

Universidade de Santiago de Compostela

Facultade de Ciencias de la Educación

Departamento de Teoría da Educación, Historia
de la Educación e Pedagogía Social

Tese de Doutoramento:
Educación na Terceira Idade: Estudio do
Colectivo de Persoas Maiores no Contexto
Comunitário de Vila Nova de Gaia

Aluno: José Luís Simão Ferreira

Director: Doutor Agustín Requejo Osório



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Facultade de Ciencias de la Educación

Departamento de Teoría de la Educación, Historia de la
Educación e Pedagogía Social



Tese de Doutoramento:
Educación na Terceira Idade: Estudio do Colectivo de
Persoas Maiores no Contexto Comunitário de Vila
Nova de Gaia

Tese apresentada à Facultade de Ciencias de la Educación,
Departamento de Teoría de la Educación, Historia de la Educación e
Pedagogía Social

Preparada sob a tutela do Professor Doutor Agustín Requejo Osório
Universidade de Santiago de Compostela

Aluno:
José Luís Simão Ferreira

Santiago de Compostela - 2007

Envelhecer em voz própria...

“Preparação para a morte”

Platão, Fédon 81a

“A vida, que antes nos era tão evidente, tornou-se um bem precioso e sempre escasso, a posse outrora inquestionável transformou-se num empréstimo a termo incerto. Contudo, este empréstimo de que se não conhece a data de vencimento nem por isso perdeu um pouco sequer o seu valor; a perigosidade do empreendimento apenas veio aumentá-lo.”

Hermann Hesse, Elogio da Juventude, p. 147

“A única coisa que compreendemos acerca dos velhos quando não somos velhos é que foram marcados pelo seu tempo. Mas compreender apenas isso imobiliza-os no seu tempo, o que equivale a não compreender nada. Para aqueles que ainda não são velhos ser velho significa que *já fomos*. Mas ser velho também significa que apesar de, além de e para lá do nosso estado ainda somos. Ainda somos e sentimos-nos tão atormentados pelo ainda – ser e pela plenitude como pelo já – ter - sido e pela sua qualidade de passado.”

Philip Roth, O Animal Moribundo, p. 38

“Se eu fosse um boi, até para o churrasco me oferecia!”

Comentário de um idoso internado numa residência, quando questionado sobre a sua disponibilidade para participar no estudo.

“... Mas, se morrer, dá muito fruto.”

Evangelho de João, 12: 24

Agradecimentos:

Esta tese foi feita ao longo de sete anos intensos e a minha maior contribuição foi estar atento a factos, oportunidades e ideias que se foram revelando.

Em termos das instituições envolvidas foi possível contar com o apoio, sobretudo para a recolha de dados na comunidade, da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia e da Administração Regional de Saúde do Norte, sobretudo no primeiro ano, das Juntas de Freguesia, embora com diferentes níveis de envolvimento, dos Centros de Saúde e algumas Instituições Privadas de Solidariedade Social, como a Santa Casa de Misericórdia de Vila Nova de Gaia. De igual modo, tenho de agradecer à Escola Superior de Saúde de Vila Nova de Gaia, especialmente na pessoa do seu então Director Dr. Manuel Fernandes e dos Presidentes dos Conselhos Científico, o Sr. Prof. Doutor Araújo Teixeira, e Pedagógico, Prof. Doutor Pereira Leite, entretanto falecido. Todos me deram o seu apoio desde a primeira hora.

Em termos institucionais também quero agradecer à Universidade de Santiago de Compostela, à Faculdade de Ciências da Educação e ao Departamento de Teoria da Educação, História da Educação e Pedagogia Social, pelo óptimo acolhimento e apoio de diferentes professores e serviços.

Devo ainda agradecer aos milhares de envelhescentes de Vila Nova de Gaia que aceitaram participar e ainda aos alunos que colaboraram envolvendo-se pessoal e inteiramente na tarefa.

Distantes, mas presentes no diálogo interno que fui fazendo ao longo deste trabalho, estiveram ainda duas pessoas: o Prof. Dr. Carlos Henrique do Carmo Silva e Prof. Doutor João Eduardo Marques Teixeira. Ao primeiro devo a iniciação a um modo de ver filosófico que, sem negar a razão, valoriza a intuição e a busca íntima e intensa pela essência das coisas; ao segundo devo uma visão “epistemológica”, pois foi com quem aprendi o rigor científico, bem como a aprendizagem de um certo modo “de estar com”, através da formação em psicoterapia, de longas conversas e até confrontos de ideias.

Como dizia o Prof. Carlos Silva, “não é possível fechar um livro de filosofia e dizer: agora vou viver!”. Assim, o envelhecer tornou-se, passados sete anos, sobretudo desde o Trabalho de Investigação Titulado, a minha ocupação e, possivelmente, vocação.

Por último, agradeço ao Prof. Doutor Agustín Requejo Osório ter-me acompanhado neste processo, sabendo manter a justa distância, sempre cuidadoso, deixando-me fazer o percurso e disponibilizando-se no tempo certo. Reconheço que aprendi com o Professor mais do que teorias sobre Educação e Gerontologia.

Índice Geral:

Introdução	11
Cap. I A Descrição dos Envelhecimentos na Sociedade actual	21
1.1. Os envelhecimentos.	21
1.2. A conquista do envelhecimento individual.	26
1.2.1. Do envelhecer individual à conquista “dos Envelhecimentos”.	27
1.2.2. O envelhecimento Biológico.	28
1.2.3. O envelhecimento Psicológico.	34
1.2.4. O envelhecimento Social / Societário.	38
1.2.5. Os contributos da Etnologia.	44
1.2.6. A conquista do Envelhecimento populacional: os dados demográficos.	50
1.2.6.1. Os dados demográficos na Região do Grande Porto, no Porto e em Vila Nova de Gaia em comparação com a Galiza.	57
Cap. II As teorias sobre o Envelhecimento	62
2.1. As Metateorias e as Teorias por áreas de estudo em Gerontologia.	62
2.2. O Envelhecimento segundo as Ciências Biomédicas.	64
2.2.1. Evolução das concepções sobre o envelhecimento Biológico.	65
2.2.2. Principais Teorias sobre o envelhecimento Biológico: envelhecimento primário, secundário, terciário e multifactorial.	68
2.3. Teorias Psicológicas e Envelhecimento.	70
2.3.1. O Desenvolvimento Cognitivo como revelador da mudança nas concepções sobre o Envelhecimento.	74
2.3.2. Teorias do Desenvolvimento e o Envelhecimento.	76
2.3.3. Teoria do Ciclo Vital (<i>Life Span Theory</i>).	77
2.3.4. Envelhecimento psicológico e a Teoria dos Sistemas.	80
2.4. As Teorias Sócio-antropológicas do Envelhecimento.	82
2.4.1. Teorias Sociológicas e o Envelhecimento.	85
CAP. III A prática gerontológica: Qualidade de Vida e Saúde, Políticas Sociais e o Envelhecimento Bem Sucedido	94
3.1. A Qualidade de Vida.	95
3.1.1. A Qualidade de Vida e a Anciania.	100
3.1.2. A Qualidade de Vida e a Saúde na Anciania.	104
3.1.3. Qualidade de Vida e Educação na Anciania.	109
3.2. As Políticas Sociais.	110
3.2.1. Generalidades sobre a situação actual.	110
3.2.2. A necessidade de novos modelos.	116
3.2.3. Do “Apoio Social” às Políticas Sociais.	118
3.2.4. Políticas nacionais e locais	123
3.2.4.1. Políticas nacionais.	124
3.2.4.2. A ausência de políticas locais.	129
3.3. A finalidade das políticas gerontológicas: o envelhecimento bem sucedido de todos os cidadãos.	132

Cap. IV	A Gerontologia Educativa e as suas implicações	138
4.1.	Teorias educacionais e envelhecimento	138
4.1.1.	A necessidade e a utilidade da resposta educacional em Gerontologia	141
4.1.2.	Uma concepção Educativa construtivista parte dos recursos dos educandos	145
4.2.	Conceitos – chave para uma Gerontologia Educativa: as suas bases antropológicas e a educação pela mediação centrada na pessoa.	146
4.2.1.	A Educabilidade do idoso: defectibilidade, perfectibilidade, plasticidade e neotenia.	147
4.2.2.	A Educação facilitadora: a mediação centrada na pessoa.	151
4.3.	Uma proposta de formação de gerontologitas: o gerontologista clínico e o gerontologista socioeducativo.	158
4.3.1.	Síntese sobre a formação e organização por ciclos.	165
Cap. V.	O perfil do Idoso em Vila Nova de Gaia	168
5.1.	Objectivos e Processos Metodológicos.	168
5.1.1.	Objectivos genéricos.	169
5.1.2.	Métodos de Inquirição.	169
5.1.3.	Os sujeitos de Investigação.	172
5.1.4.	A construção do Instrumento de Recolha de dados.	173
5.2.	Justificação das questões, a sua operacionalização e principais resultados.	175
5.2.1.1.	Ponto prévio I: os dados recolhidos e a referência aos estudos comparativos.	176
5.2.1.2.	Ponto prévio II: caracterização sumária de Vila Nova de Gaia e indicações da cobertura por Freguesias.	177
5.2.2.	Primeira parte: caracterização genérica dos inquiridos.	179
5.2.3.	Segunda parte: caracterização da habitação e bens de consumo.	192
5.2.4.	Terceira parte: caracterização dos inquiridos em termos de Alimentação (incluindo álcool e tabaco), Saúde e consumo de bens de saúde.	198
5.2.5.	Quarta parte: caracterização de diversas actividades.	221
5.2.6.	Quinta parte: avaliação da Qualidade de Vida, Funcionalidade Familiar e Preocupação e Satisfação com a Vida.	229
5.2.7.	Síntese dos dados sobre a Qualidade de Vida.	246
5.2.8.	Análise estatística dos resultados com a definição de “ <i>Cluster Profiles</i> ”.	247
	Conclusão	251
	Bibliografia	261

Índice de Figuras, tabelas e quadros

Figuras:	Págs.
Fig. 1 – As diferentes partes e capítulos da tese em Gerontologia Educacional.	17
Fig. 2 – A mútua implicação entre o Envelhecimento individualmente considerado e o Envelhecimento Social	28
Fig. 3 – Os vários Sistemas que contribuem para as Actividades de Vida Diária, Saúde e Bem - Estar.	34
Fig. 4. – As três Influências sobre o Ciclo Vital de acordo com P. Baltes (1979).	78
Fig. 5 – Síntese gráfica do capítulo III: A Qualidade de Vida, Saúde e Envelhecimento, as Políticas Sociais nacionais e locais e as condições necessárias para o envelhecimento bem – sucedido.	94
Fig. 6 – Qualidade de Vida do Idoso segundo M. Lawton (1991)	101
Fig. 7 – Competências Comportamentais hierarquizadas segundo M. Lawton (1991).	102
Figura 8 – Saúde (doenças, sintomas e tratamento), componentes da Qualidade de Vida e percepção subjectiva da Qualidade de Vida e Bem-estar.	107
Fig. 9 – A Educação Gerontológica: as suas Bases Antropológicas, a Mediação e a Educação Centrada e os Objectivos.	138
Fig. 10 – Ganhos em Qualidade e em Sobrevida com Programas Educativos ao longo da vida associados aos programas de Cuidados de Saúde e Sociais.	144
Figura 11 – O processo dialéctico entre o <i>senior educandus</i> e as condições educacionais.	148
Fig. 12 – Esquema do dois funcionamentos possíveis, com e sem mediação	153
Fig. 13 – Os três critérios da mediação segundo R. Feuerstein (1980	154
Fig. 14 – As condições necessárias e suficientes para uma relação de ajuda, segundo C. Rogers.	158
Fig. 15 – Relação de mediação entre o Idoso, o Mediador e as Instituições	161
Fig. 16 – Mapa do Concelho de Vila Nova de Gaia, representando todas as Freguesias (Fonte: ANMP Associação Nacional dos Municípios Portugueses)	177
Figura 17 – Representação gráfica dos perfis dos Cluster 1 e 2.	249
Figura 18 – Síntese gráfica da tese.	251

Gráficos

Gráfico 1 – A evolução comparativa dos grupos etários [0- 14] & [≥ 65] entre 1970 e 2001.	54
Gráfico 2 - Distribuição do número de inquiridos por Idade.	180
Gráfico 3 – Comparação entre a População e a distribuição por Idade dos inquiridos.	181
Gráfico 4 - Distribuição da Amostra por Estado Civil.	182
Gráfico 5 – Escolaridade dos inquiridos.	184
Gráfico 6 - Principal Fonte de Rendimentos da Amostra.	186
Gráfico 7 – Situação profissional dos idosos	188
Gráfico 8 - Última Actividade Profissional exercida ou ainda em exercício	189
Gráfico 9 – Frequência de número de filhos por casal.	190
Gráfico 10 – <i>Deficits</i> de Condições de habitabilidade	196
Gráfico 11 – Coeficiente de provável Bem - Estar dado em termos de Frequência e Percentagem	211
Gráfico 12 – Distribuição da Funcionalidade Familiar dos inquiridos	235
Gráfico 13 – Média do Índice de Qualidade de Vida por Freguesia	244

Tabelas

Tabela 1 – Evolução em vários índices da população portuguesa nas décadas de 60, 2000 e 2050	54
Tabela 2 – Apresentação comparada dos Índices de Envelhecimento e Dependência com diversas variáveis: saldo migratório, Índice de Fertilidade, Taxas de Natalidade e Mortalidade e Esperança de Vida.	56
Tabela 3 – Cálculo e comparação da proporção de idosos e do Índice de Envelhecimento	58
Tabela 4 – Cálculo e comparação do Índice de Dependência de Idosos entre Espanha e Portugal e entre a Galiza e o grande Porto. Também se consideram os valores relativos às cidades do Porto e de Vila Nova de Gaia.	59
Tabela 5 - Cálculo e comparação do Índice de Envelhecimento de Idosos relativos aos anos de 1991 e 2001 atinentes a Espanha e Portugal, Galiza e o grande Porto e entre as cidades do Porto e de Vila Nova de Gaia	59
Tabela 6 – Distribuição do número de inquiridos por freguesias	178
Tabela 7 - Condições de Habitabilidade	195
Tabela 8 – Posse de Electrodomésticos	196
Tabela 9 - Consumo de bebidas na semana anterior	200
Tabela 10 – Consumo de Bebidas alcoólicas por Género	200
Tabela 11 - Consumo de alimentos na semana anterior	202
Tabela 12 – O consumo de tabaco por Grupos Etários	204
Tabela 13 - Distribuição da população residente por auto-apreciação do estado de saúde (%), sexo e grupo etário para o Continente.	206
Tabela 14 – Autoavaliação do Estado de Saúde segundo o ENS (1995) e cit. por A. Cruz (1999: 53).	206
Tabela 15 - Distribuição da frequência às consultas e tratamentos por Idade e Género.	214
Tabela 16 – Distribuição comparativa por género da Altura, Peso e IMC	220
Tabela 17 – Género e Execução de tarefas domésticas	223
Tabela 18 – Frequência e Percentagem de respostas por tipo de Actividade que os inquiridos gostariam de fazer	228
Tabela 19 - Frequência e Percentagem por Actividade do que gostariam de fazer	228
Tabela 20 – A Preocupação com a Família, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho, Amigos e Futuro	230
Tabela 21 – Itens de Preocupação Ponderados (IPP)	231
Tabela 22 – A Satisfação com a Família, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho e Amigos.	231
Tabela 23 - Itens de Satisfação Ponderados	232
Tabela 24 - Resultados Globais do Índice de Apgar Familiar.	234
Tabela 25 – Grelha para avaliação da Qualidade de Vida do Idoso	237
Tabela 26 – Distribuição dos resultados de frequência e percentagem por componentes	239
Tabela 27 – Dados do Índice de Qualidade de Vida comparativos entre os três estudos: Centro e Sul do País (1993 – 1994), Bragança (2001) e Vila Nova de Gaia (2005 – 2006)	243
Tabela 28 – Tabela com os valores de correlação significativos dos componentes.	247
Tabela 29 – Percentagem de cada variável por Cluster.	248

