou o dia do idoso (1 de Outubro). Isto dá a oportunidade das pessoas se congregarem, como o 8 de Março, dia da mulher, etc. Então eu pensei, no dia internacional do idoso, no ano internacional do idoso, eu preciso de fazer alguma coisa para celebrar, para marcar. Em 1997, eu fiz uma coisa para ver se dava certo... e depois com base naquela experiência repeti pelo mundo. Então eu voltei para aquilo que eu entendo, que é a minha cultura... Voltei para Copacabana. Não foi para o Rio de Janeiro... foi para Copacabana. Copacabana é interessante porque pelo processo de urbanização, a geração dos meus pais veio e ficou. Você tem tudo à tua porta... Pode fazer tudo a pé e tem o mar em frente. Os filhos foram para outros distritos mais da moda: Ipanema, Leblon, Barra da Tijuca e ficaram. Os netos nem param em Copacabana. Para eles é um corredor para chegar ao centro. Copacabana envelheceu porque os idosos ficaram e foram envelhecendo mais ainda e os jovens foram embora. Os americanos que gostam de ter siglas para tudo chamam de *NORC – Naturally Occurring Retirement Community*²: é uma comunidade que envelhece naturalmente. Então eu falei com os meus amigos, gerontólogos, associações, sociedade civil, etc. e disse-lhes: vamos fazer uma grande festa no dia 1 de Outubro de 1997, na praia, e recentemente tinha sido lançada uma publicação que mostrava que andando 2 km por dia você estimula o seu sistema cardiovascular. A praia de Copacabana tem exatamente 4 km. Então é fácil, se você andar de uma das pontas até ao meio, você já faz os 2 km. Então pensei, vamos fazer uma caminhada, que saia de uma ponta e de outra e que se encontre no meio. Mas vamos fazer estilo carioca, com música, tipo Carnaval. Vamos organizar um Carnaval, uma parada... Num desfile de uma escola de samba, você tem uma ala e depois a outra. Cada ala tem uma mensagem para passar. A ala mais bonita é a que a gente chama das baianas, que são mulheres velhas e que tem aqueles vestidos rodados, uns turbantes e que rodam... Voltando a esse dia: a

² A *Naturally occurring retirement community – a NORC* – é uma comunidade que não foi originariamente desenhada para idosos, mas que tem uma larga porção de residentes que tem pelo menos 60 anos. Estas comunidades não são criadas para responder às necessidades dos idosos viverem uma vida independente nas casas, mas evoluiu naturalmente como uma comunidade de residentes que envelhecem no local onde residem – o *ageing in place*.

gente organizou um curso. A primeira ala era das crianças, depois os adolescentes. As crianças iam em triciclos ornamentados com flores e, simbolicamente, elas ofereciam as flores, à medida que iam desfilando, para as pessoas idosas, convidando-as: “venha-se unir a nós para festejar o seu dia”. Depois vinham os jovens dançando capoeira, que é uma coisa ágil, rápida. Isso tudo com um grande camião com uma banda tocando música, para criar atmosfera. Depois vinham os adultos mais jovens, os idosos, e depois todo o mundo se mesclava. Todo o mundo ia dançando, caminhando, todos os grupos se entrosando. Uma banda do lado e a outra do outro. Uma tinha os músicos com menos de 20 anos e a outra com mais de 60. Quando todos se encontraram no meio da praia, começaram a tocar as mesmas canções simbolizando a harmonia entre gerações. E em frente um palco onde a ala velha de Portela (Portela é uma das escolas de samba mais tradicionais) com músicos muito conhecidos com mais de 75 anos estavam esperando para dar o *show* de boas vindas. Então isto era envelhecimento ativo físico (dançando, caminhando), social, cultural, intergeracional, e mental – envelhecimento ativo mental (você é velho, tem 75 anos, mas está dando conta do recado e dando show). E então um grande baile se forma. No Rio você diz: vai ter festa, e ninguém quer saber porquê. Sobrevoando este espaço, fizemos um pequeno vídeo de 3 minutos, convidando as cidades do mundo a fazerem algo semelhante, adaptando à cultura local. E então nós fizemos o *Global Embrace Active Ageing*. Foi um abraço mundial começando na Nova Zelândia – onde o sol nasce – para depois ir país por país, zona por zona, sempre às 11 da manhã, para a Austrália, para a China, para a Ásia, passando pela Europa, indo pela América e terminando 24 horas depois onde tinha começado. Era um abraço, uma mensagem do envelhecimento ativo, 3200 cidades. Foi tudo organizado na base de rotary, associação de estudantes, associação de pessoas amigas dos maiores.... mas cativou a imaginação e me deu alimento para falar de envelhecimento ativo. Enquanto eu ia na caminhada, ia “laborando”. Eu sou muito de “agir para fazer” e no processo você vai criando e tudo vai ficando mais claro. Então é assim, para tudo isto usamos os Anos Europeus.... Ajudam.

Abrem mentes e criam caminhos...

Para sintetizar e rematar a nossa entrevista gostaríamos de lhe colocar a seguinte questão: Se tivesse possibilidade de tomar decisões para erradicar a pobreza das pessoas idosas, o que é que faria?

Primeiro deixem-me ser muito realista. Eu acho errado falar em erradicação da pobreza. Eu acho errado os organismos internacionais criarem slogans que são

irrealistas, porque você dá um tiro no pé. Você não vai chegar nunca lá. Você não pode medir isso... Erradicamos a pobreza. Quando é que isso vai acontecer? O ano passado eu estava participando numa reunião de cúpula sobre doenças não transmissíveis da Organização Pan-americana de Saúde, e o slogan quando eu cheguei era: "o começo do fim das doenças não transmissíveis". Então vai haver um fim.... Vamos morrer de quê? De doenças transmissíveis. Alguma coisa vai ter que nos matar. Depois da última pessoa do painel falar, eu pedi a palavra e disse: eu queria saber... aliás... eu pedia que fechassem os olhos e me dissessem com que idade é que vocês acham que vão morrer. Então vamos lá... com menos de 70?... não tinha ninguém. De 70 a 79... já tinha alguns. De 80 a 89, uma porção deles. De 90 para mais... Então este grupo vai morrer a partir dos 80 anos. Então fechem os olhos de novo... De que é que vocês acham que vão morrer? Quem é que vai morrer de sarampo? Claro, não tinha ninguém. Quem acha que vai morrer de varicela? Quem é que acha que vai morrer de gastroenterite? Ninguém, ninguém... Quem é que acha que vai morrer de câncer? Tinha uns poucos. De derrame? Tinha alguns. De doença cardiovascular? Montes. Então este grupo vai morrer depois dos 80 anos e preferencialmente de doença rápida, doença do coração, "puf". Agora vamos ver onde é que acham que vão morrer. Fechem os olhos e pensem onde é que vão morrer. Quem é que vai morrer no hospital? Quem é que vai morrer em residência geriátrica? Quem é que acha que vai morrer em casa? Então vocês são um bando de irrealistas. Vocês profissionais de saúde sabem que cada vez mais a morte é institucionalizada. A morte vai-se dar depois dos 70, por doenças não transmissíveis. Pensam que vão morrer do coração... Não. Vai ter muita gente morrendo de Parkinson, de Alzheimer, de doença chata, que baixa a qualidade de vida e temos que nos preparar para isso. Não nos preparamos para erradicar as doenças não transmissíveis porque é um slogan inatingível e indesejável, porque se a gente erradicar as doenças não transmissíveis, a gente vai morrer das transmissíveis. Eu prefiro morrer das não transmissíveis, se não eu vou morrer de gripe. Retomando o assunto da erradicação da pobreza. Não se vai erradicar... também porque pobreza é um conceito relativo. É sempre em relação aos outros. Se você subir muito o nível de vida de todo mundo, aqueles que não atingem esse nível passam a ser os pobres. Por exemplo, um pobre nos Estados Unidos com aquele rendimento per capita é um rico na África. É tudo relativo. Mas vemos as desigualdades que estão sendo criadas. Até na contramão da história hoje, o Brasil está conseguindo finalmente diminuir a desigualdade social, com

políticas sociais, e o resto do mundo está indo na contramão. As desigualdades estão aumentando, inclusive na Europa. Quando eu dei o exemplo de que os 6 proprietários da Walmart, que é um supermercado popular que vende para gente pobre, têm um rendimento entre eles maior do que os 30%, o terço na base da pirâmide socioeconômica dos Estados Unidos, que são os que compram e os que dão lucro para esses 6. Está alguma coisa errada. Então se você me perguntar o que é que eu faria, eu faria muita coisa para diminuir a desigualdade social. Eu talvez fizesse à brasileira...sem tirar dos ricos, mas dando aos pobres!

Gostaríamos de lhe fazer uma última pergunta, que aliás deveria ter sido a primeira: quem é Alexandre Kalache?

Alexandre Kalache é um médico, que é resultado de uma mescla de várias culturas, eu tenho um avô português do Porto, eu tenho uma avó do Norte de Itália, eu tenho uma avó grega e um avô libanês e um pai sírio. Eu sou fruto da cultura mediterrânea e para combinar tenho uma casa em Espanha que era o que faltava. São culturas muito vivas, afetivas, gregárias. As coisas dão-se em torno da mesa, da cozinha. A cozinha na minha casa é o ponto central da casa, é a alma. A nossa cozinha latina, mediterrânica...Eu sou fruto disso porque eu recebi muita coisa desses idosos da minha família. Quando eu era criança não tinha televisão, quanto mais videogame... Então a opção era brincar com as crianças da minha idade, que eu achava meio chato, ou ficar ouvindo as histórias desses idosos. Eu ficava ouvindo... e achava fascinante. Um dia eu consegui transformar isso no foco do meu desenvolvimento profissional. Então o que eu faço, e me emociona, é puramente por amor. E foi o que eu fui construindo. Foi um privilégio ter gente que fica à cata daquilo que pode fazer a diferença para si e para os outros. Eu percebi que a minha vocação era trabalhar com envelhecimento em 1975.... É, o Alexandre Kalache é um pouco isso...

Então é um sonho concretizado e reconhecido...

É. Eu também tive o privilégio de andar pelo mundo. Ainda o mês passado estava na Austrália, Los Angeles, Costa Rica, voltei para a Europa, Praga, Londres, Bilbao. Hoje eu estou em Lisboa, 2.^a feira vou estar em ... Barcelona, com uma mensagem que me fascina. Tenho, modéstia à parte, a capacidade de transmitir entusiasmo para as outras pessoas.

Introdução

A solidão é um tema relevante no âmbito do processo de envelhecimento. As pessoas mais velhas reformam-se e afastam-se dos contextos de trabalho que preenchiam grande parte das suas vidas, vivenciam as mortes dos seus pares e sofrem outras perdas relacionadas com a idade, o que pode desencadear sentimentos de solidão. A experiência de solidão traduz-se numa condição negativa para os seres humanos e contribui para uma fraca qualidade de vida. Apesar das condições objetivas que contribuem para a solidão, a experiência subjetiva é de alguma forma universal e independente das condições socioeconómicas, constituindo um desafio para aqueles que trabalham na área do envelhecimento. O sentimento de solidão tem consequências negativas no bem-estar subjetivo, e na saúde física mental das pessoas.

Não existe uma definição universal de solidão, no entanto, de forma geral, corresponde a uma privação percebida do contacto social, a falta de pessoas disponíveis ou dispostas a partilhar experiências sociais e emocionais, um estado no qual os indivíduos tem o potencial para interagir com os outros mas não o fazem, ou uma discrepância entre a interação real com os outros e a desejada (Victor et al. 2000; Gierveld 1998).

É fundamental distinguir entre solidão e isolamento social (e.g. Wenger et al. 1996). Existem muitos processos cognitivos que medeiam as características da rede social, o isolamento social e a experiência da solidão (Gierveld 1987). A situação de isolamento social é uma condição de ausência de contactos sociais, provocada por condições objetivas do contexto social e físico em que as pessoas habitam, nomeadamente o residir em zonas remotas ou, no contexto urbano, não obstante haver pessoas por perto, não haver contactos, por ausência de família ou esta ser inacessível, nem inexistirem redes informais de vizinhança que prestem apoio instrumental ou outro. O sentimento de solidão pode resultar desse isolamento social ou não decorrer dele. Pessoas que vivem isoladas ou sempre viveram isoladas, nomeadamente por opção pessoal, podem não sentir solidão, mesmo quando sentem falta de apoios para a manutenção da vida. Da mesma forma, o

* Licenciada em Psicologia e doutorada em Ciências Biomédicas pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Professora Catedrática de Psicologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto e Diretora da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP. Integra a equipa do European Master in Gerontology (EuMaG).

estar rodeado de gente não resolve com frequência os sentimentos de solidão, como se verifica em muitas situações de institucionalização. Do ponto de vista fenomenológico pode acontecer algo como Camões relatava sobre a experiência de Amor: “É andar solitário entre a gente”, aqui transposta para a condição de uma vivência absolutamente individual e intransmissível que é a experiência do próprio envelhecimento, na sua relação com a vida e a morte, a condição humana enquanto vivência única de cada ser individual. Cada personalidade, com a sua história de alegrias e tristezas pode ser objeto de compaixão por parte do outro, mas a sua experiência é estritamente pessoal, ainda que em parte possa ser compartilhada. Seja qual for a idade e a condição da pessoa, o sentimento de solidão pode invadir a vida como uma condição negativa, mais ou menos suportável e com prováveis consequências adversas a vários níveis.

Muitas investigações recentes mostram que é mais importante a avaliação que a pessoa faz dos seus relacionamentos, do que o número de contactos sociais na rede social (Victor et al. 2000; Routasalo et al. 2006). A solidão compreende duas dimensões primárias, ambas reconhecidas como experiências negativas: a solidão emocional e a solidão social. A primeira refere-se à falta de outros a quem o indivíduo possa estar emocionalmente ligado e ter um vínculo social desejado, enquanto a solidão social diz respeito ao número real de pessoas na rede social, referindo-se à falta de uma rede social desejável (Weiss 1973).

Dentro da solidão emocional, Ditommaso et al (2004) propõem o conceito de solidão romântica. Quando ocorre a perda de um relacionamento íntimo – viuvez – os idosos tornam-se mais vulneráveis à solidão. A forma mais simples de uma rede é uma díade social (p.e. relacionamento conjugal), e o impacto de se perder alguém amado é enorme, particularmente no caso de uma relação de longa duração. Não só se verifica a perda de um parceiro para partilhar pensamentos e sentimentos íntimos, mas também um parceiro que presumivelmente dava um apoio crucial e encorajamento para enfrentar os desafios do processo de envelhecimento.

A solidão é uma questão popular, nomeadamente nos meios de comunicação que frequentemente referem a solidão na velhice, correspondendo, na maioria dos casos, a estereótipos negativos sobre pessoas idosas. Há 3 mitos sobre a solidão: 1) a solidão é comum apenas entre os idosos; 2) pessoas de países do Norte da Europa, considerados países mais individualistas, são mais solitárias do que pessoas nos países de Sul que dão mais ênfases à família e 3) a solidão tem

crescido ao longo das últimas décadas. No primeiro mito, a solidão dos idosos aparece sobrestimada pelos outros, mas ao fazer-se uma revisão da literatura, pode observar-se uma distribuição da solidão em forma de U, com maior solidão no grupo dos 15-24 anos, descendo nas faixas etárias seguintes e crescendo novamente nas pessoas mais velhas, com 80 ou mais anos. No que se refere ao diferencial de prevalência Norte-Sul há um consenso geral sobre a existência de taxas mais elevadas nos países de Sul e do Leste, não sustentando a ideia de que os países individualistas têm maiores taxas de solidão. As explicações prováveis passam por considerar as diferentes características individuais; as diferenças entre os países, ou a interação entre ambos. O último mito sobre o crescimento da solidão nas últimas décadas, não foi comprovado. De facto, nenhum destes mitos foi comprovado na vasta literatura científica sobre solidão (Dyskstra, 2009).

A solidão é reconhecida como um estigma social (Rokach, 2012). Este autor classifica três tipos de experiência de solidão: 1) a solidão como um fenómeno universal que é fundamental para o ser humano; 2) a solidão como uma experiência subjetiva influenciada pelas variáveis pessoais e situacionais e 3) a solidão como uma experiência complexa e multifacetada, dolorosa, angustiante e pessoal. No que se refere a explicações sobre solidão são enumerados os seguintes tipos de argumentos: a) características sociais da rede; b) relacionamentos padrão e expectativas e c) baixa autoestima que inibe o sujeito ou retrai os outros de interagirem (Dyskstra, 2009). Enquanto que os dois primeiros argumentos são de natureza mais sociológica, o último é mais psicológico e apela às características pessoais e história de vida que pode condicionar a experiência da solidão.

Considerando, por um lado, a associação conhecida entre a solidão e a mortalidade e, por outro, o suporte social e a solidão, Uchino (2004) apresenta um modelo que relaciona a integração social e o suporte social com a saúde física, afirmando que a forma como a solidão influencia o efeito da integração social na mortalidade ainda não foi estudada. Este é um desafio que persiste e passa por estabelecer a diferença clara entre os conceitos de solidão e isolamento social, para encontrar uma hipótese da associação da solidão com a saúde física.

Prevalência e principais tendências sobre a solidão

A prevalência da solidão varia amplamente entre estudos devido às diferentes concepções sobre solidão e métodos de avaliação. Aconselha-se o estudo quer

do isolamento social, quer do isolamento social percebido (solidão) durante o processo de envelhecimento, em amostras na comunidade e culturalmente distintas (Rokach et al. 2004).

A percentagem de idosos, nos países europeus, que muitas vezes se sentem sozinhos como referido pelo Walker and Maltby (1997) vai desde os 5% na Dinamarca até 36% na Grécia. Países do Norte, como o Reino Unido, mostram uma taxa de solidão baixa, comparando com os países mediterrânicos, apesar de terem baixos valores de contactos sociais e uma percentagem elevada de idosos que vivem sozinhos. Há estudos similares que mostram que as pessoas que vivem em países do Norte da Europa referem menor solidão do que as pessoas que vivem em países do Sul, nos quais as famílias parecem mais unidas e nos quais seria esperado que os relacionamentos mais próximos prevenissem a solidão (Dykstra 2009).

Num estudo transcultural recente (SHARE) sobre diferenças da solidão em pessoas idosas, verificou-se a divisão Norte-Sul da Europa, com as mais baixas taxas de solidão na Dinamarca, Suíça e Holanda e as mais elevadas na Grécia, Espanha e Itália mas também na França (Fokkema et al. 2012). Os países da Europa Central, como a República Checa e a Polónia, também apresentaram elevada prevalência de solidão, juntando-se aos países do Sul.

Há uma percepção de senso comum que considera que a solidão e o isolamento se tornaram mais prevalentes na atualidade, especificamente na Grã-Bretanha, como resultado das alterações na estrutura familiar, em particular depois da 2.ª Guerra Mundial. Para confirmar a veracidade deste pressuposto, foi feita uma comparação entre dados antigos (dados estatísticos ingleses de 1945-1960) e recentes (Victor et al. 2002). No geral, a prevalência da solidão varia entre os 5 e os 9% e não existe crescimento. As taxas para grupos específicos de idade ou género também se mostraram estáveis. A solidão diminuiu de 32% em 1945 para 14% em 1999 entre aqueles que viviam sozinhos, à semelhança do que se verificou noutros estudos (ex. Dykstra 2009). As taxas de solidão apresentadas noutras pesquisas britânicas de maiores dimensões, variavam entre os 5% e os 16% em pessoas com 65 e mais anos, reconhecendo-se que devido à existência do estigma associado, a solidão no Reino Unido pode estar subestimada (Victor et al. 2002). Numa amostra representativa da população britânica, os sentimentos de solidão foram indicados por 7% dos idosos, variando entre 3% no grupo dos

65-69 anos e os 13% no grupo com 80 e mais anos. Mais mulheres (8%) do que homens (5%) referiram sentimentos de solidão (Paúl et al. 2006). A solidão parece ser comum somente nos muito velhos (Dykstra 2009).

Em Portugal um estudo de Paúl e Ribeiro (2009) abrangendo 1266 pessoas entre os 50 e os 101 anos (média de idade 70.32, dp 8.66 anos) verificou-se uma prevalência de 4.6% de pessoas que referem sentir sempre solidão e 11.7% de pessoas que referem a solidão como frequente. Apesar de apenas 7% das pessoas apresentarem uma rede social pequena, um total de 16.3% referia solidão, não havendo coincidência entre a extensão da rede e o sentimento de solidão. O sentimento de solidão era mais frequente à noite (19%) e 12% das pessoas referiram um aumento de solidão relativamente ao ano anterior. Verificou-se variação com o género, havendo mais mulheres a sentirem-se sozinhas (20.4%) do que os homens (7.3%). As pessoas com menor escolaridade apresentavam mais solidão (25.8%). O número de pessoas que se sentem sós aumenta com a idade: 9.9% no grupo dos 50-64 anos, 16.3% no grupo dos 65-74 anos, 20.9% no grupo dos 75-84 anos e 26.8% no grupo com 85 e + anos. A solidão era mais frequente nos viúvos (30.6%) e solteiros (15.8%) do que em pessoas casadas (9.2%) e era maior em pessoas que viviam sozinhas (32.1%) e que viviam com filhos (19.5%), do que nas que viviam com o cônjuge (10.4%) ou com outros (10.3%). As pessoas idosas que percebiam a sua saúde como fraca ou muito fraca tinham a percentagem mais elevada de solidão (78.7%), seguida das que percebiam a sua saúde como razoável (13.7%) e boa e muito boa (11.3%). As pessoas com perturbação psicológica tinham uma percentagem de solidão mais alta (40.1%) do que as outras (9.1%), de igual forma quem tinha défice cognitivo reportava mais solidão (33.6%) do quem não tinha (14.6%).

Um estudo de prevalência no Reino Unido utilizando dados do Inquérito Social Europeu incluindo pessoas desde os 15 anos, mostrou novamente uma distribuição em forma de U, confirmando maior solidão em pessoas abaixo dos 25 anos e novamente em pessoas com 65 e + anos.

A depressão surge associada à solidão para todos os grupos de idade mas a saúde física está associada à solidão em jovens e pessoas de meia-idade mas não em pessoas idosas. Curiosamente para os idosos, a qualidade das relações sociais é um facto protetor da solidão, enquanto que para os jovens é a quantidade das relações sociais que está associada à solidão (Victor e Yang 2012). Este estudo

corroborar o de Pinquart e Sorensen (2001) que também encontraram uma forma em U para associação entre a idade e a solidão, em que a qualidade ao invés da quantidade das redes sociais está mais correlacionada com a solidão. O recurso a amigos e vizinhos parecem ser mais eficazes para lidar com a solidão do que a família. O género (ser mulher), ter nível socioeconómico baixo, baixas competências e viver em lares de idosos está também associado a maior solidão. Uma tendência crescente para o desenvolvimento de solidão na velhice foi observada num estudo prospetivo de 28 anos de Aartsen and Jylhä (2011) baseado em dados de Tampere, Finlândia (TamELSA). Aproximadamente 1/3 das pessoas que não têm solidão no início do estudo desenvolveram sentimentos de solidão ao longo do tempo.

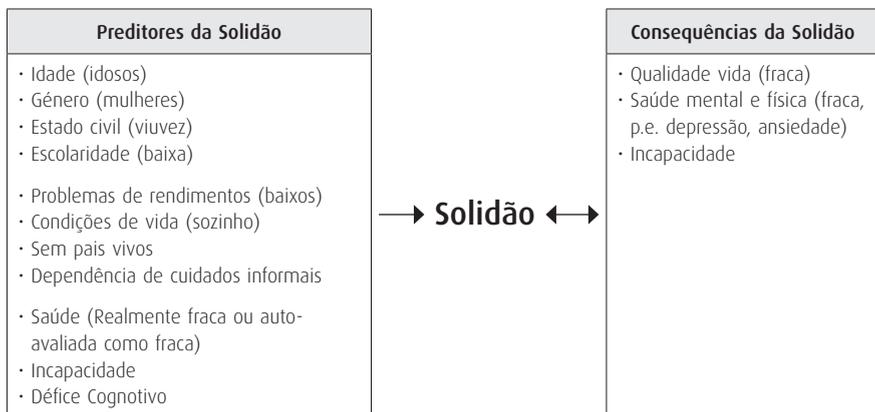
Numa meta-análise dos resultados da investigação sobre solidão em idosos, Pinquart e Sorensen (2001) concluíram que 5-15% dos idosos referiram sentir frequentemente solidão. Jones et al. (2001), compararam a solidão em meios urbanos e rurais e encontraram uma prevalência de 2% e 5% respetivamente. As mulheres sentiam-se mais sós do que os homens, e a solidão aumentava com a idade, embora a associação do género com a solidão ainda não esteja totalmente clara, uma vez que Routasalo and Pitkala (2003) encontraram resultados opostos. Num estudo extenso com finlandeses com 74 e mais anos, verificou-se que 39.4% das pessoas da amostra sentia solidão, mas esta por sua vez não estava associada à frequência de contactos com filhos e amigos, mas sim com a satisfação com esses contactos (Routasalo et al. 2006). Alguns estudos mais antigos sugeriram que esse sentimento de solidão é mais comum entre pessoas com 75 e mais anos do que em adultos jovens, mas que a prevalência de níveis de solidão desce após os 90 anos (Anderson 1998).

Considerando a diferenciação entre solidão social e emocional, Drennan et al. (2008) descobriu que a solidão social e familiar era mais baixa entre idosos na Irlanda mas uma forma específica de solidão, que diz respeito a relacionamentos próximos com um parceiro ou amigos era relativamente elevada. Estes autores utilizaram a Escala SELSA-S Ditommaso et al. (2004) para medir a solidão, e esse instrumento introduziu a dimensão de solidão emocional chamada "solidão romântica", como foi referido anteriormente.

A explicação da solidão varia se for considerado o nível individual *versus* o nível do país e os autores referem que a variação da solidão entre países é atribuível ao estado civil (solteiro), estatuto socioeconómico e fraca saúde. Outras variáveis

são apontadas em alguns países (p.e. Espanha) e são a proporção de pessoas que não têm pais vivos, e que são cuidadores informais ou pessoas que dependem de algum cuidador familiar (e.g. República Checa). Problemas financeiros e de saúde parecem ser fortes preditores de solidão (ex. Portugal), apesar da associação entre solidão e relacionamentos sociais ser mais consensual (Fokkema et al. 2012).

Figura 1 – Variáveis hipotéticas associadas com a solidão em redes causais hipotéticas.



Muitos dos estudos sobre solidão são transversais, impedindo o estabelecimento de relações causais da solidão. As associações parecem seguir as tendências esperadas: os mais idosos, as mulheres, os viúvos(as), as pessoas com baixa escolaridade e rendimento, as pessoas que vivem sozinhas, com saúde fraca ou com incapacidade, estão mais propensos à solidão (ver fig. 1). Apesar da solidão ser vista frequentemente como um resultado, pode também ser vista como uma variável causal. Na primeira hipótese tem de se considerar quais são as variáveis preditivas associadas à solidão em diferentes contextos; na segunda hipótese tem que se verificar quais são os efeitos da solidão, concretamente no que diz respeito à saúde física e mental. Pessoas sós poderão ter estilos de vida menos ativos e baixo autocuidado, tornando-se mais suscetíveis à incapacidade e doença, ou pessoas idosas com saúde fraca podem sentir dificuldades em manter relações sociais porque não conseguem comunicar apropriadamente, querem esconder a sua condição, ou simplesmente porque os contactos sociais se tornaram mais difíceis, deixando-as socialmente isoladas e sós. De qualquer forma, surge a

vulnerabilidade no envelhecimento e de acordo com Cacioppo et al. (2003), a solidão constitui um risco elevado para a morbilidade e mortalidade mas que ainda é pouco compreendido.

A solidão, mais do que uma condição objetiva, aparece como um sentimento negativo acompanhando o processo de envelhecimento numa percentagem significativa de pessoas idosas, independentemente da sua rede social e condições de vida. Além disso, a par dos determinantes socioeconómicos da solidão, há outras variáveis que poderão estar associadas a sentimentos negativos de solidão. Os preditores de solidão no Reino Unido são ser divorciado/separado ou viúvo e não ter qualidade de vida (Paúl et al. 2006). Os dados confirmam as associações esperadas entre solidão, viuvez, auto-perceção de saúde fraca, perturbação psicológica e défice cognitivo, mas falham na demonstração da associação com o género, idade, condições de vida, redes sociais ou o número de problemas de saúde, quando controladas todas as outras variáveis do modelo à semelhança do encontrado noutros estudos (ex. Routasalo e Pitkala 2003; Prince et al. 1997). Algumas associações relativas entre solidão e preditores sociais de isolamento (condições de vida, concretamente viver só ou não ter redes sociais) não são significativos no modelo ajustado de solidão, com a exceção de ser viúvo/viúva que entra como preditor, sendo ambos relevantes quer do ponto de vista teórico, quer prático. Estes dados sugerem a independência dos conceitos de isolamento social e emocional, por um lado, e por outro a natureza subjetiva e afetiva da solidão na velhice. Perspetiva semelhante, foi referida por Hughes et al. (2004), que verificou que o isolamento objetivo e subjetivo estão modestamente relacionados, o que reforça a ideia de que os aspetos qualitativos e quantitativos das relações sociais são distintos.

De acordo com Routasalo e Pitkala (2003) os fatores demográficos (idade, viuvez, ter cuidado formal e viver só) aparecem frequentemente referidos em estudos transculturais, enquanto fatores sociais (baixo número de contactos sociais ou poucas amizades) aparecem somente em poucos estudos de base populacional ou estudos com amostras pequenas. Num artigo posterior Routasalo et al. (2006) mostrou que apesar de viverem sós e estarem deprimidos, as pessoas idosas referiram sentimentos de serem incompreendidos e a presença de expectativas frustradas com os contactos e outros preditores relevantes de solidão.

No estudo português, referido acima, com residentes na comunidade, Paúl e Ribeiro (2009) mostraram que ser viúvo, ter auto-perceção de saúde como fraca ou muito fraca, ter perturbação psicológica, e declínio cognitivo, estão associados a solidão. A solidão familiar podia prever-se pelo contexto rural, ser homem, ter menos rendimento, ser viúvo, não ter acesso a transportes, ter pouco contacto com os filhos e familiares e ser cuidador em sua própria casa. Por sua vez o estado civil particularmente a viuvez, nunca ter casado ou ser divorciado predizem a solidão romântica. Os autores concluíram que a qualidade das relações sociais e familiares podem não ser o suficiente para proteger as pessoas idosas da experiência de uma solidão romântica, o que significa que a solidão é claramente uma experiência complexa e multifacetada que pode afetar os idosos social e emocionalmente.

De acordo com Prince et al. (1997) a solidão é mais comum entre as pessoas que vivem sós; têm pouco suporte de vizinhos ou contacto com amigos; estão com más relações com os filhos; são mulheres com mais de 82 anos. Ter habitação de melhor qualidade foi associada com menor solidão. Não foi encontrada nenhuma associação entre a solidão e não ter filhos, ou ter contacto frequente com parentes. A associação de sintomas depressivos com a solidão parece semelhante ao longo do curso de vida, apesar da sua prevalência poder variar com a idade (Nolen-Hoeksema and Ahrens 2002). Estes autores mostram uma diminuição dos níveis de depressão e solidão em pessoas com idades compreendidas entre os 65-75 anos, comparando com sujeitos jovens, apesar da solidão se correlacionar significativamente com a depressão em todas as faixas etárias. Em resumo, a maioria dos estudos aqui analisados referem um aumento do risco de solidão em pessoas idosas e mulheres (e.g. Jones et al. 1985; Routsala et al. 2006; Prince et al. 1997; Uchino et al. 2004). É menos consensual a associação das variáveis como a viuvez, as habilitações literárias ou os rendimentos e a solidão.

Conclusão

A solidão no envelhecimento é um tema muito popular nos media, apesar de ser frequentemente encarado com preconceito. Não existem dúvidas de que a solidão é um problema grave para os idosos e considerando a sua associação com as consequências adversas para a saúde, quer seja de um ponto de vista mental ou físico, deve ser dada atenção especial a este assunto. As principais descobertas acerca da solidão são: 1) é uma experiência subjetiva comum; 2) é uma condição

negativa para os seres humanos; 3) a prevalência da solidão é maior nos países do sul da Europa; 4) a solidão é mais prevalente nos grupos de jovens e idosos do que nos grupos de adultos de meia-idade; 5) a solidão está associada a diversas variáveis apesar da direção da associação, como causa ou consequência, estar longe de ser clara; 6) muito provavelmente, as variáveis pessoais e contextuais tem uma relação bidirecional.

As múltiplas variáveis associadas à solidão assim como a diversidade de consequências possíveis tornam um problema muito difícil de resolver, quer seja do ponto de vista psicológico ou social. Os tipos de intervenções que têm sido referidas mostram relativamente pouca eficácia e provavelmente o assunto deverá ser abordado numa perspetiva psicológica e social e através de estratégias inovadoras.

Devido às grandes alterações na conceção do trabalho e reforma, novas estruturas familiares que se abrem a diversas redes, ao uso massivo das novas tecnologias da informação e comunicação e ao incentivo à participação social das pessoas que se mantêm cada vez mais ativas, provavelmente assistiremos a um menor isolamento social. Será que isto vai diminuir a solidão? Provavelmente não é assim, as variáveis de natureza mais individual associadas à solidão precisam de ser abordadas numa perspetiva psicológica. Teremos de concentrar os nossos esforços em pessoas com doenças de longa duração que as impedem de ter atividades sociais, e estar atentas aos sinais de depressão e perturbação psicológica que co-existem com a solidão, provocando uma dupla sobrecarga e consequências negativas no processo de envelhecimento.

Referências

- ANDERSON, L. (1998), *Loneliness research and interventions: a review of the literature*. Aging Mental Health, 2, 264-74.
- AARTSEN, M., JYLHÄ, M. (2011), *Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study*. Eur J Ageing, 8, 31-38.
- BOWLING, A., EDELMANN, R., LEAVER, J. and OEKEL, T. (1989), *Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over 85 year olds*. Personal Individ Diff, 10, 1189-92.
- CACIOPPO, J., HAWKLEY L., BERNSTON, G. (2003), *The anatomy of loneliness*. Current Directions in Psychological Science, 12, 71-74.
- DEN OUDEN, M., SCHUURMANS, M., ARTS, I., VAN DER SCHOUW, Y. (2011), *Physical performance characteristics related to disability in older persons: a systematic review*. Maturitas, 69, 208-219

- DITOMMASO, E., BRANNEN, C., BEST, L. (2004), *Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional scale for adults*. *Educ Psychol Meas*, 64, 99-119.
- DRENNAN, J., TREACY, M., BUTLER, M. et al (2008), *The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland*. *Ageing Soc*, 28, 1113-32.
- DYSKSTRA, P. (2009), *Older adult loneliness: myths and realities*. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100
- EY2012 Coalition. (2012) *European Programme for Employment and social solidarity (PROGRESS)*. European Year for Active Ageing and Solidarity Between Generations.
- FOKKEMA, T., GIERVELD, J. and DYKSTRA, P. (2012), *Cross-National differences in older adult loneliness*. *The Journal of Psychology*, 46, 201-228.
- GIERVELD, J. (1998), *A review of loneliness: Concept and definitions determinants and consequences*. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80
- GIERVELD, J. (1987), *Developing and testing a model of loneliness*. *J Personality Social Psychol*, 53,119-28.
- HUGHES, M., WAITE, L., HAWKLEY, L., CACCIPOPO, J. (2004), *A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies*. *Res Aging*, 26: 655-672.
- JONES, D., VICTOR, C., VETTER, N. (1985), *The problem of loneliness in the elderly in the community: characteristics of those who are lonely and the factors related to loneliness*. *Journal of the Royal College of General Practice*, 35, 136-139.
- KRAMER, M. (1980), *The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities*. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 62, 282-297.
- NOLEN-HOEKSEMA, S., AHRENS, C. (2002), *Age differences and similarities in correlates of depressive symptoms*. *Psychology and Aging*, 17, 116-124.
- Organização Mundial de Saúde (2002), *Active Aging: A policy framework*. WHO/NMH/NPH/02.8
- PAÚL, C., RIBEIRO, O. (2009), *Predicting loneliness in old people living in the community*. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2009 19, 53-60
- PAÚL C., AYIS, S., EBRAHIM, S. (2006) *Psychological distress, loneliness and disability in old age*. *Psychol Health Med*, 11, 221-32.
- PINQUART, M., SORENSEN S. *Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis*. *Basic Appl Social Psychol*, 23, 245-66.
- PRINCE, M., HARWOOD, R., BLIZARD, R., THOMAS, A., MANN, A. (1997), *Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age*. *The Gospel Oak Project VI*. *Psychological Medicine*, 27, 323-332.
- ROKACH, A. (2012), *Loneliness Updated: An Introduction*. *The Journal of Psychology*, 146, 1-6.
- ROKACH, A, ORZECK, A., NETO, F. (2004) *Coping with loneliness in old age: a cross cultural comparison*. *Curr Psychol*, 23, 124-37.

- ROUTASALO, P., SAVIKKO, N., TILVIS, R., STANDBERG, T., PITKALA, K. (2006), *Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study*. Gerontol Behav Sci Section, 52, 181-87.
- ROUTASALO, P., PITKALA, K. (2003), *Loneliness among older people*. Rev Clin Gerontol, 13, 303-11.
- UCHINO, B. (2004), *Social support & physical health*. New Haven, CT: Yale University Press.
- VICTOR, C., YANG, K. (2012), *The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom*. The Journal of Psychology, 146, 85-104.
- VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOND, J., BOWLING, A. (2000), *Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone*. Reviews in Clinical Gerontology, 10, 407-417.
- VICTOR, C., SCAMBLER, S., SHAH, S., et al. (2002), *Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts*. Ageing & Society, 22, 585-587.
- WALKER, A., MALTBY, T. (1997), *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- WEISS, R. (1973), *Loneliness: the Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge: MIT Press.
- WENGER, G., DAVIES, R., SHAHTAHMASEBI, S., SCOTT, A. (1996), *Social isolation and loneliness in old age: review and model*. Ageing Soc, 16, 333-43.

Evolução das respostas sociais em Portugal 2006-2010

Ignacio Martin^{*}; Mariana Letra^{**}

O aumento da população idosa com conseqüente agravamento de pessoas com dependência implica necessariamente mudanças na estrutura de serviços para a terceira idade. Daí a importância da planificação dos serviços sociais para pessoas idosas, para auxiliar na tomada de decisões acerca da abertura (ou não) deste tipo de equipamentos, e neste âmbito por meio de análises de dados secundários (Angulo & Jiménez, 2004).

A respeito de análises de dados secundários, existem dois procedimentos diferentes para a realização de planeamento por meio de análises de dados secundários. Em primeiro lugar, é possível usar *standards* que possibilitem uma quantificação aproximada da necessidade de equipamentos. Estes indicadores normativos são valores propostos e recomenda-se o seu alcance por parte de diferentes serviços dirigidos à população idosa. Segundo Sola (1991, citado por Angulo & Jiménez, 2004), para a população com idade igual ou superior a 65 anos e para a resposta social de Centro de Dia, os valores aconselhados variam entre 0,5 e 1 por cento; para a resposta de Lar entre os 3 e os 5 por cento e para os Serviços de Apoio Domiciliário o *standard* recomendado varia entre 4 e 10 por cento.