Quadros:

Quadro 1 - Principais Teorias Psicológicas sobre o Envelhecimento referenciadas neste trabalho	72
Quadro 2 - Sinopse das Teorias sociopsicológicas do envelhecimento.	86
Quadro 3 – Sistemática entre as redes de Apoio e os tipos de Apoio	1121
Quadro 4 – Os níveis de intervenção dos Gerontologistas.	166
Quadro 5 – Sinopse dos vários estudos usados para comparação.	176

Siglas:

ABVD -	Actividades Básicas de Vida Diária
ANMP -	Associação Nacional dos Municípios Portugueses
DGS -	Direcção Geral de Saúde
ENS –	Encuesta Nacional de Salud
GEC -	Gerontologia Educativa Crítica
GQVI -	Grelha de Qualidade de Vida do idoso
IAF –	Índice de Apgar Familiar
INE –	Instituto Nacional de Estatística
INS –	Inquérito Nacional de Saúde.
IPP -	Ítems de Preocupação Ponderados
IPSS -	Instituição Particular de Solidariedade Social
IQV –	Índice de Qualidade de Vida
ISP -	Ítems de Satisfação Ponderados
P -	Porcentagem de Provável Saúde Mental e Bem-Estar
OMS / WHO –	Organização Mundial de Saúde
ONSA –	Observatório Nacional de Saúde
QVI –	Qualidade de Vida do Idoso
SPSS -	Statistics Package for Social Sciences
SQVI –	Saúde e Qualidade de Vida do Idoso
V.N.G. –	Vila Nova de Gaia
ONSA –	Observatório Nacional de Saúde
INSA –	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IMC -	Índice de Massa Corporal
ESS -	Escola Superior de Saúde

Introdução

**Educação,
Envelhecimento,
Qualidade de Vida
e Saúde
em Vila Nova de Gaia**

USC

Introdução

Esta tese organiza-se em torno de três objectivos centrais. O primeiro objectivo, que conforma os três primeiros capítulos, concretiza-se na descrição do fenómeno do envelhecimento, numa síntese relativa às teorias mais comuns para o explicar e numa identificação das políticas nacionais e locais. O segundo objectivo, que corresponde ao quarto capítulo, é a conceptualização de um modelo de intervenção em Gerontologia Educativa alicerçado em conhecimentos científicos multidisciplinares, no desenvolvimento de atitudes centradas no envelhescente e numa pedagogia da mediação. O terceiro objectivo, passa por identificar as condições e a qualidade de vida dos cidadãos com mais de 65 anos em Vila Nova de Gaia, apresentando-se a concepção e a aplicação de um inquérito por questionário bem como a descrição dos resultados obtidos no trabalho empírico.

De igual modo, esta introdução concebe-se em função três aspectos complementares que se organizam em torno dos objectivos da tese e do ideal educacional em que assenta. Assim, procura-se justificar este trabalho no percurso do autor e em função de um Ideal educacional. Seguidamente serão explicitados os pressupostos epistemológicos que orientam este trabalho no domínio da Teoria da Educação e, por último, descreve-se e justificam-se as várias partes e capítulos que compõem a tese.

Reconhecendo os argumentos construtivistas (P. Watzlawick, 1988) e tomando como referência a introdução que P. Woods faz na sua obra "*Researching the Art of Teaching*" (1996), na qual o autor clarifica a ciência que faz considerando o seu percurso pessoal, assume-se o princípio segundo o qual se deve explicitar o modo como os factores existenciais e contextuais cooperam e determinam as escolhas temáticas, as opções epistemológicas e os pressupostos assumidos presentes num trabalho. No caso do autor, experimentada a paternidade na década passada e entrado na meia-idade, tem agora uma maior consciência da sua responsabilidade existencial de filho. De outra forma, participa na "geração *sandwich*" (M. Zal, 1992) comprometido num presente – futuro atento aos mais jovens e aos mais velhos. É uma fase de responsabilidade, de existência comprometida que por este trabalho se conjuga com um exercício académico com implicações profissionais.

Um exemplo da implicação da existência na racionalidade deste trabalho remonta ao início dos estudos universitários do autor, aos 18 anos, quando o professor Henrique do Carmo Silva (a quem publicamente se reconhece uma dívida intelectual e afectiva) introduziu o autor ao conceito grego de Παιδεία, a formação do Homem pela Educação e pela Cultura. Ora, volvidas mais de duas décadas, reconhece o autor que este conceito é a chave que dá sentido a este trabalho: a Educação e a Cultura foram fundamentais para

uma maior longevidade nas sociedades humanas, mas são ainda mais importantes para vencer os desafios postos por este sucesso no presente e, sobretudo, no futuro. Se ao longo do séc. XX, num processo designado por Modernização, os processos educacionais se alargaram a todas as idades e a todos os cidadãos, devemos aos clássicos a consciência da necessidade de estender a busca da sabedoria (da filosofia) aos cidadãos da *polis* independentemente da sua idade. Todavia, apenas recentemente (apesar da contribuição antecipatória de Comenius) se reconhece a Educabilidade como característica antropológica universal e necessária.

Nesta tese, o autor procura recuperar o conceito de *Paideia*, adaptando-o ao presente, concebendo uma *neo-paideia* alargada a todas as idades e inclusiva de todos os cidadãos, e capaz de actualizar nos indivíduos as suas potencialidades para viverem de acordo com a “Condição Humana”. Por isso, se assume a concepção helénica na qual “a Educação e a Cultura não constituem uma arte formal e uma teoria abstracta” (W. Jaeger, 1979) e se deve orientar para “a terra dos homens” (S. Exupéry). Nesta, em concreto, temos uma Educação como “facto” – a enorme indústria educacional (J. Gatto, 2006) e também uma concepção da Educação entendida como acção transformadora e libertadora (Paulo Freire). Explicitamente, este trabalho insere-se na segunda concepção, centrada no processo de desenvolvimento do ser humano imperfeito, orientada intencionalmente para um ideal de plenitude, uma meta, um aperfeiçoamento plausível que permita a cada homem atingir, à sua medida, a perfeição e a beleza ao longo da sua existência.

Depois de definido o objecto de estudo e as intenções educacionais, deve-se esclarecer a forma e, sobretudo, as suas bases epistemológicas. De facto, procura-se uma orientação no pensamento que siga uma lógica racional e discursiva com exigências de clareza relativamente ao domínio objectivo do discurso, limites e enquadramento epistemológico, bem com às opções metodológicas – o caminho escolhido e os objectivos propostos. Em termos do enquadramento teórico procura-se, antes de mais, explicitar a racionalidade teórica e científica que conforma o trabalho – uma concepção sistémica – informacional – comunicacional; em seguida, equacionam-se os conceitos fundamentais para compreender o fenómeno, tais como Senescência, Qualidade de Vida e Educabilidade. Por último, concebe-se um perfil de gerontologista numa perspectiva educativo – clínica, onde o educador é entendido como um mediador intra, inter e transindividual, numa abordagem centrada no idoso.

Procura-se realizar este trabalho num campo disciplinar de interface, situado nos limites e nas fracturas dos discursos e dos saberes, bem como criar as traduções e pontes entre as múltiplas ciências e disciplinas que podem esclarecer o nosso objecto de estudo. Com efeito, concebe-se a Gerontologia Educacional como um campo disciplinar de interface,

essencialmente virado para a prática, para o “que fazer humano” (Paulo Freire) e que recorre aos dados das designadas Ciências Humanas e Ciências da Saúde.

De forma mais específica, entende-se, em primeiro lugar, que o objecto de estudo deste trabalho é transversal à “condição humana” e os mesmos processos tendem a reproduzirem-se às várias escalas que vão do microbiológico ao macrosocial – “o que se passa no núcleo do citoplasma é semelhante ao que se passa, embora num grau diferente de integração, no Estado, nas populações, no patrão e nos empregados, nos educadores e nos educandos” (C. Agra, 1986: 310 – 311). Contudo, não se trata de uma abordagem sincretista, mas de um processo racional e sistemático questionado pela filosofia e pela vigilância epistemológica que assume o facto de as mesmas Leis que governam a realidade física também nos permitem dizer e intervir nos restantes domínios, nos quais a Antropologia e a Microbiologia são os pólos de um mesmo *continuum* sócio – antropológico – biológico (C. Agra, idem).

Por outro lado, numa outra linguagem epistemológica, entende-se também que o Envelhecimento humano pertence ao domínio dos fenómenos que podem ser parcialmente explicados, mas que têm, sobretudo, de ser compreendidos. Por isso, o envelhecimento situa-se na interface entre o que pode ser descrito, observado e medido e as distintas variedades de sensação, percepção, sentimento, imaginação e pensamento que nos permitem atribuir sentido e significação à realidade; situa-se, usando a linguagem moriniana, tanto na biosfera como na *noosfera*. É também um domínio que obedece à necessidade e à liberdade, porque temos para múltiplos aspectos do envelhecimento valores médios referentes a alterações e perdas que estão solidamente estabelecidos, mas, por outro lado, todos os especialistas são unânimes em reconhecer que há modos pessoais e sociais de lidar com essas alterações que podem compensar largamente essas perdas.

Em segundo lugar, assume-se um discurso que revele as tensões existentes em torno deste fenómeno, embora se reconheça que há um enorme fosso entre a realidade e o pensar, entre o que vivemos e o discurso que usamos para explicitar essa realidade. Assim, a um nível social - societário, manifestam-se tensões que são intrínsecas ao facto do envelhecimento resultar de uma conquista das nossas sociedades¹ mas que, por força da sua retroalimentação positiva, introduz problemas novos que desafiam o equilíbrio sócio-económico das sociedades. O Envelhecimento outrora individual e familiar, tornou-

¹ Se vivêssemos num contexto generalizado de carências nutricionais e de recursos, estaríamos certamente envolvidos no célebre triângulo da fome, peste e guerra que foi dizimando a Europa ao longo do anterior milénio. Nessas condições verificaríamos os mesmos níveis de longevidade dos séculos anteriores com poucas possibilidades de sobrevivência para lá dos 30 anos, tal como acontecia aos nossos antepassados romanos ou em grande parte da Idade Média.

se social, económico e cultural². Mas, pensar o Envelhecimento³ é também colocarmo-nos nos limites da vida que tem como horizonte necessário a morte, e isso é contraditório com uma civilização “da inovação”, do evolutivo e da não degeneratividade ou sequer da sua preparação. O Envelhecimento coloca-nos simultaneamente perante a existência da morte e a morte da existência, perante o vivo-que-morre, num processo ordenado pela espécie e pelo meio. Esta tensão aumenta porque, por força do nosso modo de pensar e de dizer a realidade, somos tentados a situarmo-nos num dos pólos do processo: ou no contínuo do processo de desenvolvimento no qual procuramos potenciar todos os mecanismos de perpetuação da juventude ou do rejuvenescimento – mas onde já está inscrita a morte - e subvalorizamos o “horizonte”, ou sobrevalorizamos os sinais da senilidade, patológicos e, a limite, a “horizontalidade final” ao ponto de a negarmos. Esta tensão é acrescida pelo facto de vivermos numa sociedade que impõe elevados ritmos de vida, níveis acrescidos de atenção e concentração nas tarefas, ganhos de eficácia e rendibilidade, sujeição às imposições sócio-laborais – o que implica também a morte da individualidade viva e o seu emparcelamento em múltiplas tarefas - e que tem de encontrar espaço para um número cada vez maior de indivíduos que, após atingirem a sua máxima performance, tendem a diminuir o seu ritmo⁴, a viverem a sua própria vida e a procurarem outros modos de satisfazerem as suas necessidades. Nestas condições a reforma como “liberdade outorgada” é frequentemente não desejada e vivida como perda. Em suma, a tensão presente ao longo da vida, torna-se particularmente evidente no último ciclo, onde o processo continuado que procura o equilíbrio entre a mudança e a homeostasia / homeorese se vê progressivamente perturbado pelos processos degenerativos⁵.

Porém, apesar desta multiplicidade de elementos concorrentes, conflitantes e contraditórios, o mais comum do pensamento ocidental não é pensar esta tensão e

² E também mediático, porque as televisões e os jornais passaram a incluir programas especificamente dedicados a este ciclo: as manhãs televisivas ou suplementos específicos.

³ Muitas das teorias biológicas do envelhecimento assentam nos mecanismos entropicos – as perdas ocorridas no sistema por força da 2ª Lei da Termodinâmica -, mas, o próprio envelhecimento é pródigo em exemplos neguentropicos, onde os sistemas se autoorganizam apesar das perdas, compensando-as e permitindo ao organismo funcionar. Tem, pois, qualidades quânticas, porque pode ser descrito de ambos os modos, originando diferentes teorias e descrições (Cf. Cap. II).

⁴ É muito frequente observarmos sinais de impaciência em cidadãos mais novos perante o ritmo lento dos senescentes. Um dos melhores exemplos, dá-se na condução rodoviária onde os condutores mais idosos tendem a ter uma resposta mais lenta e indecisa que a esperada pelos condutores mais novos, induzindo nestes alterações emocionais e comportamentais “menos civilizadas”. Acabando os condutores mais jovens por desenvolver preconceitos sobre “os homens de chapéu” e os mais velhos por “imporem” a sua condução aos restantes: “ele que espere!”

⁵ Relembro-me claramente do prezado Professor Doutor Pereira Leite, recentemente falecido, da Faculdade de Medicina do Porto, que me deu o seu total apoio para a realização deste trabalho nos domínios da sua especialidade, e que não pode deixar de me dizer numa das nossas conversas, “sabe, ser velho não tem piada nenhuma”.

assumir estes antagonismos. O pensamento conceptual / categorial⁶ tenta “fixar”, cristalizar o processo⁷, privilegiando os substantivos que “mostram as coisas em repouso, paradas, em ordem” (E. Ciurana, 2000: 88; Cf. P. Bourdieu, 1996: 33). Constrói-se a partir do terceiro excluído e é disjuntivo (E. Morin, 1991), pelo que tende em cada momento a valorizar apenas um dos aspectos da realidade, embora o possa fazer de forma alternada. É o caso de certos discursos gerontológicos, nomeadamente de racionalidade biológica que procuram estabelecer leis e processos numa lógica de funil⁸. E, todavia, sabemos como o processo é diferencial e dinâmico, pelo que mais importante que os estados são as inter relações entre os diferentes subsistemas, os processos dinâmicos entre a individualidade e o social, entre o *bios* (o genético, o genérico) e o *oikos* (o ambiente, o social e o cultural); entre as estruturas e a acção dos actores, no seu processo de geração autopoietico no qual nenhuma das dimensões deve ser hipervalorizada.

Como terceiro e último aspecto, pretende-se caracterizar sumariamente a concepção antropológica – epistemológica à luz de numa racionalidade sistémica, onde os diferentes domínios consideráveis (nomeadamente o pedagógico, o biológico, o social e o psicológico) se integram numa opção que é sistémico-informacional-comunicacional (C. Agra, 1986). Teríamos, pois, uma *Gerontobioantropossociologia* que não tem como objecto de estudo a individualidade viva do senescente, mas o mundo onde os processos de vida e de senescencia se dão e que é constituído por “sistemas, códigos, mensagens, informações”. (C. Agra, idem: 500); assim, o envelhecimento não é específico a cada indivíduo (embora se verifique em indivíduos concretos), mas aos sistemas, nos quais se

⁶ Ainda que o pensamento categorial privilegie o pensamento através de pares de oposição, tais como a juventude contraposta a velhice, a qualidade versus quantidade, a saúde versus doença... E, contudo, tal como assumimos ao longo do trabalho são muito importantes as graduações, as relações e as pontes entre os termos que se afiguram mais como pares que permitem um certo tipo de pensar, do que revelam propriedades ontológicas em oposição.

⁷ Este facto revela-se nos termos linguísticos. No português actual usam-se várias palavras para designar o estado dos mais velhos: ancião – menos usado, mas de onde se constrói a designação do último ciclo de desenvolvimento – Anciania; sénior – escolhido, por exemplo, para designar as Universidades sénior e que tem ganhado maior consenso; senil, que num sentido mais pejorativo é idêntico a velho, mas também designa em termos médico-psiquiátricos, o indivíduo que revela enormes perdas; “Terceira idade” tem um uso mais político e ainda comum nos *media*. Porém para designar o processo somos muitíssimo mais pobres, assim é usado de forma generalizada envelhecimento, do qual alguns autores derivam “envelhescente” – o que envelhece; na linguagem médica o conceito dominante é “senescente” – aquele em quem se dá o processo degenerativo normal, sem patologia grave. O feliz termo espanhol de “maiores” tem um equivalente português na expressão composta “os de maior idade”, mas que designa preferencialmente quem chega à idade adulta. Aliás, “os maiores” ganhou no português comum um sentido acrescido, equivalente a “os melhores”.

Ao longo deste trabalho designar-se-à preferencialmente o processo como senescência. Para os sujeitos, optou-se por senescente, numa perspectiva mais fenomenológica e, na maioria das vezes, o “idoso” e ainda a expressão “idosos” (pessoas entre os 65 e os 75 anos) e “muito idosos” (com idade superior a 75 anos) e que são os conceitos que privilegiam os demógrafos e noutras ciências sociais.

⁸ Metáfora segundo a qual os indivíduos apesar de estarem muito diferenciados no início do processo terminam invariavelmente por revelar características idênticas e estereotipadas. A aplicação das mesmas Leis implica, no final, o mesmo estado senil. Todavia, tal como expomos adiante, os estudos psicológicos falam-nos de uma outra realidade, onde a educação, a cultura e um ambiente ajustado permitam uma relativa autonomia das funções intelectuais relativamente à senescência biológica.

organizam as redes que gerem o processo e que vão desde o nível microbiológico ao nível socioantropológico. Por outro lado, deve considerar o todo existencial e a sua temporalidade / espacialidade, pelo que a senescência tem a ver claramente com a génese - a codificação genética e as formas epigenéticas -, mas também as diferentes etapas do desenvolvimento, que constituem uma história e uma biografia – a nível da individualidade, e o modo próprio como cada sistema, aos seus múltiplos níveis, re – age internamente e para lá das suas fronteiras, no seu meio.

Portanto, não basta cientificar o envelhecimento através das múltiplas ciências e disciplinas – não é um fenómeno que se deixe reduzir aos mecanismos fisiológicos, nem às complicações psíquicas, nem às necessidades de cuidados ou a quaisquer actividades ocupacionais. A melhor forma de apreender o objecto, sobretudo em termos educacionais, é entendê-lo como um todo e intervir na comunidade⁹ ao mesmo tempo que se consideram as suas especificidades e actores.

Considera-se ainda que o Envelhecimento e os envelhescentes devem ser entendidos a partir do sistema e como sistemas com vivências que produzem memória e imaginação projectiva. Mas, a estratégia sistémica também se descentra dos modos terapêuticos da individuação e leva-nos a deslocarmo-nos das estratégias de intervenção mais comuns: a médica, a assistencial e a ocupacional. A primeira, numa vertente mais geriátrica - psiquiátrica procura responder aos *deficits* da saúde física e mental, sempre numa difícil ambivalência em procurar distinguir o que é normal e patológico e assenta na tríade: problema / queixa – indivíduo – meio; a segunda procura responder às necessidades quotidianas particularmente quando os seniores perdem as capacidades de autonomia nas suas actividades de vida diária e se encontram sozinhos – são a face mais visível e específica do Estado social; a terceira, a intervenção Ocupacional desenvolve-se para enfrentar a ausência de tarefas significativas e a solidão / *deficit* de sociabilidade, propondo-se formas comunitárias próximas aos seniores que “ocupem o tempo” ou, no pior dos casos “matem o tempo”¹⁰.

O resultado destas estratégias de multiplicação de profissionais – gerontoterapeutas¹¹ – decorre de uma atomização do objecto de estudo e intervenção e confronta os seniores com uma multiplicação de “cuidadores”, de linguagens e estratégias de intervenção que

⁹ Tal como W. Jaeger afirmou: “a Educação não é uma propriedade individual, mas pertence por essência à comunidade... [e] toda a educação é assim o resultado da consciência viva de uma norma que rege uma comunidade humana, quer se trate da família, duma classe ou de uma profissão, quer se trate de um agregado mais vasto, ...” (1979:3).

¹⁰ Por experiência própria verifiquei em algumas “residências para idosos” a enorme dificuldade de alguns profissionais entusiastas despertarem os idosos para actividades. De facto, passados alguns anos de inactividade, os senescentes assumem a sua condição de inactivos, conformando-se a um “estar passivo”, uma “resistência” que resulta de um desinvestimento em si e nos outros que abrevia o seu fim, embora vivos: tem bios, mas não zoe.

¹¹ Também aqui corremos o risco identificado por I. Illich de industrialização dos cuidados: a criação de uma indústria de cuidadores que se auto justifica e evolui para o seu papel latrogenico.

exigem ao idoso uma enorme capacidade de síntese e para a qual lhe faltam, frequentemente, recursos. Todavia, a falência do Estado e o aumento de senescentes dependentes ou grande dependentes, vai exigir a redefinição das estratégias e recursos, até porque, no presente, muitos senescentes circulam entre instituições e serviços que não estão preparados para tal, como é o caso de muitos serviços de saúde¹².

Explicitada a racionalidade que orienta este trabalho, relembram-se as suas duas partes. A primeira parte organiza-se em quatro capítulos: o primeiro é dedicado à descrição do fenómeno, procurando considerar os diversos níveis; o segundo pretende-se fazer uma sinopse das várias teorias, cruzando as várias ciências e campos disciplinares; no capítulo terceiro, equacionam-se as respostas possíveis, pelo que se analisam as condições e a necessidade de serem implantadas políticas sociais nacionais e locais; Neste capítulo também equacionamos dois conceitos operatórios que são essenciais no trabalho empírico: a Qualidade de Vida e a Saúde do idoso que promovam o “Envelhecimento Bem Sucedido”. No capítulo quarto consideram-se as vantagens e as condições da resposta educacional para os desafios postos pelo envelhecimento.

Na segunda parte apresenta-se o trabalho empírico: os inquéritos feitos a 6.229 idosos, a metodologia usada, o instrumento de recolha de dados, bem como a descrição e interpretação dos resultados.

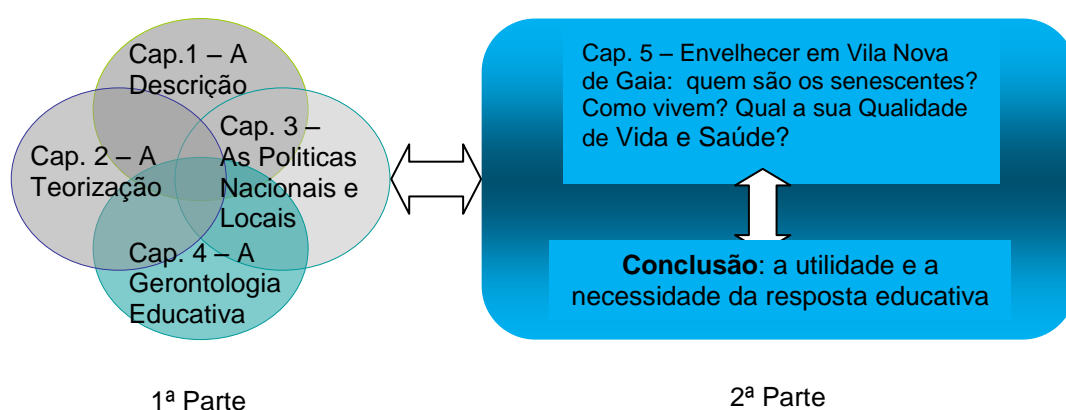


Fig. 1 – As diferentes partes e capítulos da tese em Gerontologia Educacional.

Na base do trabalho empírico está uma concepção segundo a qual uma intervenção nos domínios socioeducativos e da saúde deve partir de um conhecimento fundamentado da

¹² De facto, os serviços de saúde estão especificamente direccionados para o tratamento das doenças agudas ou, quanto muito, para uma certa medicina casuística, de casos episódicos. Ora, os idosos ou não são doentes, apenas lhes ocorre adoecerem eventualmente com maior frequência, ou têm algumas funções mais diminuídas tornando-se, então, doentes crónicos. Os segundos exigem uma vigilância de rotina, já estabelecida no seu plano terapêutico, mas a maioria, “os que não são doentes” fazem pedidos dirigidos aos serviços de saúde que são mais do nível da relação e do “cuidado” do que dos tratamentos de saúde. Assim, os envelhescentes podem estar deslocados nos pedidos que fazem e os serviços de saúde no serviço que prestam.

realidade. Assim, os objectivos gerais do trabalho empírico são: i. aceder à autopercepção dos idosos de Vila Nova de Gaia sobre a sua realidade; ii descrever as condições de vida de uma percentagem significativa da população com mais de 65 anos de Vila Nova de Gaia, privilegiando as suas condições de habitação, saúde, actividades, preocupações e satisfação e ainda a sua Qualidade de Vida; iil. permitir uma formação prática em Gerontologia pelo contacto directo dos alunos dos primeiros anos dos cursos de saúde com população com mais de 65 anos, através da recolha de dados por questionário e por entrevista; iv. enunciar orientações para uma Gerontologia Educativa e Educacional considerando a realidade de Vila Nova de Gaia.

Na realização do estudo estiveram envolvidos, nas suas diversas fases e ao longo de 5 anos, mais de 8000 pessoas, entre inquiridos, entrevistadores, elementos políticos e especialistas consultados. Os dados apresentados foram recolhidos durante duas semanas em 2005 e 2006, cobrindo todas as freguesias de Vila Nova de Gaia. Dão conta das respostas dadas a um inquérito por 6.226 pessoas com idades compreendidas entre os 65 anos e os 97 anos, de ambos os géneros e que correspondem a 18% do total da população (34.347) com 65 anos ou mais recenseados em 2001 em Vila Nova de Gaia.

Na metodologia utilizada, e considerados os limites práticos do estudo, procurou-se salvaguardar uma metodologia rigorosa. Seja na construção do instrumento de recolha de dados, aperfeiçoado em fases sucessivas, seja no treino e supervisão dos inquiridores envolvidos, de forma a garantir a “consistência”, “confirmabilidade”, “replicabilidade” e uma “auditoria” aos processos e aos resultados (Lincoln e Guba, 1985).

Os inquéritos foram de heteropreenchimento porque conhecia previamente que havia uma enorme percentagem dos inquiridos com dificuldades de resposta em função da sua iliteracia e analfabetismo. Por outro lado, os inquiridores eram alunos dos cursos de saúde da Escola Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, com uma preparação específica para esta tarefa. O inquérito usado foi concebido especificamente para esta tarefa e foi longamente preparado entre 2002 e 2005. Usou como referencia a Grelha de Qualidade de Vida do Idoso aplicada em meados dos anos noventa e no início de dois mil, para permitir comparar resultados. Foi construído em função de cinco grandes áreas de interesse: 1. Caracterização; ii. Condições de habitabilidade, bens de consumo e alimentação; iii. Domínio de saúde que incluía, entre outros aspectos, questões sobre a autoapreciação do Estado de Saúde, um Coeficiente de Provável Saúde Mental e Bem-Estar, consumo de bens e serviços de saúde, dores, altura e peso; iv, Actividades em termos de autonomia / dependência nas actividades de Vida Diária, exercício físico, lazer e participação em actividades; v. Questões sobre a Satisfação e Preocupações com a Vida e um Índice de Apgar Familiar e, por último, uma Grelha de Qualidade de Vida que permite chegar a um Índice de Qualidade de Vida.

A análise das respostas permitiu que se caracterizassem em função dos parâmetros considerados quase 18% da população. Os resultados confirmam as teses do desenvolvimento diferencial, com condições de vida muito desiguais entre os idosos de Vila Nova de Gaia. Uma análise de *clusters* permitiria definir também perfis caracterizadores dos inquiridos em função das variáveis Idade, Género, Estado Civil e Escolaridade, Auto percepção do Estado de Saúde, Frequência de Recurso ao Centro de Saúde, Coeficiente de Saúde Mental e Bem-Estar, e Índices de Apgar familiar e de Qualidade de Vida do Idoso.

Neste resultado, justifica-se infelizmente, pelo menos para mais de 6000 inquiridos, a visão dualista que vai sendo criada na sociedade: a dos velhos – jovens, bem sucedidos e apreciando as vantagens da idade e os velhos dentes, pobres e necessitados. Isto apesar de saber que resposta não é a opção “psicótica” por um dos lados, mas assumir ambos com igual empenho e dignidade, sem criar uma “gerontologia dos pobres” e outra dos “ricos” (Cf. Nota de rodapé, pág. 247).

Um outro dado interessante nos dados recolhidos é o peso estatístico da variável Escolaridade relativamente às variáveis mais importantes. Surge como um dos componentes na *análise de clusters* e também correlacionada com muitas das variáveis dependentes consideradas (Cf. pág. 193) e, sobretudo, com os Índices de Qualidade de Vida, Saúde Mental e Bem-Estar, Saúde Geral e Índice de Apgar familiar. Se este facto se verificar noutros estudos mais específicos talvez se possa considerar a Escolaridade como um bom preditor de vários indicadores (nomeadamente de saúde) e justificar um estudo mais acurado sobre a relação de custo e benefício dos investimentos em escolaridade.

Neste contexto, considera-se justificado considerar duas respostas educativas distintas, em função das características identificadas nos dois grupos que apresentam diferentes necessidades, recursos e potencialidades. Para o primeiro grupo pensa-se numa formação gerontológica – clínica com competências acrescidas na avaliação e aplicação de cuidados; Para o segundo grupo, numa formação Sócio-educativa, mais direccionada para a Promoção da Saúde e do Bem-estar.

Para estes perfis considerou-se de particular interesse a pedagogia da mediação e centrada no idoso. Propõem-se ainda as condições que permitem otimizar as competências técnicas e desenvolver as competências atitudinais que permitem a um gerontologista – educador tornar-se na *interface* que permite a reconstrução do idoso.

Ao longo da tese reforça-se o argumento segundo o qual não se pode esperar um ajustamento biológico às mudanças actuais, porque o seu ritmo adaptativo é demasiado lento e as respostas técnico científicas são insuficientes, pelo que o argumento sócio – educacional - cultural parece ser o decisivo para esta batalha.

Cap. 1

**A descrição dos
Envelhecimentos
na sociedade actual**

USC

Cap. I. A Descrição dos Envelhecimentos na Sociedade actual

Neste capítulo procura-se descrever o fenómeno¹³ e alguns pressupostos que justificam as concepções actuais dominantes. A sua lógica é a da trindade humana definida por Morin (La Méthode, V) pela relação complementar e, por vezes, conflituosa entre o indivíduo, a espécie e a sociedade. Configuram-se, pois, vários envelhecimentos: um envelhecimento vivenciado subjectivamente – o envelhecimento pessoal; um envelhecimento biológico – que nos revela o da espécie – e um envelhecimento social, demográfico e mediatizado pelas estruturas sociais e culturais. Além disso, estes envelhecimentos inscrevem-se na realidade de forma distinta, dado que os determinismos biológicos são universais, porque são observáveis em todos os indivíduos sujeitos à passagem do tempo, enquanto as vivências subjectivas dependem dos modos particulares de ser e o envelhecimento social é claramente um “facto social total”, pelo que “... os factores que incidem ou determinam o papel e o status dos anciãos numa sociedade são múltiplos e alcançam finalmente todos os âmbitos da sociedade e da cultura” (H. Velasco, 2004: 421 – 422).