O segundo procedimento consiste na análise comparativa entre rácios de diferentes zonas geográficas. Este tipo de trabalho normalmente utiliza comparações entre as taxas de capacidade e de utilização. A taxa de capacidade é calculada a partir do número total de vagas existentes no equipamento pelo número de idosos existentes na zona, com idade igual ou superior a 65 anos, multiplicadas por cem. A taxa de utilização é calculada a partir do número total de utilizadores registados

* Licenciado em Psicologia pela Universidade de Salamanca, realizou a pré-especialização em Psicologia Clínica na Universidade do Minho e concluiu o doutoramento em Ciências Biomédicas no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Atualmente é professor auxiliar na Secção Autónoma de Saúde da Universidade de Aveiro e leciona, sobretudo, cadeiras associadas às políticas e aos serviços sociais para a terceira idade. É membro fundador da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UnIFai) integrada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. No âmbito das atividades desta unidade coordena o Projeto Investigação e Desenvolvimento em Equipamentos Gerontológicos (site oficial do projeto: www.ideg.com.pt). Na área dos serviços sociais para a terceira idade tem desenvolvido alguns temas de interesse, nomeadamente no que diz respeito ao planeamento de equipamentos sociais para a terceira idade, sobretudo através da análise de dados secundários, e no qual se inclui o presente trabalho. Paralelamente à investigação, tem desenvolvido uma dinâmica atividade ao nível da formação de recursos humanos na área de ação social, dotando-os de conhecimento para e como liderar projetos complexos. (jmartin@ua.pt)

** Licenciada em Gerontologia pela Universidade de Aveiro (ESSUA) e finalista do mestrado de Gerontologia com especialização em Gestão de Equipamento Sociais na mesma universidade. Foi Bolseira de Integração na Investigação na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UnIFai), integrada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Auxiliou na tradução do instrumento Resident Assessment Instrument-Resource Utilization Group (RAI-RUG) e desenvolveu trabalho na área de planeamento sob orientação do Prof. Doutor José Ignacio Guinaldo Martin. (mariana.letra@ua.pt)

no equipamento pelo número de idosos existentes na localidade, com idade igual ou superior a 65 anos, multiplicadas por cem.

O objetivo deste trabalho é fazer uma análise de dados secundários da estrutura de serviços sociais para a terceira idade em Portugal. A nossa análise focar-se-á em três aspetos objetivos específicos. Em primeiro lugar procuramos descrever a evolução da oferta dos serviços sociais entre o período de 2006 a 2010; em seguida identificar, por meio da utilização de *standards*, a taxa de capacidade de cada serviço no ano 2010, e por último, analisar se o aumento de oferta originou uma verdadeira utilização de cada serviço por parte da pessoa idosa com dependência.

Metodologia

Este trabalho pretende realizar um estudo a partir de duas compilações de dados estatísticos: *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal _ 2006* (Martín *et al.*, 2007) e *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal _ 2010* (Letra *et al.*, 2011).

Para a criação de ambos os documentos procedeu-se a um levantamento exaustivo de todos os equipamentos sociais de apoio a idosos no território continental. Foram contabilizadas a tipologia, a capacidade, o número de idosos que os usam, bem como a população idosa residente. Os dados relativos aos equipamentos sociais foram extraídas da base de dados da Carta Social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006), e Carta Social (Ministério da Segurança Social, 2010). Os dados demográficos foram obtidos a partir dos Censos 2001 (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2001). A partir destes dados foram desenvolvidos indicadores, nomeadamente, as taxas de ocupação e de utilização de Centro de Dia, Serviço de Apoio Domiciliário e Lares de Idosos, desagregados por concelho, distrito e, globalmente, no continente, assim como o rácio utilização-capacidade desses equipamentos.

A análise destes valores, com uma série cronológica de quatro anos, objetiva a compreensão do percurso português no que diz respeito ao sistema formal de cuidados. Esta compilação de dados pretende identificar as grandes dinâmicas associadas à evolução da oferta de serviços sociais para a terceira idade no período de quatro anos. Foram desenvolvidos como indicadores a taxa de capacidade e utilização e o rácio de utilizadores/capacidade dos Centros de Dia, Serviço de Apoio

Domiciliário e Lar. Neste último foram contabilizadas as respostas de Lar, bem como as Residências para idosos (nomenclatura utilizada na data da recolha de dados).

Resultados

Serão apresentadas estatísticas descritivas relativamente aos equipamentos de respostas para pessoas idosas. A presente tabela permite fazer uma série de análises relativas aos rácios apresentados para os diferentes distritos e a nível nacional. Segue-se uma exposição sobre as tendências obtidas a partir da observação dos dados adquiridos. (Tabela 1, pág. 50).

Resultado 1. *Aumento da oferta de Centro de Dia havendo neste momento uma subutilização deste serviço*

Segundo o *standard* para Centro de Dia de Sola (1991, citado por Angulo & Jiménez, 2004), a cobertura da resposta de Centro de Dia, para a população com idade igual ou superior a 65 anos deveria estar entre 0,5 a 1%. Este *standard* é conseguido em todo o território português. Quando se compara os anos de 2006 e 2010 observa-se um claro aumento da capacidade desta resposta (superior a uma unidade), nos distritos de Beja (com um aumento de 3,83 para 4,68), Castelo Branco (com ascensão de 6,72 para 7,75), Leiria (passando de 1,94 para 2,84), Portalegre (aumentando de 4,72 para 5,67) e Viseu (com ascensão 4,49 para 3,64). Em contrapartida, observa-se um decréscimo da utilização nos distritos de Bragança (diminuindo de 6,01 para 5,46), Viana do Castelo (com um decréscimo de 1,90 para 1,08) e Guarda (com uma alteração de 9,87 para 7,75), sendo que este último apresenta a maior redução na taxa de capacidade.

No que respeita à taxa de utilização desta resposta regista-se um aumento no distrito de Setúbal, passando de 3,41 para 9,14. O distrito da Guarda diminuiu de 6,06 para 4,00 seguindo uma tendência inversa.

Nenhum dos distritos do território nacional apresenta valores superiores a uma taxa de utilização de 90%. O valor de 90% foi considerado pelos autores como ponto de referência para considerar uma utilização ótima do serviço. Um valor inferior a 90% significa uma subutilização dos serviços, e a existência de um valor superior a 100% significa sobreutilização. Uma situação adequada de utilização deverá estar situada entre os 90% e os 100%.

Resultado 2. *Aumento da oferta de Lar – oferta inferior à procura*

Os *standards* recomendados pelo mesmo autor, Sola (idem) para a resposta de Lar de idosos, incidem numa cobertura de 3 a 5% para a mesma população. Este *standard* é cumprido a nível nacional sendo que os distritos de Guarda (8,43), Beja (7,32) e Portalegre (8,21) ultrapassam significativamente o valor estandardizado.

Relativamente à resposta de Lar, comparativamente ao mesmo período de tempo, verifica-se uma subida tendencial da taxa de capacidade em 12 distritos, com maior destaque para os distritos de Setúbal, com uma subida 2,82 para 9,98, e Viseu com uma ascensão de 4,37 para 7,59.

No que respeita à taxa de utilização, verifica-se novamente uma subida deste valor nos distritos de Setúbal, aumentando de 2,65 para 9,76, e Viseu cujo valor alterou de 4,10 para 7,74. A taxa de capacidade/utilização apresenta uma subida tendencial. Os distritos de Aveiro, Beja, Évora, Portalegre, Vila Real e Viseu apresentam valores superiores a 100% e os restantes superiores a 90%.

Resultado 3. *Aumento da oferta do Serviço de Apoio Domiciliário até ao presente – oferta superior à procura*

Relativamente aos *standards* aconselhados por Sola (1991 citado por Ballesteros, 2004), para esta resposta, os seus valores encontram-se entre os 4 a 10% de cobertura para a população em causa. Analisando a tendência expressa a nível nacional, os valores encontram-se de acordo com o *standard* apresentado.

Os distritos de Porto (3,70) e Lisboa (3,79) são os únicos que se encontram abaixo dos valores propostos.

No que se refere à resposta de Serviço de Apoio Domiciliário, na maioria dos distritos portugueses, e para o mesmo período de tempo, verifica-se uma subida da taxa de capacidade, sobretudo no que toca aos distritos de Setúbal, com uma subida 3,07 para 11,89, Vila Real com uma ascensão de 6,54 para 10,44 e Viseu com uma alteração dos seus dados de 5,37 para 10,64.

A mesma dinâmica pode-se observar para a taxa de utilização da mesma resposta, tendo o distrito de Setúbal subido de 3,09 para 10,61, em Vila real aumentado de 6,39 para 9,33 e por último no distrito de Viseu verificou-se uma ascensão de 4,74 para 9,71.

A taxa de capacidade/utilização apresenta uma descida tendencial, sendo que dez distritos apresentam um valor inferior a 90%. Braga é o distrito que foge à tendência, tendo este valor aumentado e ultrapassado os 100%.

Conclusão

Este trabalho permitiu fazer um retrato do país em relação à distribuição da população idosa e serviços destinados a esta população. A análise da tabela 1 é um excelente exercício para identificar as grandes tendências associadas ao sistema formal de cuidados em Portugal.

Conclui-se que os equipamentos sociais destinados a pessoas de terceira idade aumentaram de forma significativa no território nacional, como se pode verificar, analisando a evolução da taxa de capacidade do serviço de Lar que aumentou de 4,14 para 5,49.

Este crescimento foi heterogéneo nos diferentes distritos do território nacional, por exemplo, para a resposta de Lar, há distritos com uma taxa de capacidade de 9,98 contrapondo com 2,90 de outro distrito.

Os serviços oferecidos por este tipo de equipamentos, apesar do seu crescente aumento, não significa que estes tenham uma total adesão, podendo verificar-se, em alguns casos, uma subutilização do respetivo serviço. Uma explicação para este facto poderá estar relacionada com a não adequação dos serviços prestados às necessidades reais da população mais idosa, especialmente os Centros de Dia.

Sendo este estudo uma análise de dados secundária, não nos poderemos esquecer das limitações que a ele estão inerentes. A fiabilidade do presente trabalho depende da fiabilidade dos dados que se encontram nas bases de dados às quais se recorreu. Neste sentido, os investigadores que trabalham com este método não podem controlar a sua fiabilidade por estar dependente de terceiros. As bases de dados secundárias são, por isso, considerados estudos prévios de outros, nomeadamente aqueles que recolhem dados primários por meio de amostras aleatórias (consideramos a metodologia mais adequada para o desenvolvimento de tarefas de planeamento).

Nota: Os dados do Distrito de Viana do Castelo não foram analisados por existir reticências relativamente à sua fiabilidade.

Tabela n.º 1 – Estatísticas por distrito e por equipamento 2006 e 2010_ Distritos portugueses

Distrito	CENTRO DE DIA						LAR						SAD					
	Tx. CAP>65		Tx. UT>65		UT/CAP		Tx. CAP>65		Tx. UT>65		UT/CAP		Tx. CAP>65		Tx. UT>65		UT/CAP	
	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010	2006	2010
Aveiro	3.01	3.25	2.31	2.66	0.77	0.81	2.79	4.30	2.77	4.32	0.99	1.00	3.80	4.72	3.53	4.47	0.93	0.95
Beja	3.83	4.68	1.67	2.07	0.44	0.44	6.49	7.32	6.22	7.06	0.96	0.96	6.90	8.54	5.23	5.88	0.76	0.69
Braga	1.78	2.12	1.33	1.76	0.75	0.83	3.80	3.88	3.62	3.89	0.95	1.00	4.97	5.71	4.53	5.76	0.91	1.01
Bragança	6.01	5.46	3.11	2.49	0.52	0.46	5.65	5.48	5.34	5.39	0.94	0.98	6.33	9.11	4.93	7.26	0.78	0.80
Castelo Branco	6.72	7.45	3.90	4.18	0.58	0.56	4.89	5.45	4.62	5.19	0.95	0.95	5.66	8.09	5.88	6.70	1.04	0.83
Coimbra	5.84	5.93	3.96	3.84	0.68	0.65	4.28	5.14	4.22	4.98	0.99	0.97	4.63	6.33	5.27	5.72	1.14	0.90
Évora	5.36	5.36	3.85	3.65	0.72	0.68	5.54	6.33	5.38	6.33	0.97	1.00	6.27	5.27	5.74	4.45	0.92	0.84
Faro	3.21	3.54	1.44	1.66	0.45	0.47	3.45	3.70	3.39	3.64	0.98	0.99	2.76	3.34	2.21	2.50	0.80	0.75
Guarda	9.87	7.75	6.06	4.00	0.61	0.52	7.49	8.43	7.10	8.19	0.95	0.97	9.02	11.30	7.49	8.52	0.83	0.75
Leiria	1.94	2.84	1.28	1.83	0.66	0.65	3.25	5.08	3.27	5.05	1.01	0.99	4.98	6.88	4.35	5.98	0.87	0.87
Lisboa	3.15	3.47	2.63	2.71	0.84	0.78	2.51	3.19	2.47	3.01	0.98	0.94	2.70	3.79	2.61	3.49	0.96	0.92
Portalegre	4.72	5.67	2.55	2.99	0.54	0.53	7.24	8.21	7.09	8.39	0.98	1.02	6.51	7.76	5.43	6.00	0.83	0.77
Porto	2.72	2.89	2.01	2.21	0.74	0.77	2.40	2.90	2.22	2.57	0.93	0.89	2.74	3.70	2.29	3.12	0.84	0.84
Santarém	4.11	4.17	2.95	2.85	0.72	0.68	3.36	3.66	3.30	3.56	0.98	0.97	4.45	4.99	4.38	3.85	0.99	0.77
Setúbal	4.74	13.23	3.41	9.14	0.72	0.69	2.82	9.98	2.65	9.76	0.94	0.98	3.07	11.89	3.09	10.61	1.01	0.89
Viana Do Castelo	1.90	1.08	1.51	0.71	0.79	0.66	4.11	1.73	3.37	1.67	0.82	0.98	3.39	1.88	3.10	1.77	0.91	0.94
Vila Real	2.81	3.29	1.81	2.24	0.64	0.68	2.96	4.44	3.13	4.92	1.06	1.15	6.54	10.44	6.39	9.33	0.98	0.89
Viseu	2.49	3.64	1.83	2.87	0.73	0.79	4.37	7.59	4.10	7.74	0.94	1.01	5.37	10.64	4.74	9.71	0.88	0.91
Total Nacional	3.64	3.96	2.53	2.68	0.69	0.68	3.53	4.33	3.39	4.22	0.96	0.97	4.12	5.49	3.79	7.75	0.92	0.87

Referências

- ANGULO, J. V. e JIMÉNEZ, A. M (2004), *Sociodemografía*, em F. Ballesteros (ed.), Gerontologia Social, p. 69-72 Madrid: Editorial Pirâmide.
- Instituto Nacional de Estatística (2001), *Site oficial dos Censos 2001*. Retirado www.ine.pt (Outubro de 2006).
- MARTÍN, I., NEVES, R. B., Pires, C., & PORTUGAL, J. (2007), Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal _ 2006. Porto: UnIFai [e-book in www.ideg.com.pt/images/PDF/EstatisticasEquipamentoSociais2009.pdf].
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006), *Site oficial da Carta Social*. Retirado www.dgeep.mtss.gov.pt. (Outubro de 2006).
- Ministério da Solidariedade Social (2010), *Site oficial da Carta Social*. Retirado www.cartasocial.pt. (Abril de 2010).
- LETRA, M. & MARTÍN, I. (2011), Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal _ 2010. Porto: UnIFai [e-book in www.ideg.com.pt/images/PDF/EstatisticasEquipamentoSociais2011.pdf]

A aprendizagem ao longo da vida e a formação para seniores

Luis Jacob*

Introdução

Neste ano em que se comemora o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações julgamos importante fazer uma breve apresentação da atual oferta educativa para seniores, com especial destaque para as Universidades Seniores (UTIs).

A Universidade da Terceira Idade ou Universidade Sénior «é a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, educacionais, culturais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As atividades educativas realizadas são em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida» (site da RUTIS, 2011), ou conforme Pinto (2003) «instituições que se dedicam a dar resposta à procura de ensino não formal em variados domínios e à procura de atividades recreativas ou outras por parte da população sénior».

Porém antes de falarmos das UTIs, iremos abordar o conceito de aprendizagem ao longo da vida (ALV), fundamental para percebermos o movimento das UTIs.

Aprendizagem ao Longo da Vida

Podemos ver a ALV como “toda e qualquer atividade de aprendizagem, com um objetivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências, e os seus principais objetivos são a promoção da cidadania e o fomento da empregabilidade.” (Pires, 2002, p. 54).

A Aprendizagem ao Longo da Vida (*Lifelong learning* em inglês), surgiu segundo alguns autores em 1727, quando Benjamin Franklin fundou, em Filadélfia, nos Estados Unidos da América, um grupo de discussão e de estudos para adultos. Outros autores atribuem a génese da ALV às escolas ou universidades populares dos países nórdicos (*Folkehøjskole* em Dinamarquês, *Folk Highschools* em inglês ou *Volkshochschule* em Alemão), que tiveram origem no trabalho do filósofo,

* Doutorando em “Educação de adultos” pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. Mestre em Gestão de Recursos Humanos pelo ISCTE. Licenciado em Educação Social pela Escola Superior de Educação de Santarém e Universidade de Vigo (Espanha). Presidente-fundador da RUTIS desde 2005. Coordenador de vários projetos europeus de intercâmbio e investigação. Professor do ensino superior, com o título de “especialista” em Gerontologia. Diretor Técnico de uma IPSS durante 8 anos. Diretor da Socialgest, Consultadoria Social, Lda.

político, pastor e escritor dinamarquês Nikolajn Grundtvig (1783-1872). É o espírito *Folkeoplysning* (instrução, educação popular) que provêm de movimentos religiosos e populares do séc. XIX e que consiste em métodos pedagógicos próprios e numa visão particular do homem, do conhecimento e da aprendizagem. A escolarização na democracia e cidadania ativa é uma parte importante disto. Estes ideais são baseados no diálogo e na cooperação, e no conceito de que as pessoas se devem autoeducar e autoesclarecer através de si próprias e pela partilha de conhecimentos com a comunidade.

No nosso país esses ideais tiveram alguma afirmação com a criação da Academia de Estudos Livres, sociedade de instrução fundada em Lisboa em 1889, que rapidamente atingiu grande atividade. O exemplo da Academia de Estudos Livres, de cuja atividade saiu a Liga de Educação Nacional e a Sociedade de Estudos Pedagógicos, frutificou na Universidade Livre e na Universidade Popular Portuguesa. Esta foi fundada em 1919 por um grupo de intelectuais e de trabalhadores, por iniciativa do Dr. Ferreira de Macedo, com o objetivo de difundir a instrução e a cultura. A 25 de Junho de 1979 é criada a Universidade Popular do Porto, ainda em atividade.

Quando de fala em formação ao longo da vida e para a vida, para além do já mencionado Grundtvig temos que considerar os contributos de Alberto Melo (em Portugal), de Paulo Freire, de Gandhi, de Tagore, de Emília Ferreiro entre outros.

“O termo ALV entrou recentemente no vocabulário educativo e é utilizado sobretudo de maneira alargada, para cobrir todas as formas de educação pós-obrigatória, incluindo a educação familiar, a educação comunitária, a educação de adultos tradicional, a educação pós-escolar e superior e a formação profissional contínua. Não é uma expressão técnica ou legal, com um significado preciso, mas sim um termo cultural que denota um novo paradigma. Representa uma mudança do significado de “educação” dispensado por um organismo *versus* uma aprendizagem individualizada. Faz parte do processo de individualização do fim do séc. XX. Dá uma grande ênfase à experiência de aprendizagem individual, fornecendo uma responsabilidade reduzida ao educador”. Roger Fieldhouse in Melo e Federighi, 1999.

A falta de um modelo próprio de formação/educação para adultos levou ao surgimento, em 1968, por Malcolm Knowles, de um movimento teórico que reivindicou uma especificidade para ensinar este público, a andragogia. Termo esse

que é utilizado sobretudo nos países anglo-saxónicos e normalmente é utilizada para designar a ciência de educação de adultos.

“A principal crítica dos andragogistas aos modelos anteriores [de educação/formação de adultos] assentava na convicção que a oferta educativa dirigida aos adultos não tinha em conta as suas características pessoais e em particular as suas experiências. Havia uma diferença radical entre a formação de adultos e a formação das crianças ou dos jovens que fora durante séculos omitida, conduzindo ao seu insucesso. A motivação dos adultos estava diretamente ligada a uma maneira nova de aprender” (Fontes, 2008).

O desenvolvimento da aprendizagem ao longo da vida em Portugal é relativamente recente e é sobretudo com o Memorando sobre a Aprendizagem ao Longo da Vida de 2000, em conformidade com a Estratégia de Lisboa, que este tema adota uma maior importância.

Podemos dizer que a ALV no nosso país começou a nível oficial na década de 50, através do Plano de Educação Popular. Desejava-se desta maneira aumentar o cumprimento da escolaridade obrigatória, através dos cursos de educação para adultos. As Linhas Gerais da Reforma e do Ensino Superior dessa época referem pela primeira vez a Educação Permanente e foram criados cursos gerais do ensino liceal noturno e, reestruturados os cursos noturnos do ensino técnico e os cursos de educação básica para adultos.

Posteriormente, em 1979, com a elaboração do Plano Nacional de Alfabetização e Educação de Bases de Adultos, tentou-se promover uma educação de adultos mais permanente, utilizando uma via educativa não-formal e a criação de um verdadeiro subsistema de educação de adultos, mas nunca se conseguiram alcançar os objetivos previstos.

Em 2005, surge a iniciativa Novas Oportunidades por parte do Ministério da Educação e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Este programa que foi contestado por muitos e reconhecido por outros, foi um passo em frente para a ALV. As “Novas Oportunidades” são a oferta educativa e formativa mais significativa para os adultos em Portugal, procurando elevar os seus níveis de formação e qualificação. Este programa engloba os cursos EFA (Educação e Formação de Adultos) e o RVCC (Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências).

“Há no entanto que reconhecer, que os cursos se desenvolvem num padrão escolarizado, não obstante, se procure uma maior adequação dos conteúdos às situações da vida quotidiana. Saliente-se ainda que o reconhecimento, validação e certificação de competências, não deve por si só, passar de imediato à emissão de um certificado, ocorrendo daí o risco da perda de valor social dos Certificados e Diplomas; o RVCC deve servir apenas e sempre, de base a uma formação centrada no indivíduo na perspetiva da educação, tendo como intenção secundária a sua aplicação ao contexto de trabalho onde se encontra inserido ou ao contexto do meio profissional, da sua área envolvente de modo a facilitar a inclusão sócio-profissional”. (Almeida, 2009). Este modelo está a ser revisto pelo atual governo.

Incluimos aqui uma referência ao programa Maiores de 23, criado pelo Decreto-Lei 64/2006, de 21 de Março, que promove uma flexibilização do ingresso ao Ensino Superior para aquelas pessoas que, mesmo não possuindo habilitações específicas, possuem experiência profissional ou competências que permitem ingressar numa faculdade e que facilita o acesso ao ensino superior por parte dos adultos. Na Universidade de Lisboa, entre 2007 e 2012, entraram 832 alunos através deste programa dos quais 19,5% tinham mais de 43 anos e 87% tinham uma atividade profissional remunerada (Petró, 2012).

Em 2008 foi criada a Associação Direito de Aprender, com o intuito de promover e debater a educação/formação como um direito inalienável das pessoas adultas.

Os distintos projetos educativos e formativos para adultos que existiram em Portugal, nunca conseguiram criar um currículo específico para a educação de adultos, que fosse alternativa ao sistema de ensino tradicional, antes pelo contrário. Algumas das falhas nos vários projetos de educação para adultos, estiveram relacionadas com a avaliação dos adultos (que tem que incidir nos seus conhecimentos adquiridos ao longo da vida e não só nos conhecimentos retidos nas aulas); com a formação dos formadores/professores (que têm que ter metodologias adaptadas aos adultos e “cortar” com os hábitos dos professores do ensino normal) e com os currículos dos cursos (que têm de ser mais práticos e ativos do que teóricos).

Educação para seniores

Entretanto e com o progressivo envelhecimento da população surgiu a necessidade de criar um modelo teórico e pedagógico específico para adultos mais velhos,

em que a qualificação profissional não é a vertente mais importante. Surgiram os conceitos de gerontopedagogia, geragogia (em oposição á pedagogia, “peda” de crianças) ou da gerontologia educativa, conforme os autores. Segundo Magalhães (2011), a “gerontologia educativa centra-se na análise das mudanças psicossociais, afetivas e cognitivas que ocorrem nas últimas fases do ciclo vital, para a partir daí poder potenciar os aspectos positivos dessas mudanças e mesmo se possível diminuir os seus efeitos negativos. Um dos princípios básicos assumidos pela gerontologia educativa está relacionado com o objectivo de tornar positivo o envelhecimento e a velhice, acentuando as potencialidades do ser humano, seja qual for a sua idade vital. Sendo necessário dar ênfase à potencialidade cognitiva, à aprendizagem ao longo do ciclo vital e à noção de envelhecimento activo.”

A gerontopedagogia tem como objetivos a conceção e desenvolvimento de modelos e programas de animação, estimulação, enriquecimento pessoal, formação e instrução dirigidos aos idosos, ou “seja a sua área de atuação são todas as atividades educativas em que participem idosos” (Jacob, 2012). Podemos ainda considerar dentro destes objetivos a necessidade e utilidade de uma educação para a reforma, ou melhor, da educação para a aposentação, como defendido por Simões (2006).

A educação para idosos tem sido objeto de numerosos estudos e atualmente são aceites duas perspetivas teóricas complementares: uma que concebe a educação como estratégia de “socioterapia”, promovendo e estimulando a integração social, e nesse caso a educação é um instrumento de promoção social. A segunda perspetiva concebe um envelhecimento melhor para aqueles que mantêm a mente ativa através de atividades educativas. Nesta visão a educação é simultaneamente uma espécie de ginástica mental, que evita o deterioramento das capacidades cognitivas, e um instrumento para aquisição de novos conhecimentos.

Consideramos assim que entre a educação para adultos e para idosos há diferenças relevantes tais como o objetivo, a motivação, a duração das aulas, a preparação destas e os métodos a utilizar, (Jacob, 2012).

Formação para seniores: As Universidades Seniores

As Universidades da Terceira Idade ou como mais recentemente se intitulam Universidades Seniores, surgiram como movimento específico de ensino para os

seniores em França em 1972, na Universidade de Toulouse, com o Dr. Pierre Vellas (Médico e investigador, 1930-2005). Este recorreu à pesquisa sobre os programas de estudo relacionados com o envelhecimento em universidades europeias e americanas, aos trabalhos de organizações internacionais e às políticas voltadas à velhice desenvolvidas nos países mais desenvolvidos. Após a leitura de toda a literatura disponível e visitas a hospitais, alojamentos e lares de idosos ele percebeu que as oportunidades oferecidas eram quase inexistentes. Assim, compreendeu que a universidade deveria voltar a sua atenção aos idosos, propiciando-lhes atividades intelectuais, artísticas, físicas e de lazer.

O modelo rapidamente expandiu-se e chegou a outros países que o adaptaram à sua realidade. Existem hoje dois grandes modelos de organização das UTIs, o modelo francês ou continental e o modelo inglês ou britânico. O modelo francês associa as UTIs às universidades formais, enquanto o modelo britânico desenvolveu-se tendo por base as associações sem fins lucrativos ou grupos auto-organizados.

O modelo francês tem por base logística uma universidade formal (os professores e os recursos); privilegia a investigação e pode criar cursos superiores e de pós-graduação para seniores, o que pressupõe exigências culturais para o acesso.

O modelo inglês, mais livre e independente, informal, aproxima mais os professores e os alunos, tem mais abertura à participação dos utentes; os programas, para além do ensino, desenvolvem vertentes sociais e recreativas e os professores exercem a sua atividade em regime de voluntariado. «O modelo britânico é o único a operar numa base de ajuda mútua. Nem os professores, nem os dirigentes são pagos, exceto em circunstâncias excecionais. Os professores e os líderes dos grupos oferecem voluntariamente os seus préstimos e qualificações. As aulas são informais, dadas pelos próprios membros, gratuitamente e a nível local.» Thompson e Swindell, 1995.

O universo das UTIs hoje em dia é muito vasto e pode variar de país para país e até de cidade para cidade, cabe a cada universidade saber o que pretende para os seus alunos e a partir daí organizar-se como tal. É perfeitamente possível ter na mesma região duas UTIs a funcionarem de maneira completamente distinta, uma destinada mais ao convívio e outra com funções mais académicas.

O facto mais importante é o das UTIs serem Universidades “da” Terceira Idade em vez de Universidades “para a” Terceira Idade. Os seniores podem desempenhar nestas organizações até três papéis em simultâneo: alunos, professores e dirigentes.

Em Portugal a larga maioria das UTIs são de modelo inglês em regime não formal, que consiste em “atividades deliberadamente organizadas que originam processos pelos quais as pessoas se gerem para desenvolverem uma identidade e um lugar de consciência para si próprios, e poderem tomar conta das suas próprias oportunidades em relações sociais e lidar com elas independentemente, devido:

1. Ao aumento do conhecimento e da sua compreensão;
2. A testar as suas opiniões e sentimentos contra as dos outros;
3. A melhoria das competências e poder de expressão”, Willem Bax in Melo e Federighi, 1999.

A primeira UTI chegou a Portugal em 1976 com a criação da Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa (UITIL), localizada no Chiado, em Lisboa e durante muitos anos existiram UTIs apenas em Lisboa e no Porto, em número muito reduzido. Foi apenas depois de 2001 e principalmente após a criação da RUTIS (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade) em 2005 que as UTIs se expandiram e cresceram em Portugal tendo passado de 30 em 2001 para as atuais 190.

Mas verdadeiramente o que é uma universidade sénior?

As UTIs são um espaço de aprendizagem não formal para maiores de 50 anos, no seio de uma estrutura organizada (normalmente uma associação ou uma autarquia) onde estes podem partilhar os seus conhecimentos, adquirir mais competências e experienciar novas atividades como a pintura, a informática, as línguas, a gastronomia, o desporto, a arte, a cultura, etc. As aulas duram normalmente 1 ou 2 horas por semana, em horário laboral, não há avaliações, a assiduidade não é controlada e a frequência das atividades é livre, mediante uma inscrição. A criação e o funcionamento das UTIs em Portugal está estabelecida no Regulamento Geral das UTIs e aprovado pelos dirigentes destas nas Reuniões Magnas da RUTIS.

Alguns dados que nos ajudam a caracterizar e entender melhor o universo das UTIs em Portugal:

UTIs: Estão atualmente inscritas na RUTIS 190 UTIs, das quais 18 estão inativas por terem cessado funções, por não cumprirem os requisitos da RUTIS ou ausência de informações. Em Janeiro de 2012 foi assinado um protocolo entre a RUTIS e os Distritos 1960 e 1970 do Clube Rotary em Portugal que possibilita a inscrição das 25 UTIs dos Rotários na RUTIS. Sendo assim, calculamos que existam entre

200 a 220 UTIs em Portugal, distribuídas por todo o país (quadro 1), com uma frequência média de 150 alunos. 80% das UTIs foi criada depois de 2000, 73% optou pela denominação “Universidade Sénior” e 14% por “Academia Sénior”. A maioria (93%) está associada a uma associação ou a uma autarquia (Câmara ou Junta de Freguesia, 19%). Jacob (2012).

Quadro n.º 1 – Localização das UTI, por distritos

	N.º
Santarém, Coimbra, Leira e Castelo Branco	39
Lisboa	32
Beja, Évora, Setúbal e Portalegre	26
Aveiro, Viseu e Guarda	25
Porto	17
Viana do Castelo, Braga, Vila Real e Bragança	17
Faro, Ilhas e África do Sul	14

Fonte: RUTIS, 2012

Nas UTIs «a maioria das disciplinas que encontramos são comuns a todas as universidades, variando o número de cada disciplina em função dos níveis de aprofundamento e dos tipos de materiais de pintura e de artes decorativas», (Velo, 2002). Para além das aulas estas desenvolvem várias atividades paralelas, têm revistas e publicações regulares e gradualmente vai-se aumentando a presença no espaço virtual das UTIs portuguesas. De salientar que neste momento a disciplina mais popular nas UTIs é a informática. Existem atualmente mais de 3.300 disciplinas nas UTIs. A maioria tem grupos de teatro (47%) e de música (67%).

Alunos: Existem atualmente cerca de 30.000 seniores a frequentar as UTIs, em 2002 eram 5.000. Os universos dos alunos é claramente feminino (76%), com idades entre os 60 e 70 anos, reformados ou domésticas (80%) e com habilitações muito distintas, desde a 4.ª classe ao doutoramento. Cada aluno frequenta em média 5 disciplinas na sua UTI e tem melhor qualidade de vida e menor propensão à depressão do que os idosos reformados.

“O que leva os seniores a participarem nestes projetos? A vontade de aprender, atualizar e partilhar os seus conhecimentos, manterem-se ativos e participativos, a procura de novas formas de lazer intelectual, conviver e conhecer novas pessoas, combaterem o isolamento, criarem novos projetos de vida e entrarem em atividades

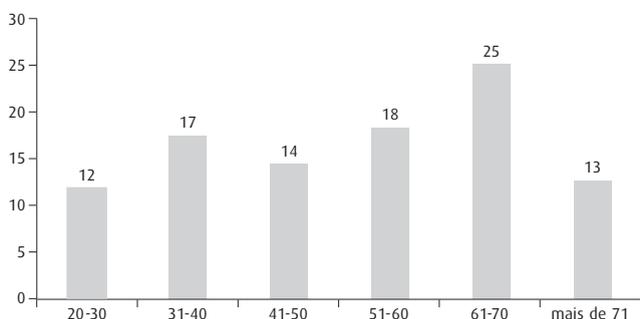
lúdicas e culturais. Para além disso, o facto de ser aluno e andar numa Universidade Sénior dá “status” e autoestima, oferece às pessoas idosas um sentimento renovado de importância e de finalidade, algo por que esperar, até mesmo a força para lutar contra uma doença e para conquistar novas esperanças.

Segundo Florindo (2009, p. 67), a principal justificação para voltar a estudar é a necessidade ou desejo de aprender e melhorar os seus conhecimentos (40%), seguida da vontade de manter a atividade (13%). 43% dos seniores responderam que depois de reformados gostariam de se dedicar a um passatempo e 75% concordam com a existência de oferta de formação para pessoas reformadas.” (Jacob, 2012)

Professores: Existem 3.300 pessoas que assumem as funções de professores/formadores nas UTIs. Não é necessário ser professor de profissão para assumir esta função, é apenas necessário demonstrar alguma disponibilidade e possuir um saber ou conhecimento numa determinada área que queira partilhar com os outros.

De acordo com um estudo realizado pela RUTIS em Julho de 2012, dos 635 professores de 38 UTIs (Jacob et al, 2012), estes são maioritariamente do sexo feminino (60%). A idade que predomina é dos 60 aos 70 anos, embora a distribuição dos grupos etários seja uniforme, ver gráfico 1. O grau de escolaridade mais prevalente é o superior (72%). A maioria (90%) dos professores dá aulas nas UTIs de forma voluntária e sem qualquer tipo de remuneração, sendo que 53% ainda exercem a sua atividade profissional, 42% são reformados e 5% estão desempregados. 90% dos professores consideram-se plenamente satisfeitos ou muito satisfeitos nessa função e a forma como chegaram a professores foi ou a autoproposta junto da UTI ou um convite direto desta.

Gráfico n.º 1 – Distribuição dos grupos etários dos professores, para um universo de 635 pessoas, por unidades



Formação para seniores; Os projetos universitários

Ultimamente têm surgido em Portugal os primeiros projetos de educação para seniores oriundos das universidades tradicionais, seguindo o modelo francês. Este movimento surge pela maior sensibilização por parte destas entidades para este tema, pela redução dos alunos jovens e o mercado sénior poder de certa forma compensar um pouco esta situação e por haver um número cada vez maior de seniores que querem um modelo de educação mais formal e exigente.

Podemos considerar que estes projetos estão entre as UTIs (ensino não-formal) e o programa Maiores de 23 (ensino formal) e que se destina a seniores com um grau académico mais elevado. De realçar que na Universidade de Lisboa, apenas 0,5% dos alunos Maiores de 23 tem mais de 63 anos, o que dá a entender que o público sénior não está muito interessado em frequentar ou concluir cursos superiores tradicionais.

Os diferentes programas que têm surgido são muito heterogéneos nos seus objetivos, metodologias, custos e duração. Enquanto que o funcionamento das UTIs é muito semelhante nos projetos universitários para seniores a norma tem sido a diversificação.

A 18 de Maio de 2012 realizou-se na Escola Superior de Educação de Santarém o I Encontro Nacional de Projetos Universitários para Seniores, co-organizado pela RUTIS e que juntou 7 dos 9 projetos conhecidos. Estiveram ausentes, por indisponibilidade, os programas “Aprendizagem ao Longo da Vida” da Universidade dos Açores e a “Academia Sénior” do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Neste encontro foi possível debater esta temática e tomar conhecimento do rumo que cada instituição do ensino superior está a tomar. De maneira geral, dos 9 projetos, 6 são criados por organizações públicas e 3 por entidades privadas; 1 dá certificação (Pós-graduação) e os preços variam entre os 900 euros/ano e curso livre.

Elaboramos um quadro que resume os modelos atualmente existentes em Portugal para a formação de seniores nas instituições de ensino superior.

Quadro n.º 2 – Caracterização dos programas universitários para seniores

(Estes dados são apenas indicativos e a realidade atual por ser diferente)

Instituição	Projeto	Duração	Para quem	Preço	Conteúdo
FL/UP (Faculdade de Letras do Porto)	Programa de Estudos Universitários para seniores	3 anos / 180 horas por ano	Mais de 50 anos Licenciados	900€ por ano	Unidades curriculares próprias
IPL (Instituto Politécnico de Leiria)	Programa 60+	Semestral	Maiores de 50 anos, sem habilitações específicas	60€ + 25€ por Unidade curricular	Disciplinas próprias (inglês, informática, e todas as outras dos cursos do IPL)
UE (Universidade de Évora)	Universidade Sénior Túlio Espanca	Intemporal	Todas as idades sem habilitações específicas	Livre	Educação Popular Disciplinas livres Cursos breves
UCP (Universidade Católica do Porto)	“Católica 4.º Ciclo”, Programa Universitário (50+)	3 anos	Maiores de 50 anos sem habilitações específicas	160€ mais 139€ x 9 meses	Unidades curriculares próprias
UTL (Universidade Técnica de Lisboa)	Curso Sénior de Ciência, Tecnologia e Cidadania	Semestral (3 semestre + trabalho final)	Maiores de 50 anos com mais do que 10.º ano	100€ por semestre	7 Áreas temáticas 24 Unidades curriculares próprias
ACL (Academia de Ciências de Lisboa)	Instituto de Estudos Académicos Para Seniores	1 ou 2 Horas semanais	Maiores de 50 anos sem habilitações específicas	Livre	Conferencias Seminários Visitas de estudo
RUTIS/ISLA	Pós-graduação em Cidadania Sénior	1 ano /162 horas	Maiores de 50 anos com mais do que 10.º ano	75€ X10 meses	8 Unidades curriculares próprias

Instituição	Projeto	Local	Certificação	Alunos	Início	Horário	Prof
FL/UP (Faculdade de Letras do Porto)	Programa de Estudos Universitários para seniores	FL do Porto	Certificado ou certificado de apenas de frequência	20	2006	15.30-17.30	Professores da FL
IPL (Instituto politécnico de Leiria)	Programa 60+	IPL / Leiria	Unidades de Crédito do ensino superior	125	2008	Laboral	Professores do IPL Alguns contratados
UE (Universidade de Évora)	Universidade Sénior Túlio Espanca	Viana do Alentejo Portel Évora Alandroal	Não há certificação	-	2009	Diverso	Voluntários Funcionários das Câmaras
UTL (Universidade Técnica de Lisboa)	Curso Sénior de Ciência, Tecnologia e Cidadania	Reitoria da UTL de Lisboa	Avaliados voluntariamente (com certificado de frequência)	25	2010	17.00-19.00	Professores da UTL voluntários

UCP (Universidade Católica do Porto)	"Católica 4.º Ciclo", Programa Universitário (50+)	UC do Porto	Certificado ou certificado de apenas de frequência	Máximo de 30 alunos	2010	10.00-12.00h	Professores da UCP
ACL (Academia de Ciências de Lisboa)	Instituto de Estudos Acadêmicos Para Seniores	Lisboa	Não há certificação	-	2010	17.00h	Voluntariados
RUTIS/ISLA	Pós-graduação em Cidadania Sénior	Fórum Picoas Lisboa	Pós-graduação Ou Especialização	Máximo de 26 alunos	2012	18.30-21.30 2 dias	Contratados

Como se pode facilmente deduzir, as diferenças são muitas e em alguns casos extremas. Para mais informações sobre este encontro consultar o site da RUTIS em www.rutis.pt. O futuro continuará a reservar-nos caminhos.