Todavia, toda a descrição revela uma opção, uma perspectiva e, por isso, implica uma posterior síntese e organização. Neste texto essa é a função do capítulo seguinte onde são apresentadas as principais teorias do envelhecimento, num esforço de explicação dos processos.

1.1. Os Envelhecimentos

A frase de Aurélio Agostinho sobre o tempo¹⁴ ganhou, em termos pessoais, um novo significado no decorrer deste trabalho. O confronto diário com o envelhecimento próprio e dos outros, não é suficiente para nos dar suficiente clarividência. Sobretudo, tentar explicar e compreender o envelhecimento implica passar por diversos graus de consciência e de maturidade. Para isso é necessário dizê-lo¹⁵. A tarefa é difícil¹⁶ mas apenas resta “fazer o trajecto”, praticar (*πρασσω*).

¹³ Tenho clara consciência que qualquer descrição, independentemente da exaustividade com que seja feita, ao dividir e sistematizar o fenómeno, é sempre uma pontuação “tendo sempre e necessariamente características arbitrarias” (G. Bateson, 1984:47).

¹⁴ “*Quid est ergo tempus? Si nemo ex quaeret, scio; si quaerenti explicare velim, nescio*” (A. Agostinho, *Confessionum libri tredecim*”).

¹⁵ Este capítulo resulta de duas perguntas em simultâneo: i. o que é o Envelhecimento? ii. como se diz o Envelhecimento? Claro que é possível apontar listas de características que descrevem o envelhecimento, classificando-as de acordo com as várias ciências e disciplinas ou os domínios que se distinguem habitualmente na realidade. Ou podemos ainda organizar sistematicamente as diversas teorias e teses, tal como procuro fazer ao longo do segundo capítulo. Mas, isso é uma definição apofantica do fenómeno que, por mais exaustiva que seja feita, não nos abre a compreensão do fenómeno que tem ainda de incluir a subjectividade, nomeadamente, pelo sentido encontrado pelos poetas e pelos filósofos. Em resultado apenas a necessária hermenêutica do envelhecimento pode dar sentido e enquadrar as Ciências do Envelhecimento. Ora, por deficiências próprias o máximo que procuro neste capítulo é a fase primeira de qualquer

Tem-se como objectivo explicitar o fenómeno do envelhecimento¹⁷ tal como ele tem sido dado ao autor quer por experiência própria, quer ainda pelos diferentes autores referenciados. Para sistematizar o pensamento e a escrita começar-se-á por definir duas características que adjectivam o envelhecimento e identificar-se-ão três obstáculos para a sua compreensão. Em seguida, serão justificados os quatro subcapítulos nos quais se organiza este capítulo.

As duas características essenciais no envelhecimento são a sua ambivalência e a sua diversidade. A primeira está expressa nos mitos, pelos poetas, nos discursos das ciências, dos políticos e, sobretudo, dos senescentes¹⁸. Ambivalência porque quem vive procura o prolongamento da sua vida com saúde¹⁹, adquirindo novas qualidades, embora saiba que isso implica necessariamente manifestações a prazo de perdas de características valorizadas e a aquisição de outras que podem ser penosas²⁰. Essa realidade tende a despertar atitudes dicotómicas para com a vida, sobretudo observadas em função do corpo e da saúde²¹ (R. Peck, 1968; E. Shanas, 1968) e concretizando-se, nos extremos, nos pessimistas e os optimistas. Um dos melhores exemplos é dado por J. Sonnenfeld (1990) que desenvolve, relativamente ao envelhecimento emergente, a metáfora de uma erupção vulcânica que, uma vez estabilizada, poderá originar um “paraíso” ou um “deserto”.

Todavia, esta ambivalência é maior ou menor de acordo com as características de cada cultura (Lima e Viegas, 1988), da construção do curso de vida de cada senescente (Zibri

hermenêutica – uma descrição coerente de um fenómeno. Depois, creio que uma Gerontologia Educacional / Educacional – o domínio específico desta tese – se não pode apenas fundar nos dados cientificamente recolhidos, porque tem de considerar o projecto filosófico que fundamenta qualquer programa educacional. Em resultado, neste capítulo em particular, ousarei fazer referências pontuais a poetas e filósofos.

¹⁶ “*Aller Anfang ist schwer, gilt in jeder wissenschaft*” (K. Marx, *Das Kapital. Kritik der Politischen Ökonomie*).

¹⁷ O Envelhecimento não pode ser dito como se fosse uma entidade isolada, bem determinada, ou uma doença com etiologia e um fim bem conhecido. De tal modo que, mesmo quando se estabelece o seu início com a dita “reforma” ou com um limite de idade, as experiências características e significativas que lhe estão associadas podem-se manifestar precocemente, tardiamente ou podem-se manifestar tenuamente, como acontece com nonagenários que morrem acidentalmente.

¹⁸ “Os documentos... permitem concluir essa ambiguidade fundamental da atitude para com a velhice. E vamos encontrá-la sempre ao longo da história: partindo à procura de remédios contra os males dessa doença que é a velhice, os homens não encontram nada melhor que não seja o desejo de prolongar essa mesma velhice, como doença que eles sofrem. O velho queixa-se da sua idade avançada, mas orgulha-se dela e assim procura prolongar os seus dias” (G. Minois, 1999: 33-34). Mais tarde A. Schoepenhauer, com 55 anos, escreveu: “Poderíamos pensar que, às vezes, as crianças aprecem inocentes prisioneiros, condenados não à morte, mas à vida, sem terem ainda consciência do que essa sentença significa. Mesmo assim, todo o homem deseja chegar à velhice, época em que se pode dizer: “hoje está mau e cada vez vai ser pior, até o pior acontecer” (A. Schoepenhauer, cit. por I. Yalom, 2006: 57)

¹⁹ Nas nossas sociedades o Envelhecimento e a Saúde tornaram-se “acontecimentos normativos na vida das pessoas” (Baltes, Reese e Lipsit, 1980), tornando-se legítimo esperar que ambos concorram simultaneamente, como “um direito”.

²⁰ “Sim, eu quero viver muitos anos mais. Mas não a qualquer preço. Quero viver enquanto estiver acesa, em mim, a capacidade... de sentir alegria” (R. Alves, 2004: 71)

²¹ Assim se distinguem os que fazem do corpo uma “preocupação” – um inimigo - e os que “transcendem” essa condição aprendendo e negociando com as suas perdas (R. Peck, 1968); por outro lado, temos os pessimistas que se sentem na antecâmara da morte – os depressivos, e os que negam as perdas e se afirmam capazes de tudo – a limite, com surtos maníacos; em oposição Ethel Shanas, refere-se aos que sabem realisticamente tomar consciência das suas deficiências e que procuram integra-las (E. Shanas, 1968)

e Sarfati, 1990) e apenas desaparecesse por inteiro naqueles para quem as perdas se sobrepõem por inteiro aos ganhos. A segunda característica é dada pelo carácter diferencial do envelhecimento²². Assim, apesar de se identificarem características padronizadas, verifica-se uma enorme variação no seu interior (C. Paúl, 1995) que se concretiza em vários níveis: i. na linguagem, pela multiplicidade de palavras e sentidos que podemos encontrar em todas as línguas para designar o envelhecimento; ii. nas ciências, pela multiplicidade de disciplinas e ciências que têm o envelhecimento como o seu objecto; iii. nos discursos, pelas diferenças de objectivos dos enunciados que oscilam entre a recuperação da juventude, e a associada negação da morte²³, e a identificação da velhice com o desapego à vida e a antecâmara da morte; e, sobretudo, (iv.) no quotidiano, nos envelhescentes concretos, porque embora muitos apresentam as alterações “típicas” para a idade, outros apresentam elevados níveis de funcionamento com apenas ligeiros sinais de mudança (G. Arroyo, 2003).

Verifica-se mesmo que a ambivalência e a diferenciação estão profundamente unidas neste fenómeno, até porque, retomando as diversas reflexões humanas sobre o envelhecimento e sobre a morte, encontramos recorrentemente duas representações que podem ser vistas como opostas ou como complementares: uma concebe o envelhecimento e a morte como próprios à condição humana e promovem a sua aceitação; a outra vê na morte e no envelhecimento o resultado de uma sucessão de perdas que devem ser combatidas. Assim, entre a aceitação e a resignação – a atitude preponderante nas sociedades tradicionais, onde não dominam as tecnologias transformadoras da natureza ou protésicas, e o combate – atitude própria das sociedades ocidentais - vemos nascer um último ciclo de vida que tende a ser mais longo do que o primeiro e para o qual as armas sociais, económicas, culturais e simbólicas que dispomos são insuficientes²⁴.

Neste momento, o Fórum sobre o Envelhecimento é dominado quer pelos que procuram conhecer melhor este processo e tentam, a limite, alargar as fronteiras da vida com qualidade (o domínio das ciências biomédicas), quer ainda pelos que procuram perceber

²² Esta mesma realidade foi anteriormente constatada por G. Arroyo (1995) que propôs uma Teoria da Ambiguidade, afirmando que a heterogeneidade dos envelhescentes é, pelo menos, semelhante à dos restantes grupos etários e questionando a problematização feita por muitas das teorias “clássicas” tendentes a homogeneizar os idosos e unidireccionar o seu desenvolvimento, tais como as Teorias de Desvinculação, da Actividade e da Modernização. Contrapõe este autor que a melhor compreensão do fenómeno implica que se estudem os vários aspectos particulares que estão implicados na existência, tais como a família, saúde, relações sociais, ideologia dominante ou novos modos de gestão da temporalidade e o impacto das políticas sociais.

²³ “...a significação da morte, caracterizada agora por um processo abusivo de racionalização, dessacralização e dessocialização que desembocou numa nova concepção da morte, contribuindo para aprofundar (ainda que de outra forma) o carácter de tabu que sempre a caracterizou...” (F Ramos, 1997: 169)

²⁴ Esta passagem da luta individualizada do envelhecimento para a conquista social/societária foi tão rápida que ainda não foram construídas as necessárias respostas adaptativas, que resultam ainda casuísticas e, em último caso, continuam a responsabilizar quase exclusivamente o indivíduo.

e prever o impacto único e rápido desta evolução sociodemográfica sobre as estruturas²⁵. Ao longo da última década generalizou-se a convicção de que uma eventual incapacidade adaptativa das estruturas sociais às mudanças implica graves perdas nos ganhos obtidos na longevidade e na estabilidade das estruturas sociais e económicas. Também aqui se verifica que os diferentes níveis da realidade têm ritmos diferenciados e é necessário um esforço adaptativo acrescido e crescente para que o sistema não se desregule.

Todavia, configuram-se três obstáculos para a compreensão do Envelhecimento, seja de um ponto de vista individual, seja de um ponto de vista cultural e científico. O primeiro obstáculo é a sua “demasiada” proximidade; uma coisa muito próxima torna-se excessiva, tal como a luz diurna para a ave nocturna, como nos lembra Aristóteles²⁶. Esta questão, coloca ainda o problema da justa distância, do “ponto focal”, que nos permite perceber a realidade sem a deturpar com os nossos meios de observação²⁷. Um segundo obstáculo é a subtileza do envelhecimento, tipificada na frase comum: “velhos são os outros”. A identificação dos sinais apesar da sua apresentação insidiosa leva a que o envelhecimento seja compreendido por muitos de uma forma “demasiado abrupta” e, por isso, poucos se preparam para esta etapa²⁸. É o caso típico do acontecimento da reforma²⁹ para muitos idosos, e isso não é apenas um obstáculo subjectivo, individual, porque também é sentido por quem estuda o envelhecimento, nomeadamente, o educador³⁰. A questão implica que se saiba reconhecer “os sinais” e organizar uma tarefa educacional ajustada e preventiva sendo que, nestas condições, terá de ser auto - preventiva e não pós - ditiva. Por último, o terceiro obstáculo pode ser definido como

²⁵ O método de discussão desenvolvido por J. de Rosnay, J-L. Servan –Schreiber, F. de Closets e D. Simonnet, na obra “Une Vie en Plus” (2005), envolvendo pessoas comprometidas e lúcidas, parece bem mais útil do que intensos debates político – económicos entre concorrentes aos recursos insuficientes e que nem capazes são de aceitarem o contraditório.

²⁶ Verificou-se uma enorme dificuldade em alguns alunos para realizarem o Trabalho de Campo, através do qual foram recolhidos os dados que apresentamos na segunda parte desta tese. O contacto directo com os idosos desencadeou uma reacção que teve de ser cuidadosamente trabalhada, mas, apesar disso, alguns alunos acabaram por adiar a tarefa. Outros, porém, tiveram dificuldade em se distanciarem envolvendo-se muito profundamente com os idosos, continuando a visitá-los após a realização da tarefa e dispensando bens que acharam serem úteis aos mais idosos.

²⁷ Esse é um problema clássico para quem faz História: esta concretiza-se a partir do presente, mas as explicações e a melhor compreensão apenas se conseguem no futuro, a partir do que sobreviverá ao presente e a partir dos olhares do futuro.

²⁸ Este efeito “surpresa” não se verifica apenas individualmente (J. Zanelli e N. Silva, 1996) como também pois ocorre socialmente. As sociedades que se não preparam para o processo de envelhecimento da sua população, recusando assumir os sinais que vão sendo dados, acabaram por ter de se confrontar com problemas muito graves.

²⁹ Sobretudo desde que o Estado social desenvolveu mecanismos de suporte como a reforma ou o “direito à saúde”. Ora a pretensa segurança, uma cultura virada para a juventude e para a saúde, criam uma espécie de “almofada” que potencia os habituais mecanismos de negação do envelhecimento.

³⁰ Daí o carácter de “revelação” que o envelhecimento assume para muitos: “A revelação não é a experiência de ver coisas que se não viam antes... Nada mudou, mas mudaram-se os olhos. Portanto, tudo mudou... Vem sempre de repente.” (R. Alves, idem: 17)

“espelhismo”³¹: os traços subtis são mais facilmente visíveis nos outros e ao serem descobertos nos outros podem alertar quem vê; quem os não reconhece acaba por ser confrontado com a revelação feita pelos outros que o fazem com maior ou menor crueza³². Também neste caso, a vida em comunidade intergeracional é importante. A coexistência restrita com indivíduos com uma enorme diversidade etária, não permite rever-se tão bem nos outros, que são demasiado distantes, aumentando a sensação de “máscara do envelhecimento”, expressão que dá conta da dicotomia subjectiva entre um corpo “usado” e o “verdadeiro eu”, idealmente resguardado e, até certo ponto, intemporal³³. Isso é muitas vezes evidente na vivência da sexualidade no idoso que, independentemente do seu género, mas também com diferenças de género³⁴, sente a perda da beleza juvenil e um aumento da fragilidade. O homem cortejador sente-se³⁵ desinteressante e tende a evidenciar-se ou a recolher-se; a mulher depois de ter sido cortejada da adolescência à maturidade, tem de combater e aceitar o seu declínio, reforçado pela perda da capacidade reprodutiva.

Tendo em conta os obstáculos enumerados e considerando as duas características essenciais do fenómeno (a sua *ambivalência* e a *diversidade*), pode-se definir o Envelhecimento como uma conquista associada a perdas³⁶, como um processo³⁷, onde se configuram diversos níveis de análise: primeiro, o nível mais humano, imediato, o nível individual do envelhecimento; depois, temos ainda os vários envelhecimentos que resultam dos níveis micro e macro e que foram sendo construídos ao longo do século passado pelas várias ciências e disciplinas científicas³⁸: o envelhecimento biológico; o

³¹ “E foi assim que me descobri velho, ao ver a minha imagem reflectida no espelho dos olhos daquela moça...” (Idem: 23); “Não víamos o nosso aspecto, a nossa própria idade, mas cada qual, como num espelho contraposto, via o outro” (Proust)

³² “É no olhar dos outros que começamos a envelhecer, e acabamos por adoptar progressivamente o seu julgamento” (Cowley, M, 1980:5) Claro que este sentido tem um maior interesse em termos psicossociais, porque, em lugar de um *insight* abrupto tal como o descrito por R. Alves, a interiorização do envelhecimento tal como é socialmente concebido é de particular interesse para o educador.

³³ Outro aspecto que une os adolescentes e os envelhescentes: as mudanças corporais são prévias à sua integração na auto - imagem corporal. Ambos podem mascarar-se: os primeiros do que hão-de ser; os segundos do que já não são.

³⁴ “Em ambos os casos, ainda que com diferenças qualitativas importantes, os grandes campos nos quais se produz a tomada de consciência dos processos de envelhecimento são as mudanças na figura corporal e as capacidades funcionais, as mudanças no sistema familiar, a duração e vulnerabilidade da vida e o balanço da própria vida” (F. López e J. Olazábal, 1998: 46)

³⁵ Como bem descreve R. Alves (idem: 20-21) “Mas os olhos dela não tiveram medo. E chegaram mesmo a sorrir discretamente... Senti-me como Narciso... A minha imagem estava bonita. Aquele sorriso era a garantia de que ela via beleza em mim... Foi então que ela falou... Simplesmente levantou-se e ofereceu-me o seu lugar... Miserável gentileza! Eu teria preferido uma grosseria!”

³⁶ Trata-se de uma espécie de Lei: num mundo relativamente fechado ganhos ou alterações num dos elementos implica perdas e reajustamentos nos restantes, permitindo-se a sobrevivência do sistema.

³⁷ Como esclarece L. Luft (2003), trata-se de “Ganhos e Perdas”, resultado de sermos “uma transição”, de “sermos processo” e isso é uma característica que “perturba”.

³⁸ Esta diferenciação entre o envelhecimento enquanto objecto científico e as experiências concretas de envelhecimento – o individual, o grupal e o societário, leva à diferença discriminante entre o mapeamento e o território mapeado (G. Bateson, 1984: 36). Temos um mapa que nos descreve uma certa realidade, construção abstracta a partir de certas experiências e, no quotidiano, temos um território, os envelhescentes

envelhecimento social/societário e o envelhecimento demográfico. Todavia, o Envelhecimento conquistado pelas sociedades pré-industrializadas e industrializadas tem associados processos que são contraditórios e que, pelo menos de imediato, parecem evidenciar consequências negativas³⁹.

Neste capítulo far-se-á uma abordagem sumária aos diferentes discursos que mutuamente se alimentam, construindo uma concepção global do fenómeno como vem sendo integrado pelos diferentes actores sociais. Desta forma, acaba por resultar uma circularidade do discurso, retomando os diferentes níveis em que é considerado o fenómeno, e oscilando entre a descrição, efeitos e eventuais projecções futuras.

1.2. A conquista do envelhecimento individual

Os números são expressivos quando se estima que na Europa do início do séc. XX apenas 40% da população chegava ao último ciclo de vida e, no fim do século, a percentagem tinha subido para 85. Para muitos humanos no passado, e um número cada vez menor no presente, a vida termina antes da anciania ou é um ciclo relativamente curto. O envelhecimento era confundido com a morte e com a doença⁴⁰. Apenas em condições de vida mais estáveis, ou em grupos melhor protegidos, era possível chegar ao último ciclo de vida e a uma reflexão sobre essa condição humana atribuindo-lhe significações que ainda hoje alimentam as nossas concepções. É o caso dos mitos ou de textos mais antigos, tais como os indicados por Simone de Beauvoir (1970) ou antropólogos como C. Lévi-Strauss (1964, 1971)⁴¹. Referem-se⁴² às perdas associadas ao envelhecimento e à morte, mas também da atribuição de respeito e veneração aos mais velhos que, ao longo da vida, ganhavam um corpo - conhecimento que dava conta

concretos mais ou menos ajustados ao pensamento e à codificação. O objectivo é não só obtermos bons mapas, mas, sobretudo, sabermos usar os mapas sem perdermos o território.

³⁹ Alguns efeitos podem agora surgir-nos como perversos, mas muitos dos efeitos destas mudanças que ainda estão em curso, apenas podem ser plenamente entendidas no futuro. Isto porque os fenómenos humanos mais importantes só podem ser compreendidos e explicados retrospectivamente. Por exemplo, apesar dos efeitos negativos da Inquisição Ibérica, esta determinou uma diáspora que se revelou determinante para o desenvolvimento futuro de outras áreas na Europa e no mundo.

⁴⁰ Tal como se identificaram comunidades humanas onde a passagem de criança a adulto era quase instantânea, através de um ritual de passagem mais ou menos elaborado, também o adulto terminava naturalmente a seu ciclo na morte, fosse ela mais abrupta ou mais pronunciada através da doença. Não haveria adolescência e não haveria verdadeira anciania. Haveria apenas adultos que por uma das muitas razões do destino morreriam... e a maioria morreria sem chegar a velho – o envelhecimento não era “normativo”, mas excepcional.

⁴¹ Na sequência da sua análise dos mitos, Lévi-Strauss desenvolveu o conceito de “vida breve”, que revela a necessidade e universalidade da velhice e da morte. Muitos desses mitos mostram-se bizarros pelo que se questiona o sentido desses mitos e a resposta poderá ser a da necessidade “falar” dessa experiência radical, igualmente familiar e estranha, procurando assim responder à angústia que provoca.

⁴² Numa síntese sobre as concepções ligadas à velhice e recolhidas pelos etnólogos, N. Belmont comenta: “As descrições de velhice e da condição de ancião testemunham em todas as sociedades a ambivalência que as caracteriza... as duas atitudes [de aceitação e rejeição] coexistem na maior parte das sociedades. Na realidade na sorte reservada aos velhos intervêm de facto numerosos factores. O que conta não é tanto a sua idade como o seu grau de fraqueza física e a sua necessidade de auxílio.” (N. Belmont, 1997: 153-154).

dos acontecimentos passados e vividos⁴³. O homem idoso, apesar das perdas, seria também um vitorioso que soube resistir e viver longamente⁴⁴.

Trata-se de uma concepção do envelhecimento à escala do indivíduo, embora socialmente suportada, onde a maior ou menor longevidade resulta das características próprias e do percurso feito. A própria apreciação subjectiva do envelhecimento depende da idade cronológica (embora possam ser usados diferentes padrões), mas está igualmente associada às normas sociais e à concepção das idades, à saúde física e aparência exterior e ao modo como se considera e como se sente considerado pelos outros. Pela vida conquistada, o envelhescente adquire uma memória privada que transposta no corpo tornando-se o guardador de uma memória colectiva só acessível aos que mantiveram longas experiências e é útil para a sobrevivência de todos⁴⁵. De facto, nas sociedades sem mudança a experiência do homem que soube resistir à sucessão dos anos é uma vantagem para o grupo, pelo que os papéis e o lugar ocupado pelo homem que envelhece tendem a mudar à medida que o seu capital de experiência sobe e as suas palavras são mais valorizadas⁴⁶. Inversamente, numa sociedade orientada para a inovação e para a mudança o papel de quem recorda o passado é subvalorizado ou desvalorizado, porque o mais importante é o futuro, o que se constrói⁴⁷.

Todavia, quando consideramos o envelhecimento, o mais importante não é envelhecimento à escala individual, mas o envelhecimento subjectivo, *ie*, tal como é compreendido e vivenciado pelos envelhescentes. De todo o modo, embora o envelhecimento seja uma conquista pessoal, o facto de ser conseguido por um número crescente indivíduos com cada vez maior longevidade, originou um fenómeno de envelhecimento massivo que transcende a especificidade individual e o transforma num fenómeno social comum.

⁴³ “Os Aranda da Austrália... praticavam uma autentica gerontocacia, na medida em que os “homens de cabelos grisalhos” eram as pessoas mais respeitadas da sociedade, posto que acumulavam o conhecimento do seu difícil ambiente, das técnicas necessárias à sobrevivência do grupo e enfim das tradições, ritos, cantos, mitos, magia...” (Idem: 155)

⁴⁴ De facto, envelhecer há 50 anos atrás não constituía um problema; era encarado como um fenómeno natural, na medida em que não só as pessoas que envelheciam não eram muitas, como o aproveitamento e imagem que a sociedade tinha da população que envelhece era diferente daquela que se tem hoje (Costa, 1999).

⁴⁵ Trabalhei durante cinco anos numa Organização Não Governamental (ONG) com sede na Suíça, mas que mantinha sociedades nacionais em múltiplos países, sobretudo, da Europa e em África. Nas diversas Assembleias-gerais verificava-se invariavelmente uma luta entre as diversas sociedades nacionais. Os ocidentais propunham e votavam para dirigentes candidatos mais novos e dinâmicos e, pelo contrário, os africanos propunham mais velhos e achavam mesmo escandaloso que alguém com quarenta anos fosse eleito.

⁴⁶ Nestas condições, pode torna-se “ancião”, membro de um concelho restrito de homens mais sábios, conquanto mantenha uma vitalidade que suporte as atribuições que lhe vão sendo atribuídas e desde que as aceite.

⁴⁷ Isso é bem evidente na cultura científica, orientada para a inovação. As técnicas e o conhecimento que alguém dominou e domina, as competências mais reputadas são, passados alguns anos, potencialmente irrelevantes. Logo, o cientista tem de manter continuamente características juvenis, sem as quais deixa de cumprir a sua missão, podendo até tornar-se num obstáculo. Trata-se de um dos melhores exemplos “do predomínio do *ethos do novo*” (S. Viegas e C. Gomes, 2007: 31).

1.2.1. Do envelhecer individual à conquista “dos Envelhecimentos”

É um facto que o envelhecimento foi durante muitos anos uma conquista individual / pessoal ou de pequenos grupos que criavam as condições óptimas de subsistência e segurança, e só recentemente passou a ser um fenómeno alargado nas sociedades pré-industriais e industriais. Tal processo, embora não elimine o Envelhecimento individualmente considerado, altera-o substancialmente dando-lhe novos sentidos e, sobretudo, desloca-o da esfera da individualidade para o social⁴⁸. Na verdade, entre os diversos modos de envelhecer individualizados e o Envelhecimento Social estabelece-se um processo dialéctico e de causalidade circular:



Fig. 2 – A mútua implicação entre o Envelhecimento individualmente considerado e o Envelhecimento Social

O envelhecimento social traz uma democratização dos envelhecimentos, quer dizer que mais pessoas envelhecem e fazem-no em condições cada vez mais diversas.

Por isso, o envelhecimento continua a ser individual, idiossincrático, mas também é cada vez mais diferencial, tal como afirma, T. Kauffman: “Multiplique os primeiros 5 anos por 15 e expanda as experiências ambientais e de vida e um dos marcos do envelhecimento tornar-se-á evidente – isto é, a singularidade individual. Duas pessoas não envelhecem da mesma maneira. A idiossincrasia é a norma...” (2001: 3)

1.2.2. O envelhecimento biológico

A descrição do envelhecimento biológico não é uma descrição ao nível individual, mas a nível da espécie. Ainda que resulte de observações clínicas ou de dados recolhidos a partir de amostras tem a pretensão científica da universalidade, pelo que, muitos dos

⁴⁸ O envelhecimento é sempre uma experiência subjectiva, individual, mas que se concretiza num dado contexto social e cultural: “Alguns envelhecem mais rapidamente do que outros e nem todos vivem esse processo da mesma maneira, uma vez que o envelhecimento está estritamente relacionado às condições materiais e simbólicas que identificam socialmente cada indivíduo. O processo de envelhecimento é, assim, diferenciado segundo o grupo social e o sexo a que pertencemos.” (C. Peixoto, 2004: 9).

sinais identificados não são verificáveis em indivíduos concretos⁴⁹, que revelam um pretense sub ou sobre envelhecimento. Em resultado, temos a descrição de um processo universal que deve ser relativizado pelos dados diferenciais revelados por estudos empíricos que mostram enormes variações intraindividuais (em cada indivíduo há órgãos e sistemas que senescem mais rapidamente do que outros⁵⁰) e interindividuais, evidenciando uma grande heterogeneidade, pelo que as consequências do envelhecimento podem mostrar-se muito severas num indivíduo e praticamente ausentes noutra da mesma idade.

Genericamente, o envelhecimento entendido à escala biológica, caracteriza-se por uma diminuição das capacidades funcionais dos indivíduos, sobretudo, nas situações mais exigentes (esforços, doenças agudas e stress) onde são necessárias as reservas funcionais para fazer face às situações de agressão. Por outro lado, há uma diminuição da capacidade de regulação dos parâmetros fisiológicos.

Na literatura geriátrica consultada (J. Netto e L. Ramos, 2005, T. Kauffman, 2001, W. Filho e M. Netto, 2000, J. Pare e A. La Rue, 1998, L. Sanz, 2002) verifica-se que os efeitos do envelhecimento são mais evidentes numa dúzia de estruturas e funções, a saber: no Metabolismo, na Pele e nos Órgãos da Sensibilidade e nos Sistemas Nervoso Central e Autónomo, Cardiovascular, Respiratório, Endócrino, Gastro – intestinal, Urinário, Músculo-esquelético, Imunológico e Reprodutor. Todavia, os objectivos desta tese não se centram na morbilidade, mas na qualidade de vida do idoso e no modo como as alterações interferem nas actividades quotidianas, na sua saúde e bem-estar. Nesse sentido, vamos considerar de modo particular as alterações genéricas no metabolismo (i.), nos Sistemas Nervoso (ii.) e na Estesia (iii.), nos sistemas Cardiovascular (iv.) e Respiratório (v.) e nos seus efeitos cumulativos sobre a maior causa de incapacidade dos idosos - os déficits no aparelho locomotor (vi.):

i. *Metabolismo*: uma das alterações mais evidentes passa por uma alteração proporcional das massas magra e gorda, aumentando a segunda, sobretudo nos indivíduos sedentários e na zona visceral. Por outro lado, a literatura refere uma alteração do metabolismo dos glícidos no decurso do envelhecimento, havendo menor tolerância a uma sobrecarga de glicose⁵¹, com aumento da diabetes e da obesidade.

Além disso, a diminuição do metabolismo basal tem implicações nos gastos energéticos que os envelhescentes nem sempre compensam na dieta.

⁴⁹ Muitas das descrições geriátricas correspondem à metáfora do idoso “como um armazém que contém um grande número de enfermidades, que se foram depositando nele ao longo da vida, a maioria crónicas e muitos invalidantes” (A. Cruz, 1999: 51).

⁵⁰ Por isso, a morte biológica é atribuída à falência de um dos sistemas vitais. O seu comprometimento e falência pode ocorrer independentemente de outros se poderem manter muito melhor conservados.

⁵¹ No nosso estudo empírico constatamos um número levado de idosos que ignoravam o seu peso, que consumiam frequentemente açúcares e muitos apresentam Índices de Massa Corporal muito elevados.

ii. *Sistema Nervoso Central e Autônomo*: os estudos neurológicos do Sistema Nervoso Central indicam uma diminuição do número de neurónios corticais, da substância branca (mialina) e de certos neurotransmissores, em particular a acetilcolina. Em consequência verifica-se um aumento do tempo de reacção, diminuição de *performances* mnésicas e o processamento de certas informações. Estas alterações, justificam a maior dificuldade das pessoas mais velhas em responder em situações de maior exigência adaptativa, o que as torna mais vulneráveis, sobretudo, em termos de velocidade de resposta.