Conclusão

Podemos concluir que o conceito de aprendizagem ao longo da vida já está enraizado no sistema educativo e formativo europeu e português, nas suas duas principais dimensões, com objetivos de qualificação profissional ou com fins de valorização pessoal. Apesar de ainda existir um longo caminho a percorrer, pensamos que é unânime para todos os autores que o ensino não termina na formação inicial e que é preciso continuar a estudar e a adquirir competências ao longo da nossa vida.

Em relação à população portuguesa maior de 50 anos, três caminhos se apresentam hoje em Portugal, o meio não-formal (as Universidades seniores), o meio formal (cursos EFA e Maiores de 23 anos) e o misto (os programas Universitários para seniores).

Bibliografia

- ALMEIDA, Isabel (2009), *Trabalho em Pedagogia da Formação de Adultos*, Universidade Aberta.
- CANÁRIO, Rui (1999), *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*, Editora Educa.
- FONTES, Carlos (2008), *Formação de Jovens e Formação de Adultos* acessível em <http://educar.no.sapo.pt/Formadultos.htm>
- JACOB, Luis (2012), *Universidades Seniores: Criar novos projetos de Vida*, Edição RUTIS.

- JACOB, Luis et al (2012), *Perfil dos Professores das Universidades da Terceira Idade*, Estudo realizado pela RUTIS.
- MAGALHÃES, Emília (2011), “O Envelhecimento Activo: Uma Perspectiva Psicossocial” in *Ideias para um envelhecimento ativo*, Edição RUTIS.
- MELO, António; FEDERIGHI, Paolo (1999), *Glossário de Educação de adultos na Europa*, Associação Europeia para a Educação de Adultos.
- NETO, Arthur, (2010), *Da vida laboral à reforma: Expectativas de ocupação*, Tese de Doutoramento da Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- PETRÓ, Vanessa (2012), *O programa Maiores de 23 na Universidade de Lisboa: Análise do perfil dos candidatos*, Universidade de Lisboa.
- PINTO, Maria da Graça, (2003), *As Universidades da Terceira Idade em Portugal: Das origens aos novos desafios do futuro*. Documento apresentado na Conferência Internacional “Envelhecer em saúde”, que decorreu em Lisboa na Universidade Lusófona a 8 de Agosto.
- PIRES, Ana (2002), *Educação e formação ao longo da vida: Análise crítica aos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e competências*, Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação, pela Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- SARRAMONA, Jaume (2006), *Debate Sobre La Educacion*, Edição PAIDOS.
- SIMÕES, António (2006), *A nova velhice*, Edição Âmbar.
- THOMPSON, Jean; SWINDELL, Richard, (1995), *An International Perspective of the University of the Third Age*, Griffith University, Documento Policopiado.

Cuidar de pessoas idosas dependentes: as interseções entre a esfera pública e a esfera privada

Luísa Pimentel*

1. Iniciando a reflexão...

As reflexões sobre o envelhecimento e a intergeracionalidade quase sempre incidem sobre a especificidade das relações entre as gerações mais velhas e as gerações mais jovens, descuidando as interações e as trocas que se estabelecem entre aquelas e as gerações intermédias, nomeadamente no que concerne à troca de bens e serviços. O sentido e a intensidade dos fluxos de troca variam em função dos recursos existentes e das necessidades dos vários intervenientes nas redes. Assim, à medida que perdem funcionalidade e autonomia, as pessoas idosas vão dependendo cada vez mais do apoio dos seus familiares mais jovens, ainda que possam continuar a dar contributos relevantes nestes contextos de troca intergeracional (Pimentel e Albuquerque, 2010). É sobre esta dimensão da intergeracionalidade, presente nos cuidados familiares a pessoas idosas, que incidiremos nesta breve reflexão¹.

Apesar de vivermos um tempo de ambiguidades e incertezas no plano dos valores e das atitudes, que se reflete na forma como nos posicionamos socialmente e como nos relacionamos connosco e com os outros, não podemos afirmar a vulgarização de um cenário em que declinamos todas as nossas responsabilidades no domínio dos cuidados e em que comprometemos a existência de redes de solidariedade, rompendo todos os laços e desatando todos os nós que sustentam o tecido social.

Hoje, a designada geração intermédia ou geração *pivot* representa um papel fundamental na consolidação deste tecido social, uma vez que ainda suporta os seus filhos e se começa a confrontar com a debilidade dos seus parentes idosos e com a necessidade de encontrar estratégias para lhes proporcionar a qualidade de vida que anseiam.

* Licenciada em Serviço Social, mestre e doutora em Sociologia, na especialidade de Sociologia da Família e da Vida Quotidiana, pelo ISCTE-IUL. Professora na Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria. Investigadora do CIES-IUL. Coordenadora do Programa IPL60+. Tem como principais áreas de Investigação: velhice e envelhecimento; relações intergeracionais; cuidados e solidariedade familiar.

¹ O estudo que serve de base a esta reflexão foi concluído em 2006 e teve como principal objetivo compreender a especificidade e a complexidade das interações que se estabelecem no contexto das famílias que assumem a prestação de cuidados aos seus elementos mais idosos, em situação de dependência, dando particular relevo aos processos de regulação e ao delineamento de estratégias de cuidar no interior das famílias. O estudo enquadra-se numa lógica interpretativa dos factos sociais, centrada na análise das singularidades e na valorização dos pormenores da vida quotidiana dos atores sociais, tendo contado com o testemunho de 34 pessoas (2 homens e 32 mulheres, residentes nos concelhos de Soure, contexto rural, e Coimbra, contexto urbano) que cuidam dos seus progenitores, ou dos progenitores dos seus cônjuges.

Um pouco por todo o mundo, os investigadores sociais interessam-se pela análise dos contornos e das especificidades das solidariedades familiares, alertando para as suas fragilidades, mas também para o seu dinamismo, pondo em causa a imagem de descomprometimento e de rutura familiar que se generalizou nas últimas décadas. De facto, são muitas as famílias que cuidam dos seus elementos mais idosos. Cuidam de formas diversas das que eram usuais nas famílias tradicionais, definem estratégias diferentes, mobilizam novos recursos, mas não se escusam a assumir o que consideram ser da sua responsabilidade.

2. Que enquadramento para a prestação de cuidados a pessoas idosas?

A persistência das entreajudas e dos cuidados aos mais dependentes em contexto familiar é surpreendente, quando tudo parece apontar em sentido contrário e quando todas as condições se conjugam para inviabilizar esses cuidados.

Os atuais contextos sociofamiliares caracterizam-se por um conjunto de fatores que tornam a prestação de cuidados potencialmente insustentável:

- um aumento do número de idosos, particularmente dos muito idosos;
- associado a este prolongamento da vida até idades muito avançadas, verifica-se o aumento das taxas de morbilidade e de dependência, mantendo-se essa dependência durante longos períodos;
- diminuição do número de potenciais cuidadores, por influência direta da diminuição das taxas de natalidade e da quantidade de descendentes por família;
- elevadas taxas de atividade feminina, próximas das taxas de atividade masculinas, sendo a atividade a tempo parcial pouco significativa no nosso país;
- crescente número de famílias a residir em espaços urbanos e em condições habitacionais pouco propícias aos cuidados em contexto doméstico;
- aumento do número de agregados domésticos nucleares, constituídos por uma ou duas gerações, que se organizam com base numa expectativa de privacidade e de autonomia em relação à família alargada;
- novas dinâmicas familiares (rutura e reconstituição conjugal) que comprometem a perenidade dos laços intra e intergeracionais e a continuidade das entreajudas;
- apropriação e disseminação de valores individualistas, que enaltecem o sucesso pessoal, a luta pela progressão académica e profissional, a liberdade individual e a emancipação face à família;

- respostas sociais insuficientes (em quantidade e qualidade) e que comportam custos que muitas famílias não conseguem suportar.

Ainda assim, é nas suas famílias que grande parte das pessoas idosas continua a encontrar o suporte emocional e instrumental necessário ao seu bem-estar (Attias-Donfut, Lapierre e Segalen, 2002; Kröger, 2003; Sousa, 2004; Pimentel, 2006; Torres, 2006; Gil, 2009; Hessel e Keck, 2009; São José, 2009).

A par de todos os constrangimentos enunciados, num registo aparentemente paradoxal, encontramos os valores da reciprocidade e da solidariedade social, a afetividade como base de sustentação das relações interpessoais, a defesa da família como instituição central na formação e suporte dos sujeitos e como uma esfera preferencial de investimento pessoal (Almeida *et al.*, 1998; Vasconcelos, 1998; Hoff, 2009).

Como referem Guerreiro, Torres e Lobo (2009), a família é uma prioridade absoluta na vida dos europeus, sendo de realçar a pluralidade de formas familiares e o questionamento dos valores tradicionais. A família é agora definida como um lugar de afirmação da liberdade individual e um espaço para a realização afetiva.

Mas será que há espaço para a afirmação da individualidade na esfera dos cuidados familiares? Será que os cuidadores conseguem conciliar a expectativa de autonomia e sucesso pessoal com a responsabilidade pelo bem-estar dos seus parentes idosos?

Attias-Donfut, Lapierre e Segalen (2002), afirmam que o modo como se estruturam as relações familiares implica uma certa paradoxalidade, uma vez que combina valores aparentemente contraditórios: a independência e a continuidade. A atual “geração pivot” percebe o forte contraste entre o que se sente obrigada a fazer e as escolhas mais amplas que tinha o direito de exercer, uma vez que prevalece o valor da autonomia. É nesta encruzilhada, entre novos e renovados modos de estar e de ser, que se encontram as pessoas que assumem a prestação de cuidados aos seus familiares idosos.

3. Como cuidam as famílias?

Como acabámos de afirmar, as famílias de hoje, na sua maioria, distanciam-se do ideal de família tradicional, que, por ser ideal (e irreal), vê realçadas as suas

virtudes e ignorados os seus vícios e imperfeições. São famílias que se pautam por novos valores, se orientam para novas metas e que resultam de novas dinâmicas demográficas e sociais. São famílias que se confrontam com novos desafios e com novas solicitações, para as quais nem sempre têm as respostas mais ajustadas. Mas as pesquisas sociais revelam uma capacidade de regeneração e uma maleabilidade exemplares, que possibilitam a edificação de soluções para fazer face a situações de vulnerabilidade. No domínio dos cuidados aos mais idosos, essas soluções passarão, em grande medida, pela articulação com as redes de apoio social exteriores à família, sejam elas de índole formal ou informal.

Perante as transformações no quotidiano das famílias, a prestação direta de cuidados pode ser inviável, pelo que surge o imperativo de encontrar novas formas de assegurar o apoio necessário. Através da contratação de agentes especializados, garante-se a realização das tarefas que os parentes isoladamente não conseguem assegurar. Nestes casos, as famílias podem assumir um papel de gestão e controlo dos serviços prestados ou continuar a assegurar grande parte dos cuidados básicos, aligeirando a sobrecarga através da colaboração desses agentes externos.

O recurso a ajudas externas surge de forma premente quando o apoio a um familiar idoso implica grande disponibilidade de tempo e a mobilização de diversos recursos por parte de um ou de vários parentes. Essa representação pode estar associada ao facto das tarefas serem desempenhadas por um número restrito de pessoas, habitualmente, pelas mulheres que pertencem à descendência direta. Os filhos, e mais especificamente as filhas e as noras, surgem como a principal fonte de apoio aos seus parentes idosos.

As famílias que foram alvo do estudo referido no início deste texto (Pimentel, 2006) desenvolvem modos de cuidar que assentam em **estratégias de exclusividade**, quando os cuidados são prestados unicamente pelos elementos da fratria, sem apoios externos à família, ou em **estratégias de complementaridade**, quando são usados serviços institucionais ou serviços informais pagos.

São muitos os que consideram o apoio institucional como um recurso essencial para promover o bem-estar dos idosos e para facilitar e viabilizar o apoio familiar. Contrariamente à ideia comumente reforçada de que a proliferação de respostas sociais potencia a desresponsabilização das famílias, os serviços institucionais poderão atenuar as implicações negativas associadas aos cuidados e evitar processos

de rutura, uma vez que uma sobrecarga real ou a expectativa da mesma poderão ser argumentos para deixar de cuidar e recorrer ao internamento.

Os cuidadores urbanos e com estatutos socioeconómicos mais elevados contratam mais frequentemente serviços institucionais ou serviços informais pagos que garantem uma parte significativa das tarefas quotidianas. Assim, a complementaridade pode ajudar a aliviar a sobrecarga de cuidar sozinho e permitir a continuidade dessa solução de apoio.

De facto, as estratégias de complementaridade encontram-se preferencialmente nos meios urbanos e entre as famílias com estatutos socioeconómicos mais elevados. Estas contratam com mais frequência e durante períodos mais longos os serviços de profissionais. Ou seja, enquanto as famílias rurais que contratam estes serviços o fazem durante poucas horas diárias ou mesmo esporadicamente, as famílias urbanas que possuem mais recursos financeiros utilizam-nos durante muito mais horas diárias.

Em termos gerais, e apesar das estratégias de exclusividade ainda serem dominantes em meio rural, há uma crescente aceitação da utilização de serviços externos às famílias. Isso é visível através das pessoas que já recorrem a esses serviços de forma regular, mas também pela contratação pontual dos mesmos. São vários os exemplos em que os cuidadores solicitam ocasionalmente o apoio institucional ou o apoio informal pago, o que indica que, se as condições se alterarem, as pessoas poderão aceitar uma intervenção mais constante desses agentes.

Esta opção varia consoante os recursos económicos disponíveis, mas se pensarmos que até há poucos anos o modelo de cuidados dominante envolvia exclusivamente as famílias, verificamos que há uma mudança substancial, uma vez que mesmo as mulheres de estatuto mais baixo e que vivem nas aldeias começam a considerar os serviços institucionais como um recurso válido e a utilizar no caso dos encargos se tornem difíceis de suportar.

Esta mudança também é perceptível através de outro indicador: a aceitação da geração intermédia (atuais cuidadores) da possibilidade da sua própria institucionalização quando forem idosos. Ainda que algumas pessoas manifestem relutância perante essa possibilidade, acabam por afirmar a sua inevitabilidade.

Ao nível da organização interna das famílias, constroem-se **esquemas de cuidados** muito diversos, que podem envolver todos os elementos da fratria ou só um deles.

Assim, os esquemas podem ser **rotativos**, quando os cuidados são prestados por vários irmãos, ou **egocentrados**, quando o entrevistado é o único cuidador no interior da rede de germanos. Estes últimos foram predominantes no contexto da pesquisa realizada: em 20 dos 34 casos estudados, só um dos irmãos cuidava. Somente em 9 fratrias todos estavam envolvidos na prestação de cuidados.

4. De que precisam os cuidadores?

Os cuidadores precisam, em primeiro lugar, de reconhecimento e de recompensa pelo seu esforço. O trabalho de cuidar de pessoas dependentes é cada vez mais percebido como desgastante e potencialmente comprometedor do bem-estar de quem o assegura, impondo-se esforços no sentido de o facilitar e de o dignificar.

As noções de recompensa e de reconhecimento estão associadas. Por vezes, o desejo de ser recompensado não se traduz em bens ou atos materializáveis, limitando-se à necessidade de ver a sua dedicação reconhecida e elogiada pelos que lhe são próximos ou pelas instâncias públicas. Falamos de recompensas simbólicas e, em alguns casos, de uma compensação espiritual. É bastante comum entre as pessoas que entrevistei a referência de que o seu esforço não será em vão, pois o reconhecimento divino está assegurado. Esta expectativa está por vezes associada à consciência de que a dimensão do seu esforço não é totalmente percebida pelos que os rodeiam, logo, a única recompensa que terão e, em alguns casos, que ambicionam, passa pelo conforto de pensar que um dia “ganharão o Céu”.

A sensação de bem-estar, de tranquilidade e de dever cumprido que decorre do envolvimento nesta tarefa também é recorrente no discurso dos cuidadores. Para além de qualquer outra compensação, há uma satisfação pessoal intrínseca ao próprio ato de cuidar.

Contudo, também há os que reclamam a concessão de apoios institucionais mais adequados às suas necessidades. Estes apoios podem traduzir-se em ajudas económicas, nomeadamente através da atribuição de subsídios regulares, de complementos de reforma mais avultados dos que os que existem atualmente ou mesmo de compensações monetárias aos cuidadores; em benefícios fiscais para as famílias que acolham os seus idosos; na distribuição gratuita ou mais participada de produtos de higiene ou de saúde essenciais ao bem-estar dos mais dependentes; ou ainda, na disponibilização de recursos institucionais que,

em articulação com as famílias, prestem serviços de qualidade e em quantidade suficiente. São muitos os que reclamam que os serviços existentes não respondem às necessidades, especialmente pela falta ou pela indisponibilidade dos recursos humanos.

Por fim, é de realçar a relevância das medidas laborais, uma vez que grande parte dos cuidadores está integrada no mercado de trabalho. Flexibilização ou redução de horários, possibilidade de usufruir de licenças, revisão do regime de justificação de faltas na assistência a doentes crónicos, são algumas das medidas vulgarmente reclamadas. Neste domínio, os cuidadores entrevistados (Pimentel, 2006), dependem da boa vontade de colegas e empregadores para efetuar trocas ou ajustamentos de horários e de períodos de descanso.

5. Quais os recursos que as famílias têm à sua disposição?

Dada a invisibilidade desta esfera de ação e o défice de poder das pessoas que nela estão envolvidas, os cuidados familiares às pessoas idosas dependentes têm sido alvo de algum descuido, no que respeita ao delineamento de políticas sociais, laborais e fiscais. Se compararmos com o esforço que tem sido realizado no sentido de promover a conciliação entre trabalho e família no domínio dos cuidados às crianças, tem-se verificado uma demora na definição de políticas de incentivo a essa conciliação no caso dos cuidados às pessoas mais idosas. Gil (2007: 31) realça esse facto, ao afirmar que hoje se “reclama uma maior intervenção das famílias no apoio aos mais velhos, sem que esse discurso seja acompanhado, efetivamente, por medidas práticas que fomentem a conciliação entre vida familiar e trabalho (...). Por outro lado, não existe uma política que proteja todos aqueles que saem do mercado de trabalho, por livre iniciativa, para cuidarem a tempo inteiro.”

Não obstante, as famílias cuidadoras têm cada vez mais recursos à sua disposição, podendo contar com apoios mais ou menos abrangentes e regulares. Esses apoios podem ser-lhes dirigidos direta ou indiretamente. Sem pretender fazer um levantamento exaustivo, podemos realçar algumas das respostas ou medidas existentes.

Assim, **beneficiando os cuidadores de forma indireta**, porque são iniciativas que se dirigem às pessoas idosas, existem:

- As “tradicionalis” respostas sociais que asseguram o desempenho de tarefas específicas do quotidiano do idoso, como a higiene, a alimentação, a mobilização ou alguns cuidados de enfermagem. Respondem, ainda, a necessidades de convivência social. São elas: Estruturas Residenciais (lares e residências), Centros de Dia, Apoio Domiciliário e Centros de Convívio;
- Respostas sociais mais recentes e inovadoras, de menor implementação, como os Centros de Noite, que procuram atenuar problemas de isolamento e solidão, que tendem a ser sentidos de forma mais dramática durante a noite;
- Respostas da Rede de Cuidados Continuados Integrados (unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias), que não se dirigindo exclusivamente a pessoas idosas, têm nesta categoria o seu principal alvo de intervenção. As Unidades de Longa Duração e Manutenção, destinadas a acolher pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência, por períodos superiores a 90 dias, podem aceitar internamentos por períodos inferiores quando há necessidade de descanso do principal cuidador;
- Existem ainda apoios técnicos que facilitam o desempenho de tarefas específicas e proporcionam maior qualidade de vida às pessoas dependentes. Estes apoios estão disponíveis em bancos ou centros de ajuda e são facultados a título de empréstimo. Como exemplos temos as camas articuladas, os colchões e peles anti-escaras, acessórios para o banho assistido (lavatório de cabeça, cadeiras de banho, bancos de banheira), cadeiras de rodas, entre outros;
- Do ponto de vista financeiro, as pessoas idosas podem contar com o complemento por dependência, que se destina aos pensionistas que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, precisando da assistência de outrem. Em muitos casos, este complemento reverte para os cuidadores;

Concomitantemente, vai sendo dada cada vez mais atenção às necessidades específicas dos cuidadores e começam a surgir serviços que visam promover o seu bem-estar e atenuar o desgaste provocado pelas funções que desempenham. Neste caso, existem **soluções diretamente orientadas para os cuidadores**:

- Formação específica, quer de forma organizada e sistemática, quer de forma pontual, por iniciativa dos profissionais de saúde ou de ação social que acom-

panham os idosos, que fomenta a aprendizagem de procedimentos técnicos e facilita o desempenho das tarefas;

- Grupos de ajuda mútua, que procuram atenuar a sobrecarga emocional e facilitar o acesso a informação relevante;
- Material de informação disponibilizado em suporte digital, audiovisual ou em livro, produzido especificamente para facilitar a aprendizagem dos cuidadores.

“In all of these cases, formal support services complement informal care, serving not to replace it, but to support it.” (Moody, 2009:197)

6. Concluindo a reflexão...

Em conclusão, gostaríamos de reforçar que o contexto da prestação de cuidados a pessoas idosas mudou radicalmente, quer do ponto de vista da disponibilidade de quem cuida, quer do ponto de vista das necessidades de quem é cuidado e das exigências de qualidade dos cuidados. Por outro lado, o apelo cego à perpetuação dos padrões tradicionais neste domínio, tende a ignorar o impacto que essa perpetuação tem nas aspirações de paridade de género e no percurso que as mulheres têm traçado nas últimas décadas, uma vez que é nestas que continua a recair a principal responsabilidade de cuidar.

Como revela Portugal (2008: 28) “O discurso dos/as entrevistados/as sobre as suas intenções relativamente à velhice de pais e sogros e os seus relatos sobre experiências familiares com cuidados de idosos revelam duas características fundamentais do funcionamento das redes neste domínio: em primeiro lugar, a incorporação da obrigação dos filhos cuidarem dos pais, em segundo lugar, uma profunda desigualdade sexual no modo como é traduzida na prática essa obrigação. A obrigação de cuidar é sentida pelos dois sexos, o trabalho de cuidar é apenas das mulheres.”

As mudanças são paulatinas e fazem-se pela via da educação para a igualdade de género, por dar maior visibilidade aos cuidados familiares e às implicações que lhe estão associadas, pela construção de uma imagem mais edificante do papel dos cuidadores, e pelo reconhecimento da importância que esse papel tem na promoção da dignidade que todos ambicionamos para o final das nossas vidas.

Assim, considerando:

- a persistência dos cuidados familiares, manifesta na multiplicidade de soluções de apoio que encontramos no quotidiano das famílias;
- a persistência e renovação de valores de solidariedade e de entreajuda;
- a crescente importância dos afetos como pilar de sustentação das entreajudas e o investimento afetivo que as famílias fazem nas suas crianças;
- que a dimensão da prole não é determinante para a constituição das redes de apoio;
- que as pessoas de todas as idades e condições sociais estão cada vez mais recetivas a soluções de prestação de cuidados que impliquem articulação com serviços formais,

acreditamos que temos motivos para questionar as perspetivas mais pessimistas sobre o futuro dos cuidados e para, apesar da imprevisibilidade que lhes é inerente, admitir que as famílias, também neste domínio, irão encontrar formas de se reinventar.

Referências bibliográficas

- ATTIAS-DONFUT, Claudine, Nicole LAPIERRE e Martine SEGALEN (2002), *Le Nouvelle Esprit de Famille*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- GIL, Ana Paula (2007), “Envelhecimento activo: complementaridades e contradições”, *Fórum Sociológico*, N.º 17 (II Série, 2007), pp. 25-36.
- GIL, Ana Paula (2009), *Conciliação entre vida Profissional e vida familiar: o caso da dependência*, Núcleo de Estudos e Conhecimento, Instituto de Segurança Social, IP.
- GUERREIRO, M.ª das Dores; TORRES, Anália e LOBO, Cristina (2009), “Changing families: configurations, values and recomposition processes.” In: Guerreiro, Torres e Capucha (ed.) *Portugal in the European Context, vol.III: Welfare and Everyday Life*, CIES-ISCTE, Lisboa, Celta Editora.
- HESSEL, Philipp e KECK Wolfgang (2009), *How caring for an adult person affects employment? State of the art report*, EQUALSOC Project.
- HOFF, Andreas (2009), “Alteração das relações intergeracionais nas sociedades europeias”, in: Fundação Calouste Gulbenkian, *o Tempo da Vida*, Fórum Gulbenkian da Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009, Cascais, Princípia, pp. 231-263.

- KRÖGER, Teppo (ed.) (2003), *Families, Work and Social Care in Europe. A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the UK*, SOCCARE Project, Report 6, European Commission, Brussels, [em linha] disponível em <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/>
- MOODY, Harry (2009), *Aging: Concepts and Controversies*, 6.ª ed., Pine Forge Press.
- PIMENTEL, Luísa (2006), *A prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes: uma análise das relações familiares intergeracionais e de germanidade*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Tese de doutoramento em Sociologia.
- PIMENTEL, Luísa e ALBUQUERQUE, Cristina (2010), “Solidariedades Familiares e o Apoio a Idosos. Limites e Implicações”, *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 9, n. 2, pp. 251-263.
- PORTUGAL, Sílvia (2008), *As mulheres e a produção de bem-estar em Portugal*, Oficina do CES n.º 319, Coimbra, Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra.
- SÃO JOSÉ, José (2009), *Cuidar de um familiar idoso dependente: trajetórias de cuidar e seus significados*, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais.
- SOUSA, Liliana *et al.* (2004), *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*, Coleção Idade do Saber, Porto, Ambar.
- TORRES, Anália (2006), “Work and Family in Portugal”, in: Giovanna Rossi (ed.) *Reconciling Family and Work: New Challenges for Social Policies in Europe*, Milano, Franco Angeli, pp. 9-36.
- VASCONCELOS, Pedro (1998), “Vida familiar”, in: Machado Pais (coord.), *Gerações e Valores na Sociedade Portuguesa Contemporânea*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais, pp. 321-404.

Relações entre grupos etários e capital social

Manuel Villaverde Cabral*; Pedro Alcântara da Silva**

Tendo como pano de fundo o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações, o presente artigo aborda o tema das relações inter-geracionais, mais exactamente, as relações entre «grupos etários», segundo a perspectiva do «lifespan» – «tempo de vida», talvez seja a melhor tradução – devida ao grande eticista norte-americano da saúde e das relações inter-geracionais, seguidor de John Rawls e da sua «teoria da justiça», Norman Daniels¹.

Para este autor, estas relações devem ser observadas e entendidas de acordo com a ideia de que cada um de nós percorreu ou irá percorrer todos os passos desde a infância até à velhice, devendo por consequência colocar-se, reflexivamente, perante as implicações daquilo que pretende para cada fase do decurso vital sobre aquilo que se passou ou virá a passar-se nas outras fases, em suma, «reconhecendo com humildade o facto de o ser humano envelhecer» (p. 40).

Esta perspectiva é designada por Daniels como o «prudential lifespan account», ou seja, uma «contabilidade prudencial» do nosso tempo de vida, segundo a qual:

O tratamento diferencial por idades, ao longo do tempo, não constitui um tratamento desigual entre pessoas, embora se trate de um tratamento desigual entre grupos etários, em cada momento em que cada pessoa se encontra [...], representando cada grupo etário um estágio das nossas vidas” (p. 43).

No *ranking* de países mais envelhecidos do mundo, Portugal ocupa o 6.º lugar, com perto de 18% de pessoas no grupo etário dos 65+ anos, estimando-se

* Investigador Emérito do Instituto de Ciências Sociais & Director do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa. Licenciado em Letras (Sorbonne-Paris, 1968) e Doutor em História (EHSSS-Paris, 1979), foi Research Fellow em St. Antony's College, Oxford (1976-79) e Catedrático de História de Portugal em King's College, Londres (1992-95). Foi também professor visitante na Universidade de Wisconsin-Madison, USA (Fall 1986), na EHESS-Paris (Primavera 1991) e no IUPERJ-Rio de Janeiro (Abril-Julho 2003). Foi Director da Biblioteca Nacional de Lisboa (1985-90) e Vice-Reitor da Universidade de Lisboa (1998-2002 e 2009-2010). Possui extensa obra publicada sobre a sociedade portuguesa contemporânea em perspectiva comparada. Recebeu a Grã-Cruz da Ordem da Liberdade e as Palmes Académiques da República Francesa. É membro correspondente da Academia das Ciências de Lisboa.

** Doutorado em Sociologia pelo ISCTE – IUL. É investigador no Instituto do Envelhecimento e no Instituto de Ciências Sociais, ambos da Universidade de Lisboa, onde tem desenvolvido estudos sobre os comportamentos, a avaliação e as atitudes perante o Sistema de Saúde em Portugal e a adesão terapêutica; tem estudado igualmente a visibilidade da saúde nos *media* portugueses e o acesso e a utilização de fontes de informação de saúde. O envelhecimento da população é outra das áreas de investigação a que se tem dedicado nos últimos anos, nomeadamente sobre aspectos relacionados com saúde, bem-estar e qualidade de vida. De entre os vários trabalhos que tem publicado, individualmente ou em co-autoria, destacam-se os livros Saúde e Doença em Portugal (ICS, 2002), O Estado da Saúde em Portugal (ICS, 2009), A Adesão à Terapêutica em Portugal (ICS, 2010) e A Saúde nos Media (MS, 2011).

¹ Daniels, N. (1988), *Am I my parents' keeper? – An essay on justice between the young and the old*, Oxford University Press.

que possa chegar em 2050 a 31,8% (PRB, 2010). O rácio de envelhecimento populacional entre os maiores de 65 e os menores de 15 anos está já perto dos 130% e é estimado entre 200% e 300% até meados do século, devido a uma taxa de fertilidade na casa de 1.3, que é também das mais baixas do mundo.

A situação actual e a possível evolução do envelhecimento em Portugal esconde um paradoxo que reside, conflitualmente, no facto de um factor assumido universalmente pela sociedade como positivo, ou seja, o aumento generalizado da esperança de vida, se combinar com a diminuição da natalidade, o que gera uma série de consequências complexas e mesmo gravosas para o nosso tipo de sociedade, em quatro planos nos quais estão envolvidas, de uma forma ou de outra, as relações inter-geracionais:

- (i) no plano dos riscos, correlativos da idade, da vulnerabilidade do estado de saúde; do isolamento social e da solidão propriamente dita; da dependência física, mental e, em muitos casos também económica;
- (ii) no plano dos riscos de estigmatização mútua, ou seja, da discriminação dos grupos etários mais velhos pelos mais jovens e inversamente, trate-se de preconceitos deliberadamente excludentes ou paternalistas, sejam eles contra os mais jovens ou contra os chamados velhos;
- (iii) no plano dos riscos inerentes à sustentabilidade dos sistemas de saúde e da segurança social, desde as reformas e pensões até aos cuidados pessoais à velhice dependente, riscos estes que estão directamente associados às relações inter-geracionais, tanto ao nível da equidade financeira entre grupos etários como do apoio mútuo que, supostamente, eles devem uns aos outros;
- (iv) no plano dos riscos da competição real ou imaginária entre gerações ao nível dos mercados de trabalho, hoje agudizada pela tesoura entre um crescente desemprego jovem e uma idade da reforma considerada precoce.

Por outras palavras, se o aumento contínuo da esperança de vida pode ser encarado com uma bênção universal, os grupos etários jovens não podem ser as vítimas (como também não devem ser os carrascos) da crescente longevidade dos seus pais e avós. As contradições efectivas que afectam hoje as relações inter-geracionais já foram equacionadas sociologicamente por alguém como Bryan Turner nos anos 80 e 90 do século passado², quando se referia à «ausência de uma

² B. J. Turner, «Ageing, status politics and sociological theory», *Brit. Jnl. of Sociology*, 40 (4): 588-606, 1989; B. J. Turner, «Ageing and identity: some reflections on the somatisation of the self», in M. Featherstone & A. V.

sociologia do envelhecimento genuína e sustentada, por oposição à gerontologia social e à psicologia do envelhecimento», propondo-se reorientá-la no sentido de uma sociologia da competição simbólica e material, raramente equitativa, entre grupos de poder e de *status* configurados pelos diferentes grupos etários jovens, adultos e idosos³.

As teses de Turner acerca do potencial conflito inter-geracional foram logo contestadas por Sarah Irwin⁴ por exemplo e, mais tarde, por Sarah Arber & Claudine Attias-Donfut. A ideia forte destas últimas é que as elevadas transferências materiais e imateriais observadas entre os presentes grupos, ou seja, as trocas de bens e/ou serviços entre avós, pais e netos de uma mesma família, compensaria deficiências das políticas públicas e contribuiria para diminuir as desigualdades sociais associadas à idade. Ora, tal ideia parece-nos completamente equivocada⁵.

Com efeito, quando se equacionam os problemas da equidade entre gerações, não estamos a falar do que se passa dentro das famílias, mas sim de equidade sistémica entre grupos de idade segundo a sua localização vital a nível societal. Pode dizer-se com ironia que todas as famílias são iguais mas umas são mais iguais do que outras, ou seja, todas elas tendem a entreatujadar-se mas as famílias «ricas» entreatujadam-se mais do que as «pobres»! E com efeito, são dois colaboradores escandinavos dessa mesma colectânea quem assinala o facto de a redistribuição de riqueza entre membros da mesma família não só não contribuir para diminuir as desigualdades sociais, como na realidade «mantém e amplifica a desigualdade social tanto dentro de cada geração como entre as diferentes gerações»⁶.

Para Bryan Turner, a dimensão conflitual que caracteriza as relações entre grupos etários é estrutural – sistémica, não meramente inter-pessoal ou inter-familiar – e manifesta-se através de tendências latentes para a irrupção de conflitos abertos, seja a nível eleitoral ou da acção de «lobbies», sobretudo da parte dos seniores em relação aos juniores, ou destes em relação aos seniores sob a forma do

Wernick (eds.), *Images of Ageing: cultural representations of late life*, London: Routledge, 1995; B. J. Turner, Ageing and generational conflicts: a reply to Sarah Irwin, *Brit. Jnl. of Soc.*, 49(2): 299-304.

³ B. J. Turner, «Ageing and identity...», *capítulo citado*, p. 245.

⁴ Irwin, S. (1999), Age Related distributive justice and claims on resources, *Brit. Jnl. of Soc.*, 7 (1): 68-92, 1996; S. Irwin, Later life, inequality and sociological theory, *Ageing and Society*, 19, 1999.

⁵ Attias-Donfut, C. & F.-C. Wolff (2000), "The redistributive effects of gerational transfers" in Arber, S. & C. Attias-Donfut, *The Myth of Generational Conflict: Family and State in Ageing Societies*, London: Routledge, pp. 42-43.

⁶ L. Gulbrandsen & A. Langsether, (2000), "Wealth distribution between generations: a source of conflict or cohesion" in Arber, S. & C. Attias-Donfut, *The Myth of Generational Conflict: Family and State in Ageing Societies*, London: Routledge, pp. 86.

recrudescimento do «idadismo». É neste sentido que vai, num registo diferente mas convergente, a competição entre seniores e juniores no mercado do trabalho e na economia em geral, que foi discutida para Portugal por Fernando Ribeiro Mendes, na sua *Conspiração grisalha*, cujo título fala por si mesmo ao recordar os movimentos do «grey power»⁷.

Hoje, já não está apenas em causa a contradição entre o emprego juvenil e a idade da reforma, que aliás a maior parte dos economistas considera mais aparente do que real. Com a pressão sobre os sistemas de pensões e com o novo paradigma do «activismo», coloca-se a dupla questão do adiamento da idade da reforma e o do trabalho após a dita reforma para os mais velhos, em confronto com a competição inter-geracional no duplo terreno do mercado do trabalho e da solidariedade sistémica ante o financiamento dos sistemas de pensões e de saúde⁸.

Num plano filosófico mais amplo, a conflitualidade própria das relações intergeracionais e a sua agudização em sociedades profundamente envelhecidas como as nossas foram analisadas por Norman Daniels no livro cujo título formula uma pergunta à qual não poderemos fugir: *Am I my parents' keeper?* Daniels dá-se bem conta da força conservadora do argumento familista, segundo o qual os filhos deveriam cuidar dos pais, assim como estes terão cuidado deles, mas rejeita-o liminarmente, primeiro com base na efectiva história da família ao longo dos séculos, nomeadamente no mundo ocidental, e depois com base nas estruturas demográficas previsíveis, que apontam no sentido de não haver, pura e simplesmente, filhos e netos em número suficiente para cuidar dos avós e bisavós. Vai mais longe, porém: começa por desmistificar a injunção familista como iníqua perante as responsabilidades que recairiam sobre filhos adultos obrigados a cuidar de pais profundamente dependentes comparadas com as de filhos cujos pais idosos estão de boa saúde ou – para a (in)justiça do caso, dá igual – faleceram precocemente.

Por fim, Daniels procede a uma longa demonstração, segundo a qual existe uma assimetria básica entre as obrigações parentais e filiais:

As obrigações associadas ao papel parental são aquelas que incumbem aos pais. Estes fazem filhos – ou adoptam-nos – e é esse acto que lhes impõe deveres... Os

7 Mendes, F. R. (2011), *A conspiração grisalha: segurança social, competitividade e gerações*, Oeiras: Celta, 2005; mais recentemente do mesmo autor: *Segurança Social: o futuro hipotecado*, Lisboa: FFMS, 2011.