Outra consequência é a alteração e desestruturação do sono⁵² e dos ritmos circadianos, associáveis a uma diminuição da secreção da melatonina pela hipófise. Há também alterações na estesiologia, numa redução da sensibilidade dos receptores de sede (osmoreceptores), levando a uma diminuição da sensação de sede.

Há ainda uma diminuição das redes neuronais e um aumento do tempo de condução nos nervos periféricos, o que conduz a uma diminuição da sensibilidade proprioceptiva com consequente instabilidade postural⁵³.

Em termos do Sistema Nervoso Autônomo, há um aumento dos níveis plasmáticos de catecolaminas com consequências na hiperactividade simpática e diminuição da sensibilidade aos receptores dessas substâncias. Todavia, os estudos também demonstram que a perda é compensada através de vários mecanismos, entre os quais o aumento do tamanho dos neurónios a partir dos 40 anos, especialmente do seu núcleo, sendo “geralmente, em proporção inversa à perda neuronal” (L. Sanz, 2002: 119). Outro mecanismo que resulta compensatório relativamente aos circuitos que vão sendo perdidos é o início / continuação do funcionamento de circuitos latentes e o aumento das ramificações dendríticas, o que permite manter sinapses. Por outro lado, em termos dos mediadores bioquímicos, também se regista um aumento da sua libertação e da afinidade dos receptores pós-sinápticos. Na totalidade do sistema, por acção da redundância, temos um processo que L. Sanz define como “plasticidade neuronal” (Idem: 121 – 124; Montejo, P, Montenegro, M e M^a de Andres, 2004: 548-549) que pode ser incrementada por exercícios educacionais – terapêuticos (P. Wolfe, 2004), o que é de particular relevo para o nosso objecto de estudo.

iii. Efeitos do envelhecimento sobre *os órgãos dos sentidos*⁵⁴: os sistemas de sensibilidade envelhecem de forma lenta, progressiva⁵⁵ e diferenciada, sendo os mais

⁵² Este parâmetro também foi avaliado pelo nosso estudo, confirmando-se os resultados esperados com uma percentagem elevada de idosos que indicam alterações do ritmo de sono.

⁵³ O que implica também dificuldades na locomoção, levando os idosos a terem, por exemplo, um passo “mais apressado” em pisos irregulares pela dificuldade em manter o equilíbrio. Associado a esta dificuldade encontramos um dos factores de risco mais frequente, o risco de quedas.

⁵⁴ Estes efeitos são extremamente importantes quando consideramos aspectos como a mobilidade e qualidade de vida. Nestas condições um ambiente favorável - seguro e ergonómico – são essenciais para

afectados a visão e a audição⁵⁶. Estas dificuldades dificultam a mobilidade, aumentam os riscos e diminuem a performance em quase todas as actividades. O envelhecimento ocular apresenta valores de perda muito significativos e estima-se que nos idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 79 anos apenas 15% apresentam valores óptimos (A. Fisk e W. Rogers, 1997: 31 - 39, 340 - 349). Globalmente, os autores referem que as estruturas oculares afectadas pelo envelhecimento são a córnea, a íris, a pupila, as lentes, o corpo vítreo e a retina. Destas perdas resultam dois efeitos mais comuns, sendo o primeiro a presbiopia, que corresponde a uma diminuição da acomodação com consequências na percepção de objectos a curta distância, e a opacidade progressiva do cristalino (cataratas). Outro efeito ainda é o estreitamento da visão periférica, o que diminui a percepção do movimento nos limites do campo visual.

Quanto à perda de audição (A. Fisk e W. Rogers, 1997: 40 - 46; R. Cacabelos, 2000: 136 - 137) esta afectará 60% da população entre os 70 e os 80 anos. Envolverá as três estruturas (ouvido externo, médio e interno), mas, sobretudo por falhas mecânicas, é de maior relevância o envelhecimento do aparelho cocleovestibular que implica uma perda progressiva da audição, nomeadamente nos sons de maior frequência, nomeadamente nos 4000HZ. Este processo está na origem de uma presbiacusia coclear que se torna mais grave quando afecta a audibilidade dos discursos dos outros. Esta pode ser acompanhada ainda por uma presbiacusia sensorial, neural ou estrial. A hipoacusia aparece como o problema crónico auditivo mais comum a partir dos 65 anos (R. Cacabelos, 2000: 137). De igual modo, o mesmo envelhecimento dos canais semi-circulares pode originar uma síndrome vertiginosa que aumenta o risco de acidente por quedas⁵⁷.

Segundo R. Cacabelos (idem) a partir dos 50 anos tendem a aparecer lesões anatomofisiológicas responsáveis por alterações sensorceptivas. Depois tendem a

mantermos bons níveis de actividade nos idosos. De todo o modo, a perda progressiva da eficácia dos órgãos de mediação, diminui as capacidades adaptativas e retarda as reacções. Factores ambientais – barreiras arquitectónicas, trânsito rodoviário, mobiliário desajustado, calçado nos limites da adaptabilidade e da segurança, roupas demasiado apertadas, muito quentes ou que limitam as trocas térmicas... - que ainda estão nos limites da adaptabilidade noutros ciclos de vida, podem agora tornarem-se factores de risco acrescido.

⁵⁵ “As capacidades perceptivas que dependem dos sentidos sofrem ligeiras modificações à medida que vão passando os anos, com correspondente diminuição da capacidade de recepção e tratamento da informação recebida do ambiente” (Narro, Rico e Moral, 1995: 60). Todavia, a velocidade da perda é mais rápida no aparelho auditivo, porque uma vez ultrapassado certo limiar de perda auditiva, há uma evolução galopante na perda.

⁵⁶ Como referia Cowley (1988:304):” Ponde algodão nos ouvidos, areias nos pés, luvas de borracha, enchei os óculos de vaselina e chegaram: num momento, tornaram-se velhos.”

⁵⁷ As quedas em idosos são um dos primeiros motivos de hospitalização ou de institucionalização dos idosos, apesar de haver um registo de ocorrências maior nas instituições do que na comunidade (Santos, 1998); são ainda responsáveis por 70% das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos e são a sexta causa de morte para a população com mais de 65 anos (pereira, 2001). Depois, são ainda um importante factor de morbilidade, dado que 55% das quedas resultam em fracturas e 50% em ferimentos que necessitam de cuidados médicos. Em cerca de 10% dos casos regista-se perda acentuada da autonomia pelo que deve ser entendida como “doença geriátrica, visualizando o idosos na sua globalidade e no seu meio ambiente” (Santos, 1998).

surgir debilidades ou alterações na mucosa olfactiva, estenose e disfunção respiratórias com consequências com deficits estesiológicos associados – hiposmia e anosmia, que diminuem a percepção, discriminação e reconhecimento dos odores. Pode também ocorrer uma perda da memória olfactiva. Também há patologias no gosto e na sensibilidade tátil - cinestésica que põem ser encontradas em maior frequência em idosos, mas o mais consensual é que se regista uma tendência para elevar os limiares de sensibilidade.

iv. Efeitos sobre o *sistema cardiovascular*: o envelhecimento do músculo cardíaco tende a ser acompanhado com alterações anatómicas, com implicações em termos do débito cardíaco, que embora se mantenha estável em repouso, tende a diminuir em esforço. As alterações mostram novamente as vantagens adaptativas do sistema: verifica-se um aumento da massa cardíaca e da espessura parietal do ventrículo esquerdo, com alteração da função diastólica, e que é habitualmente compensada⁵⁸ pela preservação da função sistólica. Todavia, há uma progressiva diminuição do débito cardíaco e um aumento da Tensão Arterial (TA) em repouso.

O envelhecimento arterial caracteriza-se pelas modificações na elastina, acrescida rigidez do colagénio e alteração da vasomotricidade arterial. Uma diminuição do *compliance* dos vasos faz aumentar, com a idade, a pressão sistólica. Porém, a uma menor elasticidade dos vasos, há ainda a acumulação de depósitos nas paredes arteriais.

Diversos autores, nomeadamente U. Leher e H. Thomae (2003: 131-132) referem uma relação estreita entre as enfermidades cardiovasculares e a tensão arterial elevada com a diminuição de *performances* cognitivas em testes psicológicos (Cf. nota de rodapé nº 164).

v. Efeitos sobre o *Sistema Respiratório*: uma diminuição da capacidade pulmonar, torácica e o menor força dos músculos respiratórios, levam a uma redução da capacidade respiratória no decurso do envelhecimento. Associa-se um aumento do volume aéreo não mobilizável no fim da expiração (Volume Residual) e a redução de calibre dos bronquios (Sanz, idem: 63 - 66). Por outro lado, a oxigenação também se torna mais deficiente pela menor difusão do oxigénio e pela menor pressão parcial do oxigénio no sangue arterial. Muitas pessoas apresentam problemas ligados à expectoração das secreções e têm maior probabilidade de enfisema e bronquite.

Os efeitos sobre este aparelho são ainda particularmente referidos por U. Leher e H. Thomae (idem: 133) como tendo repercussões no rendimento cognitivo e como sendo “o

⁵⁸ O sistema pode apresentar funcionamentos aparentemente “bizarros”, conjugando de forma desconhecida factores genéticos e ambientais – comportamentais. Por exemplo, os indivíduos com o célebre “gene do centenário” têm um risco acrescido de morte por enfarte aos 40 anos. Mas, se conseguirem sobreviver, têm muito maior probabilidade de chegarem aos 100 anos.

segundo melhor preditor de uma mudança negativa em funções cognitivas”, logo depois da educação escolar.

vi. Efeitos sobre o *Sistema Músculo-esquelético e a Mobilidade*: o envelhecimento tem efeitos sobre o osso, cartilagens e músculos. Os ossos reconstroem-se continuamente, mas com o envelhecimento, sobretudo se associado ao sedentarismo, essa capacidade diminui, pelo que há uma perda da densidade mineral óssea e diminuição da resistência mecânica. No caso da mulher é mais grave com a privação dos estrogénios na menopausa. O envelhecimento do tecido cartilaginoso articular e articulações sinoviais faz-se por uma alteração dos compostos, nomeadamente de água, com consequências na sua degradação, tornando-se frágil e perdendo as propriedades mecânicas e de resistência ao atrito⁵⁹, provocando artrose. Na prática resultam cartilagens mais frágeis e menos espessas onde ocorrem mais frequentemente rachaduras e fendas. Em consequência, surgem nos membros superiores dores a nível dos ombros e ainda possíveis deformações nos punhos e mãos por reumatismo. Nos membros inferiores são frequentes dores nos joelhos, mais preponderantes quando há indícios de gonartrose ou/e em pessoas mais idosas. Também diminui a mobilidade da coluna vertebral, acentuando-se as curvaturas fisiológicas – nomeadamente a cifose – criando condições para que surjam vários pontos de compressão nervosa, por efeito das fracturas vertebrais e das hérnias discais bem como das fissuras nos discos, originando dores. Os discos intervertebrais perdem claramente eficácia, tornando-se mais evidentes as deficiências e as lesões entretanto ocorridas noutros ciclos de vida.

Nos músculos de contracção voluntária verifica-se, em termos histológicos, a diminuição da densidade em fibras musculares, enquanto em termos anatómicos há uma diminuição da massa e, em termos funcionais, redução da força muscular. Em resultado, encontramos uma tendência acrescida para a hipocinésia. São preocupantes os estados posturais prolongados com articulações ou/e músculos alongados ou encurtados por longos períodos. Se a isso forem associadas as doenças degenerativas (osteoartrite, osteoporose e várias patologias reumatológicas) que levam a menor flexibilidade e a maior rigidez, e se ocorrerem traumatismos (quedas ou microtraumatismos), teremos uma pessoa que perde claramente as suas capacidades funcionais, o que potencia a sua senilidade.

⁵⁹ De acordo com Netto (1998), Kauffman (2001) e Rebellato & Morelli (2004) há uma série de elementos a considerar. Desde logo, as possíveis articulações sinoviais envelhecidas, onde ocorrem alterações nas cartilagens devido à diminuição do número de células, de água e de protoligamentos e um aumento paralelo do número e espessura das fibras de colagéneo.

Os efeitos do envelhecimento corporal sobre a Saúde e o Bem-Estar têm sobretudo implicações em termos da funcionalidade⁶⁰ definida em termos das Actividades de Vida Diárias, das Actividades Instrumentais da Vida Diária, bem como da marcha e equilíbrio. Há obviamente aparelhos com maior impacto nestas actividades do que outros, o que nos permite organizar a seguinte representação apresentada na fig. 3.

Nestas circunstâncias é um dado adquirido a importância de um bom plano de exercícios e um estilo de vida saudável, a única forma que permite manter o “capital de saúde” durante mais tempo, sem manifestações agudas. Também neste contexto se revelam particularmente eficientes os processos sócio-educativos: um clima que conjugue o convívio e a sociabilidade com um exercício físico associado a uma estimulação cognitiva.



Fig. 3 – Os vários Sistemas que contribuem para as Actividades de Vida Diária, Saúde e Bem - Estar.

1.2.3. O envelhecimento Psicológico

Revela-se particularmente difícil a tarefa de descrever a dimensão psicológica do envelhecimento. Primeiro, porque o acesso ao mundo intrapsíquico de quem envelhece implica também uma acrescida consciência desse processo que apenas se revela ao alcance de alguns⁶¹. O que resulta observável são os comportamentos, expressões e verbalizações cujo sentido tem de ser reconstruído e que, por isso, se situa no domínio

⁶⁰ É possível avaliar o estado de saúde de um indivíduo através da avaliação funcional feita através do desempenho de actividades de vida diária e do grau de independência / dependência que apresentam. Existem índices que permitem uma avaliação mais objectiva desse desempenho, tal como o Índices de S. Kats (1963) ou de M. Lawton (1982).

⁶¹ Tal como reconhecia S. Freud, há dimensões que apenas nos são dadas pelos poetas, artistas e filósofos. Neste trabalho destacam-se Proust, T. Mann, R. Alves, Schopenhauer, Nietzsche, Sartre e a já referida obra de I. Yalom. Também encontrei um filme de Manuel Oliveira que me pareceu particularmente rico sobre os falsos caminhos que se abrem ao envelhescente: a negação, a continuação de uma juventude perdida pela caricatura ...

do psicossocial e não necessariamente no intrapsíquico⁶². Como comenta Alonzo – Fernandez (1972) “O envelhecimento psíquico é um processo extraordinariamente complexo, muito influenciado por factores individuais”.

Nestas circunstâncias, segundo a literatura, os temas centrais sobre o envelhecimento psicológico não demencial (objecto de uma geriatria psiquiátrica) centram-se na evolução nos processos cognitivos, nas alterações da personalidade e nas mudanças emocionais e afectivas. Depois orientam-se para problemas mais frequentes tais como a perda e o luto, a depressão, a estratégias de gestão das dificuldades.

Assim, a descrição do processo “tipo” ou a sua classificação resulta particularmente difícil originando classificações dicotómicas, oscilando entre o normal e o patológico⁶³. Até porque o facto da realidade humana se fazer sempre em contexto leva a que o observado resulte de vários factores (variáveis individuais e do meio) cuja origem é difícil de discriminar: “as mudanças observadas parecem representar melhor as reacções às mudanças circunstanciais da velhice, circunstancias que não podem ser medidas com os testes habituais” (Gregory, 1995: 367). Em resposta a esta dificuldade R. Butler (1975) identificou um quadro de aspectos salientes no processo de amadurecimento, organizados por temas e distinguindo para cada tema aspectos bipolares (positivos e negativos). Um dos temas seria “o que fazer com o resto da vida” que se concretizaria, em termos positivos, numa procura de “possibilidades alternativas, organização dos compromissos e redireccionamento” e, em termos negativos, num “encerramento e fatalismo”. Outro tema seria o da “juventude e rejuvenescimento” e o de “amadurecimento e morte” que em termos positivos implicaria uma redefinição em termos da corporalidade e da temporalidade e, em termos opostos, um predomínio dos aspectos negativos como a “repetitividade, tédio, impaciência, isolamento, conservadorismo, confusão e rigidez”. A mesma concepção dicotómica ou “bipolar” foi apresentada por S. Vargas (1981) ao descrever um conjunto de traços ou de características “negativas e descendentes” e outras “ascendentes ou que se transformam compensadoramente”⁶⁴. Claro que cada indivíduo evidencia ao longo do seu desenvolvimento aspectos mistos, mas tende a

⁶² Como comento com mais precisão no capítulo seguinte, a maioria das teorias gerontológicas situam-se numa zona de interface entre a Psicologia e a Sociologia. É a partir das interacções quotidianas que os dados são recolhidos e as teorias construídas.

⁶³ Cada indivíduo auto-posiciona entre ambos os pólos e, complementarmente, cabe ao gerontoterapeuta a tarefa de avaliar cada senescente, identificando as áreas a serem trabalhadas.

⁶⁴ Nesta categoria estão agrupados os traços típicos da concepção “X” (cf. Nota nº178) - hostilidade para com a novidade e conservadorismo; fadiga e menor rendimento físico e intelectual; diminuição da vontade e das aspirações...e da afectividade; menor consciência e concentração e deficiências de carácter - e “Y” – as perdas de rapidez são compensadas com decisões mais exactas; as perdas na memória imediata são compensadas com um sistema mnésico mais completo por via do agrupamento dos dados e a sua comparação; habilidade para compensar perdas funcionais, com boa capacidade para usar as capacidades existentes; maior capacidade de aprendizagem em situações práticas; conservam a capacidade para tarefas de paciência e precisão; sabem manter as experiências acumuladas e ampliam as relações existentes; aumenta a ponderação e o equilíbrio e com expansão da espiritualidade” (S. Vargas, 1981: 100 – 101).

organizar-se preferencialmente num ou noutro pólo. Todavia, as pessoas que sabem envelhecer melhor, mantêm-se até bastante tarde, senão sempre, com características compensadoras.

Na perspectiva assumida pelo autor, prévia a qualquer abordagem teórica ou prática, a melhor descrição é feita pela perspectiva fenomenológico - existencial que “nos permita o estudo singular da pessoa - em - situação nas suas relações significativas mas também o estudo de grupos de pessoas com características afins” (Lopes, 1992). Nesta descrição procura-se aceder empaticamente à pessoa, às suas vivências, num determinismo que se situa na relação entre um Eu e um Tu (M. Buber, 1923). Trata-se de uma abordagem dinâmica do envelhecimento baseia-se nas estruturas da existência que são a corporalidade⁶⁵, a temporalidade⁶⁶ e a espacialidade.

O corpo próprio do idoso vai-se progressivamente alterando e, com isso, também muda a sua relação com o mundo: o seu esquema corporal, a sua sensibilidade, motricidade e memória, sendo que tudo tem implicações na consciência – e nos estados psico-afectivos – cognitivos, sendo que a consciência do mundo passa pelo corpo, sem uma distinção clara entre os limites espaciais do Eu e os objectos do mundo externo. Há, pois, uma necessidade de reaprendizagem dos limites da corporalidade, tal como houve na infância, quando corpo se alterou de forma rápida e profunda. Todavia, enquanto o processo na criança tende para uma progressiva integração, a dos idosos tende para uma desintegração⁶⁷, para “um corpo de morte” (Dourado, 2000). O “normal” (e o necessário) é a reaprendizagem do novo corpo, das novas potencialidades e prazeres. Uma divisão sentida perante um corpo que se torna diferente, mas também de uma realidade externa diferente que se não ajusta ou integra nas concepções existentes. De facto, se houvesse alguma coerência externa, se relativamente às novas formas de envelhecimento houvesse um modelo coerente, essa dicotomia psicológica e identitária seria melhor resolvida em termos individuais. Assim, a pressão sobre as respostas individuais e psicológicas aumenta, embora possam ser dados alguns pequenos passos “terapêuticos”, tal como as propostas de Le Breton de programas de ginástica adaptada e

⁶⁵ Por corporalidade – o corpo próprio de um indivíduo – compreende-se a totalidade dos significados que um indivíduo atribui aos dados exteriores e ainda à sua actividade no mundo. Todos os acontecimentos significativos se tornam corporalidade porque há vivências sem corpo.

⁶⁶ Para o autor ganha particular sentido a dimensão subjectiva da temporalidade encontrada em P. Roth sobre a ilusão metronómica dos jovens que contam o seu tempo para trás, enquanto o envelhescente (ou o doente terminal) medem o tempo “contando para a frente. Conta o tempo pela proximidade da morte.” (P. Roth, 2006: 124)

⁶⁷ Eis a descrição da experiência descrita por Freud: “Estava eu sentado sozinho no meu compartimento no carro-leito, quando um solavanco do trem, mais violento do que o habitual, fez girar a porta do toailete anexo, e um senhor de idade de roupão e boné de viagem, entrou. Presumi que ao deixar o toailete, que ficava entre os dois compartimentos, houvesse tomado a direção errada e entrado no meu compartimento por engano. Levantando-me com a intenção de fazer-lhe ver o equívoco, compreendi imediatamente, para espanto meu, que intruso não era senão o meu próprio reflexo no espelho da porta aberta. Recordo-me ainda que antipatizei totalmente com a sua aparência. (S. Freud, 1919: 309)

um “atelier de estética que permita às pessoas idosas manter o seu corpo, maquilharem-se, cuidarem dos seus cabelos; o corpo é, sem jogo de palavras, a capital do corpo...” (Le Breton, 1990: 153).

A temporalidade também é sujeita a mudanças. Globalmente, o tempo acelera, parece “rarefazer-se” (J-L. Servan – Schreiber, 2005:107) por razões biológicas⁶⁸ ou psicológicas. No segundo caso, E. Hall lembra-nos a diferente proporção de tempo entre a criança e o idoso: o mesmo ano representa a imensidão de 20% da vida de uma criança de 5 anos e unicamente 1,4% de um idoso de 70. Por outro lado, “como vivemos a vida como um todo” a criança tem um presente eterno enquanto o idoso tem uma crescente consciência do limite com uma esperança de vida inferior a 10% do que já viveu. Todavia, paradoxalmente, muitos falam em ocupações, incluindo pedagógicas para “ajudar a passar o tempo” dos mais velhos.

Neste aspecto a Gerontologia Educativa considerando a temporalidade deve centrar-se na facilitação da descoberta de dimensões inexploradas do idoso, sabendo que “a nossa percepção do tempo varia consoante a maneira como o preenchemos” (J-L. Servan – Schreiber, idem) e que o incremento da qualidade e da liberdade deverá ser proporcional à sua restrição: “É por isso que se deve valorizar cada hora, avaliar a sua densidade e o seu valor, como se faz com as últimas fichas do casino” (ibidem). Em termos de intervenção educativa passa pela capacidade de facilitar aos idosos a sua capacidade de elaborar projectos próprios, grupais ou familiares. Na prática, o idoso poderá expressar-se dizendo: “a minha vida ainda não vai ficar por aqui...” Mas, é ainda necessário oferecer e saber integrar o idoso em actividades estimulantes e em rotinas que lhe pontuem a vida, dando-lhe uma alternância entre tempos fortes – a vivência de um tempo experimentado com alegria, afectividade e acção – que dê sentido aos necessários momentos de pausa e tranquila introspecção. Não podemos esquecer que muitos dos idosos tiveram a sua temporalidade hetero - determinada por ritmos externos durante a maioria da sua vida, pelo que o tempo auto – gerido é uma conquista difícil. Talvez por isso, habituados a não terem tempo próprio, se sujeitem tão “docilmente” às longas esperas⁶⁹ nos serviços de atendimento, nomeadamente, pelos seus médicos.

A última estrutura da existência considerada é a espacialidade – o espaço vivido, por oposição à dimensão objectiva do mundo físico. A perda de autonomia no espaço, a restrição do espaço do idoso deve-se a processos internos - por via de uma menor coordenação sensório – motora – e externos, com barreiras arquitectónicas, ao desordenamento urbano e do tráfico, riscos em termos de segurança aos diversos níveis.

⁶⁸ Um das hipóteses associa essa aceleração com a diminuição do metabolismo celular por diminuição da oxigenação (K. Rose, 1989: 16; Cf. U. Leher e H. Thomae (2003: 133).

⁶⁹ C. Olivenstein, refere-se à condição antropológica do idoso-em-espera que “se organiza nessa vida específica que é a espera, só a espera, inteiramente a espera?” (2000: 48)

Nestas condições o idoso restringe-se, confinando-se a um espaço vital mais empobrecido, num ecossistema mais limitado.

Neste contexto torna-se particularmente importante uma intervenção educativa que considere “a prática educativa corporal e psicomotora” (G. Arroyo, 2003: 81). Segundo a autora, deve ter em conta as características dos idosos, mas também as particularidades de cada grupo e deve ainda considerar as características do gerontologista. Trata-se de um modelo educativo progressivo, que passa de uma pedagogia centrada no gerontologista (o modelo), para se centrar no idoso (na situação) e, por fim, numa pedagogia de livre expressão.

Por último, um dos aspectos mais reveladores do envelhecimento individual é a construção do envelhecimento próprio, o modo com alguém autodefine a sua idade em função do envelhecimento. Tal processo é culturalmente construído, mas é intimamente autodescoberto, como é o caso das descrições de Proust, Rubem A. e de Freud. Um dos aspectos observáveis é uma clara discrepância entre uma velhice política (o envelhecimento oficialmente determinado), uma velhice “social” (o que o envelhecimento é para os outros e como julgam o meu envelhecimento), a velhice esperada (como eu interiorizo o envelhecimento e espero que se realize em mim) e a velhice “vívida” (como vivencio a minha velhice). Este processo é continuamente negociado internamente e com os outros e, por isso, alguém pode reconhecer-se ou distanciar-se dos discursos oficiais ou dos seus pares. Os outros podem ser “velhos”, mas o próprio, olhando para si, pode ainda reconhecer-se juvenil. Uma das leituras deste processo é considerar que o envelhescente está a usar um mecanismo de defesa, negando o seu envelhecimento. Todavia, podem ser muitas outras coisas: o desajustamento entre uma expectativa negativa do envelhecimento que o envelhescente afinal não reconhece em si; pode ser uma saudável reacção aos modos sociais de classificar e padronizar, num mecanismo comum de autodeterminação e saudável teimosia de quem pretende saudavelmente aproveitar “as últimas fichas”; ou pode apenas resultar das próprias contradições entre os vários tipos de envelhecimento. Na prática, penso que este é um dos temas centrais de uma Gerontologia educativa: aprender a envelhecer num diálogo interno⁷⁰, com o corpo – próprio e com os outros.

1.2.4. O envelhecimento social / societário

Nas sociedades industrializadas, o processo de envelhecimento individual prolonga-se por mais tempo e em maior número de pessoas, sendo manifesto que o contexto social e

⁷⁰ Luis Conde fala em subjectivação: “chamamos trabalho de subjetivação porque justamente es un trabalho que faz o sujeito e que tem como objectivo dar sentido, representar, simbolizar as coisas que sucedem ou sucederam ao próprio ou ao seu redor” (1997: 80).

cultural em que ocorre se alterou substancialmente. A própria concepção do envelhecimento tornou-se mais demográfica – social – económica - ecológica⁷¹, mais dependente do meio do que das características individuais, fazendo com que muitas das vantagens adquiridas com o envelhecimento nas sociedades tradicionais se dissipassem. Por um lado, porque o capital de experiência e história pessoal está desvalorizado em sociedades viradas para a mudança e para a novidade e, por outro lado, porque a perda da relativa raridade do envelhecimento retira o seu carácter de excepção e de admiração⁷². Assim, a desvalorização das competências adquiridas e a massificação dos mais velhos, criaram as condições para que a individualidade (da experiência e da vida) seja ultrapassada por um processo pelo qual se cria um grupo “homogéneo”⁷³ cada vez mais numeroso dentro das sociedades, constituído por indivíduos improdutivos e consumidores de recursos⁷⁴.

Neste sentido, as sociedades actuais inventaram um novo tipo de “Envelhecimento” ao qual vêm sendo aplicadas as estratégias habituais: a quantificação (pelas idades, pelos números demográficos ou económicos), a cientificidade (desde logo pela Medicina e estendendo-se às restantes Ciências Sociais e Humanas⁷⁵) e o reforço dos discursos legitimadores das acções em contexto de incerteza e de indeterminação. Na sua base, encontramos a noção de “Idade”, que se tem revelado como uma estratégia muito útil porque permite desde logo objectivar o fenómeno, ainda que tal processo implique a perda de elementos essenciais⁷⁶, nomeadamente da individualidade dos sujeitos envelhescentes. Não se confunde uma avaliação de idade feita a partir da sucessão dos acontecimentos da vida, com uma contagem cronológica⁷⁷. Por outro lado, é possível acrescentar à idade correspondências sobre “deveres sociais” e obtemos “dados de

⁷¹ Também neste caso se verifica um paralelismo com as concepções de saúde “passaram de uma Saúde individual para social... do social para o sistémico” (J. Ribeiro, 2005: 24, 27)

⁷² Ainda encontramos reminiscência desta atitude de admiração nos discursos sobre os centenários, a quem se atribuem qualidades excepcionais e que originam estudos específicos (D. Buettner, 2006), tais como a procura do “gene” ou das condições ambientais que justificarão a longevidade.

⁷³ Tal como seguidamente será referido, predomina a “teoria do Funil” que caracteriza da mesma forma, embora com ligeiras diferenças temporais, todos os indivíduos deste grupo como isolados, sós, doentes, pobres ou socialmente excluídos.

⁷⁴ Desse facto resultam programas que procuram dar juventude (Atchley) ou ainda “revitalizar” para que os idosos consumam menos recursos por mais tempo; outros procuram utilizar o potencial de consumo desta população propondo produtos que rejuvenescem ou que respondem a eventuais necessidades presentes e futuras.

⁷⁵ “Neste caso cumpre-se mais uma vez que o programa de trabalho das ciências sociais está ditado pelos problemas que tem a sociedade, quer dizer, que os problemas abordados nas ciências sociais são primeiro problemas sociais” (H. Velasco, 2004: 421). Todavia, isto implica um particular cuidado epistemológico, porque o trabalho científico pode ser meramente reproduzido das forças sociais que criam e justificam os mesmos fenómenos (...). É o caso paradigmático da definição social das idades que embora “varie de umas sociedades para outras” (Idem, 428) aparece nalguma literatura gerontológica de forma acrítica.

⁷⁶ Barreto (1988) refere-se expressamente a estas limitações, pela necessidade e dificuldade em compreender um fenómeno onde se combinam factores genéticos, pessoais, ambientais e exigem uma compreensão de processos biológicos, psicológicos e sociais.

⁷⁷ Ainda hoje vários idosos, incluindo o meu próprio pai, se divertem “com a mentira da idade”, dado que o registo obrigatório se fazia muitas vezes em datas posteriores, pelo que, em média, os idosos portugueses serão algumas semanas ou meses mais velhos do que a sua idade “oficial”.

tempo”: a idade de ir para a escola, de trabalhar, de casar, de se reformar. Assim, é-se adulto politicamente – quando se vota aos 18 anos, familiarmente – quando se constitui família, economicamente – quando alguém subsiste pelos seus próprios meios. E é-se idoso aos 65 anos – o tempo da reforma ou equivalente, sendo que, neste processo, os idosos são classificados e aglutinados num novo quadro de preconceitos negativos que promovem uma identidade de grupo caracterizada pela ineficácia e pela rejeição⁷⁸. Ora, uma vez assumida esta classificação, todos os que chegam ao patamar dos 65 anos, ficam abstractamente definidos e deixa de ser necessário confrontar a idade com os indivíduos concretos.