8 Mendes, F. R. (2011), *A conspiração grisalha: segurança social, competitividade e gerações*, Oeiras: Celta, 2005; mais recentemente do mesmo autor: *Segurança Social: o futuro hipotecado*, Lisboa: FFMS, 2011.

filhos não pediram para nascer... O apelo a um princípio geral de reciprocidade não funcionará... Na realidade, a sociedade poderá estar a invadir uma relação de grande intimidade, em que prevalece o amor incondicional e não os favores condicionais, ao tentar coagir os filhos a pagar aos pais as coisas boas que estes fizeram por amor [Foundations for filial obligations: 28-34].

Esta ausência de fundamentos materiais e até éticos para a obrigação filial de cuidar dos pais tem a sua máxima expressão nos cuidados prolongados que é frequentemente necessário prestar aos idosos, os quais muitas vezes se tornam permanentes até ao desenlace final e que nem sempre é fácil distinguir de cuidados médicos. Segundo Daniels, a ideia fundamental para a equidade das relações entre grupos etários é que existe uma obrigação social – e não simplesmente familiar – no sentido de:

Garantir o acesso a serviços adequados de cuidados prolongados, seja a nível institucional, comunitário ou domiciliar [...] Os serviços domiciliários e comunitários que preservam a independência das pessoas (de qualquer idade) parcialmente incapacitadas, incluindo toda a reabilitação possível, constitui uma exigência para o desenho de um sistema de saúde prudente e justo⁹.

São estes impasses e contradições sociais, económicos e éticos que levam o maior teórico do *Welfare State*, Gösta Esping-Andersen, a pensar que, a longo-longo-prazo, a solução para o paradoxo do envelhecimento global passaria por uma mudança drástica dos comportamentos procriativos das gerações mais jovens, concretamente pelo aumento rápido e sustentado do índice de fertilidade. Isso passaria por políticas apontadas especificamente às jovens mães e aos filhos pequenos, tais como habitação e transportes «amigos das crianças», e portanto também dos idosos; por creches e ensino pré-primário universais, gratuitos e qualificados; mas também pela flexibilidade do horário de trabalho e pelo emprego *part-time*, tanto para as mulheres como, mais uma vez, para os seniores, mas para isso seria necessário quebrar as resistências patronais e sindicais; pela defesa das carreiras femininas, enfim, pela protecção da mãe e dos filhos em caso de divórcio ou separação; etc., medidas, aliás, já desenvolvidas com algum êxito em vários países¹⁰.

⁹ Daniels, N. (1988), *Am I my parents' keeper? – An essay on justice between the young and the old*, Oxford University Press, pp. 110.

¹⁰ G. Esping-Andersen (com Bruno Palier), *Trois leçons sur l'Etat-Providence*, Paris: Editions du Seuil, especialmente pp. 120-123 da tradução portuguesa (Lisboa: Campo da Comunicação, 2008): «A reforma das reformas começa pelos bebés»!

Entretanto, perante estes paradoxos, riscos e conflitos, por vezes mais aparentes do que reais, sobretudo se nos situarmos ao nível do «tempo da vida», as instâncias internacionais envolvidas nas políticas para o envelhecimento, encarado basicamente do ponto de vista bio-médico e sob a pressão que os desequilíbrios demográficos estão a exercer sobre os sistemas de segurança social e de saúde, essas instâncias – OMS, União Europeia, OCDE – criaram uma espécie de paliativo designado por «envelhecimento activo», com o qual todos estamos familiarizados. O termo «activo» é polissémico e começa por evocar a noção familiar nos países da União Europeia de «políticas activas», segundo as quais os Estados financeiramente pressionados se propõem estimular a pró-actividade dos cidadãos objecto dessas políticas, no sentido de, por assim dizer, «eles se ajudarem a si próprios», responsabilizando-os em derradeira instância pelos seus fracassos.

Simultaneamente, o paradigma do «envelhecimento activo» remete para a noção bio-médica da manutenção da actividade física e cognitiva por parte das pessoas mais velhas, nomeadamente quando passam da vida activa à reforma, ou seja, quando entram na zona de risco, não tanto da idade como da inactividade. Assim, os ganhos médios de saúde e de anos de vida com qualidade que efectivamente se observaram nas últimas décadas têm servido de argumento legitimador para o adiamento da idade da reforma e para o prolongamento não-voluntário da actividade, a pretexto dos possíveis benefícios desta última para a saúde. Acontece, porém, que estes benefícios não são universais nem, sobretudo, socialmente neutros.

Em Portugal, concretamente, essa pretensa legitimação do adiamento da reforma conhece uma limitação considerável, que é a elevada percentagem de sexagenários e até de quinquagenários, com longas vidas de trabalho indiferenciado e frequentemente lesivo para a saúde, a quem já está a ser imposto o adiamento da aposentação. Acresce, como observou Esping-Andersen no mesmo livro, que existe na generalidade dos países uma relação clara e óbvia entre o montante das pensões e a esperança de vida dos beneficiários: quanto mais elevadas as pensões, mais longa a esperança de vida.

Sendo assim, segundo o autor, é na correcção dessa iniquidade flagrante através de um factor intra-geracional – e não no mero estabelecimento de um «factor de sustentabilidade» inter-geracional, como aquele que se aplica em Portugal desde a reforma das pensões de 2007 – que residiria a maior contribuição para a sustentabilidade dos sistemas de pensões e, simultaneamente, para a sua

equidade, repondo a justiça entre coortes de nascimento e não alegadamente entre gerações, conforme indicava Norman Daniels. A solução seria modular o montante das pensões segundo o último salário e a esperança de vida a ele associada, de maneira a que as pensões fossem inversamente proporcionais às diferenças na esperança de vida; em alternativa, o montante da pensão poderia ser parcialmente «trocado» por uma antecipação idade da reforma, respeitando sempre um mínimo de anos de contribuições para se reformar. Esta justa revolução não será para amanhã. Em contrapartida, segundo a mais recente proposta do Professor Ribeiro Mendes:

O futuro sistema de pensões continuará a evoluir no sentido da redução das taxas de substituição do rendimento na passagem à reforma [...] A idade legal de reforma poderá elevar-se, a idade de passagem antecipada à reforma também [...] O plafonamento das pensões, tantas vezes sugerido e sempre abandonado por razões de quebra de receitas, nesta conjuntura não poderá ser mais do que uma medida simbólica [...] Dito isto, não será inútil a sua criação, pois iria sinalizar um caminho futuro no sentido de uma reforma sistémica¹¹.

Segundo um estudo recente sobre as políticas públicas para a 3.^a e a 4.^a idades em Portugal, o que chama a atenção é a inexistência de uma política global e integrada para o envelhecimento.¹² Nomeadamente, não existem políticas educativas para os idosos, em especial a chamada «educação ao longo da vida», que não deve ser confundida com as «universidades seniores»; também não há políticas de habitação e de urbanismo, na linha das «cidades amigas dos idosos»; e tem faltado também articulação efectiva entre os departamentos da Saúde, da Segurança e da Acção Social, confiando-se retoricamente nas «iniciativas da sociedade civil».

Não existindo qualquer departamento governamental vocacionado para o tema nem para o grupo etário dos seniores, ao contrário do que tem acontecido com os jovens e as mulheres enquanto categorias específicas da população, a política para o envelhecimento não possui um lugar próprio no nosso modelo de governação, estando inteiramente subsumida entre as políticas de saúde e as políticas sociais, o que constitui um dos impedimentos mais notórios à emergência de uma plataforma de organizações de expressão e defesa dos direitos dos seniores, como existe

¹¹ *Economia & Segurança Social*, Fev.º-Março 2012, n.º 1, p.20.

¹² Veloso, Esmeraldina (2008), "A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002", in *Actas do VI Congresso Português*. Mundos Sociais: Saberes e Práticas, Braga.

por exemplo em Espanha com a «Confederación de Organizaciones de Mayores», reconhecida como interlocutora das administrações públicas.

Ao contrário do que se julgou ser possível no início do século XXI, quando Portugal assumiu pela segunda vez a presidência da UE no ano 2000¹³, hoje, com os cortes exigidos pela crise da dívida soberana, que atinge toda a periferia europeia e está a estender-se ao resto da «zona euro», as políticas públicas na gigantesca área dos cuidados, apoios e institucionalização das pessoas necessitadas, geralmente seniores e de idade cada vez mais avançada, revela uma dependência cada vez maior em relação às famílias dos idosos carentes e às chamadas Instituições Privadas de Solidariedade Social, na sua maioria ligadas à igreja católica, pouco se recorrendo ao voluntariado, como é típico do modelo de «estado-providência» familista e assistencialista do Sul da Europa, segundo Esping-Andersen.

No quadro da actual política de «emergência nacional», as ajudas redistributivas restringem-se basicamente a dois grupos que, só por isso, ficam marcados pelo estigma da dependência, a saber, os idosos muito pobres e sobretudo as famílias monoparentais carentes, sendo as crianças neste momento o grupo etário mais atingida pela pobreza em Portugal, como aliás acontece também na Itália, por exemplo. Enfim, a institucionalização e os cuidados comunitários e domiciliários financiados pelo Estado ficam abaixo da média, situando-se entre 3,5% e 5% da população com 65+, mais uma vez, sobrecarregando sobretudo as mulheres, nomeadamente as mais velhas.

É neste contexto que volta a operar o paradigma do «envelhecimento activo», cujo epítome, do ponto de vista gerontológico, são os «estilos de vida saudáveis» e os «bons hábitos de saúde». Este conjunto de recomendações é bem conhecido e deveria ser adoptado por todos nós, supostamente, de forma a prevenir as doenças e a promover a saúde, assim como a qualidade de vida em geral e na velhice em particular. Ora, acontece que a crítica da dimensão ideológica da noção de «envelhecimento activo» é equivalente, do ponto de vista sociológico, ao carácter socialmente diferenciado das práticas que lhe estão associadas e isso faz com que já tenham sido identificadas, tanto em Portugal quanto na literatura internacional, como introduzindo um efeito perverso de iniquidade suplementar ante a saúde e a morte¹⁴.

¹³ M. Rhodes, M. Ferrera & A. Hemerijck (2000), *The future of social Europe: recasting work and welfare in the new economy*, Oeiras: Celta Editora.

¹⁴ Cabral, M. V., & P. A. Silva (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais.

Antes mesmo de o paradigma do «envelhecimento activo» ter surgido, já Norbert Elias havia denunciado «a solidão dos moribundos», título provocatório de um pequeno livro onde o autor, então com 86 anos, se manifestava contra as omissões e encobrimentos do discurso dos «hábitos saudáveis», quando chamou a atenção para o facto de que «‘a coisa mais difícil’, na actual forma de envelhecer e de morrer, [ser] ‘o gradual arrefecimento das relações’» (p. 223-224).¹⁵ Mas tão importante como a crítica do «encobrimento da morte», é a preciosa anotação sociológica de Norbert Elias, segundo a qual, do mesmo modo que o sentido que cada um de nós atribui à vida – quando é capaz de o fazer – é socialmente diferenciado (p. 67), também existe uma óbvia «conexão entre a maneira como uma pessoa vive e a maneira como morre» (p. 71).

Foi neste sentido que o Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa desenvolveu, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian e da FFMS, um estudo em profundidade sobre as ocupações do tempo e as redes sociais da população portuguesa com 50 anos ou mais.¹⁶ Tratou-se de reconstituir o curso de vida socialmente diferenciado dos seniores portugueses, colhendo ao longo do percurso das pessoas a sua efectiva pró-actividade, assim como todo o tipo de redes de sociabilidade e mútuo apoio em que elas possam estar ou ter estado envolvidas, a nível familiar e de vizinhança, mas também a nível colectivo, associado ou não, voluntário ou mesmo remunerado, susceptível de gerar um «capital social» capaz de suprir a tendência para o «arrefecimento dos laços sociais» de que falava Elias. Estas pareceram-nos constituir algumas das dimensões mais importantes para determinar até que ponto é exacto que, assim como se vive, assim se envelhece e assim se morre.

Reconduzido, pois, o paradigma do «envelhecimento activo» às suas devidas proporções, não deixa de ser exacto que os processos de envelhecimento em Portugal estão, segundo o nosso estudo, a conhecer uma mudança muito significativa. A maioria dos factores em jogo, nomeadamente a adopção de práticas de «envelhecimento activo», parece estar de facto a convergir no sentido de uma vida mais longa, com mais qualidade e também com maior capacitação individual e colectiva. Com efeito, a percentagem dos inquiridos (50+) que declarou ter

¹⁵ Elias, N. ([1982] 2001), *A Solidão dos Moribundos, seguido de “Envelhecer e morrer”*, trad. Plínio Dentzien, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

¹⁶ Cabral, M. V., P. M. Ferreira, P. A. Silva, P. Jerónimo & T. Marques (2012), *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do Tempo, Redes Sociais e Condições de Vida*, Lisboa, IE.

necessidade de cuidados de saúde regulares foi apenas de 10%, subindo para 13% na faixa dos 65-74 e para 17% na dos 75+, enquanto as políticas públicas para a 3.ª idade estão quase exclusivamente orientadas para prestação de cuidados a esta reduzida percentagem de idosos carentes.

Na realidade, a representação mediática recorrente do idoso abandonado e carente não tem expressão significativa na nossa amostra e não corresponde, de facto, à generalidade da população inquirida... Dito isto, foi contra os riscos para os quais aquela representação do velho pobre, só e carente que o psiquiatra português António Leuschner escreveu:

Solidão, isolamento, abandono, rejeição e estigma são faces da mesma ameaça, à medida que as redes da pessoa – o seu “capital social” – se vão debilitando. Investir nesse “capital” é hoje [...] determinante da qualidade de vida de todas as pessoas, mormente das mais idosas¹⁷.

De acordo com o nosso estudo, os resultados mostram que grande parte da população sénior portuguesa (cerca de 70%) possui redes pessoais densas, pequenas e predominantemente familiares, que constituem a base da sua sociabilidade, bem como dos cuidados e apoios que se prestam mutuamente, sobretudo as mulheres; cerca de 30% com instrução mais alta, possuem redes mais abertas e variadas. No que se refere ao capital social clássico, que cerca de um terço dos seniores pertence actualmente a uma associação pelo menos e que 40%, embora já não sejam membros, já pertenceram no passado; só cerca de um quarto nunca pertenceu. Além disso, uma percentagem significativa (25%) participa numa entidade ou organização que promove actividades para os reformados ou para a terceira idade. A adopção crescente, segundo a idade, das práticas de «envelhecimento activo» e, sobretudo a aquisição de capital social através de toda a gama de redes informais, demonstraram ter um impacto, por vezes apreciável, no estado de saúde e no sentimento de felicidade dos seniores portugueses. Em suma, as redes e o capital social disponíveis, bem como a mudança acelerada do perfil sociológico dos seniores portugueses, nomeadamente o perfil educativo, são de molde a ir contrariando, gradualmente, os fortíssimos determinantes sociais que sobre eles ainda pesam.

¹⁷ Leuschner, A. (2009), “A doença da solidão”, in Antunes, J. L. (org.), *O Tempo da Vida*, Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento. Lisboa. Editora Principia, pp. 327.+

Em Portugal, as solidariedades entre os diferentes grupos de idade, especialmente dentro das linhagens familiares, são praticamente indestrutíveis. As redes familiares são de uma extrema densidade; as entre-ajudas e cuidados mútuos são igualmente intensos: perto de 20% dos seniores portugueses prestam cuidados a parentes e até a amigos adultos, enquanto 27,5% estão envolvidos nos cuidados a crianças, sobretudo os netos, com os quais dois-terços da população sénior tem contacto diário. Se há algo que pode destruir estas redes familiares de alta densidade será o Estado exigir-lhes mais do que elas já dão.

Por último, os conflitos são sociologicamente fundados e não vão desaparecer, pois a competição não passa apenas por recursos materiais escassos, mas também por bens simbólicos tão preciosos como a tolerância mútua e o afecto entre esses grupos. A forma, porém, de os conciliar e, no limite, de torná-los criativos em soluções práticas e até economicamente produtivos sob a forma de novos bens e serviços, passa pela adopção da noção de *lifespan*, por parte não só das pessoas e instituições como também das políticas públicas, de modo a que cada um de nós circule pelas diferentes fases da vida, juntamente com a sua coorte, de modo solidário, isto é, reflexivo, estratégico e prudencial, de acordo com Rawls e Daniels, mas também Norbert Elias.

Envelhecimento e saúde mental: estratégias locais de intervenção

Margarida Torres*

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), o envelhecimento global no século XXI causará um aumento significativo da procura de respostas sociais e económicas em todo o mundo, o que tem levado à procura de estratégias para adequação dessas respostas às necessidades básicas diárias desta população, centradas, sobretudo, nas políticas de saúde, no papel da família e no peso que esta evolução demográfica representa para o sistema de segurança social (Paúl, 2005).

No que concerne às políticas de saúde, a prioridade centra-se na prevenção da doença e na promoção da saúde, pois o aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes levaram a uma mudança de paradigma na saúde que já não é medida apenas pela presença ou não de doenças, mas sim pelo grau de preservação da capacidade funcional. Por outro lado, considerando que a perda dos contactos sociais e das práticas de sociabilidades e o consequente aumento da solidão e do isolamento, são problemas que afetam cada vez mais esta população, contribuindo para a perda da auto estima e o aumento do estado depressivo, coloca-se o desafio de apostar em mecanismos capazes de atuar não só ao nível da capacidade física dos indivíduos, mas também do bem-estar mental e social, pois estes fatores podem contribuir, em grande medida, para a obtenção de ganhos em saúde.

É neste contexto que o Programa Nacional para a saúde das pessoas Idosas, da Direção-Geral da Saúde, enfatiza a valorização da “autonomia”, a “aprendizagem ao longo da vida” e o “manter-se ativo”, como aspetos fundamentais para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. O conceito de envelhecimento saudável, dentro desta lógica, passará por ser o resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, suporte familiar, independência económica e integração social (Ramos, 2003).

Ao nível local, seguindo os princípios e orientações das políticas de saúde nacionais e europeias, nos últimos anos, tem vindo a assistir-se à emergência de diferentes estratégias que visam a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Viana do Castelo, onde cerca de 18,6% da população tem idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, sendo uma das cidades que integra o movimento das Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS), tem vindo, desde o

* Divisão da Promoção da Saúde do Município de Viana do Castelo.

ano de 2005, a desenvolver projetos e programas nomeadamente no âmbito do voluntariado de proximidade, na dinamização de atividades culturais, recreativas e de lazer e na promoção da atividade física, com a finalidade de promover o bem-estar e a qualidade de vida desta franja da população.

Tendo presente que os fatores psicológicos e psicossociais associados a fatores de ordem social assumem um papel fundamental na promoção do envelhecimento ativo, e considerando que a OMS prevê que a depressão seja o primeiro fator de morte em 2030 e que as doenças cerebrovasculares e neuro-degenerativas vão ultrapassar as causas de morte por doença cardiovascular e oncológica, o Município de Viana do Castelo (MVC), em Setembro de 2011, lançou o projeto “Saberes em Teia”, com base no tema proposto para a V Fase da Rede Europeia de Cidades Saudáveis “*Saúde Mental. Criatividade e “Vivilidade”*”. Este projeto que se constitui como uma estratégia de promoção da saúde mental, colocando o enfoque na promoção de atividades que encorajem a criatividade, que desenvolvam o capital humano e social, aumentem a coesão social e o bem-estar, tem como principais objetivos criar oportunidades de troca de saberes entre participantes de diferentes gerações e promover a capacitação e o desenvolvimento pessoal e social dos participantes. Assume, ainda, como finalidade a otimização do processo de transição e adaptação da vida ativa à reforma.

Volvido um ano de aplicação deste projeto, considerou-se pertinente proceder a uma avaliação do mesmo com a finalidade de apreender até que ponto e em que medida os seus objetivos foram atingidos. Não estando, porém, ainda concluída esta avaliação ao nível do impacto na saúde e no bem-estar, num primeiro momento, procuramos apreender qual a perceção dos participantes sobre o impacte deste projeto nas suas redes de sociabilidade e perceber quais os fatores motivacionais subjacentes ao maior ou menor grau de participação nas diferentes atividades.

Antes, porém, de apresentar os resultados mais relevantes deste estudo exploratório, importa proceder a uma contextualização teórica sobre as questões do envelhecimento e da importância que a promoção da saúde mental poderá assumir no processo de envelhecimento.

Contextualização teórica: envelhecimento e saúde mental

A vulnerabilidade e fragilidade próprias do estado fisiológico dos idosos, faz com que estes enfrentem muitas dificuldades, agravadas por situações de escassez

de recursos económicos, da falta de apoio social e familiar, sendo muitas vezes alvo de discriminação social. Na perspetiva de Machado (2003: 333) a mudança de estatuto, de ativo para inativo, a que os idosos estão sujeitos e a consequente redução dos rendimentos, devida à condição de reformado face à atividade económica, pode levar a um afrouxamento das relações sociais. Esta é também a posição de Fernandes (1997:43), para o qual a reforma tornou visível a definição de velhice como categoria social, que *“ficou institucionalmente fechada nas fronteiras de um limiar de idade fixo, cujo acesso é reforçado pela detenção de uma pensão de reforma”*. E esta, segundo Machado (2003:332), acarreta menos recursos económicos, menos relações interpessoais, menos autoestima, podendo resultar num obstáculo ao contacto e às práticas de sociabilidade, constituindo um fator para a perpetuação do estado depressivo.

Para Cavan et al. (1949), o envelhecimento acarreta problemas de ajustamento devido à mudança de papéis que daí decorre, sobretudo na fase da passagem da vida ativa para a reforma, porque significa que o idoso não é mais produtor de bens e serviços, podendo levar à marginalização em contextos sociais pautados pelo valor produtivo e, resultando por isso, na insatisfação, por estarem a experimentar ou a viver, aquilo que na expressão de Cavan et al. (1949) é um desajustamento social. Esta teoria assenta na ideia de que quanto mais ativo o indivíduo se mostrar na velhice, maior será o seu grau de satisfação ou ajustamento social. Para Cavan (1949), uma pessoa ajustada é aquela que assume uma grande variedade de papéis “produtivos”.

A ideia principal destas teorias assenta na conceção do envelhecimento ativo introduzido pela Organização Mundial de Saúde definido como *“o processo pela qual se otimizam as oportunidades de bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança de vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na velhice”* (WHO, 2002) e que, no entender de Fernández-Ballesteros (2002), é um conceito inovador que reflete a importância que os fatores psicológicos e psicossociais associados a fatores de ordem social assumem na formulação de intervenções promotoras da adaptação face ao envelhecimento, já que os estilos de vida e a autoeficácia, entre outros fatores, podem influenciar e determinar um maior bem-estar.

A saúde mental pode ser condicionada por múltiplos fatores de natureza biológica, psicológica, social económica e ambiental. Sabe-se que fatores como a pobreza,

baixos níveis de qualificação académica e profissional, condições precárias de habitação ou desemprego aumentam o risco de vulnerabilidade para a doença mental (Whitehead and Dahlgren 2006; WHO, 2010). O foco em *“atividades de saúde mental capazes de melhorar o bem-estar de toda a população”* marca uma mudança importante no sentido de reconhecer os benefícios da promoção e prevenção, além de melhorar o tratamento de doenças existentes. É também um reconhecimento de que a saúde mental positiva e o bem-estar podem contribuir para atingir uma ampla gama de objetivos sociais e de saúde de importância crucial para a prosperidade a longo prazo da Europa (Lynne Friedli, 2009), já que, segundo Jane-Lopis (2005) potencia a coesão social, o capital social e mental, a paz e segurança das comunidades e contribui para o desenvolvimento económico e social da sociedade no seu todo.

A nível mundial, a doença mental afeta cerca de 450 milhões de pessoas, provoca um enorme sofrimento físico e emocional, uma menor qualidade de vida e uma tendência para a discriminação, estigma e isolamento social. Tem um impacto significativo sobre os sistemas económico, social, educativo, penal e judicial. Na região europeia, a saúde mental e os problemas neurológicos são responsáveis por 22% e 17% da carga total de doença, respetivamente, sendo apenas superada pelas doenças cardiovasculares (OMS). Segundo o estudo de Wittchen, H.U et col (2011) a prevalência estimada de pessoas que sofrem com problemas de saúde mental, tais como depressão, ansiedade, insónia ou demência representa cerca de 38% da população europeia e revela que apenas um terço dos doentes estão a ser tratados adequadamente por profissionais de saúde. Em Portugal, de acordo com o último Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), 27,6% da população sofre de problemas de ansiedade ou depressão (17,6% dos homens e 36,8% das mulheres).

O Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, publicado em Setembro de 2011, ao colocar a ênfase em cinco áreas prioritárias – i) prevenção da depressão e suicídio; ii) saúde mental e bem-estar das crianças e jovens; iii) saúde mental e bem-estar em locais de trabalho; iv) saúde mental e bem-estar das pessoas idosas e v) promoção da inclusão social e combate ao estigma –, vem reforçar a preocupação pela procura de estratégias de intervenção na área da saúde mental, ao longo do ciclo de vida, não só para prevenção da doença como também para a promoção do bem-estar emocional e social e criar as condições individuais,

sociais e ambientais que permitam o desenvolvimento psicológico e biológico ótimo, assim como potenciar a equidade, a justiça social e a dignidade das pessoas.

Assim, a promoção da saúde mental e bem-estar é um objetivo importante em termos de saúde pública, pois pode contribuir decididamente para o pleno desenvolvimento afetivo, cognitivo e social do indivíduo. A família, a escola, o local de trabalho e a comunidade local são contextos privilegiados para intervir na promoção da saúde mental. Foi nesta perspetiva que o MVC, sendo um parceiro estratégico nas políticas locais de promoção de saúde, se propôs desenvolver o projeto “Saberes em Teia”, como estratégia de intervenção na área da promoção da saúde mental e bem-estar baseado na evidência científica e boas práticas.

Importa, pois, referir aqui, não o projeto em si, mas o impacto que uma política desta natureza pode ter, quando é pensada e orientada para as necessidades de uma população específica, como é o caso das pessoas idosas, e quando se intervém ao nível da prevenção e promoção.

Fundamentação e breve descrição do projeto objeto do estudo

Antes de descrever a metodologia utilizada para recolha de dados sobre o resultado da aplicação do projeto, importa fazer uma breve descrição do mesmo, a fim se perceber o seu modo de funcionamento, bem como os pressupostos que o fundamentaram. Assim, considerando, por um lado que o idoso tem que continuar a participar na sociedade de forma útil, pois é importante que sinta que continua a fazer parte dela, intervindo e contribuindo para o seu desenvolvimento (WHO, 2002), e por outro lado a importância que a aprendizagem ao longo da vida assume para o aumento da qualidade de vida na velhice, o projeto “Saberes em Teia”, baseia-se na partilha de saberes e experiências e na promoção do contacto social.

Numa perspetiva intergeracional, são dinamizadas diversas atividades em diferentes áreas e domínios, nomeadamente artes decorativas, informática, línguas estrangeiras, história da arte, artes marciais, técnicas de relaxamento, danças tradicionais e danças latinas, pintura em tecido e em vidro, construção de objetos artesanais, entre outras. Sendo a base do projeto a partilha de saberes, este assenta na ideia de que cada um dos participantes possa em simultâneo aprender determinados saberes e possa também dinamizar uma oficina, numa área do seu domínio, mantendo níveis de atividade que resultem em ganhos em saúde. Os saberes

partilhados podem resultar de conhecimentos formais ou de conhecimentos e experiências adquiridos ao longo da vida, de forma que se constituam como espaços informais de partilha, os quais são designados por “Momentos Teia”. As temáticas a abordar nas oficinas dependem do interesse manifestado pela população para aprender ou para ensinar.

Tendo em conta as considerações teóricas atrás descritas, sobre a prevenção e promoção da saúde mental, este projeto é, sobretudo, dirigido para a população saudável ou em risco de desenvolver perturbação mental, com idade igual ou superior a 50 anos, numa perspetiva de prevenção primária. São vários os fatores que levaram a desenvolver o projeto direcionado para esta faixa etária. Em primeiro lugar, é nesta idade que algumas funções cognitivas dos indivíduos começam a deteriorar-se, pois, segundo um estudo publicado no *British Medical Journal* em Janeiro de 2012, as funções cognitivas dos indivíduos, como a memória, raciocínio, a fluidez fonética e a fluidez semântica, começam a deteriorar-se a partir dos 45 anos de idade¹. Os resultados revelam que as pontuações cognitivas baixam em todas as faixas etárias (45-49, 50-54, 55-59, 60-64 e 65-70), exceto no vocabulário. Os participantes com idades entre os 45 e 49 anos sofreram um declínio no raciocínio na ordem dos 3,6%. Em idades mais avançadas, a diferença de género é mais clara com os homens entre os 65 e os 70 anos a mostrar uma perda de capacidades de 9,6% e as mulheres da mesma idade com um resultado de 7,4%. Os autores deste artigo deixam algumas sugestões sobre possíveis formas de preservar o nosso cérebro tais como a adoção de um estilo de vida mais saudável e a diminuição dos riscos de doenças cardiovasculares (obesidade, hipertensão, níveis elevados de colesterol) como forma de reduzir um declínio mais acentuado das capacidades cognitivas na velhice. Por outro lado há outros fatores que podem afetar a saúde mental nesta faixa etária, tais como as alterações biológicas (menopausa, no caso das mulheres), a reconfiguração das relações familiares (síndrome do “ninho vazio”), o stress laboral (conflitos, reestruturação organizacional, entre outros), o surgimento de doenças e o afrouxamento das relações sociais que resulta da saída do mercado de trabalho para uma situação de reforma.

¹ A investigadora, Archana Singh-Manoux, do Centro de Investigação em Epidemiologia e Saúde Pública, em França, e do University College London, em Inglaterra, analisou 5198 homens e 2192 mulheres durante um período de 10 anos a partir de 1997. Os participantes foram avaliados três vezes durante o período em estudo nas funções cognitivas de: memória, vocabulário e capacidade de compreensão auditiva e visual.

Embora o projeto se direcione para as pessoas com mais de 50 anos, foram estabelecidas normas de funcionamento, onde os participantes que pretendam aprender qualquer das temáticas calendarizadas, preenche uma ficha de inscrição, para que fique garantida a participação simultânea de pessoas de diferentes faixas etárias, e onde, pelo menos metade dos inscritos, esteja em situação de reforma ou pré-reforma. A relação intergeracional assume especial relevância na promoção do envelhecimento saudável e ativo, pois para além de potenciar o contacto social, possibilita a transmissão de experiências de vida, valores e princípios, permitindo aos menos jovens sentirem-se mais úteis.

Metodologia

Para levar a cabo a avaliação deste projeto estabeleceu-se, logo à partida, alguns indicadores de monitorização e de avaliação de impacto, nomeadamente o número de inscrições nas atividades, o número de participantes efetivos, o número de “Momentos Teia” realizados, o número de inscritos em lista de espera, o número de novos contactos estabelecidos por cada participante e a perceção sobre a aquisição de novos saberes.

Em termos de métodos e técnicas de recolha e tratamento de dados, os principais instrumentos utilizados foram a observação direta, o inquérito por questionário e a pesquisa documental. A técnica da observação direta permitiu apreender os comportamentos, as atitudes e os diferentes discursos no próprio momento em que se desenrolavam as atividades nos seus contextos e na sua riqueza (inter) subjetiva, salientando-se como fator positivo e facilitador, o facto da autora ser elemento constituinte da equipa de lançamento e acompanhamento do projeto. Além da consulta aos documentos de suporte ao projeto, como as fichas de inscrição e os formulários, foi aplicado um inquérito por questionário no sentido de aferir o grau de satisfação, as motivações para a escolha da temática, a perceção sobre os conhecimentos e as relações interpessoais adquiridos. O preenchimento do questionário foi feito por administração direta, no final de cada “Momento Teia” realizado.

Resultados

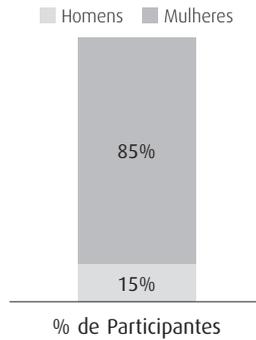
Recorrendo aos indicadores de monitorização e avaliação acima descritos, pode-se verificar que os resultados obtidos foram bastante positivos, conforme os quadros e os gráficos que seguidamente se apresentam:

Quadro n.º 1 – Setembro de 2011 a Junho de 2012

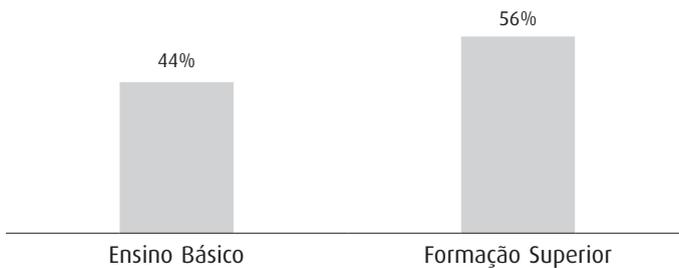
Indicadores de monitorização/avaliação	n	Obs.
Número de participantes	204	Foram estipulados limites
Lista de espera	105	Dados de Set./Dez.2011
Número de participações	362	37% participaram em mais que uma atividade
Média de participação p/ Momento Teia	15	
Momentos Teia realizados	40	

Analisando o Quadro 1, e no que concerne ao número de inscrições, verifica-se que estas ultrapassaram, em muito, as expectativas pois, havendo limites de participação estipulados para cada “Momento Teia”, verifica-se que dos 309 inscritos, 105 ficaram em lista de espera, o que é demonstrativo do elevado interesse no projeto, por parte da população. Também se pode verificar do referido Quadro, que dos 204 participantes, 37% participarem em mais que uma atividade – 22% em duas, 5% em três, 5% em quatro, 3% em cinco e 2% em seis atividades – totalizando 362 participações, situando-se a média de participações em 15 pessoas por “Momento Teia”.

Quanto ao número de “Momentos Teia” realizados, tendo sido estabelecida uma meta de 15 até Dezembro de 2012, verifica-se que foram realizados 40 até Junho de 2012, estando já programadas mais 16 até Dezembro, ultrapassando largamente o previsto. De notar que a duração dos “Momentos Teia” pode variar entre 1 hora e 30m e 40 horas, como é o caso da atividade de Taichi/Cikung que teve a duração de 37 horas, o que torna este número um bom indicador do interesse e motivação da população, tanto mais que todas as atividades já realizadas e programadas até ao final do ano de 2012 resultaram de propostas feitas por iniciativa das pessoas interessadas em partilhar os seus saberes.

Gráfico n.º 1 – Distribuição de participantes por género

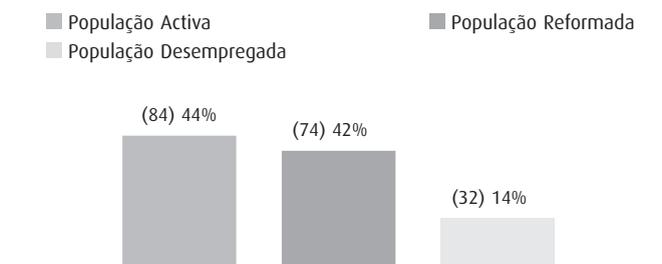
Passando agora à caracterização dos participantes, verifica-se que a maioria é do género feminino (Gráfico 1), o que não admira, tendo em conta as estatísticas que apontam uma esperança média de vida mais elevada nas mulheres e também porque há estudos que apontam que as mulheres são mais predispostas para participar na vida comunitária, sobretudo em atividades de voluntariado e de cariz social.

Gráfico n.º 2 – Distribuição de participantes por habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias dos participantes, pode-se verificar que mais de metade possui formação superior. Estes dados não surpreendem, pois de facto, verificava-se que a franja da população em situação de reforma ou pré-reforma com um nível de formação elevado, não se identificava com as respostas existentes no MVC e, por isso, era pouco participativa nas atividades desenvolvidas no âmbito de outros projetos direcionados à população idosa, e nas quais, em regra, participam pessoas com baixos recursos financeiros e um baixo nível de escolaridade. Chega-se à conclusão que um projeto desta natureza, onde se partilham conhecimentos e

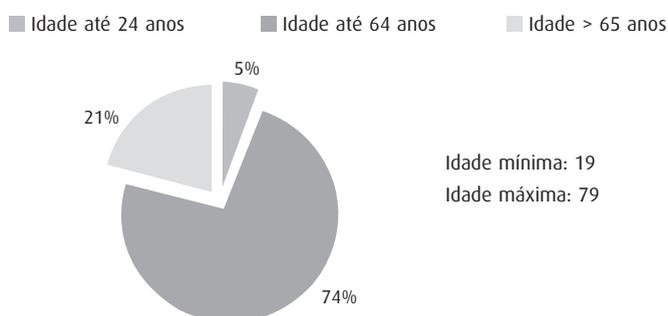
saberes, atrai a população com mais formação, o que, até certo ponto, era uma das finalidades do mesmo.

Gráfico n.º 3 – Distribuição de participantes por situação



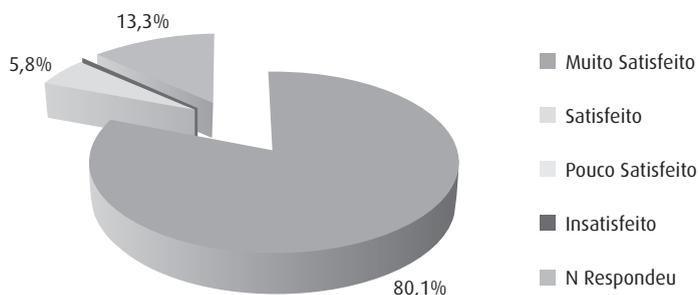
Analisando o Gráfico 3, verifica-se que 42% dos participantes encontram-se em situação de reforma, muitos deles recém-reformados pois, como se pode verificar do Gráfico 4, só 21% têm mais de 65 anos (idade atual de entrada na reforma), o que significa que se está perante uma fase de transição da saída do mercado de trabalho para a reforma. Estes dados vêm de encontro à finalidade deste projeto que pretende otimizar a passagem da vida ativa à reforma pois, é sabido que o envelhecimento é marcado pela rutura com o mundo do trabalho e a consequente entrada na reforma que significa não só a perda de um emprego como também a perda de contacto com os outros no trabalho (Giddens, 1997:722-723), afetando de forma negativa as relações sociais, as práticas de sociabilidade e, conseqüentemente, ter efeitos negativos na saúde e no bem-estar. Daí que consideramos que os propósitos do projeto, quanto a este aspeto, foram conseguidos.

Gráfico n.º 4 – Distribuição de participantes por grupo etário



Olhando para a distribuição dos participantes por grupo etário, podemos verificar que apenas 5% têm idade inferior a 25 anos. No entanto, a grande maioria situa-se no grupo etário entre os 25 e os 64 anos, o que garante, à partida, o convívio entre diferentes gerações. Note-se que o participante mais jovem tem a idade de 19 anos e o mais idoso de 79 anos.

Gráfico n.º 5 – Distribuição de participantes por grau de satisfação



Aplicado um inquérito por questionário a todos os participantes no final de cada “Momento Teia”, para aferir o grau de satisfação quanto ao projeto na sua globalidade e à especificidade das temáticas, pode-se concluir, conforme Gráfico V, que 80,1% dos participantes ficou muito satisfeito. Isto significa que se atingiu a meta pretendida. Outro dado importante é o facto de a maioria dos questionários terem sido complementados com o comentário de que o projeto deverá ter continuidade no tempo.

Para além dos resultados obtidos com recurso aos indicadores acima referenciados, e que são demonstrativos do sucesso do projeto, apontam-se, ainda, outros fatores que contribuíram para a sua sustentabilidade e continuidade no futuro.

Assim, começando pelo horizonte temporal do mesmo, as propostas apresentadas para dinamização das várias temáticas, bem como a afluência à procura de informação e o número de inscrições, justifica a sua continuidade no ano de 2013. Neste sentido, para além de já se encontrarem calendarizadas 16 atividades diferentes até Dezembro de 2012, já foram apresentadas outras propostas de atividades a realizar no primeiro semestre de 2013. Além disso, tendo em conta que no final do segundo semestre de 2012, alguns participantes se prontificaram a dinamizar novas temáticas (condição para a participação no projeto), ficará garantida a sua continuidade até ao final de 2013.

Por outro lado, é de realçar também, que o projeto se revelou como um meio para promover a integração de população estrangeira, sobretudo reformados que escolheram o concelho de Viana do Castelo para viverem. É o caso do Inglês e do Francês que são ensinados por pessoas reformadas daqueles países, que se prontificaram a ensinar a sua língua, por considerarem uma forma de eles mesmo aprenderem também o português.

Além disso, tendo em conta a conjuntura atual, a questão da solidariedade está muito presente na comunidade e o facto do custo de participação reverter para este fim, também se revela como motor de continuidade, pois as instituições que podem vir a beneficiar, vão promovendo a divulgação do projeto e incentivando a participação. A título de curiosidade, refere-se que, embora o valor da participação seja meramente simbólico (0,50€/h), da participação no projeto até ao final de Junho de 2012, resultou um valor de 2291,75€, que foram distribuídos, em sorteio, por duas IPSS do concelho.

Embora o projeto contemple a aplicação de um instrumento de avaliação do impacto ao nível da saúde mental, dada a data prevista para esta avaliação, não é possível, ainda, apresentar os ganhos em saúde resultantes da implementação do mesmo, com base na aplicação de um instrumento que permita medir alguns parâmetros de saúde mental e bem-estar psicológico. Contudo, observando os discursos e práticas dos participantes, ao longo do desenrolar das atividades, é possível afirmar que este tem sido bem sucedido no que respeita à perceção do bem-estar e da melhoria da qualidade de vida. Um dado que permite chegar a esta conclusão é o facto de, após a realização das primeiras atividades, se ter começado a verificar a participação destas pessoas noutros eventos e atividades desenvolvidos pelo MVC noutros contextos. Por outro lado, frases como *“eu dantes não saía de casa e não me apetecia fazer nada. Agora que aprendi a fazer coisas diferentes, ninguém me para”*, Amélia, 58 anos. Ou *“desde que comecei a participar neste projeto a minha vida mudou: já tomo menos medicamentos e até o meu marido me elogia pelas coisas novas que faço”*, Rosa, 61, e *“agora sinto-me melhor, porque conheço outras pessoas e convivo muito mais”* Isabel 57 anos e, ainda *“costumava fazer isto sozinha, agora faço-o com mais catorze pessoas”* Paula, 64 anos, evidenciam a importância que as relações interpessoais e sociais assumem nesta fase da vida dos indivíduos, proporcionado um aumento do bem-estar. Aliás, segundo um estudo publicado na revista *Journal of Health and Social Behavior* (2012, vol.52), a promoção da interação social tem um efeito

potencialmente protetor sobre as capacidades cognitivas e físicas em adultos com mais de 60 anos. Os resultados mostram que os adultos com um alto nível de compromisso social, tais como, visitas a amigos e familiares, atividades de voluntariado, participação em organizações de índole sociocultural ou religioso, apresentavam uma menor limitação cognitiva. A interação social também promove um efeito protetor sobre as limitações físicas que tendem a agravar-se com a idade.

Conclusão

A avaliação deste projeto, em termos gerais, permite-nos demonstrar que não só os seus propósitos têm vindo a ser conseguidos, como também poderá servir de exemplo de boas práticas para que, noutros contextos, se promovam oportunidades de participação e se criem mecanismos facilitadores de acesso a uma vivência que se pretende multidimensional e que contribua para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida da comunidade. Também se ficou com a perceção que as novas abordagens à saúde pública, em que a prioridade se centra na prevenção da doença e na promoção da saúde, nomeadamente os programas de promoção do envelhecimento ativo, representam ganhos em saúde, sobretudo porque não se limitam à melhoria da capacidade funcional dos indivíduos mas contemplam outros fatores de ordem mental e social. É evidente que este trabalho representa apenas um estudo exploratório que unicamente nos dá algumas pistas para uma avaliação mais aprofundada das questões da saúde mental e da sua relação com a promoção do envelhecimento ativo.

Fica também evidente que os Municípios, embora não tenham intervenção direta na saúde, têm, contudo, um grande poder de intervenção ao nível dos seus fatores determinantes e, devido à proximidade com a comunidade, é um parceiro indispensável no desenvolvimento de estratégias locais de saúde.

Bibliografia

- ALMEIDA, J. M. C. (2009), *Mental Health in Family Medicine*, 6, 233-244.
- FERNANDES, A. A. (2001), "Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social", *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 36, p. 39-52.

- FERNÁNDEZ-BALLERSTEROS, R. (2002), "Presentación", R. FERNANDES-BALLESTEROS (dir), *Vivir com vitalidad, Vol. I – Envejecer bien. Qué es y como lograrlo*, Madrid, Ediciones Pirámide.
- FONSECA, António Manuel, (2004), *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, Manuais Universitários 35 Lisboa, Climepsi Editores.
- FRIEDLI Lynne (2009), *Mental health, resilience and inequalities*, OMS.
- GIDDENS, A. (1997), *Sociologia*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Livro Verde, OMS, (2005), Estimation by ILO., http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm
- LOUREIRO, Isabel e MIRANDA Natércia (2000), *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*, Coimbra, Almedina.
- LYUBOMIRSKY, S., KING, L., & DIENER, E. (2005), "The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success.
- LYNOTT R. J., LYNOTT P. P. (1996), "Tracing the Course of Theoretical Development in Sociology of Aging", in *The Gerontologist*, vol. n.º 6, pag. 749-760.
- MACHADO, H, (2003), *Novo Paradigma da Relação Médico-doente*, Ciência e Humanismo, Lisboa Almedina
- MAGALHÃES, M. G. (2003), *Quem vive só em Portugal*, in *Revista de Estudos Demográficos* n.º 33, INE.
- NAVARRO, Maria F. (2000), *Educar para a Saúde ou para a Vida? Conceitos e Fundamentos para Novas Práticas* in PRECIOSO, José *et al. Educação para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias de Educação, Universidade do Minho.
- Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016)*, Diário da República, 1.ª série – N.º 47, 6 de Março de 2008.
- Relatório Sobre Saúde Mental, Parlamento Europeu, 28 Janeiro de 2009.
- SEQUEIRA, Carlos e SÁ, Luís (2010), *Do Diagnóstico à Intervenção e Saúde Mental*, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- SILVA, L. (2001), *Acção Social na Área da Família*. Lisboa, Universidade Aberta.
- WITTCHEH, H. U. et al. (2011), *The size and burden of mental disorders and others disorders of the brain in Europe 2010*. *European Neuropsychopharmacology* (2011) 21, 655-679.
- PAÚL, Constança e FONSECA, António Manuel (2005), *Envelhecer em Portugal*, Manuais Universitários 42, Lisboa, Climepsi Editores.
- RAMOS, Luiz Roberto (2003), "Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 19, n.º 3, Rio de Janeiro.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002), *Active ageing: a policy Framework*, Genebra, WHO.

Os maus tratos exercidos contra as pessoas idosas: da sensibilização à avaliação

Maria Emília Vergueiro*

A violência contra as pessoas idosas não é um fenómeno novo nas sociedades ocidentais. Desde a antiguidade clássica que a mitologia retrata lendas em que os conflitos entre pais e filhos são o pano de fundo. Na Grécia e na Roma antigas, por exemplo, as pessoas mais velhas eram discriminadas e humilhadas perante o culto da beleza e da juventude vigentes. Na Europa pré-industrial, eram geralmente os patriarcas da família os detentores das terras e dos bens, situação que gerava inúmeros conflitos entre pais e filhos e que, por vezes, acabam em parricídio (Pillemer, 2009).

Este fenómeno tem ganho relevo junto das sociedades contemporâneas, não só devido ao aumento do número das pessoas idosas, mas também a uma maior consciencialização da população relativamente às diferentes formas de violência no seio familiar e das suas consequências, não só para as vítimas (que vão desde a depressão, ao distress, a múltiplos problemas de saúde, à baixa qualidade de vida e ao aumento do risco de mortalidade e morbilidade) e para quem com elas convive, mas também as repercussões junto dos sistemas de saúde, de proteção social e judicial, envolvendo geralmente muitas pessoas e recursos. Assim diversos países nomeadamente os Estados Unidos da América, o Canadá e o Reino Unido estão a adotar enquadramentos legais relativos a este fenómeno (Perel-Levin, 2008; Pillemer, 2009).

Estudar a prevalência e a incidência deste fenómeno é fulcral, mas muito complicado devido ao facto de não existir uma única definição do mesmo, mas também por que as vítimas experienciam sentimentos como o medo (associado a represálias e a recriminações pelo alegado abusador ou à perda do cuidador, que mesmo sendo abusivo, por ser a única pessoa que tem por perto para cuidar dele e para lhe dar suporte emocional, ou ao facto de poder vir a ser colocado numa instituição ou de ficar só, sem ninguém que cuide de si), a vergonha (relacionada com a perda de privacidade, com a exposição pública, e com a necessidade de intervenção do exterior), a culpa (pela responsabilidade que sente face ao comportamento abusivo do outro ou por se sentir responsável pela perda de rendimentos do cuidador familiar, caso este esteja a ser remunerado para cuidar de si), o desespero e a

* Psicóloga e mestre em Psicogerontologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra com uma tese de mestrado intitulada "O Ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa"; membro do GEAVI – Grupo de Estudos, Atendimento e Avaliação de Vítimas Idosas; formadora em temáticas relacionadas com o envelhecimento; colaboradora do Grupo de Envelhecimento Activo da EAPN Portugal; com formação em Psicoterapia pela Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Construtivistas; com formação sobre Gestão de Instituições para pessoas idosas.

tristeza (associados à quebra de relações familiares), ou a desconfiança (pensar que as outras pessoas jamais vão acreditar no abuso) (Wolf, 2000; Quinn & Tomita, 1997, *cit in* Ferreira-Alves, 2005a; Payne, 2005; Nerenberg, 2008).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde alertou para o facto de que cerca de 4-6% dos idosos que vivem em casa serem vítimas de abuso (WHO, 2002). Por outro lado, 90% dos casos de violência e de negligência contra as pessoas idosas ocorrem no domicílio (Chavez, 2002, e Kleinschmidt, 1997, *cit in* Minayo, 2005, pp. 33). Estes dados não são de estranhar já que a grande maioria das pessoas idosas residem ou sozinhas ou com familiares (Ferreira-Alves, 2005). Assim, para muitos, o abuso contra pessoas idosas configura uma forma de violência doméstica, das mais emergentes no ocidente.

Em 1998, o *The National Elder Abuse Incidence Study*, NEAIS, nos EUA, concluiu que, para cada caso de abuso denunciado às autoridades competentes, havia 5 não reportados. O mesmo estudo detetou uma incidência de abuso na ordem de 1,3% neste país e que a negligência é o tipo mais frequente de maus-tratos aos idosos (48,7%), seguido do abuso emocional/psicológico (35,5%), abuso financeiro ou material (30,2%) e o abuso físico (25,6%). Ainda segundo a mesma fonte, os filhos são os principais perpetradores (47,3%), seguido dos cônjuges (19,3%), de outros familiares (8,8%) e netos (8,6%). Em cerca de 90% dos casos, os perpetradores são familiares, e destes 2/3 são filhos ou cônjuges.

Em Portugal existem já alguns organismos com dados estatísticos relativos a este fenómeno, nomeadamente a APAV e a Provedoria da Justiça. Nos Relatórios do Provedor de Justiça à Assembleia da República entre 2009 e 2011, dão-nos conta que o número de chamadas para a Linha do Cidadão Idoso (LCI) relacionadas com os maus-tratos e as diversas formas de abuso tem sido crescente (9,6% em 2009, 14,8% em 2010 e em 2011, 15,3%). Nestes anos, a maioria destas chamadas reportam-se a abusos físicos, seguidos da negligência de cuidados e da denúncia de casos de abandono.

Em busca de uma definição

A primeira referência teórica de maltrato aos idosos surge em 1975 nos artigos publicados por Backer (1975) e Burston (1975), sendo nessa época denominado de “granny battering”. Desde essa época, diversas investigações têm sido realizadas

um pouco por todo o mundo (Glendenning, 1997). Por configurar uma realidade social, este fenómeno é muito influenciado pelas variáveis do contexto em presença, o que torna praticamente impossível encontrar uma definição suficientemente lata e universal, dada a sua complexidade.

Apesar de não ser consensual, uma possível definição retrata os maus-tratos, abuso ou negligência contra as pessoas idosas como *o abuso físico, emocional ou psicológico de uma pessoa idosa por um cuidador formal ou informal. O abuso é repetido e constitui a violação dos direitos humanos e civis de uma pessoa dependente, por outra(s) pessoa(s) que tem poder sobre a sua vida* (Eastman, 1984; cit in Decalmer & Glendenning, 1997, 1). Este fenómeno *ocorre dentro de uma relação onde há expectativa de confiança, o que causa ofensa, dano ou distress na pessoa idosa* (Action on Elder Abuse, 1995; cit in Decalmer & Glendenning, 1997, 1).

Trata-se, pois, de um fenómeno à escala global, que não escolhe classes sociais, etnia ou credo, e ao qual qualquer pessoa pode estar vulnerável, bastando apenas que viva o suficiente para atingir esta fase do ciclo de vida. Está ainda presente nos mais diversos contextos, desde a esfera familiar, até aos contextos laboral, de saúde e a instituições de apoio às pessoas mais velhas, como centros de dia ou lares/residências geriátricas (Glendenning, 1999; Perel-Levin, 2008).

Partindo de uma análise e revisão das definições existentes, o *National Center on Elder Abuse* (1998) encontrou e definiu 7 tipos de abuso para idosos não institucionalizados:

Abuso físico: utilização não acidental da força física que pode originar ferimentos corporais, dor física ou incapacidade no idoso. Exemplos desta realidade são:

- Punições físicas (bater, esbofetear);
- Empurrar, compelir, arranhar;
- Sob ou sobre medicação;
- Coerção forçada fisicamente, aprisionamento, infligir queimaduras;
- Ameaçar com uma faca, atacar;
- Etc.

Abuso sexual: envolvimento do idoso em atividades sexuais para as quais ele não deu consentimento informado, não quer e/ou não compreende o seu significado. Por exemplo, pornografia, violação, incesto, etc.;

Abuso emocional ou psicológico: infligir ao idoso, por meio de estratégias verbais ou não-verbais, angústias, dor ou aflição. Exemplo disto são:

- Ameaças, intimidação;
- Humilhação (gritar, chamar nomes, insultar);
- Infantilização;
- Privação, omissão, negação de direitos básicos;
- Hostilização;
- Manipulação;
- Isolamento;
- Etc.

Exploração material ou financeira: uso ilegal ou inapropriado, por parte de cuidadores e/ou familiares, de bens, fundos ou propriedades do idoso, para seu ganho pessoal. Como exemplo:

- Uso, venda de propriedades ou transferência de dinheiro;
- Apropriar-se de outros bens do idoso sem o consentimento deste;
- Assinatura forjada em cheques ou outros documentos financeiros ou legais;
- Retirar somas avultadas de dinheiro da conta do idoso sem a sua permissão;
- Etc.

Abandono: a pessoa que tinha a custódia física ou a responsabilidade de cuidar do idoso deixa-o “entregue a si mesmo”, desaparece, ou deixa-o numa instituição, hospital, ou mesmo na rua.

Negligência: recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres ao idoso. Por exemplo:

- Fechar a pessoa idosa num quarto ou outro compartimento;
- Recusar alimentá-lo ou dar-lhe de beber;
- Recusa de suporte material e emocional;
- Negligência a nível dos cuidados de higiene e de saúde;
- Etc.

A negligência pode ser infligida de duas formas: *ativa – através da negação ou fracasso intencional no cumprimento das ações necessárias ao bem-estar da pessoa idosa, provocando-lhe stress emocional ou físico; ou passiva – não é intencional, não tendo o perpetrador consciência da mesma* (Wolf & Pillemer,

1989). A negligência passiva fica, geralmente, a dever-se à falta de força física, de perseverança, de estabilidade emocional, de maturidade e/ou de habilidade, por parte do cuidador (Nerenberg, 2008);

Auto-negligência: a pessoa idosa comete atos que atentam contra a sua própria saúde ou segurança de uma forma involuntária/inconsciente. Por exemplo:

- Isolar-se dos outros;
- Vestir-se inadequadamente face às condições ambientais;
- Falta de cobertura adequada;
- Etc.

Neste caso particular de abuso, as vítimas encontram-se normalmente deprimidas, confusas ou extremamente frágeis, vivendo na maior parte das vezes sozinhas e de forma independente, isto é, sem quererem que alguém os ajude (Longres, 1995; Dyer, *et al.*, 2007).

Existem ainda outras formas de abuso descritas na literatura. São exemplo disso a **violação dos direitos** (que inclui o direito à privacidade, à confidencialidade, a escolhas livres, liberdade religiosa, liberdade de recusar a toma de psicotrópicos, e liberdade no consentimento para ir para uma dada instituição) e o **rapto** (que inclui levar os idosos para instituições sem o seu consentimento, impedindo-os de regressar utilizando para tal a força, coerção ou influência excessiva/ilegítima) (Nerenberg, 2008).

Quais os fatores de risco?

Diversos estudos apontam para uma grande heterogeneidade de fatores que podem tornar as pessoas idosas mais vulneráveis a este fenómeno. Estes fatores, geralmente, não aparecem isolados: acontece pela conjugação de diversas condições, umas mais relacionadas com a pessoa idosa, outras associadas ao perpetrador, e ainda outras que se prendem com o contexto em que vítima e agressor estão inseridos (NRC, 2003; Nerenberg, 2008).

As pessoas idosas ficam mais vulneráveis ao abuso quando:

- Vivem em isolamento/com falta de suporte social;
- Têm demência (especialmente quando esta despoleta no doente comportamentos disruptivos e agressivos) ou declínio cognitivo (quando origina, por exemplo,

dificuldades nos processos de tomada de decisão podem propiciar situações de abuso financeiro);

- Existem problemas de saúde mental (depressão, baixa autoestima, abuso de substâncias);
- Têm uma personalidade exigente e pouco cooperante;
- São portadores de problemas de saúde que limitam a sua funcionalidade, por exemplo, incontinência (o que leva com que o idoso dependa de outrem para suprir as suas necessidades básicas e para as suas atividades de vida diárias, o que poderá gerar situações de negligência);
- A sua idade está acima dos 80 anos;
- Sofreram perdas recentes (a perda do cônjuge ou de outros familiares pode aumentar as necessidades de cuidado que, caso não sejam suprimidas, expõem a pessoa idosa à negligência; no caso de ter perdido o cônjuge que tinha a seu cargo a gestão financeira, pode levar o idoso a ter de recorrer a outrem que gira o seu dinheiro, o que pode propiciar situações de abuso financeiro);
- Existe falta de recursos financeiros (não ter dinheiro para poder aceder a alguns bens e serviços poderá ocasionar situações de negligência ou de autonegligência);
- Têm conflitos conjugais/familiares;
- Existem dificuldades de comunicação;
- A relação com o atual cuidador é de baixa qualidade;
- Existe uma história de violência familiar (modelo da violência transgeracional).

Tal como já foi referido anteriormente, este é um fenómeno que pode acontecer nos mais diversos contextos, pelo que, qualquer pessoa pode ser (pelo menos em potencia) um agressor, em especial se tiver presentes na sua vida algumas das seguintes situações (Jones, *et al.*, 1995; Anetzberger, 2000; NRC, 2003; Reis, 2000, *cit in* Ferreira-Alves, 2005b; Nerenberg, 2008):

- Distúrbios psicológicos/ problemas mentais/ problemas de comportamento: depressão, abuso de substâncias, distúrbios anti-sociais e histórias de violência fora dos contextos familiares, personalidade rígida e autoritária perante os outros;
- Dependência da vítima: as situações de desemprego, depender emocional, financeira e habitacionalmente da vítima;
- Tipo de personalidade: Stressado – “overwhelmed offenders”, relacionados com uma sobrecarga de trabalho relativa ao cuidar da pessoa idosa; Limitados ou com problemas – “impaired offenders”, que geralmente cometem atos

- negligentes; Narcisistas – “narcissistic offenders”, que geralmente cometem abuso financeiro e negligência; Dominadores “domineering or bullying offenders” e Sádicos “sadistic offenders”, que praticam maus-tratos de forma crônica e em escalada, e que provocam grande temor às vítimas (Ramsey-Klawnsnik, 2000);
- Stress associado com a função de cuidador: ocasionado por um aumento da sua sobrecarga devido ao aumento das necessidades de cuidado da pessoa idosa;
 - Falta de suporte social;
 - Problemas a nível familiar;
 - Não compreender a condição médica da vítima;
 - Inexperiência na prestação de cuidados;
 - Relação passada e/ou atual com o idoso de baixa qualidade.

A nível societal existe um fator relacionado com as representações sociais acerca do envelhecimento: o *ageism*, ou seja, a questão dos estereótipos e mitos relacionados com a idade adulta avançada, como a falta de produtividade, pobreza, doença, invalidez, descomprometimento, inflexibilidade, senilidade, serenidade, infantil, entre outros (Lachs, 1995; Glendenning, 1997; Alberto, 2004; Dias, 2004). Crenças, representações e conceções erróneas acerca das pessoas idosas, podem propiciar comportamentos abusivos sobre eles.

Sinais de alerta: o que fazer?

Existe um vasto conjunto de indícios que podem ajudar a despistar as situações de abuso contra as pessoas idosas (Hirsch e Loewy, 1995, *cit in* Ferreira-Alves, 2005). Dada a sua natureza, é sobre os profissionais de saúde que recai uma maior responsabilidade na identificação destes casos, pelo que urge a sua sensibilização e a formação específica nesta área.

A nível dos sinais físicos (geralmente os mais fáceis de identificar) salientam-se:

- Múltiplas escoriações em diferentes fases de recuperação e/ou em locais não usuais;
- Lacerações em partes específicas do corpo;
- Ferimentos com um padrão passível de ser associado a um objeto que os possa ter provocado (exemplo: marcas de cordas nos pulsos ou abdómen que indicie estar amarrado);
- Evidência de ferimentos antigos não documentados;

- Nariz ou dentes partidos;
- Evidência radiográfica de fraturas antigas desordenadas e/ou de certos tipo de fraturas ósseas (as fraturas relativas a quedas espontâneas têm, em geral, uma aparência diferente das quedas infligidas);
- Hematomas, úlceras de pressão, certos tipos de queimaduras e abrasões. Nestes casos, a chave para a interpretação não está apenas na sua existência, mas sobretudo nas suas características (extensão, localização anatómica, morfologia, severidade e multiplicidade);
- Níveis sub ou sobre terapêuticos de drogas;
- Ausência de óculos, próteses dentárias ou auditivas, auxiliares da marcha;
- Desidratação;
- Sub nutrição ou obesidade;
- Perda de peso, carências vitamínicas;
- Higiene inadequada/negligenciada;
- Dores abdominais, hemorragias vaginais ou rectais, infeções genitais frequentes.

Para além dos sinais físicos, a vítima pode evidenciar: medo do cuidador (demonstrar medo/ansiedade quando o cuidador se aproxima); mostrar relutância em estabelecer contacto ocular; apresentar um diagnóstico de demência com história de desordens de comportamento; padecer de depressão, ansiedade, insónia, apatia, paranoia; mostrar uma fraca adesão ao regime terapêutico sugerido; alteração dos padrões de sono; ter alterações no comportamento sexual; desenvolver comportamentos de automutilação; mudanças repentinas na forma de gerir os seus bens; alteração inesperada de um testamento; transações suspeitas na conta bancária; falta de meios de conforto apesar das possibilidades.

É igualmente importante estar atento aos seguintes indícios:

- Atraso entre a lesão/doença e a procura de cuidados médicos;
- Cuidador de um idoso com défices cognitivos falta a uma consulta;
- O cuidador não visita o idoso no hospital;
- Relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos ou doenças suspeitas;
- Divergência nas explicações dadas pelas pessoas idosas e pelos seus acompanhantes;
- Explicações vagas, inadequadas ou não plausíveis acerca das lesões;
- Tensão ou indiferença entre acompanhante/cuidador e paciente.

Pode-se também suspeitar de práticas abusivas quando o cuidador em presença: denota ter um baixo conhecimento dos problemas médicos da pessoa idosa de quem cuida; tenta dominar a entrevista médica; abusa verbalmente ou tem comportamentos hostis para com a pessoa idosa durante o encontro; evidencia abuso de substâncias ou problemas de saúde mental; manifesta sinais de cansaço, stress ou desinteresse; recrimina injustificadamente os comportamentos da pessoa cuidada; mostra comportamentos defensivos, agressivos ou evasivos quando confrontado com a suspeita de maus tratos.

Quando os profissionais de saúde (ou outros profissionais cujo trabalho e/ou as competências técnicas o legitimem) identificam alguns destes sinais de alerta, deverão proceder a um despiste/avaliação relativa a episódios de maus-tratos e/ou ao risco de abuso da pessoa idosa. Para que esta avaliação seja o mais eficaz possível é importante:

- Conhecer o estado físico da pessoa idosa;
- Avaliar o seu estado mental (para detetar possíveis declínios cognitivos ou doenças do foro mental);
- Saber até que ponto a(s) patologia(s) da pessoa limitam o seu dia-a-dia/funcionalidade, e o seu consequente grau de dependência de outrem;
- Saber se sofreu perdas familiares recentes que tenham alterado significativamente a sua vida;
- Averiguar acerca da rede social do sujeito (se passa muito tempo sozinho; no caso de ter alguma mobilidade, procurar saber se o idoso pertence a alguma coletividade ou tem *hobbies* que o levem a contactar com outrem que não seja o cuidador ou quem vive consigo; no caso de passar muito tempo em casa, com problemas de mobilidade, importa saber se existem muitas pessoas a visitá-lo e quem são essas pessoas, etc.);
- Analisar a sua situação socioeconómica;
- Verificar se as pessoas que vivem consigo, que lhe prestam cuidados ou que lhe são mais próximas, sofrem de distúrbios psicológicos;
- Averiguar se o cuidador (ou quem vive com a pessoa idosa) depende desta a nível financeiro, emocional e habitacional;
- Avaliar o grau de segurança/perigo imediato da vítima;
- Conhecer a natureza do abuso: frequência, severidade, a intenção, fatores precipitantes.

Dada a natureza complexa deste fenómeno e para que seja mais eficaz, qualquer tipo de avaliação (e posterior planeamento de intervenção) deve, sempre que possível, ser realizado em equipa multidisciplinar (englobando o contexto bio-psico-social da vítima) e tendo em conta o princípio da beneficência/não maleficência. Logo, as avaliações deverão ser o mais cuidadas possível para evitar colocar a pessoa idosa numa posição de maior vulnerabilidade face ao abusador ou ao contexto.

Deste modo, uma avaliação deverá compreender os seguintes passos (NGC, 2006):

1. Avaliação do estado cognitivo (através de instrumentos como o MMSE (Mini-Mental State Examination) ou o MoCA (Montreal Cognitive Assessment);
2. Questões de despiste: “Como estão as coisas lá em casa? Sente-se seguro e confortável?”;
3. Avaliar o risco de abuso através de instrumentos como: IOA – Indicators of Abuse Screen; PVS – Partner Violence Screen; Risk of Abuse Tool; VASS – Vulnerability to Abuse Screening Scale; etc.;
4. Avaliar situações que indiciem abuso através de instrumentos como: QEEA – Questions to Elicit Elder Abuse; EAI – Elder Assessment Instrument; HALF – Health, Attitudes Toward Aging, Living Arrangements, and Finances; etc.;
5. Analisar a história clínica e realizar um exame físico;
6. Entrevistar pessoas significativas da pessoa idosa;
7. Referir a suspeita de abuso às autoridades competentes (Segurança Social, GNR, PSP, APAV, etc.);
8. Implementar intervenções (sempre que possível).

As elevadas consequências negativas que este fenómeno acarreta junto das vítimas e da própria saúde pública “tornam o desenvolvimento de ações efetivas contra os maus-tratos uma grande prioridade” (Pillemer, 2009, p.343) na nossa sociedade. É urgente sensibilizar os cidadãos para este fenómeno, dar formação adequada aos cuidadores (quer formais, quer informais) para que cumpram a sua função de forma a melhorar a qualidade de vida da pessoa idosas, quer dotar os profissionais de saúde de ferramentas que lhes permitam uma mais eficaz deteção, avaliação e intervenção junto das vítimas e dos seus sistemas familiares.

Prevenir e denunciar os maus-tratos exercidos contra as pessoas idosas é um dever cívico de todos.

Bibliografia

- ALBERTO, I. M. A. (2004), Velhos são... mas lêem romances de amor! Reflexões em torno do maltrato ao idoso. *Psychologica*, 36, 63-73.
- ANETZBERGER, G. (2000), Caregiving: Primary cause of elder abuse? *Generations*, 24(2), 46-51.
- BAKER, A. A. (1975). Granny-battering. *Modern Geriatrics*, 5, 20-24.
- BURSTON, G. R. (1975). Granny-battering. *British Medical Journal*, 3, 592.
- DECALMER, P. & GLENDENNING, F. (Eds.) (1997), *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- DIAS, I. (2004), A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.
- DYER, C. B. GOODWIN, J. S., PICKENS-PACE, S., BURNETT, J., & KELLY, P. A. (2007), Self-neglect among the elderly: A model based on more than 500 patients seen by a geriatric medicine team. *American Journal of Public Health*, 97, 1671-1676.
- FERREIRA-ALVES, J. (2005a), Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos. In R. Abrunhosa e C. Machado (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto.
- FERREIRA-ALVES, J. (2005b), *Factores de Risco e indicadores de abuso e negligência de idosos*. Copiado de [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso e neglig%C3%Aancia - ciencias criminais.pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4423/3/abuso%20e%20neglig%C3%Aancia%20-%20ciencias%20criminais.pdf) em 11 de Novembro de 2007.
- FERREIRA-ALVES, J., & SOUSA, M. (2005), Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Sociologia*, 15, 303-313.
- GLENDENNING, F. (1997), Attitudes to older people. In Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds). (1997). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- GLENDENNING, F. (1997), What is elder abuse? In Decalmer, P. & Glendenning, F. (Eds). (1997). *The mistreatment of the elderly people*. London: Sage Publications.
- LACHS, M. S. (1995), Preaching to the unconverted: Educating psysicians about elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 7(4), 1-12.
- LEVY, B. R. (2001), Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The Gerontologist*, 41(5), 578-580.
- LEZAK, M. D., HOWIESON, D. B., LORING, D. W., HANNAY, H. J., & FISCHER, J. S. (2004), *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- LITWIN, H., & ZOABI, S. (2004), A multivariate examination of explanations for the occurrence of elder abuse. *Social Work Research*, 28(3), 133-142.
- LONGRES, J. F. (1995), Self-neglect among the elderly. *Journal of elder abuse and neglect*, 7(1), 69-86.
- MINAYO, M. C. (2005), *Violência contra Idosos: O avesso do respeito à sabedoria* (2.^a edição). Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Retirado de <http://www.observatorionacionaldoidoso>.

- fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf National Center on Elder Abuse (NCEA) at the American Public Human Services Association (1998). *The national elder abuse incidence study*. Copiado de http://www.aoa.gov/eldfam/Elder_Rights/Elder_Abuse/ABuseReport_Full.pdf em 14 de Dezembro de 2007.
- National Research Council (2003), *Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington, D. C.: The National Academies Press.
- National Guideline Clearinghouse (2006), *Elder Abuse Prevention*. University of Iowa: National Guideline Clearinghouse. Consultado em Abril 2009, <http://www.guideline.gov>.
- NERENBERG, L. (2008), *Elder abuse prevention: emerging trends and promising strategies*. New York: Springer Publishing Company. *Journal of Social Issues*, 61(2), 287-305.
- PAYNE, B. K. (2005), *Crime and elder abuse. An integrated perspective* (2nd ed.). Illinois: Charles C. Thomas Publisher, Ltd.
- PEREL-LEVIN, S. (2008), *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*. Geneve: OMS. Consultado em Março 2009, <http://www.who.int/en>.
- PILLEMER, K. (2009), A violência na velhice. In F. C. Gulbenkian (Ed.). *O tempo da vida: Fórum Gulbenkian de saúde sobre o envelhecimento* (pp. 331-347). Cascais: Príncipeia.
- Provedor de Justiça (2011), *Relatório à assembleia da república 2009*. Lisboa: Provedoria de Justiça.
- Provedor de Justiça (2010), *Relatório à assembleia da república 2009*. Lisboa: Provedoria de Justiça.
- Provedor de Justiça (2009), *Relatório à assembleia da república 2009*. Lisboa: Provedoria de Justiça.
- RAMSEY-KLAWSNIK, H. (2000), Elder-abuse offenders: A typology. *Generations*, 24, 17-22.
- VERGUEIRO, E. (2009), *O ageism e os maus-tratos contra as pessoas idosas*. Coimbra: FPCEUC (Tese de Mestrado Integrado não publicada).
- WOLF, R. S., & PILLEMER, K. (1989), *Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse*. New York: Columbia University Press.
- World Health Organization (2002), *Abuse of the elderly*. Copiado de http://search.who.int/search?ie=utf8&site=default_collection&client=WHO&proxystylesheet=WHO&output=xml_no_dtd&oe=utf8&q=abuse+of+the+elderly&Search=Search&site=search= em 3 de Novembro de 2008.

Centenários e os desafios da longevidade

Oscar Ribeiro*; Lia Araújo**

Afigurando-se inegáveis os avanços da longevidade humana nos países desenvolvidos, celebrar o centésimo aniversário tem-se tornado um acontecimento cada vez mais comum. Ao atentarmos, por exemplo, à realidade europeia, facilmente constatamos esse facto: se em 1996 o número de centenários era de 29 201, com uma diferença de 4 212 homens para 24 989 mulheres, uma década mais tarde, em 2006, as estimativas apontavam para 57 306 pessoas com 100 e mais anos (8 228 homens e 49 078 mulheres), verificando-se uma duplicação do seu número entre os períodos considerados (Robine e Saiko, 2009). Projeções mais recentes, exclusivas dos países desenvolvidos, apontam já para um número significativamente mais elevado, com uma quintuplicação do número de centenários entre 2005 e 2030 (NIA, 2007).

Concretamente em Portugal, do ponto de vista numérico, os dados censitários de há uma década apontavam para a existência de 589 pessoas com idade igual ou superior a 100 anos (INE, 2001), sendo que dados mais recentes do *Human Mortality Database* relativos a 2006 referiam a existência de 870 centenários (139 homens; 731 mulheres) no nosso país (Robine e Saiko, 2009). Através desta mesma fonte é possível analisar a evolução da representatividade deste grupo no decénio 1996-2006, onde Portugal se destaca entre os restantes 26 países da União Europeia ao registar um aumento muito significativo do número de centenários, revelando-se essa evolução superior à registada em países como a Inglaterra, Suécia e Bélgica. Neste contexto de crescente relevância internacional no campo da longevidade, o nosso país foi, ainda, projetado mediaticamente pela supercentenária Maria de Jesus, uma Portuguesa de 115 anos, natural de Ourém, que foi considerada oficialmente a *decana da Humanidade*, i.e. a pessoa mais velha do mundo, durante 5 semanas (GRG, 2012).

Este fenómeno demográfico sem precedentes tem levado investigadores de vários domínios científicos à análise e compreensão dos múltiplos aspetos que lhe estão associados, ora evidenciando a importância da genética e de fatores de índole psicossocial para a longevidade, ora concentrando-se em discussões em torno do

* Psicólogo, doutor em Ciências Biomédicas. Professor Auxiliar no Instituto Superior de Serviço Social do Porto e Professor Adjunto Convocado na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. É membro investigador da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI-ICBAS-UP), onde coordena atualmente o estudo *PT100 Centenários do Porto*.

** Licenciada e mestre em Gerontologia pela Universidade de Aveiro, frequenta atualmente o programa doutoral em Ciências Biomédicas do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto com tese no âmbito dos centenários. É desde 2008 colaboradora na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP) e assistente convidada na Escola Superior de Educação de Viseu.

aumento da esperança média de vida e sua relação com a saúde, designadamente com os distintos perfis de morbilidade. Em linha de fundo, são análises que refletem a necessidade de sistematizar evidências capazes de descortinar as circunstâncias e contextos em que esta população vive, a qualidade de vida que tem (ou o entendimento do que a definirá aos cem anos de idade), o modo como as pessoas atingiram e vivem essa idade e, também, se as suas exigências em termos de necessidades sociais e saúde diferem muito daquelas sentidas pelas gerações mais novas, designadamente os octogenários e os nonagenários. Em suma, começaram a surgir estudos que procuram deslindar o perfil daquela que é considerada a “elite biológica” de uma geração e expor os desafios que uma tal longevidade congrega, seja para as pessoas em causa, seja para as famílias e profissionais que deles cuidam.

O presente artigo, debruçando-se sobre alguns resultados dos principais estudos sobre centenários, provê uma breve incursão sobre a heterogeneidade que caracteriza esta população, dando conta, a título de exemplo, dos distintos perfis de longevidade identificados e da importância de melhor compreender os recursos psicológicos que lhe estão associados. Ao enunciar a crescente representatividade numérica deste grupo etário no nosso país, dá conta, também, da necessidade de providenciar dados científicos sobre os centenários portugueses.

Os estudos sobre centenários: Da genética e da importância dos recursos psicológicos

Fazendo eco do interesse de vários investigadores da área da Gerontologia sobre os casos de longevidade avançada, o surgimento de estudos especificamente sobre centenários tem-se feito sentir um pouco por todo o mundo. Destacando-se os estudos de Okinawa (o *Okinawa Centenarian Study*), iniciado em 1975 e ainda em curso, e o *Georgia Centenarian Study* nos EUA que já celebrou o seu vigésimo aniversário, outros estudos como o de New England (também nos EUA), Japão, Itália, Suécia, Dinamarca, Alemanha, Polónia e Grécia foram entretanto iniciados, dando conta não só do número crescente de casos de pessoas com 100 e mais anos, mas da necessidade de prover informação organizada e credível acerca desta população. Esta necessidade, além de se sustentar nas dificuldades inerentes ao estudo desta população tão particular (que assentam, entre muitos outros aspetos no recrutamento prudente de participantes, na utilização de critérios rigorosos

de validação da idade e na garantia de fiabilidade da informação recolhida), fundamenta-se, igualmente, na premência de prover evidências que ultrapassem a prosaica curiosidade mediática de desvendar o “elixir da longevidade” ou de retratar acientificamente casos bem-sucedidos que poderão esconder realidades menos atrativas do que constitui o dia-a-dia desta população. São, na verdade, estudos que procuram fornecer contributos importantes para o conhecimento deste grupo populacional e expor um retrato minucioso acerca do que é ter 100 ou mais anos e acerca dos fatores que tornaram tal percurso de longevidade possível.

Encontrando-se os principais estudos sobre centenários incluídos no *National Institute on Aging (NIA) Longevity Consortium*, o qual é constituído por um painel de especialistas clínicos, demógrafos, epidemiologistas e da genética que apresentam diretrizes de avaliação do que é mais pertinente estudar na compreensão da sobrevivência, a vasta maioria da investigação tem sido destinada a descortinar o genótipo e fenótipo dos centenários (Poon et al., 2010). Na realidade, sendo várias as explicações para que este grupo de pessoas tenha ultrapassado a esperança média de vida em cerca de 20 ou mais anos, uma parte significativa das mesmas estima-se radicar nos fatores genéticos, os quais têm sido identificados como os “fatores-chave” na predição de uma longevidade excecional. Mas muitos autores alegam que o caminho e o processo para se chegar aos 100 anos não estão predefinidos e que atingir tal idade é algo que se conquista (e.g., Adler, 1995). Nesse sentido, foram surgindo vários estudos que reconhecem a importância dos fatores associados ao estilo de vida, como sejam os hábitos alimentares e o exercício físico, e os recursos pessoais (e.g., Luszcz, 2010; Martin, 2009), de onde se destaca o valor da personalidade, mais concretamente da estabilidade emocional com baixos níveis de neuroticismo e elevados níveis de extroversão e conscienciosidade (Chapman, Roberts e Duberstein, 2011), e dos estilos de *coping* que poderão ser decisivos para a sobrevivência e adaptação (Martin, 2007).

O contributo dos aspetos psicossociais para a qualidade de vida dos centenários tem-se revelado uma preocupação crescente por parte dos investigadores (Araújo, Ribeiro e Paúl, 2011; Serra et al., 2011), sendo promissor hoje o impacto que determinados recursos psicológicos têm para uma experiência positiva de envelhecimento (Jopp e Rott, 2006; Zeng e Shen, 2010). A par de conceitos como a valoração e o sentido de vida, o estudo da capacidade de adaptação e sobrevivência que caracteriza os centenários poderá descortinar a possível aplicabilidade de modelos teóricos tão difundidos como o de envelhecimento

bem-sucedido e da seletividade sócio-emocional, com identificação de estratégias concretas necessárias para viver com sucesso o centésimo ano de vida. Neste contexto, algumas investigações têm descrito que viver aos 100 pode ser muito recompensador: um estudo recente conduzido no Reino Unido procurou conhecer em profundidade as condições e história de vida de 16 centenários e conferiu que, no geral, consideravam as suas vidas como “boas” e “felizes”, sentindo que tinha valido a pena viver, e que continuavam envolvidos significativamente no mundo que os rodeia (Hutnik, Smith, & Koch, 2012) – os autores realçaram a capacidade de resiliência e de gerir as situações stressantes, que se demonstrou um importante denominador comum. Também Darviri e colaboradores (2009) num outro estudo qualitativo verificaram que os participantes eram caracterizados por uma elevada seletividade na escolha de pessoas com quem sociabilizam, por uma tendência para evitar conflitos, e que revelaram uma elevada capacidade de adaptação às principais mudanças e adversidades que foram surgindo com o avançar da idade. Ambos os estudos reforçam a importância do estudo das características psicológicas nesta população, ecoando conclusões e diretrizes já sustentadas e preconizadas por vários investigadores de referência (e.g., Poon et al, 2010).

Ao vislumbrar-se ainda recente o interesse pelas dimensões sociais e sobretudo psicológicas presentes nos casos de longevidade avançada, o enfoque na capacidade que os sobreviventes têm em se adaptarem às alterações físicas, cognitivas, sociais e económicas surge de mote aos estudos de centenários de Heidelberg (segundo momento) e de Fordham, nos EUA, atualmente em curso (Klimaski, 2012). E é precisamente em parceria com estas investigações que surge o primeiro estudo sobre centenários Portugueses, o PT100_Centenários do Porto. Realizado em estreita articulação com as equipas internacionais, tem como objetivos descrever as condições em que vivem e se encontram os centenários daquela área geográfica, determinar o papel dos recursos psicológicos na adaptação aos desafios da longevidade e, adicionalmente, providenciar uma comparação transcultural desses aspetos. Do estudo piloto entretanto conduzido, é possível apontar a presença de constrangimentos associados a tantos anos de vida, sobretudo de índole física e social, que se contrabalançam com a capacidade de os gerir e minimizar o seu impacto (Araújo, Ribeiro e Duarte, 2012). Urgem, porém, novas e mais conclusões a este respeito, que derivem de uma análise complementarmente quantitativa e qualitativa mais aprofundada e considerando maior representatividade numérica.

Sobre a morbidade e os distintos perfis de longevidade

Reconhecendo-se que o aumento progressivo do número médio de anos de vida resulta em parte dos vários avanços na saúde pública que marcaram a redução da mortalidade infantil, mas também a redução da morbidade e mortalidade na fase avançada de vida (Willcox, Willcox e Poon, 2011), uma grande parte das discussões atuais em torno da longevidade radica na explicitação das condições de saúde que marcaram o percurso dos centenários.

De um modo geral, o aumento da esperança média de vida e a sua relação com a saúde tem sido explicado à luz de duas hipóteses: uma primeira, designada de compressão da morbidade, prevê que a população muito idosa será caracterizada por menos doenças e incapacidade, as quais seriam adiadas para idades mais tardias; a segunda hipótese, designada expansão da morbidade, prevê, em oposição à posição anterior, que as pessoas vivem mais tempo, mas com maior sobrecarga de doença e incapacidade. Apesar destas duas hipóteses não se apresentarem claramente demonstradas (Paúl, 2011), alguma evidência parece apoiar a primeira hipótese, suportando-se não só nos indicadores numéricos de longevidade, mas no facto de hoje as pessoas mais velhas serem tendencialmente mais saudáveis do que há algumas décadas atrás, de apresentarem menos limitações, menos perdas funcionais e de geralmente avaliarem a sua saúde de modo mais positivo (Paúl, 2007).

Um palco privilegiado para o estudo de ambas as hipóteses tem sido os estudos com centenários e, mais recentemente, com semisupercentenários e supercentenários (Andersen et al, 2012). Robine, Saiko e Jagger (2009), por exemplo, procuraram decifrar as hipóteses de compressão *versus* expansão da mortalidade ao examinarem a relação entre longevidade e esperança de vida saudável. Do conjunto dos resultados obtidos através de uma análise dos estudos internacionais sobre centenários, dos registos nacionais dos índices de esperança de vida saudável e da sua relação com a esperança de vida aos 65 anos, os autores concluíram que as pessoas que alcançam o patamar dos 100 anos constituem um grupo altamente seletivo, encontrando-se uma percentagem significativamente elevada desta população a viver situações de comorbidade, incapacidade funcional e de declínio cognitivo; no entanto, resultados mais otimistas surgiram da terceira análise que remetia para a comparação entre a esperança de vida aos 65 anos e o número de anos de vida saudável. Aqui, apesar de a maioria dos países com reduzidas taxas de

mortalidade não demonstrar evidências para a compressão da morbidade e incapacidade, verifica-se a tendência para uma maior esperança de vida estar associada a um maior número de anos de vida saudável, o mesmo é dizer, uma relação positiva entre a quantidade e a qualidade de anos vividos. Andersen et al (2012), por sua vez, ao considerarem para análise a realidade específica de uma amostra de supercentenários oriundos do *New England Centenarian Study* (NECS) observaram um atraso progressivo na idade de surgimento de problemas físicos e cognitivos, doenças associadas à idade e morbidade geral, verificando que à medida que o limite da vida humana se aproximava, ocorria uma compressão da morbidade, i.e., que o ciclo de vida e o número de anos de vida saudável (sem incapacidade) se aproximavam.

Muito Idosos. Pessoas com idades acima dos 85 anos
Octogenários. Pessoas com idades entre os 80 e os 89 anos
Nonagenários. Pessoas com idades entre os 90 e os 99 anos
Centenários. Pessoas com pelo menos 100 anos
Semi-supercentenários. Pessoas com idades entre os 105 e os 109 anos
Supercentenários. Pessoas com 110+ anos
Classificação dos Muito Idosos por Idades

Não obstante a tendência de vulnerabilidade à doença e à perda progressiva da capacidade funcional aparecem tardiamente na vida dos centenários, levando a que sejam considerados casos de *envelhecimento saudável* (Engberg et al., 2009), de facto, elas surgem na maioria dos casos. Altamente associada ao processo de envelhecimento, a perda sensorial (com repercussões graves de audição e visão) é referida como um constrangimento importante para os centenários, a par das dificuldades em executar atividades básicas do dia-a-dia como vestir e despir e realizar a higiene pessoal (Willcox et al., 2007). Partindo da grande variabilidade de perfis de saúde e funcionalidade encontrados, investigadores da equipa do NECS ao analisarem a presença ou ausência das principais patologias associadas à idade, dividiram pioneiramente os centenários em três subgrupos: *survivors* (aqueles a quem foi diagnosticado uma ou mais patologias antes dos 80 anos), *delayers* (com diagnósticos realizados entre os 80 e os 99 anos) e *escapers* (que alcançaram os 100 na ausência de doença) – o grupo dos *delayers* constituiu o mais comum (44%), seguido dos *survivors* (38%) e dos *escapers* (19%) (Evert et al, 2003). No mesmo sentido, Gondo e colaboradores (2006), investigadores

do Japão, tendo como critério o estado funcional, dividiram os centenários em quatro categorias e verificaram que 2% poderiam ser considerados *exceptional* (funcionamento avaliado como excelente), 18% *normal* (manutenção de uma boa condição física e cognitiva), 55% *frail* (declínio quer físico quer cognitivo) e 25% *fragile* (deterioração de ambas as funções). Numa outra tipologia, mais recente e desta feita oriunda de uma equipa italiana, os centenários foram divididos nas categorias “A” (pessoas que vivem autonomamente, são capazes de andar, ler o jornal e viver as suas vidas sociais sem grande comprometimento físico), “B” (um estado intermediário, entre o “A” e o “C”) e “C” (pessoas com pobre funcionamento cognitivo e muito limitadas na sua condição física), tendo sido a prevalência de 20%, 33.4% e 46.6%, respetivamente (Franceschi et al., 2008).

Em paralelo aos resultados da saúde física e funcional, é notável a perceção que os próprios centenários fazem da sua saúde, com valores francamente positivos. McCormack (2002) num estudo que abrangeu centenários e supercentenários reporta que 32% da amostra avaliou a sua saúde como “muito boa”, e Poon e colaboradores (2010) referem que 19.4% considerou a sua saúde como “excelente” e 52.7% “boa”. Para esta discrepância inesperada entre a saúde objetiva e a saúde subjetiva, denominada como o paradoxo da incapacidade (Albrecht & Devlieger, 1999; Araújo e Ribeiro, 2011), a contribuição dos fatores psicológicos surge como uma componente de importância capital, reforçando, mais uma vez, a importância de considerar a extensão do seu contributo na longevidade e, sobretudo, na manutenção de níveis otimizados de funcionamento.

A heterogeneidade das vidas aos 100 anos

Independentemente dos perfis que se possam delinear para descrever e situar o estado de saúde e a morbilidade que caracteriza a população centenária, o cenário de uma vida aos 100 anos de idade aparenta ser complexo. A elevada diversidade que caracteriza este grupo traduz-se numa multiplicidade de vivências que podem variar da total independência à total dependência, de um bom desempenho cognitivo a estados de demência, do bem-estar subjetivo à depressão, da integração social ao isolamento total. Com efeito, no decorrer da busca das características biológicas, psicológicas e sociais comuns aos sobreviventes únicos, que se poderiam assumir como promissores indicadores de longevidade, as várias equipas de investigação têm-se deparado com uma significativa variabilidade entre sujeitos. Hagberg

(2007), assevera exemplarmente esta experiência ao afirmar que aos 100 anos o único traço que os centenários têm em comum é a idade, na medida em que revelam diferenças substanciais no modo como pensam, como se comportam, nas suas condições de vida e, principalmente, nas histórias e experiências que constituem os seus percursos de vida.

Se partirmos dos pressupostos da Teoria do Ciclo de Vida e das conclusões obtidas também por Baltes no *Berlin Aging Study* (Baltes e Myer, 1999), a maior heterogeneidade encontrada no grupo dos centenários era já prevista e mostra-se coerente. Mas trata-se de uma característica que, tendo dificultado a generalização de resultados acerca deste grupo, torna o seu estudo ainda mais exigente e reitera a indispensabilidade dos modelos de longevidade se basearem em determinantes multidisciplinares, combinações multifatoriais, com agregação de dados e múltiplas variáveis em interação. Apenas assim, e reconhecendo o papel e contributo de variáveis proximais e distais, se poderá ter um retrato completo destes casos. A este propósito, Martin e Martin (2002) arguíram que considerar a situação corrente dos indivíduos, qualquer que seja o momento da vida, não é suficiente para estudar o envelhecimento e a longevidade, apontando a importância de se considerarem as influências passadas e presentes no estudo dos aspetos relacionados com a adaptação ao longo da vida.

Face ao aumento da representatividade que os grupos mais velhos têm vindo a assumir um pouco por todo o mundo, Christensen e colaboradores (2009) avançam que a maior parte dos bebés nascidos após o ano 2000 nos países desenvolvidos terá grande probabilidade de chegar aos 100 anos, dada a progressão evidente da esperança média de vida. Porém, para a concretização deste cenário, os mesmos autores alegam a importância dos diagnósticos precoces, da melhoria dos tratamentos e da redução da incapacidade associada a doenças cardiovasculares. Conseguir manter ou aumentar a sobrevivência humana e, principalmente, prover os sobreviventes de bons recursos ao nível da saúde, capacidade funcional e bem-estar mental, é um dos grandes desafios que se coloca, no geral, a toda a sociedade e, mais especificamente, aos sistemas de saúde. No entanto, e em complementaridade, se esperamos um aumento tão significativo do número de centenários num futuro próximo, é fundamental que as políticas e os serviços conheçam e compreendam melhor este grupo, ajustando-se às suas especificidades de modo a prover um melhor cuidado e um maior controlo da sustentabilidade dos sistemas financeiros e sociais implicados. Os diferentes perfis de funcionalidade

física, psicológica e social devem ser, por isso, igualmente reconhecidos na definição das necessidades e interesses específicos desta fase de vida, quer ao nível do investimento científico, quer ao nível da intervenção assistencial, comunitária e familiar.

Referências

- ADLER, (1995), *Centenarians: the bonus year*. Santa Fe: Health Press.
- ALBRECHT, G. & DEVLIEGER, P. (1999), The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48, 977-988.
- ANDERSEN, S., SEBASTIANI, P., DWORKIS, D. A., FELDMAN, L. & PERLS, T. T. (2012), Health span approximates life span among many supercentenarians: compression of morbidity at the approximate limit of life span. *Journal of Gerontology: Biological Sciences*, 67 (4), 347-350.
- ARAÚJO, L. & RIBEIRO, O. (2011), O paradoxo da incapacidade das pessoas muito idosas. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 189-196.
- ARAÚJO, L., RIBEIRO, O., & DUARTE, N. (2012), Percursos e perspectivas aos 100 e mais anos de vida. Trabalho apresentado no *Congresso Internacional Envelhecimento Ativo: Atravessando Gerações*. 9 e 10 de Novembro, Viseu.
- ARAÚJO, L., RIBEIRO, O., & PAÚL, C. (2011), Dinâmicas psicossociais na qualidade de vida de centenários. *Actas do II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia, Qualidade de Vida... Vidas de Qualidade*. Universidade de Évora. ISBN 978 989 8339 11 9.
- BALTES, P. & MYER, K. (1999), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- CHAPMAN, B., ROBERTS, B., & DUBERSTEIN, P. (2011), Personality and longevity: knowns, unknowns, and implications for Public Health and Personalized Medicine. *Journal of Aging Research*. doi:10.4061/2011/759170.
- CHRISTENSEN, K., DOBLAHAMMER, G., RAU, R., & VAUPEL, J. (2009), Ageing population: challenges ahead. *Lancet*, 374, 1196-1208.
- DARVIRI, C., DEMAKAKOS, P., TIGANI, X., CHARIZANI, F., TSIU, C., TSAGKARI, C., CHLIAOUTAKIS, J., & MONOS, D. (2009), Psychosocial dimensions of exceptional longevity: a qualitative exploration of centenarians' experiences, personality and life strategies. *International Journal of Aging and Development*, 69 (2), 101-118.
- ENGBERG, H., OKSUZYAN, A., JEUNE, B., VAUPEL, J. & CHRISTENSEN, K. (2009), Centenarians – a useful model for healthy aging? A 29-year follow-up of hospitalizations among 40 000 Danes born in 1905. *Aging Cell*, 8 (3), 270-276.

- EVERT, J., LAWLER, E., BOGAN, H. & PERLS, T. (2003), Morbidity profiles of centenarians: survivors, delayers, and escapers. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58 (3), 232-237.
- FRANCESCHI, C., MOTTA, L., MOTTA, M., CANDORE, G. & CARUSO, C. (2008), The extreme longevity: The state of the art in Italy. *Experimental Gerontology*, 43 (2), 45-52.
- INE, (2001), População residente por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Decenal). Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0002192&contexto=bd&selTab=tab2.
- GONDO, Y., HIROSE, N., ARAI, Y., INAGAKI, H., MASUI, Y., YAMAMURA, K., SHIMIZU, K., TAKAYAMA, M., EBIHARA, Y., NAKAZAWA, S. & KITAGAWA, K. (2006), Functional status of centenarians in Tokyo, Japan: Developing better phenotypes of exceptional longevity. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61 (3), 305-310.
- GRC, Gerontology Research Group (2012), *Photos of Women Supercentenarians*. Disponível em: <http://www.grg.org/>.
- HAGBERG, B. (2007), Developing Models of Longevity. In L. Poon & T. Perls (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Biopsychosocial Approaches to Longevity*, Vol. 27 (pp. 206-230). New York: Springer Publishing Company.
- HUTNIK, N., SMITH, P. & KOCH, T. (2012), What does it feel like to be 100? Socio-emotional aspects of well-being in the stories of 16 Centenarians living in the United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 16 (7), 811-818.
- JOPP, D. & ROTT, C. (2006), Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21 (2), 266-280.
- KLIMASKI, J. (2012), Living past 100, and living well: Centenarian Study Investigates the Well-Being Paradox. Disponível em: http://www.fordham.edu/campus_resources/enewsroom/inside_fordham/july_16_2012/news/centenarian_study_in_88272.asp.
- LUSZCZ, M. (2010), 100 not out: Lifestyle and psychosocial factors associated with living a century or more. *Gerontology*, 56, 80-82.
- MARTIN, P. (2007), Personality and Coping Among Centenarians. In L. Poon & T. Perls (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Biopsychosocial Approaches to Longevity*, Vol. 27 (pp. 89-106). New York: Springer Publishing Company.
- MARTIN, P. (2009), Engaged lifestyle, personality, and mental status among centenarians. *Journal of Adult Development*, 16, 199-208.
- MARTIN, P. & MARTIN, M. (2002), Proximal and distal influences on development: The model of developmental adaptation. *Developmental Review*, 22, 78-96.
- MCCORMACK, J. (2002), Exploring quality of life with centenarians and supercentenarians. Paper presented on the *Proceedings of 3rd Australian Conference on Quality of Life*, Deakin University, Nov 16, 2001.

- NIA, National Institute on Aging (2007), Why population aging matters: A global perspective. Disponível em: <http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/WPAM.pdf>.
- PAÚL, C. (2007), Old-old people. Major recent findings and the European contributions to the state of the art. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.). *Geropsychology: European Perspectives for an Aging World* (pp. 128-144). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers
- PAÚL, C. (2011), Centenários: o novo desafio para a medicina e as ciências sociais. In L. Fernandes, M. Gonçalves-Pereira, Pinto, L.C., Firmino, H. & Leuschner, A. (Eds) *Jornadas de Gerontopsiquiatria* (pp. 9-12). Águeda: APG e Angelini.
- POON, L., MARTIN, P., BISHOP, A., CHO, J., ROSA, G., DESHPANDE, N., & MILLER, S. (2010), Understanding centenarians psychosocial dynamics and their contribution to health and quality of life. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. doi:10.1155/2010/680657.
- ROBINE, J. M. & SAIKO, Y. (2009), The number of centenarians in Europe. European paper on the New Welfare. Disponível em: <http://eng.newwelfare.org/2009/10/10/the-number-of-centenarians-in-europe/>
- ROBINE, J. M., SAIKO, Y., & JAGGER, C. (2009), The relationship between longevity and healthy life expectancy. *Quality in Ageing, 10*, 5-14.
- SERRA, V., WATSON, J., SINCLAIR, D. & KNEALE (2011), *Living beyond 100. A report on centenarians*. London: The International Longevity Centre – UK.
- WILLCOX, D., WILLCOX, B., SHIMAJIRI, S., KURECHI, S. & SUZUKI, M. (2007), Aging gracefully: A retrospective analysis of functional status in Okinawan centenarians. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 15 (3), 252-256.
- WILLCOX, D. C., WILLCOX, B. J. & POON, L. W. (2010), Centenarian studies: important contributors to our understanding of the aging process and longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, doi:10.1155/2010/680657.
- ZENG, Y. & SHEN, K. (2010), Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. doi:10.1155/2010/680657.

Idadismo e a participação social das pessoas idosas

Sara Gorjão^{*}; Sibila Marques^{**}

«Os portugueses são muito **idadistas**.»

(Miguel Esteves Cardoso, *Público* de 14 de Abril de 2011)

Idadismo: compreender o conceito

Mas afinal, o que é o idadismo? O termo surgiu pela primeira vez em 1969 pela voz de Robert Butler, quando este tentava compreender as atitudes e reações negativas de uma comunidade em relação a um grupo de indivíduos, baseadas apenas numa característica – a sua idade (1).²

Assim, trata-se de uma importação com raízes no inglês *ageism* e significa, em termos gerais, discriminação baseada na idade, geralmente das gerações mais novas em relação às mais velhas. Embora muitos esforços tenham sido feitos por parte de investigadores e práticos e apesar da sua prevalência cada vez mais crescente nos países Ocidentais, este termo parece não estar tão bem implementado, como os seus equivalentes (com outro alvo) sexismo ou racismo. Hoje em dia, é mais amplamente definido como qualquer preconceito ou discriminação contra ou a favor de um grupo etário (2). No entanto, nesta

reflexão iremos apenas cingir-nos à discussão do idadismo em relação às pessoas idosas.

Em Portugal, a discriminação contra os indivíduos mais velhos, apresenta-se como a forma primordial de idadismo, i.e, atitudes e práticas negativas generalizadas em relação aos mais velhos (3). As atitudes idadistas assumem três componentes

^{*} Frequentou a Licenciatura de Ciência Política da Universidade Nova de Lisboa (FCSH) e licenciou-se em Psicologia pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) em 2009. Em 2011 concluiu o Mestrado em Psicologia Social e das Organizações pelo mesmo Instituto na área da Psicologia Social do Envelhecimento. Estagiou na Santa Casa da Misericórdia de Almada, numa valência de Centro de Dia, sendo que os fatores sociais e psicológicos que acompanham a terceira idade lhe são de especial interesse. Neste momento encontra-se a desempenhar funções de bolsreira de Investigação num projeto financiado pela Comissão Europeia, denominado “FoodRisC – Perceptions and communication of food risk/benefits across Europe”.

^{**} Licenciada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e Doutorada em Psicologia Social pelo ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa. É neste momento investigadora do Centro de Investigação e de Intervenção Social e da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, e leciona como Professora Convidada em cursos de Mestrado no ISCTE-IUL. Tem-se dedicado sobretudo ao estudo dos estereótipos e do preconceito contra as pessoas idosas. Neste domínio tem apresentado os seus trabalhos em congressos nacionais e internacionais, e tem publicações em revistas com impacto na comunidade científica. Tem também desenvolvido atividades em projetos europeus na área de promoção da qualidade dos serviços sociais para pessoas idosas. Faz atualmente parte do grupo Eur-age (www.eurage.com), responsável pela criação do módulo “Ageism” do European Social Survey (ESS).

que podem afetar a vida das pessoas idosas nas suas mais diversas formas: os estereótipos (crenças acerca das pessoas idosas – pensar que todos são homogéneos); os preconceitos (ou sentimentos em relação ao grupo dos mais velhos) e por fim a discriminação (que diz respeito a atos ou comportamentos efetivos).

Além das formais mais flagrantes de abuso e maus tratos, existem outros modos de manifestação de idadismo mais subtis, sobre os quais não pensamos normalmente. Deste modo, compreender as várias manifestações que o idadismo pode assumir na nossa sociedade, torna-se essencial para que possamos delinear políticas adequadas que permitam combater a disseminação deste tipo de atitudes.

Primeiramente compreender este fenómeno é extremamente importante pois as atitudes idadistas atentam contra os direitos humanos fundamentais, para além das suas implicações económicas e sociais mais evidentes (3). O artigo 21.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia reconhece que a discriminação com base na idade se apresenta como uma violação dos direitos humanos:

“É proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, da raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções e opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual.”

Do mesmo modo, a Constituição Portuguesa proíbe e condena qualquer tipo de discriminação, nomeadamente aquela com base na idade (artigos 13.º e 59.º).

Embora seja claro que este tipo de comportamentos e atitudes se constitui como uma ofensa grave em termos ideológicos, em termos práticos, nem sempre podemos observar a presença deste tipo de princípios na vida coletiva. Muitas vezes, apenas quando surgem constrangimentos de ordem social, e sobretudo económica, é que se torna visível a presença deste tipo de questões.

Assim, um segundo fator que torna o estudo desta temática como essencial na atualidade prende-se com a necessidade de responder aos desafios económicos e sociais colocados pelo envelhecimento populacional acentuado que se verifica e que se espera vir a agravar num futuro próximo.

As pessoas idosas, que constituem a faixa etária dos 65 anos em diante, representam o subgrupo da população que mais tem crescido ao longo dos anos nos países industrializados em todo o mundo (4). Quando nos debruçamos sobre os

dados nacionais, podemos observar que esta tendência para o envelhecimento populacional é igualmente bastante expressiva.

De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (5), considerando o decréscimo da população jovem, em simultâneo com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento da população aumentará nos próximos anos. No cenário projetado, em 2060 residirão em Portugal 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do valor existente em 2009 (116 idosos por cada 100 jovens) (5). Assim, estima-se que em 2060 residam em Portugal cerca de três idosos por cada jovem, sendo que, para este aumento esperado da percentagem da população idosa irá contribuir sobretudo a tendência de evolução da população mais idosa (com 80 e mais anos de idade), que poderá passar de 4,2% em 2008 para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060.

Estas transformações demográficas exigem a reestruturação de fundações sociais e económicas, no sentido de responder às novas exigências colocadas por estas mesmas mudanças. A implementação de novas políticas e formas de viver o envelhecimento só é possível se erradicarmos crenças idadistas que diminuem o valor e os contributos das pessoas idosas. Neste sentido, a promoção da participação social das pessoas mais velhas para o tecido económico e empresarial surge como uma necessidade prioritária.

O idadismo como um fator de risco para a participação social das pessoas idosas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (6) o envelhecimento ativo diz respeito ao processo de otimização das oportunidades de participação, com vista a melhorar a saúde, segurança e qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

Uma das formas através das quais os indivíduos idosos podem experienciar uma maior qualidade de vida na terceira idade é através do fenómeno de participação social. Inserido no conceito de envelhecimento ativo, mais precisamente, na dimensão de envolvimento social ou envolvimento com a vida, o conceito de participação social tem vindo a ganhar uma considerável atenção por parte dos órgãos comunitários. Como os autores do modelo de envelhecimento ativo destacam *“The task of successful aging is to discover and rediscover relationships and activities that provide closeness and meaningfulness”* (7, p.46).

A Assembleia das Nações Unidas em 1991 decretou três princípios básicos para um envelhecimento com qualidade, dando especial ênfase à participação social na terceira idade:

- a. Proporcionar nesta fase da vida oportunidade de realização pessoal através de uma série de atividades, entre as quais se incluem as de formação contínua e aprendizagem ao longo da vida;
- b. Preparação para esse papel na fase de reforma;
- c. Desenvolvimento de um papel ativo na sociedade.

O fenómeno de participação social compreende então a interação social, e pode ser desempenhado quer através de atividades de cariz formal, quer de cariz informal. Concerne as atividades que se efetuam na presença ou interação com outros, referindo-se assim às “ações, de cariz coletivo ou instrumental, através das quais os indivíduos partilham parte dos seus recursos com outros – fenómeno de *socially oriented sharing*” (8).

Ao nível dos benefícios da participação social de uma forma geral, estudos demonstram a existência de uma relação positiva entre esta e um aumento do bem-estar físico e psicológico (9), (10), (11). Existe evidência que suporta que uma maior participação social se encontra associada a melhores resultados ao nível da saúde física e mental (12), (13) retardando o risco de mortalidade nas pessoas idosas (14), (15), (16), (17). Para além disso, a participação fornece contactos sociais preenchendo, portanto, uma necessidade filogeneticamente determinada de afiliação, satisfazendo importantes necessidades psicológicas (e.g. desenvolvimento pessoal, autorrealização e autoestima, utilidade e liberdade) (18), (19), (20). Existe igualmente, na literatura, o consenso de que a participação leva à integração social, sendo uma forma dos idosos demonstrarem o seu envolvimento com a sociedade (21). As redes sociais, bem como o suporte social percebido, parecem estar intimamente relacionadas com a participação social, desempenhando um papel de *buffer* entre o stress psicológico e bem-estar físico (22).

Também de realçar que uma participação social mais exigente, i.e. atividades produtivas tais como o voluntariado, parecem desempenhar um papel essencial na qualidade de vida na velhice (23).

Por outro lado, as investigações levadas a cabo sobre o tema demonstram que o isolamento social nos idosos e, por sua vez, a exclusão social, se apresentam

como fatores de risco para a saúde (24), (25), chegando-se mesmo a afirmar que este rivaliza com questões como o ato de fumar, ter a tensão alta, ou o colesterol elevado, entre outros fatores de risco bem estabelecidos como causadores de uma morte prematura (26).

Assim, muitos idosos desenvolvem um sentimento de inutilidade derivado da falta de ocupação e da falta de integração em atividades recreativas ou produtivas o que pode conduzir ao desenvolvimento de estados depressivos e ao isolamento social que reforça este sentimento de inutilidade (27).

Deste modo, fatores sociais, como a exclusão social, podem estar na origem da fraca participação social ou podem, porventura, ser explicados por esta.

Um estudo levado a cabo pela nossa equipa (Gorjão & Marques, 2011) em três tipos de instituições de apoio social formal – com uma amostra de 120 pessoas idosas – chegou a conclusões bastante interessantes a este nível.

O estudo teve como objetivo primordial construir e validar uma escala de participação social segundo a perspetiva da Psicologia Social do Envelhecimento, destacando as interações que se estabelecem entre os indivíduos e o fenómeno do envolvimento social como aspeto fulcral para o exercício de uma integração social ativa na terceira idade. Partimos do pressuposto teórico de que a participação social consiste num fenómeno de *socially oriented sharing*. Assim, com o desenvolvimento deste instrumento pretendeu-se colmatar algumas falhas constantes de outros instrumentos de participação social, nomeadamente, os que a encaravam segundo uma perspetiva de saúde e funcionalidade, negligenciando os aspetos sociais, e colocando ênfase nos aspetos de participação solitária, de mobilidade e autocuidado.

A escala construída versou 7 dimensões de participação social, que explicaram 72,9% da variância total: 1) *Atividades de desenvolvimento pessoal de natureza coletiva e produtiva* (e.g. “Investir na formação”); 2) *Atividades produtivas de natureza informal* (e.g. “Ajudar a tomar conta dos netos/sobrinhos ou outras crianças da família”); 3) *Atividades políticas de natureza formal* (“Pertencer a uma associação política”); 4) *Atividades coletivas de natureza informal com amigos* (e.g. “Participar em atividades sociais com o meu grupo de amigos”); 5) *Atividades coletivas de natureza informal com a família* (e.g. “Participar em atividades sociais com os membros da minha família”); 6) *Atividades coletivas*

de natureza formal (e.g. “Participar em almoços de grupo organizados por uma entidade”) e 7) *Atividades religiosas* (e.g. “Participar em atividades de grupos religiosos”) (28).

Em primeiro lugar, o fenómeno de participação social apresentou uma relação significativamente positiva com o bem-estar global das pessoas idosas, assim como com a avaliação que estas fazem da sua saúde.

Por outro lado, os níveis globais de participação social revelaram uma relação inversa com a presença de estereótipos negativos em relação ao envelhecimento. Assim, quanto menores eram os níveis de participação social, mais os indivíduos avaliaram as pessoas idosas como “dependentes, doentes, lentas e esquecidas”. Também as percepções de discriminação se relacionaram negativamente com os níveis de participação social nas pessoas idosas. Posto isto, quanto mais os indivíduos se consideravam como “*uma pessoa que foi privada das oportunidades disponíveis a outros*” devido à sua idade, entre outras questões, menores foram os seus níveis de participação social.

Não menos importante, conclui-se que os níveis médios de participação social foram relativamente reduzidos. Apesar disso, foi na Universidade Sénior que nos deparámos com níveis superiores de participação social, facto que sustenta uma maior integração dos sujeitos na sociedade em geral e a sua maior participação em atividades quer coletivas, quer produtivas. Já nos Lares e nos Centros de Dia, os níveis médios de participação tornaram-se preocupantes, reafirmando uma maior exclusão destes segmentos da população em geral. Este fenómeno pôde ser explicado, em parte, pela presença de estereótipos negativos em relação ao envelhecimento, bem como pelas próprias percepções de envelhecimento, mostrando claramente que o idadismo e, especificamente as representações negativas associadas ao envelhecimento partilhadas pelas próprias pessoas idosas influencia o seu grau de participação social (28), (29).

Outro aspeto que merece destaque prende-se com o facto do fenómeno da participação social ser influenciado por diversas variáveis sociodemográficas, não escapando às desigualdades sociais. Assim, foram os indivíduos detentores de maiores recursos financeiros e académicos, que têm ao seu dispor um maior número de infraestruturas e serviços, que participaram mais em atividades sociais, sejam elas coletivas, produtivas ou políticas, de carácter formal ou informal.

Como referido anteriormente, também a independência física e funcional determinou o grau de participação social, sendo que foram os indivíduos que afirmaram ter um maior bem-estar global e uma melhor saúde que confirmaram envolver-se num maior número de atividades sociais. Mais ainda, o efeito da participação social no bem-estar das pessoas idosas parece ter sido mediado pelas perceções de discriminação (30). Este fenómeno ocorreu sobretudo para as dimensões de participação social “*atividades políticas de natureza formal*” e “*atividades coletivas de natureza informal, com amigos*”. Assim, as perceções de discriminação demonstraram ter uma relação negativa com o bem-estar, sendo que níveis elevados de perceção de discriminação estavam relacionados com uma menor participação social, globalmente e nas dimensões referidas.

A literatura suporta esta evidência, demonstrando que um dos fatores sociais que mais influência o nível de participação dos idosos se relaciona com o conceito de idadismo. Alguns estudos demonstram que interiorizamos desde muito cedo os estereótipos associados às pessoas idosas. Na realidade, estes estereótipos assumem muitas vezes uma dupla valência. Se por um lado consideramos os idosos pessoas calmas e afáveis, por outro lado consideramo-los incompetentes e doentes (31), (32). Estes estereótipos e preconceitos são por seu turno interiorizados pelas próprias pessoas idosas, o que se vai repercutir na sua conduta e levar à sua exclusão social. Dados do European Social Survey de 2009 demonstram que 52,4 % dos indivíduos com mais de 65 anos já foi vítima de discriminação com base na sua idade.

Assim, não é de estranhar que as pessoas idosas ativas socialmente sejam muitas vezes consideradas como tendo um comportamento social atípico, pelo que se enquadram numa exceção, sendo implicitamente desencorajados de participar ativamente na sociedade. Como referido anteriormente, as perceções individuais acerca do próprio envelhecimento (perceção de discriminação) afetam o modo como os idosos interagem e participam. Num estudo levado a cabo por Li e colaboradores em 2010, um dos principais fatores apontados pelas pessoas idosas para o facto de não participarem socialmente dizia respeito ao facto de se considerarem “velhos”.

O idadismo é um problema grave na sociedade portuguesa e, aliado à fraca participação social dos mais velhos apela a alterações nas suas fundações sociais e económicas. O facto do nível médio de participação das pessoas idosas ser em

média reduzido ou moderado (29) torna-se preocupante, se encararmos o fenómeno de participação social como fulcral para uma integração plena na terceira idade, exercendo efeitos importantes sobre a redução da mortalidade e outros benefícios ao nível da saúde física e psicológica. Torna-se, assim, urgente reintegrar e criar infraestruturas e serviços de apoio à participação que permitam uma maior inclusão deste grupo da população, para que este se continue a sentir parte integrante da sociedade e possa contribuir com os seus conhecimentos e habilidades, com o intuito de potenciar a sua capacidade de iniciativa e intervenção, conduzindo a uma maior qualidade de vida e satisfação pessoal.

Por outro lado, torna-se igualmente premente, face ao aumento demográfico do número de pessoas com mais do que 65 anos e às alterações ao nível social e económico que tal acarreta, promover também uma alteração ao nível da forma como as pessoas encaram o envelhecimento e as pessoas idosas. Ideias idadistas que persistem em ver as pessoas como “incompetentes” ou “doentes”, sem qualquer valor acrescentado para a sociedade, funcionam como profecias auto confirmatórias: pensamos que as pessoas idosas são assim, agimos de acordo com as nossas expectativas... e elas (e todos nós eventualmente um dia) acabam por se tornar assim (3). A luta contra este tipo de atitudes torna-se, assim, indispensável para garantir o êxito das medidas políticas e sociais de promoção do envelhecimento ativo e com qualidade. Neste sentido, fazemos nossas as palavras de Robinson (1994):

“Em última análise, os estereótipos e preconceitos são desumanizantes e promovem o pensamento unidimensional sobre os outros. As pessoas idosas não são vistas como seres humanos, mas como objetos a quem podem ser mais facilmente negadas oportunidades e direitos. Por exemplo, aos idosos é muitas vezes negado tratamento médico adequado, pois estes são vistos como “velhos” e, portanto, incuráveis. Às pessoas idosas são também frequentemente negadas oportunidades de emprego ou promoção, por serem consideradas “velhas” e, por isso menos produtivas. Tal discriminação é também evidente ao nível da política social, na qual as pessoas idosas são acusadas de terem problemas de saúde e consumirem recursos públicos, ao invés de considerar as suas necessidades humanas, as quais exigem respostas sociais adequadas. Como referido anteriormente, o facto de ver as pessoas como objetos também aumenta a probabilidade destas poderem ser submetidas a maus tratos” (32, p. 8).

Referências

- (1) BUTLER, R. N. (1969), "Age-ism: Another form of bigotry." *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- (2) PALMORE, E. (1990), *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer.
- (3) MARQUES, S. (2011), *Discriminação da terceira idade*. Coleção de Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio d'Água.
- (4) WAHL, H. W., & LEHR, U. (2003), *Applied fields: Gerontology*. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment*. London: Sage.
- (5) INE – Instituto Nacional de Estatística (2009), *Destaque – Informação à comunicação social: Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.
- (6) World Health Organization (2002), *Active Ageing: a Policy Framework*. WHO/NMH/NPH 02.8. Geneva: World Health Organization.
- (7) ROWE, J. W., & KAHN, R. L. (1998), *Successful aging*. New York: Pantheon/Random House
- (8) BUKOV, A., MAAS, J., & LAMPERT, T. (2002), Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57, PS10–PS17.
- (9) HSU, H. C. (2007), Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment?, *Aging & Mental Health*, 11(6), 699-707
- (10) LEE, G. R. & ISHII-KUNTZ, M. (1987), Social Interaction, Loneliness, and Emotional Well-Being among the Elderly, *Research on Aging* December, 9(4) 459-482
- (11) LITWIN, L. & SHIOVITZ-EZRA, S. (2006), The association between activity and wellbeing in later life: what really matters? *Ageing & Society*, 26, 225–242.
- (12) HOUSE, J. S., LANDIS, K. R., & UMBERSON, D. (1988), Social relationships and health. *Science*, 241, 540–545.
- (13) GARFEIN, A. J., & HERZOG, A. R. (1995), Robust Aging among the young-old, the old old and oldest-old. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, 77-87.
- (14) HOUSE, J. S., ROBBINS, C., METZNER, H. (1982), The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116, 123–140.
- (15) GLASS, T. A., MENDES DE LEON, C., MAROTTOLI, R. A., BERKMAN, L.F. (1999), Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Journal of Medicine*, 319, 478–483.
- (16) LENNARTSSON, C. & SILVERSTEIN, M. (2001) Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 25, 335–342.
- (17) MAIER, H., & KLUMB, P. L. (2005), Social Participation and Survival at Older Ages, *European Journal of Aging*, 2, 31–39, DOI 10.1007/s10433-005-0018-5.

- (18) BAUMEISTER, R. F., & LEARY, M. R. (1995), The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-29.
- (19) BOOTH, M. L., OWEN, N., BAUMAN, A., CLAVISI, O., & LESLIE, E. (2000), Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive Medicine*, 31, 15-22.
- (20) REIS, H.T., SHELDON, K. M., GABLE, S. L., ROSCOE, J., & RYAN, R. M. (2000), Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 419-435.
- (21) MEER, M. J. (2007), The sociospatial diversity in the leisure activities of older people in the Netherlands. *Journal of Aging Studies*, 22, 1-12.
- (22) HOUSE, J. S., LANDIS, K. R., & UMBERSON, D. (1988), Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- (23) MORROW-HOWELL, N., HINTERLONG, J., ROZARIO, P. & TANG, F. (2003), Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 58(3), S137-S145.
- (24) YORK, E., & WAITE, L. J. (2007), Social Isolation and Health among Older Adults: Assessing the Contributions of Objective and Subjective Isolation. Manuscrito não publicado. New York: Annual meeting of the American Sociological Association.
- (25) MATOS, M. A. O. (2010), *Construção e Validação da Escala de Suporte Formal para a Autonomia na Dor nas Pessoas Idosas*. Tese de mestrado. Lisboa: ISCTE-IUL.
- (26) HOUSE, J. S. (2001), Social Isolation Kills, But How and Why? *Psychosomatic Medicine*, 63, 273-274.
- (27) GRUENEWALD, T. L., KARLAMANGLA, A. S., GREENDALE, G. A., SINGER, B. H., SEEMAN, T. E. (2007), Feelings of Usefulness to Others, Disability, and Mortality in Older Adults: The MacArthur Study of Successful Aging. *Journal of Gerontology Psychological Sciences*, 62B(1), 28-37.
- (28) GORJÃO, S. (2011), *Envelhecimento Ativo: O papel da participação social Construção e Validação de um Instrumento*. Tese de Mestrado. Lisboa: ISCTE-IUL
- (29) GORJÃO, S. & MARQUES, S. (in prep), *Envelhecimento Ativo: Construção e Validação de um Instrumento de participação social nas pessoas idosas*.
- (30) GORJÃO, S. & MARQUES, S. (in prep), The mediating effect of perceived discrimination in the relationship between social participation and psychological well-being in the elderly.
- (31) GARSTKA, T. A., SCHMITT, M. T., BRANSCOMBE, N. R. & HUMMERT, M. L. (2004), How Young and Older adults differ in their responses to Perceived Age Discrimination. *Psychology and Aging*, 19(2), 326-335. DOI: 10.1037/0882-7974.19.2.326.
- (32) MARQUES, S., LIMA, M. L. & NOVO, R. (2006), Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4, 91-108.
- (33) ROBINSON, B. (1994), *Ageism*. University of California at Berkeley: School of Social Welfare.

Envelhecimento demográfico e relações intergeracionais

Stella António*

“(…) pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas mais velhas começam a ser mais numerosas do que as mais novas. No início do século XXI, esta mudança do jovem para o velho terá uma nova dimensão”.

(Wallace, 2001:16)

Introdução

Hoje não é novidade para, quase, ninguém que vivemos uma época sem precedentes no que diz respeito ao quantitativo de indivíduos que alcançam idades cada vez mais avançadas. Nunca foram tantos. Segundo os dados do *World Population Data Sheet*, do *Population Reference Bureau*, de 2012, vivem hoje no Mundo, cerca de 564 milhões de indivíduos com 65 ou mais anos e representam 8% de toda a população do planeta. Estima-se que em 2050, venham a ser 2 mil milhões, representando 20% da população (UN, 2011). Relativamente a Portugal, hoje, os idosos contabilizam mais de 2 milhões e representam 19,1% do total da população portuguesa: em 2050 representarão 31,8% (www.ine.pt; www.pordata.com).

Correlativamente, verifica-se que os jovens, os que têm menos de 15 anos de idade, estarão cada vez menos representados no total da população. Hoje, no Mundo, são 26% do total da população e, segundo as previsões das Nações Unidas representarão 20,5%, em 2050. Em Portugal, os mais jovens representam 15% da população e em 2050, representarão 12,5%.

Face a esta transição, em que os mais velhos tendem a suplantar, em número, os mais jovens, Wallace considera que “está em curso uma mudança sísmica no perfil de idades das populações: o terramoto geracional”. E, “tal como os verdadeiros terramotos são, por vezes, precedidos de ondas de choque de aviso, assim acontece com o terramoto geracional”. Segundo ele – entre muitos outros – “os primeiros

* Mestre em Sociologia, pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa. Presentemente a trabalhar na tese de doutoramento em Sociologia na especialidade de Demografia, com o título: *Implicações do Envelhecimento Demográfico nas Relações Intergeracionais*, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa. Docente no ISCSP/UTL – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, desde de 1996. Tem colaborado como docente convidada em universidades portuguesas e estrangeiras. É Presidente do Núcleo de Investigação do Envelhecimento Activo da RUTIS – Rede das Universidade da Terceira Idade.

abanões do terramoto geracional já estão a começar a fazer balançar os negócios e finanças, bem como os estilos de vida e as atitudes” (2001:15).

Nesta perspectiva, uma das consequências deste desequilíbrio, seria o iminente conflito entre as gerações mais jovens e as mais velhas. Na origem deste está(rá) o financiamento das gerações mais velhas pelas mais jovens. Aos mais jovens – os que constituem a população activa – caberá a tarefa de suportar, através dos seus impostos, os custos da população idosa, cada vez mais numerosa, ao nível das pensões. E, segundo Wallace entre muitos outros, “a segunda década do século XXI será aquela em que a ameaça de conflito entre gerações será mais sério, em especial nos países que falharam nos esquemas das pensões de pagamento faseado. Sob este cenário, os mais velhos irão usar o seu poder de voto para insistir no facto dos trabalhadores mais jovens amealharem para pagar-lhes as pensões. Mas os jovens irão resistir como o seu poder económico, aumentando os salários reais para os serviços que os mais velhos têm de pagar (...)” (2001:253)².

Para outros, no entanto, as gerações compreendem famílias e muitos são os estudos que concluem que os laços entre os membros das várias gerações no seio das respectivas famílias são muito fortes e que se expressam por atitudes e actos de apoio e interajuda, evidenciando uma forte solidariedade intergeracional. E assim, a ideia da existência de conflito entre gerações não passaria de um mito (Attias-Donfut; Arber & Wolff; 2000) ou não seria totalmente verdadeira “(...) uma vez que as gerações compreendem famílias, com todos os laços cooperativos e altruístas que isso implica” (Wallace, 2001:255).

Todavia, resultado do processo de envelhecimento demográfico – baixas taxas de natalidade e aumento da longevidade – começam a registar-se alterações nas relações intergeracionais, tanto as que se estabelecem na família como fora desta.

Como é que o envelhecimento demográfico influencia as relações intergeracionais? É a resposta a esta questão que abordaremos neste artigo. Partiremos de uma análise do processo de envelhecimento demográfico, e para melhor contextualização do fenómeno em Portugal, faz-se alusão ao processo de envelhecimento no Mundo. Analisam-se os determinantes do envelhecimento demográfico: natalidade, mortalidade, migrações e indicadores demográficos do envelhecimento.

² Para uma análise mais aprofundada sobre o potencial conflito entre gerações do ponto de vista económico, em Portugal, veja-se a obra de Mendes, Fernando Ribeiro (2005), *Conspiração Grisalha: segurança social, competitividade e gerações*, Oeiras, Celta.

Posteriormente analisam-se os desafios que o envelhecimento da população e as alterações demográficas colocam às famílias e à sociedade ao nível das relações intergeracionais e consequentemente no plano da solidariedade entre gerações. E, por fim, aborda-se a temática da solidariedade intergeracional em Portugal com recurso aos resultados do Eurobarómetro de 2010, sobre Solidariedade Intergeracional. Começaremos com a definição de conceitos usados no artigo: envelhecimento individual e demográfico; velhice, população idosa, geração e relações intergeracionais.

Envelhecimento: Duas perspectivas

Convém ter presente que o envelhecimento pode ser analisado sob duas perspectivas, 1) a do indivíduo e 2) demográfica. Enquanto a primeira, envelhecimento individual, diz respeito às alterações que decorrem do processo de envelhecimento ao nível biológico, psicológico e social em cada indivíduo, a segunda, a demográfica, refere-se às alterações da estrutura etária da sociedade que se traduz pelo acréscimo, quer relativo, quer absoluto, das pessoas com 65 e mais anos de idade³ no total da população. Será esta perspectiva que adoptaremos no presente artigo.

Envelhecimento e Velhice

Usam-se, por vezes, os termos envelhecimento individual e velhice como sinónimos. No entanto, são termos distintos. O envelhecimento individual, como já mencionado, refere-se ao processo das alterações biopsicossociais, que decorrem desde o momento da concepção até à morte do indivíduo, e a velhice, por seu lado, está associada ao momento a partir da qual uma pessoa se reforma, que é hoje aos 65 anos de idade⁴.

Idoso

Considera-se aqui, todos os indivíduos com 65 e mais anos de idade, utilizam-se as expressões “velho”, “idoso” e “população idosa” como sinónimos.

³ Adopta-se aqui a idade dos 65 anos de idade para definir uma pessoa idosa. No entanto, deve ressaltar-se que o limite dos 65 anos de idade é adoptado para os países desenvolvidos; nos países em vias de desenvolvimento, o limite é de 60 anos. Esta diferença, deve-se, essencialmente, ao facto de a esperança de vida ser superior nos países mais desenvolvidos.

⁴ No entanto, perante a crise da segurança social e o aumento da esperança de vida, esta idade começa a ser questionada. Nos Estados Unidos da América e em vários países da Europa começa a pensar-se em adiar a idade da reforma para os 67, 70 e mesmo 72 anos ou mais.

Jovem

Considera-se aqui, todos os indivíduos que têm menos de 15 anos de idade, e utilizam-se as expressões “jovem” e “população jovem” como sinónimos.

Geração

Utiliza-se aqui a definição de Attias-Donfut, do ponto de vista genealógico⁵. Deste ponto de vista, geração é “o grupo de pessoas que tem uma relação de filiação com um outro grupo de indivíduos independentemente das suas idades”.

Relações Intergeracionais

Entendem-se aqui, como as relações que se estabelecem entre indivíduos ou grupos de diferentes idades, quer em contexto familiar, quer fora deste. Em contexto familiar, incluem-se as relações entre, por exemplo, pais e filhos, avós e netos. Fora do contexto familiar, inserem-se as que podem ocorrer no local de trabalho, na escola, no espaço público em geral.

Envelhecimento Demográfico: Mundo

É comum associar-se o envelhecimento da população aos países mais desenvolvidos⁶. De facto, são os que apresentam maiores proporções de população com 65 e mais anos de idade (ver Quadro 1). Todavia, é nos países menos desenvolvidos que se regista a maior concentração de população idosa – e, não é situação recente⁷ – que se manterá, pelo menos, até 2050 (ver Quadro 2).

⁵ Segundo Attias-Donfut, o termo “geração” tem pelo menos cinco significados (2002).

⁶ Os países mais desenvolvidos incluem, os países da Europa; América do Norte; Austrália, Nova Zelândia e Japão., Todos os outros são considerados Países menos desenvolvidos – 2012 Population Reference Bureau – 2012 Population Data Sheet.

⁷ “Desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países do Terceiro Mundo, fato ainda não apreciado por muitos que continuam associando velhice com os países mais desenvolvidos da Europa ou da América do Norte. Na verdade, já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países do Terceiro Mundo (United Nations 17, 1985). Projeções demográficas indicam que de 1980 até o final do século cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorrerão em tais países (Hoover e Siegel in Kalache et al., 1987:200).

Quadro n.º 1 – População com menos de 15 anos de idade e com 65 e mais anos (em % do total da população) – por grandes regiões 2012

	Total da População (milhões)	Proporção população 0-14 anos (%)	Proporção população 65 e mais anos (%)
Mundo	7,058	26	8
Países mais desenvolvidos	1,243	16	16
Países menos desenvolvidos	5,814	29	6

Fonte: 2012 Population Reference Bureau – 2012 Population Data Sheet

Quadro n.º 2 – População com 65 e mais anos de idade (em milhões e em % do total da população) – Mundo, Países mais desenvolvidos e Países menos desenvolvidos: 1950-2012-2050

	Mundo		Países mais desenvolvidos		Países menos desenvolvidos	
	Milhões	%	Milhões	%	Milhões	%
1950 (a)	130,5	5,2	63,9	7,9	66,6	3,9
2012 (b)	564,6	8,0	198,8	16,0	348,8	6,0
2050 (a)	1.913,0	19,7	459,2	32,0	1.453,7	17,6

Fonte: (a) dados retirados de United Nations: World Population Prospects: The 2010 revision; (b) dados retirados de 2012 Population Reference Bureau – 2012 Population Data Sheet

Para esta circunstância concorrem fundamentalmente dois factores: 1) a variação da taxa de fecundidade e 2) variação da esperança de vida, quer à nascença, quer aos 65 anos de idade.

Assim, desde 1950, têm-se registado alterações muito significativas, quer no número médio de filhos por mulher, quer na taxa de mortalidade infantil com repercussões no número de anos que se pode esperar viver à nascença e aos 65 anos de idade (ver Tabela 1). Como se pode verificar, entre 1950/1955 e 2010/2015 regista-se uma diminuição do número médio de filhos por mulher, em idade de procriar, em todas as regiões do Mundo. Contudo, na Europa essa redução não permite a substituição de gerações⁸ e África, continua a ser a região que apresenta a maior número de filhos por mulher (4,37), quase o dobro das outras regiões. Para 2040-2045, segundo as previsões, manter-se-á a tendência de baixa da fecundidade em todas as regiões: todavia, para além da Europa, também,

⁸ O número de 2,1 crianças por mulher é considerado o nível mínimo de substituição de gerações nos países mais desenvolvidos.

Tabela n.º 1 – Indicadores demográficos por Grandes Regiões – 1950/55 – 2040-45

	Índice Simétrico de Fecundidade (1)		Taxa de Mortalidade Infantil (2)		Esperança de vida à nascença (3)			Esperança de Vida aos 65 anos de idade (4)				
	1950/55	2010/15	2040/45	1950/55	2010/15	2040/45	1950/55	2010/15	2040/45			
Mundo	4,95	2,45	2,19	133	42	26	47,7	69,3	74,9	11,5	16,5	18,4
África	6,60	4,37	3,03	180	71	39	38,2	57,4	66,9	10,0	13,6	15,5
América do Norte	3,33	2,04	2,07	31	6	5	68,7	79,0	82,7	14,9	19,4	21,7
América Latina e Caríbas	5,86	2,16	1,79	27	17	10	51,3	75,6	79,3	12,0	18,4	20,3
Ásia	5,82	2,18	1,90	145	37	22	42,9	70,4	76,0	9,8	15,7	17,8
Europa	2,65	1,59	1,89	73	6	4	65,6	76,5	81,1	14,2	18,0	20,4
Oceânia	3,81	2,45	2,24	60	19	11	60,5	77,7	82,0	14,3	19,6	21,7

Fonte: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division – World Population Prospects: The 2010, Volume II: Demographic Profiles

(1) ISF = Índice Simétrico de Fecundidade – n.º. médio de filhos por mulher entre os 15 e os 49 anos de idade; (2) TMI = Taxa de Mortalidade Infantil – n.º. de óbitos até 1 ano de vida por cada 1000 nascimentos; (3) Eo = Esperança de vida à nascença – Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência; (4) E65 = Número médio de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência, informação retirada de www.pordata.pt

a América Latina e Caraíbas e a Ásia registrarão uma fecundidade abaixo do nível de substituição de gerações – 1,89, 1,79 e 1,90 respectivamente. África, apesar da redução, continuará a ser a região onde mais crianças virão a nascer (3,03).

Relativamente à esperança de vida à nascença⁹, verifica-se que é nas regiões em vias de desenvolvimento e menos desenvolvidas que se registou o maior acréscimo de anos de vida, Ásia (27,5 anos), América Latina e Caraíbas (24,3 anos), África (19,2 anos) e é nos países mais desenvolvidos que se regista menor acréscimo de anos de vida à nascença, América do Norte (10,3 anos) e Europa (10,9 anos). E, como se pode verificar, o aumento de anos de vida à nascença ocorre nos países onde se registam significativas reduções da taxa de mortalidade infantil¹⁰.

Assim, no período entre 1950/55 e 2010/15, na Ásia, observa-se um decréscimo de 145‰ para 37‰. Na América Latina e Caraíbas a taxa da mortalidade infantil, no mesmo período, regista um decréscimo de 27‰ para 17‰. Em África, regista-se tendência semelhante, embora a diminuição se apresente mais baixa; ainda assim, a taxa da mortalidade infantil mostra uma redução de 180‰ para 71‰.

Para 2040/45, prevê-se a tendência da redução da taxa da mortalidade infantil e consequente aumento da esperança de vida à nascença. África continuará a registar a taxa mais alta (39 óbitos por cada mil nascimentos) que se reflecte na menor esperança de vida à nascença (66,9 anos). Uma criança que nasça em África, comparativamente às outras regiões, poderá esperar viver menos 15,8 anos do que uma que nasça na América do Norte; menos 15,1 anos do que uma nasça que na Oceânia; e menos 14,2 anos que uma que nasça na Europa. E, na Europa e América do Norte registam-se as taxas de mortalidade infantil mais baixas (4‰ e 5‰, respectivamente).

Com as melhorias das condições de vida, dos estilos de vida bem como, dos avanços registados na saúde e na medicina verifica-se um aumento da esperança de vida aos 65 anos. Verifica-se que no período 2010-2015, África é a região onde um indivíduo, comparativamente, pode esperar viver menos anos de vida após os 65 anos de idade, 13,6 anos, ou seja, um indivíduo com 65 anos, poderá

⁹ Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência. (metainformação – INE), retirado de www.pordata.pt

¹⁰ Mortalidade Infantil, Número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 1 ano por 1000 (10^3) nados-vivos). (metainformação – INE), retirado de www.pordata.pt

esperar viver até aos 78,6 anos. Na situação oposta, isto é, onde se pode esperar viver até mais tarde, surgem a Oceânia e América no Norte. Nestas regiões, um indivíduo com 65 anos de idade, poderá esperar viver até aos 84,6 anos e 84,4 anos, respectivamente.

Para 2040/45, mantém-se a tendência de aumento da esperança de vida aos 65 anos de idade para todas as regiões. No entanto, é em África que se registam os valores mais baixos (15,5 anos) e os mais altos (21,7 anos) na América do Norte e Oceânia. Assim, um indivíduo com 65 anos de idade, pode esperar viver até aos 80,5 anos em África e até aos 86,7 anos na América do Norte ou Oceânia.

Em suma, o Mundo está velho e cada vez mais velho continuará no futuro próximo. E, Portugal?

Envelhecimento demográfico: Portugal

Portugal apresenta hoje uma estrutura populacional envelhecida e mantê-la-á, pelo menos, até 2050. Este processo tem início em finais dos anos 90, quando pela primeira vez, a população com 65 e mais anos foi superior à população com menos de 15 anos. Segundo as previsões da população residente do Instituto Nacional de Estatística 2000-2050, no total da população portuguesa, em 2050, os idosos representarão 32% e os jovens 13% e o índice de envelhecimento¹¹ será de 243, ou seja, existirão 2,43 idosos por cada jovem¹².

Segundo os dados do Population Reference Bureau – Data Sheet 2011¹³, Portugal era o 6.º país mais velho do Mundo e o 5.º Mais velho da Europa (ver Tabela 2).

¹¹ Índice de Envelhecimento – Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10²) pessoas dos 0 aos 14 anos), in www.ine.pt.

¹² Nas Projecções de população residente em Portugal 2008-2060, do INE, cenário central, considerado como o mais provável, a proporção, no total da população, dos idosos será de 32,3% e dos jovens 11,9%. O índice de Envelhecimento será de 271, ou seja, haverá cerca de 3 idosos por cada jovem, in www.ine.pt

¹³ Segundo os dados do Population Reference Bureau, Data Sheet 2012, Portugal já é o 4.º mais velho do Mundo e o 3.º da Europa, com 19% da população com 65 e mais anos no total da população. Com igual percentagem na Grécia, Bulgária e Suécia, in www.prb.org.

Tabela n.º 2 – Os Dez Países mais “velhos” do Mundo em 2011 (%)

País	% população com 65 e + anos
Japão	23,2
Alemanha	20,7
Itália	20,2
Grécia	18,9
Suécia	18,5
Portugal	17,9
Bulgária	17,7
Áustria	17,6
Finlândia	17,5
Letónia	17,4

Fonte: Data Sheet 2011 – www.prb.org

Para esta situação, concorreram dois factores principais¹⁴: a) o aumento da longevidade, associado à baixa da mortalidade, inicialmente mais acentuada nos primeiros anos de vida, para posteriormente se verificar em idades mais avançadas e, b) o declínio da fecundidade, que é, dos dois, o factor de longe mais influente (António, 2008:8). Mas, consideremos cada um individualmente.

a. Aumento da Longevidade¹⁵

Em consequência do melhor acesso aos cuidados de saúde e da melhoria das condições de vida e de trabalho, os indivíduos passam a viver mais anos de vida e a alcançar idades cada vez mais avançadas, retendo o seu vigor físico e intelectual até mais tarde. Em Portugal, em 1960, a esperança de vida à nascença para os homens era de 60,7 anos e para as mulheres de 66,4 anos. Em 2010, os valores foram de 76,4 anos para os indivíduos do sexo masculino e de 82,3 anos para os do sexo feminino. Em cinquenta anos, a esperança de vida à nascença dos homens cresceu 15,7 anos, e a das mulheres 15,9 anos. Para este facto contribui

¹⁴ Face ao objectivo do artigo, não se referem aqui as migrações, que são o terceiro factor que contribui para o processo de envelhecimento demográfico. Com os fluxos migratórios, saem os mais jovens à procura de melhores condições de vida, ficando os mais velhos para trás e por outro lado, regressa a população idosa emigrada ao país de origem. Situação que se repercute na estrutura etária dos locais e consequentemente a nível nacional. Os fluxos migratórios que ocorreram em Portugal entre 1950/60, não só para outros países como a saída do interior para o litoral, são uma das principais causas do forte envelhecimento que hoje se regista em muitos municípios portugueses.

¹⁵ Dados retirados de Rosa e Vieira (2003) e www.pordata.pt

a baixa taxa da mortalidade infantil que entre 1960 e 2011, passou de 77,5 ‰ para 3,1‰.

Segundo as previsões das Nações Unidas – World Population Prospects: The 2010 Revision, em Portugal, continuará a tendência de aumento do número de anos de vida, quer à nascença quer aos 65 anos de idade. Assim, para o período 2040/2045, os indivíduos do sexo masculino poderão esperar viver até aos 80,1, anos, mais 3,7 anos do que hoje, e os do sexo feminino até aos 85,7 anos, mais 3,4 anos.

Se podemos considerar muito positivo o número de anos de vida ganhos à nascença, não são menos importantes os ganhos em tempo de vida a partir dos 65 anos de idade. Em 1960, em média, os homens com 65 anos de idade viveriam mais 13 anos e as mulheres mais 15,3 anos; ou seja, os homens poderiam viver até aos 78 anos de idade e as mulheres até aos 80,3 anos. Em 2010, os ganhos a partir dos 65 anos, foram de 16,8 para eles e de 20,1 para elas, que, assim, poderão esperar viver até aos 81,8 anos e até aos 85,1 anos, respectivamente. Para o período 2040-2045, as previsões das Nações Unidas, avançam um valor, para ambos os sexos, de 21,1 anos de vida, a partir dos 65 anos.

b. Declínio da Fecundidade

Desde 1983, que Portugal deixou de assegurar a substituição de gerações, ou seja, desde esse ano o número de filhos por mulher em idade de procriar é inferior a 2,1, o valor mínimo para a reposição do *stock* demográfico. Em 1960, cada mulher tinha, em média, 3,2 filhos, hoje em dia tem 1,37. As previsões das Nações Unidas, para o período 2040/2045, calculam que aumente para 1,64, e portanto claramente abaixo dos 2,1.

Vejamos agora, a evolução de alguns indicadores de envelhecimento que em parte são consequência das alterações dos factores de envelhecimento acima referidos.

Pela análise da Tabela 3, verifica-se evolução distinta do grupo dos jovens e dos idosos. Assim, entre 1960 e 2011, a população com menos de 15 anos passa de 29,1% para 14,9%, enquanto a população com 65 e mais anos regista um aumento de 7,7% para 19,2%. De notar, que no mesmo período, é no grupo dos muito idosos que se regista o aumento mais espectacular de 1,2% para 5,1%. Para 2050, manter-se-á a mesma situação, ou seja, o grupo dos jovens continuará a diminuir e o dos idosos e muito idosos continuará a aumentar.

Tabela n.º 3 – Evolução da população jovem, idosa e muito idosa (em % do total da população) e de alguns indicadores demográficos 1960-2050

	1960(a)	2011(a)	2050(b)
% da população < 15 anos	29,1	14,9	11,2
% da população 65 e + anos	7,7	19,2	30,4
% da população com 80 e mais anos	1,2	5,1	10,3
Índice de dependência de idosos*	12,7	29,2	63,5
Índice de Envelhecimento**	23,7	129,6	270,9
Índice de Longevidade***	15,2	48,1	54,8

Fonte: (a) – Dados retirados de www.pordata.pt; (b) Cálculos próprios a partir de dados retirados de United Nations, World Population Prospects: The 2010 Revision (médiun-fertility variant 2011-2100)

* Índice de dependência de idosos = Relação entre a população com 65 e mais anos e a população entre os 15 e os 49 anos de idade x 100

** Índice de envelhecimento = Relação entre a população com 65 e mais anos e a população com menos de 15 anos x 100

*** Índice de longevidade = Relação entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos x 100

O aumento da população idosa e o decréscimo da população jovem repercute-se no índice de dependência dos idosos. Entre 1960 e 2011, o índice registou um acréscimo de 130%, passado de 12,7 para 29,2. Ou seja, em 1960, de cada 100 indivíduos em idade activa dependiam 12,7 idosos, em 2011, dos mesmos 100 já dependiam 29,2 idosos. Segundo as previsões para 2050, dependerão 63,5.

O índice de envelhecimento evidencia o envelhecimento da estrutura etária de Portugal. Entre 1960 e 2011, regista um acréscimo de 23,7 para 129,6, ou seja, por cada 100 jovens, em 1960 existiam 24 idosos. Hoje existem 130 idosos e em 2050, existirão 271 idosos. Por outras palavras, em 1960 havia 1 idoso por cada 2,3 jovens; em 2011 altera-se a situação e passam a existir 2,4 idosos por cada jovem, e em 2050 existirão 2,7 idosos por cada jovem.

Se o índice de envelhecimento permite analisar o grau de envelhecimento da população, o índice de longevidade possibilita a análise do envelhecimento da população idosa e muito idosa. Entre 1960 e 2011, verifica-se que em 1960 existiam 15,2 pessoas com 75 e mais anos por cada 100 com 65 e mais anos, em 2011 passaram a existir 48,1, prevendo-se que, em 2050, passem a ser 54,8. Verificando-se, assim, o envelhecimento dentro do envelhecimento, no qual o grupo dos que têm 75 e mais anos cresce muito mais rapidamente do que o dos com 65 e mais anos.

Envelhecimento demográfico e relações intergeracionais

O envelhecimento da população e as alterações demográficas têm implicações nas relações intergeracionais, tanto nas que se estabelecem no seio da família como fora desta, como no princípio se referiu. Analisemos o fenómeno de forma sucinta e discriminada na família e na sociedade.

Na família, a maior longevidade permite que as gerações mais velhas tenham para com as mais jovens relações mais duradoras, nomeadamente com os seus filhos e com os seus netos. Será cada vez mais comum os avós conviverem com os filhos dos seus netos, ou seja, com os bisnetos, verificando-se, assim, a coexistência de quatro ou cinco gerações numa família – dos bisavós aos bisnetos. Por sua vez, o decréscimo de nascimentos na família, origina a *verticalização das famílias*, termo usado, para aludir ao fenómeno do aumento do número de gerações por família mas, com menos membros por geração (Bengtson, Rosenthal e Burton (1990) in Hoff (2009:246). Estas alterações acarretam desafios, nomeadamente ao nível dos cuidados que habitualmente são prestados pelas famílias aos seus membros mais idosos e conseqüentemente ao nível da solidariedade familiar.

Já nas famílias sem filhos, o desafio torna-se ainda de maior acuidade. São hoje prestadoras de cuidados aos seus familiares mais idosos mas, no futuro, quem cuidará deles quando precisarem?

Quanto à sociedade, o envelhecimento demográfico ou populacional acarreta desafios de vária natureza como, por exemplo:

- a. económicos** – face aos potenciais custos de uma população cada vez mais envelhecida e com necessidades específicas, nos mais diversos níveis;
- b. sociais** – valorização e integração da população idosa, cada vez mais habilitada, não só física como intelectualmente;
- c. geracionais** – os custos e despesas com os mais velhos serão suportados pelos impostos e contribuições sociais provenientes das gerações mais jovens em actividade, já muito sobrecarregadas pelos encargos próprios e cada vez mais comprimidas pelo decréscimo da fecundidade e conseqüente decréscimo da população activa (António, 2011:91).

Vejamos agora as principais conclusões que decorrem da análise dos resultados obtidos pelo *Eurobarómetro sobre Solidariedade Intergeracional*, realizado nos 27

países da União Europeia, em 2009¹⁶, no que respeita a: 1) Possíveis situações de conflito entre as gerações mais velhas e mais jovens, 2) solidariedade entre gerações, 3) preocupações com a capacidade financeira dos governos para apoiarem os mais velhos e 4) benefícios do envelhecimento demográfico ou populacional.

1. Possíveis conflitos entre Gerações:

- O peso dos que concordam (77%) que *“os mais jovens e os mais velhos dificilmente chegam a acordo sobre o que é melhor para a sociedade”*.
- A elevada percentagem (77%) dos que concordam que *“Os trabalhadores serão cada vez mais relutantes em contribuir com impostos e contribuições sociais para suportar a população idosa”*;
- A grande percentagem de portugueses (70%) que concordam que *“Se os trabalhadores mais velhos trabalharem até mais tarde, ficarão poucos empregos disponíveis para os mais jovens”*;
- Quase metade dos respondentes (49%) concordarem que o governo português gasta, comparativamente, mais com os mais velhos do que com os mais jovens.

2. Solidariedade entre Gerações:

- A opinião positiva dos portugueses (74%) quanto à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho para além da idade da reforma, se assim o desejarem;
- O peso dos que consideram que os mais velhos não são um fardo para a sociedade (62%);
- Que ajudam a família e os membros mais jovens (95%);

¹⁶ O estudo foi realizado nos 27 países da União Europeia, em 2009, através de entrevistas por telefone, com excepção da Bulgária, Eslováquia, Estónia, Hungria, Letónia, Polónia e República Checa, em que se fizeram também, entrevistas cara-a-cara, a indivíduos com 15 ou mais anos. A dimensão da amostra foi de 1000 e representativa de cada país. Para mais detalhes ver *Intergenerational Solidarity. Analytical Report*, Flash Eurobarometer 269, Gallup Organisation, European Commission, April 2009. O estudo teve por objectivo analisar a opinião dos cidadãos da Europa dos 27, tendo em conta os seguintes aspectos: 1 – relações existentes entre as gerações mais jovens e mais velhos; 2 – custos de uma população envelhecida, especialmente em termos de pensões e cuidados; 3 – a necessidade de reformas no sistema de pensões e da segurança social; 4 – formas pelas quais as pessoas mais velhas contribuem para a sociedade, financeiramente e por outros meios; 5 – possibilidades existentes para que os mais velhos possam viver de forma autónoma; 6 – a prestação de cuidados e apoio dos serviços sociais às populações mais velhas e 7 – o papel das autoridades públicas na promoção da solidariedade intergeracional.

- E, que contribuem para a sociedade, através do voluntariado e acções de caridade (92%);
- A grande maioria dos que responderam (91%) concordarem com a necessidade de os governos disponibilizarem mais dinheiro para as pensões e assistência aos mais velhos.

3. Preocupações com a capacidade financeira dos governos para apoiar os mais velhos

- São muitos (81%) os que concordam que nas próximas décadas “os governos não terão capacidade para pagar as pensões e a assistência aos mais velhos”.

4. Benefícios do envelhecimento demográfico ou populacional

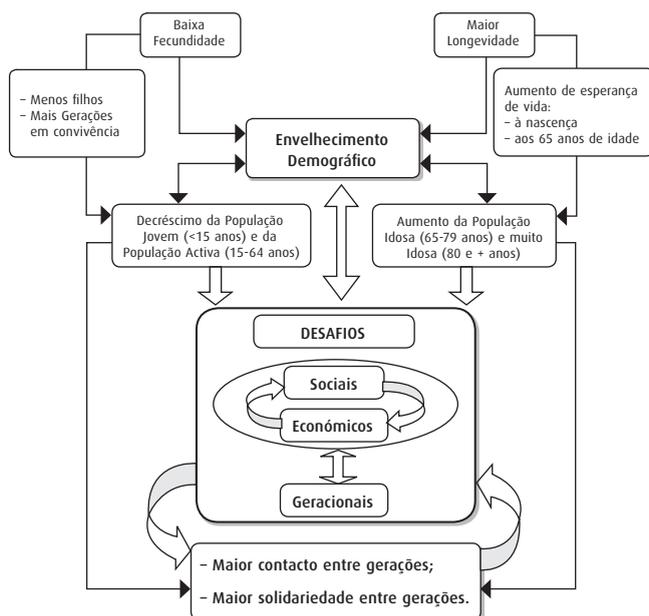
- A importância que muitos (85%) atribuem ao desenvolvimento de produtos e serviços que satisfaçam as necessidades das pessoas mais velhas como *principal motor da economia* em Portugal.

Em conclusão, parece poder dizer-se que o teor do futuro convívio entre gerações passará pela gestão dos delicados equilíbrios existentes entre atitudes essencialmente positivas e objectividades potencialmente fatais, no quadro de um Estado Social que atravessa a sua maior crise de sempre e estará porventura agonizante.

Por outro lado, a própria natureza do fenómeno – com elementos simultaneamente instrumentais e expressivos – será inevitavelmente modelada, em partes essenciais, (ver Figura 1) por organizações da sociedade civil e pelas próprias famílias em mudança.

O que de modo nenhum isenta o Estado de uma intervenção eficaz em sede dos apoios e equipamentos sociais, e na elaboração de políticas públicas específicas deste domínio, que sejam, ao mesmo tempo, realistas, humanizantes e sustentáveis.

Figura n.º 1 – Implicações do Envelhecimento Demográfico nas Relações Intergeracionais



Fonte: elaboração própria

Bibliografia

- ANTÓNIO, Stella (2011), "Solidariedade Intergeracional: envelhecimento demográfico e opinião dos portugueses" in *Intervenção Social*, Lisboa, Universidade Lusíada, n.º. 36/2010, pp. 87-97.
- ANTÓNIO, Stella (2011), "Envelhecimento em Portugal: 2020" in *Cadernos de Economia*, Jul/Set 2011, n.º. 96, pp. 15-19.
- ANTÓNIO, Stella (2010), *Avós e Netos. Relações Intergeracionais: A Matrilinearidade dos Afectos*, Lisboa, ISCSP/UTL.
- ANTÓNIO, Stella (2009), "Um Mundo Grisalho" in *Cadernos de Economia*, Jul/Set, n.º. 88, pp. 21-28.
- ANTÓNIO, Stella (2001), "Envelhecimento demográfico ou populacional" in Hermano Carmo (coord.), *Problemas Sociais Contemporâneos*, Lisboa, Universidade Aberta, pp. 133-146.
- ATTIAS-DONFUT, Claudine & ARBER, Sara (2000), "Equity and Solidarity across generations" in Sara Arber and Claudine Attias-Donfut (eds.), *The Myth of Generational Conflict. The family and state in ageing societies*, London/New York, Routledge, pp. 1-19.

- ATTIAS-DONFUT, Claudine & WOLFF, François-Charles (2000), "The redistributive effects of generational transfers" in Sara Arber and Claudine Attias-Donfut (eds.), *The Myth of Generational Conflict. The family and state in ageing societies*, London/New York, Routledge, pp. 22-46.
- DATAN, Nancy; GREENE, Anita L.; REESE, Hayne W. (eds.) (1986), *Life-Span Developmental Psychology: Intergenerational Relations*, Hillsdale, New Jersey/London, Lawrence Erlbaum Associates.
- European Commission (2009), *Intergenerational Solidarity. Analytical Report*, Flash Eurobarometer 269, Gallup Organisation, European Commission, April 2009.
- HOFF, Andreas (2009), "Alterações das Relações Intergeracionais nas Sociedades Europeias" in *Fundação Calouste Gulbenkian; Fórum Gulbenkian da Saúde*, Cascais, pp. 231-263.
- MENDES, Fernando Ribeiro (2005), *Conspiração Grisalha: segurança social, competitividade e gerações*, Oeiras, Celta.
- ROSA, Maria João Valente e CHITAS, Paulo (2010), *Portugal: Os Números*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- ROSA, Maria João Valente e VIEIRA, Cláudia (2003), *A população portuguesa no século XX. Análise dos Censos de 1900 a 2001*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais.
- UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011), *World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume II: Demographic Profiles*. ST/ESA/SER.A/317.
- WALLACE, Paul (2001), *Terramoto Geracional. Uma viagem na montanha russa demográfica*, Mem-Martins, Publicações Europa-América.

Sites consultados:

www.ine.pt

www.pordata.pt

www.prb.org

www.un.org.

A autora não escreve segundo o novo acordo ortográfico

A conquista de Matusalém. Azos e limites do envelhecimento ativo

Victor Rodrigues*

Nas últimas décadas, assistiu-se ao retardamento duma grande parte dos calendários¹. Este adiamento da vivência dos acontecimentos faz com que se seja pai, avô, reformado ou até mesmo velho mais tarde se associarmos a este fenómeno o facto das gerações mais recentes terem crescido com melhores condições sanitárias. O ano europeu do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações projeta para o palco público um largo leque de manifestações que dão ênfase a um envelhecimento inteligente e responsável onde cada indivíduo, tendo em conta os meios disponíveis, é ator e gestor da sua situação sanitária. Pela particularidade das patologias dos seniores, assistimos a uma nova realidade epidemiológica onde predominam as doenças degenerativas e não transmissíveis. O envelhecimento globalizado da população exige novos requisitos éticos, políticos e sociais. A correlação entre a idade e o declínio de aptidões físicas e mentais é, geralmente, elevada ainda que a sua intensidade varie em função de características humanas genética e socialmente condicionadas.

Pretende-se aqui refletir sobre os benefícios e os limites desta estratégia global para uma melhor gestão do envelhecimento que pretende essencialmente limitar os custos e as consequências das transformações na composição etária das populações, atuando na otimização dos recursos disponíveis no quotidiano. Depois de questionar a forma tradicional de abordar o envelhecimento numa perspectiva de dilema social, apresentar-se-á a noção de envelhecimento ativo tendo em conta as suas vantagens, aplicações e limites.

O processo de envelhecimento

Mais do que uma realidade biológica, a idade é uma construção social subjetiva e culturalmente determinada. A velhice passou a abranger um maior número de pessoas e deixou de ser associada à sabedoria.

* Victor Terças Rodrigues é docente no departamento de Sociologia da Universidade do Minho e investigador na linha População, Família e Saúde do Centro de Investigação em Ciências Sociais. Formou-se nas áreas da Sociologia (Paris X, Nanterre), Demografia (Institut de Démographie de Paris I) e Sociologia da Saúde (Universidade do Minho). Tem desenvolvido trabalhos na área da Sociologia da saúde, saúde reprodutiva, saúde e bem-estar mental, migrações e envelhecimento.

¹ Em demografia, corresponde à idade com que uma população conhece um determinado acontecimento no seu percurso biográfico (idade em que se termina um curso superior, se casa, se tem filhos ou se morre, por exemplo).

O envelhecimento é considerado como uma das consequências de uma transição societal que inclui transformações demográficas que alteraram a composição etária da população e, por consequência, uma transição epidemiológica onde prevalecem as doenças degenerativas e não transmissíveis (cardiopatas, doenças cerebrovasculares, diabetes etc.) muitas vezes o efeito de certas sociopatias desenvolvidas na idade adulta.

Uma larga parte da literatura das ciências sociais considera que envelhecer corresponde à conquista de uma certa “morte social” do quotidiano do indivíduo. Nesta perspetiva, o envelhecimento corresponde a uma sucessão de fenómenos que conduzem os mais velhos para o isolamento e a solidão sob o efeito de perdas progressivas e sucessivas: perda da autonomia funcional, perda do emprego com a entrada na reforma ou desemprego numa idade onde as capacidades cognitivas e físicas são menos presadas ao abrigo de um idadismo soberano, afastamento dos filhos, falecimento de parentes e amigos, viuvez, etc. Numa organização social orgânica onde cada um ocupa funções ativas numa estrutura bem definida e rígida, evidencia-se que os atores mais velhos são marginalizados e postos, muitas vezes, prematuramente, fora do palco por não representarem as características dominantes de uma população socialmente produtiva.

Esta marginalização cronologicamente barreirista levou ao saudável desenvolvimento do interesse por parte de várias áreas científicas para a gerontologia social que permite descrever de forma mais credível a situação dos seniores socialmente excluídos e contribuir para a formulação de políticas sociais eficientes.

Pode-se admitir que a ideia da desvinculação social progressiva nas idades mais avançadas não é unânime. Com o avançar do tempo, muitos são os idosos que procuram ajustar e recriar novas formas de viver o seu quotidiano harmonizando as suas atividades com o meio que os rodeia, escolhendo-as em função das suas capacidades, adaptando-as a novas formas de sociabilidade e afastando-se, assim, do imobilismo. Com esta ideia, entende-se o envelhecimento como um processo dinâmico e heterogéneo que se consegue otimizar procurando atuar da forma mais efetiva no ambiente da população sénior. Desta ideia surge, então a vontade de procurar a melhor forma de envelhecer num meio saudável.

“Envelhecimento produtivo social e economicamente, envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável ou envelhecimento ativo”

Difícil de definir, o conceito de envelhecimento ativo não é universal e uniformemente entendido e aceite. Numa missão de responder ao desafio global do envelhecimento populacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou em 2002 este conceito como sendo uma forma de garantir a melhor qualidade de vida possível para as populações idosas otimizando os recursos disponíveis no campo da Saúde (i) (entendida no seu contexto holístico associado ao bem-estar biopsicossocial), da Participação (ii) (atividades económicas, comunitárias, educativas, sociais, culturais ou de cidadania) e da Segurança (iii) (serviços de apoio apropriados, boas condições socioeconómicas, meio físico, social e técnico seguro). A ideia é articular numa justa conciliação de política e eticamente o maior número de meios que governam o quotidiano, de forma a garantir autonomia, autodeterminação e esperança de vida, reduzindo incapacidades de uma forma geral. Considera os seniores como elementos ativos essenciais para a comunidade. Procura manter e rentabilizar as experiências, conhecimentos e competências.

Seguindo estas diretrizes, os campos de ação privilegiados pela Comissão Europeia são a empregabilidade dos seniores, a participação na vida social, o envelhecimento em boa saúde e a solidariedade intergeracional.

Criando ambientes salutogénicos e controlando comportamentos sociopáticos, o envelhecimento ativo traz benefícios tanto para o indivíduo como para a coletividade. A prática de atividades físicas, culturais e de carácter social permitem a manutenção das capacidades físicas e cognitivas gerindo as doenças degenerativas. Por outro lado, permite simultaneamente alargar a participação no mercado de trabalho ou criar outras formas de rentabilizar economicamente as capacidades da população sénior pela produção ou pelo consumo e reduzir de forma significativa as despesas de saúde.

Permite a manutenção do capital produtivo sénior. A continuação da atividade profissional para além da idade da reforma e o voluntariado conferem benefícios notórios tanto para o bem-estar biopsicossocial do sénior como para a coletividade.

Ao melhorar as condições do meio envolvente a vários níveis, permite envelhecer na residência habitual com auxílio de um apoio domiciliário ajustado e, se necessário,

com o recurso a tecnologias da comunicação e informação adaptadas às capacidades económicas, cognitivas e físicas para evitar um isolamento excessivo e prejudicial.

Autoperceção do envelhecimento ativo e saúde inteligente

A reforma é percebida por muitos como um direito que o Estado Providência gerou e que manteve presente no imaginário coletivo ao longo da vida ativa e não só. A entrada na reforma também é frequentemente entendida no âmbito do casal e aparece assim como um novo ponto de partida para fazer o que este bem entende ou pode.

Conceito multidimensional, o envelhecimento ativo aparece no imaginário coletivo essencialmente como uma forma de manter as capacidades físicas por mais tempo. O dinamismo de um corpo firme e longe de incapacidades físicas ou mentais visíveis parece biologicamente menos velho estruturando a idade que o indivíduo se vê socialmente atribuída. Isto leva a que muitos procurem atividades para combater o peso ou a ameaça das doenças crónicas e degenerativas sem conscientemente entenderem que este estilo de vida se inclui no conceito de envelhecimento ativo. A esfera da segurança do conceito surge como um (iii) direito condicionado pelas realidades geopolíticas e as variações conjunturais económicas que afetam cada um. A dimensão que menos aparece na autoperceção do envelhecimento ativo assenta na (ii) participação ativa na coletividade. É exemplo a participação em movimentos cívicos ou políticos que parece variar em função de características socioeconómicas (níveis de literacia ou atributos culturais). Convém reforçar o facto da população sénior ser muito heterogénea e não enfrentar a questão da manutenção das capacidades pessoais da mesma forma.

Algumas limitações do conceito

Numa perspetiva existencialista, o homem é um projeto que se vive subjetivamente. Sendo assim, as atividades ligadas à participação social permitem a manutenção de projetos criadores de identidade. O envelhecimento ativo parece impor-se como a maior solução para aliviar a Economia dos custos progressivos associados a uma população mais velha e inativa. Mas será que não é respeitada a não adoção de práticas socialmente valorizadas, fonte de inclusão social e abrangidos pelo conceito

de envelhecimento ativo? Parece existir nos discursos doutrinadores vigentes um largo fosso entre ser ativo e ser passivo no processo de envelhecimento dando ao conceito uma aparência de imperativo societal.

Este conceito é entendido no prisma da orientação e do interesse científico de cada investigador. Assim, observa-se uma ênfase notória nos benefícios económicos com o eixo dominante do emprego: manutenção e rentabilização da situação socioprofissional através do adiamento da entrada na reforma, (re)negociação do contrato de trabalho (i. e. passagem para trabalho a tempo parcial) ou voluntariado. Pode-se até mesmo discutir a tese da “profissionalização do voluntariado” com o seu interesse económico na manutenção e reorientação da força de trabalho numa ótica substitutiva e gestão de um “mercado de trabalho sénior” com idênticos benefícios individuais e fundamentalmente coletivos. O que pode adiar ou alterar a ordem das etapas de vida idealizadas em que no ocaso da vida se esperava afastar-se da vida ativa ou mesmo até procurar um isolamento voluntário.

Ajudando na aplicação de rótulos depreciadores, as medidas e programas mais evidentes tomados ou ainda somente propostos para um envelhecimento ativo aparecem globalmente dirigidos para a população sénior e parecem esquecer que o envelhecimento é um processo e como tal, para otimizar os recursos deve entender todo o percurso biográfico tendo em conta, por exemplo, a aprendizagem ao longo da vida.

A permanência da atividade laboral para além da idade da reforma não pode ser lida somente como sendo uma oportunidade para um envelhecimento positivo e saudável. Dependendo das características geopolíticas ou económicas os idosos podem ter que trabalhar não por alternativa mas sim por necessidade, tanto na atividade principal como em atividades complementares para remediar a falta de recursos económicos e esta permanência na atividade ser fonte de patologias ou piorar as capacidades funcionais.

Pode também aparecer o risco de discriminação social no seio dos idosos em função das capacidades em participar nos programas de envelhecimento ativo pelo facto, por exemplo, das gerações que compõem esta população apresentarem diferenças marcantes ao nível das capacidades (físicas, cognitivas, literárias, culturais) associadas a condições e percursos de vida distintos, gerando formas de competição (sociabilidade por oposição).

Conclusão

Estamos a viver consequências de transformações demográficas que conduzem a injunções económicas que por si resultam num imperativo societal auxiliado com pretensões filantrópicas.

O *baby boom* está a atingir a idade da reforma. Esta “legião” apresenta características (sociais, profissionais, académicas, sanitárias...) muito distintas das gerações mais velhas que viveram no período de forte crescimento económico de 1945 a 1973. Será necessário, mais do que nunca, pensar em ações diversificadas para populações cada vez mais numerosas e heterogéneas.

De um ponto de vista ideológico, o envelhecimento ativo é apresentado como uma administração holística na otimização dos recursos que permitem o adiamento do aparecimento de patologias degenerativas. Na prática, a maioria das medidas apresentadas não deixaram de ter uma orientação demasiado produtivista. Dado que o envelhecimento ativo tenciona reduzir os efeitos nocivos de um idadismo dominante seria salutar repensar o conceito pensando melhor, desde cedo, na preparação das populações para serem mais participativas na comunidade e alterar os estereótipos de que os mais velhos ainda sofrem revendo, por exemplo, terminologias e classificações rapidamente obsoletas.

Bibliografia

- CARADEC, Vincent (2010), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, Saint Jean de Braye.
- MOULAERT, Thibault; LEONARD, Dimitri (2012), *Le vieillissement actif: regards pluriels*, Les politiques sociales.
- STENNER, Paul; MCARQUHAR, Tara; BOWLING, Ann (2011), “Older people and ‘active ageing’: Subjective aspects of ageing actively”, *Journal of Health Psychology*, April 2011 vol. 16 no. 3 467-477. 2011 16: 467 originally published online 11 January 2011 *J Health Psychol*. DOI: 10.1177/1359105310384298
- WALKER, Alan (2002), “A strategy for active ageing”, *International Security Review*, Vol.55, Oxford.
- World Health Organization (WHO) (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: WHO.

Introdução

A sexualidade humana é algo que faz parte da vida do Homem, e que exige uma maturação e aprendizagem permanente, acompanhando, desta forma, o envelhecimento humano. Assim a sexualidade vai sofrendo adaptações de acordo com comportamentos individuais face à idade e atitudes da sociedade, perante a mesma e o grupo etário envolvido.

A forma como a sexualidade é vivida por um idoso depende de como esta foi vivida na juventude, do seu sexo e estado civil e, de factores socio-culturais. Pode ainda depender de alterações fisiopatológicas que podem ocorrer com o envelhecimento.

Com o objectivo de conhecer melhor este tema a Autora faz uma revisão reflexiva sobre a sexualidade do idoso.

Sendo um assunto que só recentemente tem merecido a atenção dos profissionais de saúde não foi fácil encontrar bibliografia sobre o assunto encontrando-se, muitas das vezes, este tema disperso sendo afluído em livros sobre outros tópicos relacionados com o envelhecimento e a velhice.

Sexualidade

Segundo a OMS a sexualidade *é algo que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. É uma energia que motiva o Homem a encontrar amor, contacto e intimidade.*

Assim, o objectivo da sexualidade é a comunicação e a relação íntima com outra pessoa e não apenas a excitação e descarga da tensão sexual. *Como qualquer outra dimensão da personalidade, desenvolve-se ao longo de todo o ciclo de vida de um indivíduo, mas estrutura-se em especial, na infância e na adolescência* (Pestana e Pascoa 1998).

Para Palha (2012) é uma *realidade global que envolve toda a personalidade humana ao longo da vida* e que é influenciada nas suas diversas expressões

* Médica de Clínica Geral/ Medicina Familiar, no Porto; Doutorada em Saúde Comunitária, Mestre em Gerontologia Social Aplicada

não só pelo envelhecimento fisiológico e patológico, mas também pelo controle social e pela cultura.

Para Neto (2002) a sexualidade é uma linguagem do corpo para exprimir mais do que o corpo *não se podendo traduzir o verdadeiro prazer e a verdadeira satisfação por frequências medidas ou, tempos.*

É uma das mais importantes e complexas dimensões da condição humana que *desde a pré-história assumiu um papel fundamental na evolução cultural e na formação das sociedades ocidentais* (Moreira 1997) – Representa um aspecto da vida humana que ainda não se controla bem e que tem um papel na:

Identificação – interfere biopsicosocialmente com o género.

Relação amorosa – a sexualidade é uma forma de expressão física e psíquica do amor e que pode reforçar uma relação amorosa.

Reprodução – é através das relações sexuais (salvo em casos especiais, por intervenção legal e/ou médica) que um casal pode ter filhos. No passado a reprodução e a função sexual confundiam-se parecendo ser uma única função, porém, hoje são distintas embora ambas importantes.

Desejo e prazer – a sexualidade é responsável pelos desejos e pelo prazer que acompanham habitualmente os pensamentos e as actividades sexuais.

Para a mulher, de todos estes papéis, só a reprodução é que termina, com a chegada do climatério, trazendo muitas vezes consigo, sentimentos de desvalorização pessoal com rejeição do seu corpo e do parceiro. De salientar que a aparência de um indivíduo é também, uma forma de sexualidade, pelo que ao investir-se naquela se está a investir nesta.

A sexualidade na qual se inclui a função sexual, acompanha o Homem toda a vida, sendo, no entanto condicionada por situações socioculturais, valores, estereótipos de masculinidade e feminilidade, aspectos psicológicos, emocionais e orgânicos. Para Pestana e Pascoa (1998) na sexualidade entrelaçam-se, aspectos de ordem: biológica (genéticos, neurológicos, e endócrinos), psicológica (afectivos, relacionais e cognitivos) e social (crenças, valores, costumes, e preconceitos).

As influências culturais podem ser marcantes e têm que ser tomadas em atenção quando se fala na sexualidade de um indivíduo, pois cada cultura entende e

representa a sexualidade de forma diferente, sendo também esta influenciada pela infância vivenciada por um indivíduo.

As práticas sociais de controle, proibição e permissão do sexo já são muito antigas datando dos primórdios da sociedade humana, porém é bastante recente o estudo do seu sentido, de suas causas e de suas variações no espaço e no tempo.

Com Freud surgiu a separação entre sexualidade humana e instinto sexual; para a psicanálise este é fixo e pré-formado, bem como característico de uma espécie, enquanto aquela, para além de ser polivalente, se caracteriza por uma grande plasticidade e invenção, tendo a ver com a história pessoal de cada um e portanto com a simbolização do desejo. (Palha, 2012).

Para a sexualidade não existem corpos velhos ou novos, apenas corpos amantes, sensações estimulantes e ocasiões de manifestar fisicamente e psiquicamente a ternura e de aprender a recebê-la com prazer.

Desde os primórdios da humanidade a sexualidade feminina esteve sempre no campo do interdito, sendo por isso difícil, ainda hoje, para determinadas sociedades observar uma idosa como não “assexuada”.

A sexualidade feminina parece estar estreitamente ligada ao estado de humor, dependendo do seu equilíbrio que frequentemente se torna instável antes da menstruação ou no período da menopausa. (Barbosa, 2004).

Para Masters e Johnson (1966) (cit por Albuquerque 1989) existem cinco fases na resposta sexual feminina: o *desejo*, a *estimulação*, o *placento excitatório*, o *orgasmo* e a *resolução*. Kaplan (cit por Albuquerque (1989) reúne as duas primeiras fases numa só a que chamou *fase de lubrificação* que é de origem cerebral.

Na mulher, na resposta sexual, a seguir à lubrificação vaginal seguem-se as seguintes manifestações fisiológicas: dilatação do canal vaginal com ingurgitação das paredes da vagina, do clitóris, dos pequenos lábios e do útero; erecção dos mamilos → Excitação que atinge o seu máximo na fase orgástica e declina na fase de resolução.

Sexualidade no idoso

No idoso, a vivência da sexualidade nada mais é do que a continuação de um processo iniciado na infância, associado a modificações anatomo-fisiológicas que a idade impõe e que ajudam a estabelecer o comportamento sexual do idoso.

Para Neto (2002) *o que está presente no encontro afectivo e sexual de duas pessoas idosas é a forma como cada uma viveu a sua vida, como cimentou os seus afectos, como habitou e habita o seu corpo.*

Os idosos de hoje, foram pessoas que na sua juventude sofreram uma certa repressão social (sobretudo as mulheres) e que, em Portugal ainda hoje se faz sentir na sua liberdade sexual, sobretudo em mulheres que já não têm parceiro sexual. Efectivamente há estudos que referem um número bastante expressivo de mulheres idosas que sublimam o relacionamento sexual por não terem parceiros (dificuldade em os encontrar, e/ou tabus, pressões sociais).

Na sua infância, toda a educação que lhe era ministrada e conseqüentemente toda a orientação sexual (quando a havia) era feita em função de normas de conduta morais e sociais extremamente rígidas e repressoras, diferentes das que hoje se ministram à juventude. O papel da mulher estava bem definido, destinando-se a ser uma boa dona de casa, esposa e mãe. A actividade sexual (outrora considerada pela sociedade como suja e pecaminosa) tinha como objectivo principal a reprodução que após a menopausa já não era possível, vendo-se, assim, a sociedade obrigada a ignorar ou mesmo condenar a sexualidade após essa idade, uma vez que já não existia razão para tal. Para estas mulheres, hoje, idosas, a pressão socio-cultural continua a fazer-se sentir, ainda que mais atenuadamente, obrigando-as, após uma viuvez a não viverem a sua sexualidade ou a fazê-lo de forma clandestina. Frequentemente esta sanção provém dos seus familiares descendentes e/ou da sua rede social, decidindo por elas esta faceta da sua vida, sem que pelo menos afectivamente a compensem.

Já culturalmente em relação à sexualidade do idoso a sociedade é mais permissiva, permitindo-lhe comportamentos considerados tabus para as idosas. Porém a sociedade também impõe regras e limites ao idoso.

Também, ainda hoje, este é um assunto bastante negligenciado pelos profissionais de saúde. Muitos destes profissionais não se sentem devidamente preparados para

enfrentar situações deste âmbito, não referidas pelos idosos, mas que podem condicionar a sua saúde e a felicidade/bem-estar individual e do casal.

Felstein (1973) identificou cinco crenças em que assenta o estereótipo de que o idoso é um ser assexuado, estando a sexualidade e as relações sexuais unicamente reservadas aos jovens:

1. As relações sexuais são apenas para procriar e por isso só quem tem idade para esta função é que as pode ter;
2. A tensão sexual manifesta-se como resposta à atracção física que muitas vezes está ligada à beleza corporal e à juventude;
3. A tensão sexual (máxima nos jovens) diminui com o progressivo envelhecimento;
4. As relações sexuais estão ligadas ao amor romântico próprio da juventude;
5. Nos idosos há uma crescente incapacidade de todo o funcionamento orgânico.

Assim a sexualidade no idoso parece fazer parte de um estereótipo cultural muito difundido (inclusive pelos *mass-media*), que pretende considerar as pessoas idosas feias, débeis, decrépitas e impotentes. Este estereótipo felizmente está a mudar não só pela imagem que o idoso actual transmite à sociedade, mas também pelas alterações na socialização dos jovens.

Os idosos, divididos entre preconceitos sociais e os seus impulsos acabam por viver a sua sexualidade com sentimentos de culpa e vergonha.

Por vezes os quadros de ansiedade/depressão que acompanham a tentativa de desempenho sexual do idoso devem-se a factores socio-culturais, pois nestas idades, frequentemente o sexo mistura-se com valores e desejos; por outro lado o sexo também pode ser condicionado pelas condições físicas e psicológicas que no idoso podem não ser muito boas.

Segundo Corte Real e Moreira (1998) *apesar das alterações orgânicas, a actividade sexual pode manter-se toda a vida até à morte.... O aumento da idade não justifica a inactividade na maior parte das situações, pois não há contraindicações para uma vida sexual activa.*

Para Neto (2002) e Pascual (2002) a sexualidade em idosos está mais liberta do jogo de agradar com os corpos, fazendo-se mais expressão do que se sente, do que se tem a dizer ao outro e com o outro e do que se vive e viveu. As carícias

assumem também uma maior importância. Como Palha (2012) afirma o interesse pelo contacto corporal, pela comunicação e pela afectividade contrabalança as alterações fisiológicas verificadas no acto sexual.

Efectivamente com as alterações hormonais inerentes à fase da menopausa a mulher sente-se menos atraente, porém bio-psiquicamente não perde a sua capacidade de sentir desejo; pelo contrário, há mulheres que após cessarem a sua capacidade reprodutiva se sentem libertas para assumir uma sexualidade sem risco de uma gravidez, vivendo-a então mais intensamente, experimentando uma intensificação dos desejos e das respostas sexuais.

Já o indivíduo do sexo masculino vive a sua sexualidade não em função da fertilidade mas sim em função da sua potência sexual. Também para ele o corpo muda não só exteriormente mas também na intimidade. Habitado a ter, na juventude, uma erecção mais rápida, o homem sente-se frustrado e assustado com a incerteza do futuro quando começa a surgir uma erecção mais lenta. Esta situação pode criar um quadro de ansiedade que pode estar subjacente a um insucesso sexual que o obriga a recorrer ao seu Médico de Família, quer para se certificar “do fim da sua actividade sexual”, quer para solicitar ajuda. Cabe, então, ao Médico de Família esclarecer a situação e fazer o acompanhamento, bem como (se for caso disso) rastrear possíveis patologias que possam interferir com a erecção normal num envelhecimento normal. O Médico de Família deverá esclarecer o utente de que as modificações fisiológicas próprias de um envelhecimento não patológico se dão, sobretudo no tempo de aparecimento da erecção e não na tumescência peniana.

As alterações neurovasculares (mais frequentes nos idosos) podem alterar o orgasmo.

Apesar da diminuição dos níveis de testosterona a libido não se altera porque no homem, os factores psicossociais são para o efeito mais significativos do que as mudanças hormonais.

Por outro lado, à mulher idosa, habituada a olhar para o seu corpo como forma de atracção do sexo oposto, não lhe agrada as lentas transformações que nela vão surgindo (rugas, peitos flácidos, diminuição da musculatura, nomeadamente a perineal, perda da capacidade de reprodução, etc.); instala-se, então, o medo de que o seu companheiro a rejeite, podendo interpretar como um sinal de desinteresse o aumento fisiológico do período refractário; cria-se, assim, o início de um conflito assente em pressupostos.

Segundo Jacob (1998) a mulher atinge o auge da sua sexualidade cerca dos 30 anos, enquanto o homem a atinge cerca dos 18-20 anos. Embora na mulher o impulso sexual atinja o seu auge mais tarde, mantém-se estável até cerca dos 60 anos, não decaindo abruptamente com a menopausa. Para Master e Johnson (1966) *a sexualidade feminina não conhece limite de idade*. Para estes autores não há nenhuma razão fisiológica (a não ser por influência iatrogénica ou por alterações incapacitantes) susceptível de impedir a idosa de manter sua actividade sexual. Ainda segundo Masters e Johnson (1966) um homem em boas condições físicas e emotivas conserva com bastante frequência a sua capacidade sexual até aos 80 ou mais anos.

Para a maioria dos autores a diminuição da actividade sexual na velhice relaciona-se não só com mudanças físicas inerentes ao envelhecimento, mas também com as influências de atitudes e expectativas impostas por modelos sociais; é ainda influenciada por factores psicológicos do próprio idoso.

A sexualidade no idoso pode ainda ser influenciada por perdas (morte do conjugue, afastamento de filhos, reforma, limitações físicas e mentais, etc.) tão frequentes em idades mais avançadas.

As perdas que vão surgindo durante o processo de envelhecimento produzem dor/ sofrimento, não sendo fácil enfrentar estas situações, porém, é necessário encontrar vias que possibilitem descobrir novos modos de vinculação, evitando a cristalização.

A possibilidade de uma mulher idosa ficar só, sem companheiro é grande, não só porque a tendência é para casar com homens mais velhos mas também porque geralmente vive mais anos e há proporcionalmente menos homens que mulheres acentuando-se a discrepância mulher/homem na velhice e grande velhice. Assim é difícil à mulher idosa encontrar um novo companheiro. Taeuber (1993) cit por Busse e Blazer (1996) refere que 2/3 dos homens de 65 anos ou mais vivem com suas esposas mas apenas 1/3 das mulheres de mais de 65 anos têm marido, sendo a maior parte viúvas. O interesse sexual de uma mulher idosa por um homem jovem dificilmente será aceite socialmente, no entanto parece que esta tendência está a aumentar.

Segundo Busse e Blazer (1996) apenas 7% dos idosos sem conjugue continua a ter relações sexuais na velhice; já cerca de 60% dos casais casados permanecem

sexualmente activos até aos 75 anos; após esta idade o coito é praticado por menos de 30% dos casais. A continuação da actividade sexual depende de numerosos factores, nomeadamente da saúde física e mental do conjugue.

1 – Alterações biológicas e sexualidade

O desconhecimento do processo biológico do envelhecimento, por vezes, associado a tabus que rodeiam a sexualidade na velhice, podem precipitar o fim de uma vida sexual que poderia ser gratificante até à morte.

Na mulher, com a menopausa, ocorrem mudanças fisiológicas atroficas, na pele, nas mamas e na mucosa vaginal. Esta fase da vida é muitas vezes também acompanhada de alterações psicológicas como sejam irritabilidade, alterações de humor que se agravam com as mudanças externas que o corpo sofre.

Com a menopausa dão-se alterações hormonais (diminuição dos níveis de estrogénios e de progesterona) que levam, a uma menor lubrificação da vagina e a um encurtamento da mesma bem como à perda da sua elasticidade, tornando a penetração mais difícil e dolorosa; o desconforto que algumas mulheres sentem pode ser factor de rejeição da sua actividade sexual, sobretudo quando associada ao mito de que a função da mulher é apenas procriar. A diminuição da quantidade de estrogénios não parece afectar o impulso sexual, pois este depende mais da secreção de androgénios que provêm das glândulas suprarrenais.

Com o envelhecimento, diminui o ingurgitamento dos órgãos sexuais femininos, a expansão da vagina é menor e a lubrificação é mais demorada e menos intensa. Devido a estes fenómenos fisiológicos, bem como à retracção dos grandes lábios e do clitóris a entrada da vagina torna-se mais apertada e menos extensível dificultando a penetração e favorecendo a dispareunia e o aparecimento de fissuras por traumatismo. As infecções urinárias também podem surgir com mais frequência. (Azeredo, 2011)

A mucosa interna da vagina torna-se mais rosada, fina e ressequida; ocorre também, enfraquecimento dos músculos perineais por um processo gradual de atrofia. Quando estimulada, na jovem, a lubrificação da vagina surge, em 10-30 segundos, mas na mulher idosa pode demorar 1-3 minutos ou mesmo mais. Nos

seios o tecido glandular diminui sendo substituído por tecido gorduroso; com o envelhecimento os seios tornam-se flácidos. (Azeredo, 2011)

As áreas erógenas concentram-se na região genital, diminuindo a resposta ao toque e ao carinho no resto do corpo.

A mulher continua a ter a possibilidade de ter orgasmos múltiplos mantendo-se a sua intensidade, porém o número de contracções orgásticas é menor. Após o orgasmo o retorno da mulher ao normal é mais rápido. O ritmo de contracções uterinas com o orgasmo diminui ou perde-se com a idade, podendo ocorrer um espasmo que é sentido como uma dor intensa no hipogastro (*síndrome de privação sexual de esteroides*).

No homem ocorre com a idade uma diminuição de testosterona e de dopamina que é um neurotransmissor importante na resposta sexual; o tempo de erecção pode diminuir, sendo também menos rígida; há, ainda, necessidade de mais estímulos para que ela ocorra. No idoso o processo de erecção é mais lento, não devido à falta de prazer, mas a dificuldades biológicas (menor aporte sanguíneo, menor mobilidade, co-existência de patologias, etc.). Repetir a erecção após um orgasmo torna-se difícil, senão quase impossível.

As erecções noturnas e espontâneas tornam-se menos rígidas e frequentes.

A ejaculação é possível durante toda a vida, porém, com a idade, há uma diminuição normal do seu volume tornando a ejaculação mais retardada e menos vigorosa; a fase de resolução torna-se mais rápida, mas o período refractário (tempo necessário para uma nova erecção) torna-se mais longo (de dias ou semanas) do que na juventude, porém há idosos que conseguem manter relações sexuais duas vezes por semana; as contracções ejaculatórias são em menor número, não havendo a sensação da inevitabilidade ejaculatória. Apesar da diminuição do volume de esperma a capacidade de reprodução mantém-se. (Azeredo, 2011)

As áreas erógenas ficam concentradas na região dos órgãos externos, porém a sensibilidade tátil e térmica pode estar modificada como em qualquer pele envelhecida. Com o envelhecimento é normal uma diminuição da sensibilidade tátil peniana, por alterações das terminações nervosas da pele dessa região.

O orgasmo (definido como a maior emoção no sentido do prazer que o ser humano pode sentir) existe em qualquer idade, independentemente das

transformações biológicas inerentes ao envelhecimento, mas está dependente do bem-estar físico e psicológico do idoso. A diminuição do orgasmo pode surgir quer por perturbações emocionais (o mais frequente) quer por deterioração neurovascular ou arterial.

2 – *Alterações psicológicas*

Um dos factores psicológicos que pode afectar a sexualidade do idoso é a sua própria atitude perante as alterações fisiológicas (normais) do envelhecimento. Assim um idoso com dificuldades de adaptação ao corpo que está a envelhecer é um ser que se tornará desajustado e irá sofrer psicológica e socialmente, podendo comprometer a sua relação com outrem.

No homem a maior dificuldade em obter erecções e o aumento do período refractário pode produzir nele um estado de ansiedade que prejudica a sua capacidade de resposta sexual. Instala-se, então o medo de falhar na relação sexual, sobretudo se a parceira é mais jovem. Pode, assim originar-se um ciclo vicioso difícil de resolver se não se intervier precocemente. Para alguns homens este ciclo vicioso pode levá-los a procurar relações extraconjugais (às vezes de risco) para se reassegurarem da sua potência.

Segundo Albuquerque (1989) o homem à medida que envelhece vai necessitando cada vez mais de estimulação táctil e respondendo cada vez menos a estímulos visuais ou imagéticos.

Na velhice, o declínio da capacidade sexual pode ser compensado pelo aumento da intimidade, dependendo muitas vezes desta, o sucesso conjugal. Para Calderone e Johnson (1981) cit por Busse (1996) a intimidade ocorre *quando as pessoas se satisfazem umas às outras numa atmosfera de segurança baseada na mutualidade, reciprocidade e total confiança, sendo o tipo de relacionamento que todo o ser humano busca, mesmo que ele não envolva sexo físico.*

Na mulher a satisfação sexual nos anos que antecedem a menopausa parecem ser importantes na determinação (ou não) de mudanças na sexualidade da mulher pós-menopausa; assim parece que o impulso sexual na mulher pós-menopausa está directamente relacionado com os hábitos sexuais estabelecidos durante os anos de procriação.

Síntese final

Como Masters e Johnson (1966) (cit por Albuquerque – 1989 e Neto – 2002) afirmam *o homem idoso é potencialmente um parceiro sexual muito eficaz. Há vantagens que se vão acumulando com o envelhecimento. O seu grande controle ejaculatório, aliado à experiência anterior podem fazer dele o parceiro ideal da sua companheira.*

O surgimento da menopausa pode influenciar a sexualidade da mulher, intensificando-a ou diminuindo-a, sendo importante que esta esteja informada acerca das mudanças anatômicas, fisiológicas e comportamentais que acompanham não só o seu envelhecimento mas também o do seu companheiro. Desta forma será possível melhorar a sexualidade do idoso e tratar precocemente disfunções sexuais.

A sexualidade comporta um plano existencial em que se inscreve a história entre pelo menos duas pessoas, mas em que o ambiente socio-cultural em que elas vivem ou viveram também está presente influenciando-a.

Assim para uma velhice com uma sexualidade satisfatória é necessário: uma vida sexual regular ao longo da vida, a ausência de doenças graves, um bom estado de saúde mental e a existência de um parceiro ativo; é ainda necessário que a medicação a que o idoso está sujeito tenha poucos efeitos iatrogénicos.

A sexualidade deve, assim, ser vista como multifacetada, cujas múltiplas componentes são influenciáveis por factores culturais, sociais e familiares (entre outros), contra os quais devem ser dirigidos os esforços preventivos.

Como afirmam Masters e Johnson (1966) cit por Albuquerque (1989) *o homem idoso é potencialmente um parceiro sexual muito eficaz. Precisa apenas de ejacular segundo sua própria frequência e não baseado numa exigência socio-sexual errónea...*

As pessoas de idade reflectem não só as suas próprias atitudes, mas também as expectativas e advertências da sociedade em que vivem. Mudanças nesta reflectem-se no comportamento dos idosos.

Assim, *a sexualidade da pessoa idosa, interpretada como uma atitude positiva, é entendida como uma dimensão humana que não se deve reprimir nem negar devendo estar aberta a múltiplas funções.* (Pascual 2002)

Bibliografia

- ALBUQUERQUE, A. (1989), A sexualidade na terceira idade. *Geriatria* 2; 12; 15-24.
- AZEREDO, Z. (2011), *O Idoso como um todo*. Viseu, Psicossoma.
- BARBOSA, A. C. (2004), "Sexualidade" in SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. – *Saúde do idoso: a arte de cuidar* 2.ª edição. Rio de Janeiro. Ed. Interciência.
- BEAUVOIR, S. (1970), *La vieillesse*. Ed. Gallimard, Paris.
- BUSSE, E. W.; BLAZER, D. G. (1996), *Psiquiatria Geriátrica*. Ed. ArtMed, 2.ª ed. S. Paulo – Brasil.
- Butter, R. N.; Lewis, M. I. (2007), "Sexualidade en la tercera edad" in TALLIS, R. C.; FILLIT, H. M. – *Brocklehurst's Geriatria*, (pg 1407-1412). Madrid, Marban libros SL (ed. Espanhola).
- CORTE-REAL, A.; MOREIRA, A. M. (1998), *Uma abordagem CL da sexualidade do idoso* – <http://www.indexrmp.com/lab/artigo.asp?sid>
- FERNANDES, L. (2006), "A sexualidade no idoso". *RFML* 11(4) 225-231.
- JACOB, L. (1998), *Manual de sexualidade*. Concillium, Brasil.
- LIMA, M. P. (2006), "Sexualidade 'de terceira' na terceira idade?" *Revista Psychologica* 41, 83-101.
- MARZANO, C. (2003), *Sexo na terceira idade – novos conceitos e perspectivas*. Centro de orientação e desenvolvimento da sexualidade <http://www.marzano.com.br/>
- MÉMIN C. (2001), *Comprendre la personne âgée* Ed Bayard Paris.
- MOREIRA, A. (1997), *Impotência sexual vasculogénica: contributos para o seu diagnóstico e tratamento*. ICBAS Porto.
- NETO, M. G. (2002), "Sexualidade dos idosos". *Geriatria*: 15; 148; 28-33.
- Nunes, JS (2001), "O homem a envelhecer: a vida afetiva". *Geriatria*: 14; 134; 17-27.
- PALHA, A. (2012), "Envelhecimento ativo e sexualidade" in MOURA, C. (2012), *Processos e estratégias de envelhecimento: intervenção para um envelhecimento ativo* (pg. 135-144).
- PASCUAL C. P. (2002), *A sexualidade do idoso vista com um novo olhar*. Ed. Loyola, S. Paulo, (Brasil).
- PENTEADO, S. R. L. et all (S/d), *Sexualidade no climatério e na senilidade*. S. Paulo.
- PENTEADO, S. R. L. et all (1998), *Influência dos antecedentes obstétricos na satisfação sexual*. *Rep. & Clim* 13(1); 63.
- PESTANA, E.; PASCOA, A. (1998), *Dicionário breve de Psicologia*. Editorial Presença, Lisboa.
- PIRES C. L. (2012), "Explore a sua sexualidade" in RIBEIRO, O.; PAUL, C. – *Manual do Envelhecimento ativo*. Lisboa, Lidel (pg. 113-139).
- RAMALHEIRO, L.; GODINHO, C.; MAIA, A. C. (2011), "Abordagem da vida sexual feminina nos CSP". *Rev. Port. de Clínica Geral* 27, 6, 548-553.

- ROLO, F. (1995), "Etiopatogenia da disfunção eréctil". *Geriatrics* 8; 79; 5-9.
- SOUSA, R. C.; DIAS, J. R.; SILVA, M. M. M. (1996), "Diagnóstico e tratamento da impotência sexual. Disfunção erectil masculina". *Geriatrics*: 9; 87; 21-26.
- YEE, L A; SUNDQUIST, K J (2003), "Older women's sexuality". *MJA* 178 (12) 640-643.
- WRIGHT, P. (2003), "Abordagem global da disfunção erectil". *UPDATE. (Ed. Portuguesa)*: 14; 168; 9-12.