Na literatura configuram-se várias tipificações das idades. Levet - Gautrat (1985) e Pimentel (2001) distinguiram entre: 1) a idade cronológica de qualquer um, definida entre o registo de nascimento e o tempo presente do sujeito⁷⁹. Tem a vantagem da exactidão, mas é omissa relativamente aos aspectos mais importantes da vida do indivíduo; 2) idade jurídica, onde são prescritos direitos, deveres e responsabilidades, tendo normalmente em conta idade cronológica; 3) idade psico-afectiva⁸⁰ que aparece estimada em função do desenvolvimento por etapas ou por ciclos, configurando aspectos da personalidade e respostas sócio-afectivas. Neste caso, o quotidiano demonstra frequentemente incerteza e desacordo entre o padrão esperado e as vivências do indivíduo concreto⁸¹; 4) Uma idade social, onde os sucessivos papéis culturalmente atribuídos vão sendo experimentados.

Para vários autores estas “idades” estão marcadas pelos processos industriais (Gaghalons-Nicolet, 1994)⁸² e pela modernização (D. Cowgill e L. Holmes, 1972). Deste

⁷⁸ O que neste momento acontece em Portugal é paradigmático: é quase quotidiana a referência ao envelhecimento demográfico e à crise económica, que são as duas maiores justificações para as mudanças que os políticos julgam necessárias fazer no Estado Social.

⁷⁹ Esta idade cronológica é muitas vezes cruzada com a idade biológica (determina pelo estado funcional dos órgãos e das funções vitais comparados com os padrões estabelecidos para o grupo etário referido – a normalidade) e com a idade funcional determinada pela capacidade global do indivíduo para manter os papéis pessoais e a sua integração na comunidade.

⁸⁰ Mas que pode dar origem a definições aparentemente muito úteis, usadas em diagnósticos médicos, tais como: “Doente de 82 anos, sexo♀, idade aparentemente coincidindo com a real... memória conservada de acordo com os parâmetros etários...” (A. Lobo Antunes, 2004: 251) Mais à frente o mesmo autor exclama: “(as asneiras que nos impingiram na Faculdade, o que é a idade real?)” (Idem, 254)

⁸¹ G. Avanzini (1996) expõe as contradições entre as expectativas que se têm sobre os adultos, ou sobre o que se espera que os adultos tenham desenvolvido e a realidade concreta. Quotidiana. Assim, segundo as teorias do desenvolvimento clássicas a capacidade de autonomia (aquisição de estatuto profissional, construção de uma rede relacional estável, estabilidade de vontade e racionalidade de comportamentos), unificação da personalidade (unindo sexualidade e afectividade no casamento, integração da intelectualidade e da sociabilidade) e, sobretudo, que sabem conjugar ambos os domínios. Ora, vemos que este “adulto ideal” é apenas “um mapa” que raramente se configura ao território concreto de cada um.

⁸² Todavia, outras civilizações, nomeadamente a chinesa ou a civilização greco-romana organizaram ciclos de vida para conceberem a evolução. A primeira arranjou uma métrica em múltiplos de sete ou oito anos, conforme os géneros; os romanos distinguiam entre *puericia*, *adulescentia* / *juventus*, *aetas seniorum* e *senectus* (aos sessenta), aplicando idades e deveres. Assim, parece-me que as civilizações tenderão a organizar métricas ou tempos específicos para os seus membros, para os integrar no bem comum. Ora, o mesmo se passou com as sociedades industrializadas que, no limite, organizam os ciclos em função do

modo, o capitalismo industrial estenderia o apito das fábricas (e a campanha das escolas) aos ciclos de vida, em função da divisão social do trabalho e que se estenderia à vida individual⁸³.

Outros autores (P. Gil, 1991; Mailoux-Poirier, 1995) encontram outras sistemáticas para as Idades (3ª e 4ª idades; Idade Baixa e Alta), mas é unânime situar o início do envelhecimento com o início da reforma (3ª Idade / Baixa Idade) e criam uma subclasse para o início provável de maior decadência física ou problemas funcionais (4ª Idade / Alta Idade).

Mais elaborada ainda é a teoria expressa por Nifle (1995) que distingue três fases que começam inevitavelmente com a reforma e que corresponde ao primeiro passo da desvinculação – haveria uma desresponsabilização pelo trabalho, embora isso não significasse um alheamento do indivíduo relativamente à sua actividade profissional. Neste caso, trata-se de uma “negociação” com a reforma, que implicaria ajudas que gratificariam o idoso, nomeadamente pela família; uma segunda fase corresponderia a uma perda da autonomia e início de processos de dependência, sendo a característica mais marcante uma clara limitação na vida social. Para este autor esta renúncia forçada aos contactos sociais pode originar uma forte angústia no sujeito; a terceira fase, leva ao limite a desvinculação e o afastamento relativamente ao mundo e que provoca no idoso indiferença e alheamento precursor da morte⁸⁴.

Outros autores procuraram através de um conceito composto que permitisse uma padronização por idades que assumisse uma avaliação individualizada com a vantagem de definir critérios para um Envelhecimento Diferencial⁸⁵ (R. Butler⁸⁶, 1975; F. Forest e U. Forest-Streit, 2006). Em concreto, procuraram uma metodologia que permitisse diferenciar entre a idade biológica dos indivíduos (definida em termos de *performance*) e

trabalho, distinguindo entre o ciclo preparatório para o trabalho – infância e adolescência, o ciclo de trabalho, reprodução e vida útil – a adultícia e o pós-trabalho (anciania).

⁸³ Daí o interesse dos estudos de Antropologia que nos ajudam a relativizar culturalmente algumas características que muitos generalizam dando-lhes estatuto de universalidade. Assim, vemos modos de envelhecimento muito distintos entre os idosos portugueses ruralizados e os proletarizados - urbanos. No meio, encontramos sobretudo no Norte, um elevado número de indivíduos que têm o seu emprego na indústria e até em serviços, mas mantêm a sua ligação à terra, numa agricultura de subsistência. Uns consomem menos serviços médicos, mantêm-se com elevada autonomia em suas casas durante bastante tempo e mantêm actividade física – laboral. Outros são consumidores compulsivos dos vários serviços, arrastando-se entre consultas e escassos lugares de interacção social.

⁸⁴ Outra visão tríplice do envelhecimento distingue entre Envelhecimento primário (entre os 60 e os 75 anos), secundário (76 – 85 / 90 anos) e terciário (> 85 / 90 anos), esclarecendo estes autores que cada grupo terá problemas diferentes, bem como capacidades e necessidades distintas. Por exemplo, tal como notou S. de Beauvoir é de particular interesse considerar os idosos que chegam ou passam a barreira centenária porque mostram uma vitalidade que muitos outros nunca demonstraram ou perderam no início do envelhecimento.

⁸⁵ “Todos os indivíduos de uma colectividade não envelhecem ao mesmo ritmo, alguns são prematuros relativamente à média dos indivíduos da sua idade, do seu sexo e da sua colectividade, enquanto outros, pelo contrário, apresentam no seu conjunto melhores performances fisiológicas” (F. Forest e U. Forest-Streit, 2006: 59)

⁸⁶ Este autor considerou, a partir das suas pesquisas, que nos idosos se verificava muito mais variação do que entre os mais jovens. Considerou que havia enormes diferenças em termos fisiológicos, cronológicos, psicológicos e sociais seja em termos intrapessoais, seja em termos interpessoais (R. Butler, 1975: 12).

a idade cronológica: ora, para estes autores, a subtração da idade cronológica da idade biológica, daria um índice de desenvolvimento diferencial que, sendo negativo, seria um sub-envelhecimento e, sendo positivo, seria um sobre-envelhecimento. Os autores afirmam que o interesse deste método e deste conceito será o de perceber variações de saúde em indivíduos e em grupos.

A estratégia complementar à quantificação é a do envelhecimento definido pelas múltiplas ciências e disciplinas científicas, e onde a Medicina e a Demografia têm um lugar destacado. Nos trabalhos clínicos pioneiros de J-M. Charcot, em 1867, Ilya Metchinikov⁸⁷, prémio Nobel de Medicina em 1908, Stanley Hall, em 1922, houve uma clara preocupação em descrever com rigor os quadros clínicos que desafiavam a compreensão do que seria normal ou patológico na senescência e na senilidade⁸⁸. Estávamos ao nível do envelhecimento individual, orgânico e tecidual. Depois, acompanhando a evolução da medicina, a bioquímica, a microbiologia e a genética foram investindo no envelhecimento.

Por outro lado, os demógrafos perceberam muito rapidamente uma outra realidade macro, o envelhecimento populacional. Ora, as consequências desde processo tornaram-se hoje objecto de estudo de quase todas as ciências sociais e humanas. Mais recentemente as tecnologias vêm acompanhando este domínio crescente, investindo-se mais recursos na investigação e nos serviços aos mais velhos.

C. Paúl (1995) numa perspectiva que procura incluir as várias ciências recupera a noção de idade, adoptando a concepção bio-psicossocial, e tricotomiza⁸⁹ o envelhecimento em: i. Idade Biológica – medida pelas capacidades funcionais e pelo limite da vida dos sistemas orgânicos que vão perdendo as capacidades adaptativas e de autoregulação; ii. Idade Psicológica – influenciada pelos factores biológicos e sociais e envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, sentimentos e emoções, motivações e habilidades que permitem o controlo comportamental e iii. Idade Social –

⁸⁷ O primeiro estudou o processo de envelhecimento, suas causas e consequências sobre o organismo, e publicou um “Estudo clínico sobre a senilidade e doenças crónicas”; o segundo, ganhou o prémio, com um estudo que advogava a influência do intestino grosso que expelia venenos responsáveis pela deterioração dos alimentos, e recomendou uma ingestão regular de leite ou iogurte, e o hábito de utilizar laxantes para esterilizar o organismo, temas que ainda hoje continuam a ser centrais em Geriatria; o terceiro, Stanley Hall, publicou, em 1922, a obra “Senescence: the hall of life.” (Azevedo, 2001 e Paiva, 1986).

⁸⁸ No mundo das ciências, as ciências médicas, mas sobretudo, os estudos clínicos foram os primeiros a reconhecer a importância dos estudos gerontológicos, porque se interessam preferencialmente pelos processos degenerativos e patológicos. Em contrapartida as restantes ciências têm maior tendência para estudarem os processos de génese. Assim, foi no último terço do séc. XX que os estudos gerontológicos ganharam ampla expressão e que é visível pelo crescente aumento de artigos publicados. Ora, esta lógica é de tal forma interna ao pensamento médico que se chega ao ponto de febril o normal do envelhecimento pelo que não pode ser explicado pelas doenças neurofisiológicas: “O envelhecimento normal, o envelhecimento sem complicações, primário ou senescência cobre mudanças biológicas no sistema nervoso e mudanças comportamentais devidas à idade que não podem ser explicadas pelas doenças neuropsiquiátricas” (C. Gottfries, 1985: 11).

⁸⁹ Como é fácil verificar à uma clara tendência dos diversos autores em distinguirem três grupos ou três idades, o que pode corresponder muito mais a quadros mentais de organização da realidade do que à própria realidade.

referente aos papéis e hábitos que o sujeito assume na sociedade e que podem ser mais ou menos ajustados ao esperado. Seguindo esta lógica bio-psicossocial (Schroots e Birren, 1980) distinguem entre o envelhecimento biológico ou senescência – vulnerabilidade crescente e maior probabilidade de morrer; psicológico – tendo em conta os processos de autoregulação individuais, tomada de decisões e opções e capacidade de adaptação e envelhecimento social - relativo aos papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade para esse grupo etário.

É óbvio que, a propósito do envelhecimento humano, há um conjunto alargado de discursos, enquadramentos conceptuais e teorias que se complementam, contradizem-se, são redundantes ou que dizem o óbvio⁹⁰. Moody (1976) tipificou em quatro grupos as atitudes e a compreensão relativamente ao envelhecimento e que vão desde uma concepção claramente negativa até outra que privilegia os recursos dos senescentes. Assim, teremos um primeiro grupo que seria dominado por uma atitude negativa, de repulsa ao idoso, não lhe reconhecendo competências, nomeadamente pela sua perda de produtividade, tornando-se por isso um “fardo” social a ser suportado pelos activos; um segundo grupo seria dominado por uma atitude que procuraria, sobretudo, prestar apoio aos idosos possibilitando-lhes actividades e ocupações de lazer e suporte de forma a preencher a sua passividade e inactividade – o senescente é reduzido a um mero consumidor passivo; um terceiro grupo, valorizaria uma atitude activa do senescente, quer em termos de auto realização, quer ainda na participação social e solidária na sua comunidade específica e na sociedade civil; um quarto grupo, e recuperando as teses de desenvolvimento de E. Maslow ou de E. Erikson, valorizaria este ciclo como a etapa de auto realização, onde o senescente pode recuperar e concretizar projectos pessoais, grupais ou colectivos.

Estamos, num daqueles domínios fundamentais no qual o pensamento categorial, o *logos apofântico*, nos impossibilita essa definição exaustiva e única: o envelhecimento é claramente multidimensional, polissémico... e apenas o *logos hermenêutico*, compreensivo, poderá compreender na sua totalidade. Em termos epistemológicos, a Gerontologia e as suas diversas subáreas, situa-se, e parafraseando C. Canguilhem (1994:7) relativamente à medicina, “como uma técnica ou uma arte que se situa no cruzamento de várias ciências, mais do que uma ciência propriamente dita”.

Por último, precisamos ter sempre presente que a pessoa mais velha funciona cada vez mais como um todo, porque a interacção e a complementaridade entre os sistemas se

⁹⁰ Género, “o envelhecimento humano é aquele que abrange o processo complexo do envelhecimento do ser humano nas suas diversas fases”. Melhor seria uma definição discriminadora como a referida por E. Schrödinger (1998: 100) que cita uma definição para “perro” da Real Academia Española: “... patas posteriores, una delas cuales suele alzarel macho para orinar”, dando uma característica que permite distinguir do gato.

revela progressivamente mais importante. Por um lado, a um *deficit* num órgão ou sistema, outros terão de compensar, de forma a manter o sistema funcionando. Mas, também há uma maior sensibilidade porque há menor resistência – resiliência⁹¹ – face às mudanças endógenas e exógenas. Assim, os problemas sociais, comunicacionais e económicos têm maior possibilidade de se somatizarem ou de se transformarem em sofrimento psíquico ou num mal-estar generalizado e inespecífico⁹². Todavia, é difícil ao pensamento racional e disjuntivo exprimir os diversos discursos científicos que objectivam o envelhecimento. Por isso, vão sendo criadas concepções pré-teóricas que dão origem a sucessivas teorias, por vezes contraditórias, para explicarem a realidade do envelhecimento humano.

Vivemos, pois, uma época de transição para uma sociedade onde o peso relativo dos mais velhos vai implicar profundas mudanças e, nestas condições, acreditamos que os processos de adaptação individuais e colectivos só são úteis se se repercutirem em mudanças culturais e educacionais. As restantes espécies estão muito mais presas à hereditariedade e às aprendizagens adaptativas nos juvenis, porém os humanos conformam a sua biologia à cultura, o passado ao presente e este ao futuro. Assim, tal como se tem discutido longamente sobre os primeiros períodos de desenvolvimento e das suas implicações na adultícia, estamos a entrar numa época em que temos de discutir a anciania ou o envelhecimento e isso também tem implicações para a adultícia⁹³. O processo é idêntico, mas simétrico: o estudo da criança é essencial para se preparar o seu presente, concebido em função do seu futuro; o estudo do idoso é essencial para se preparar no presente o futuro das novas gerações de idosos a partir dos seus recursos anteriores, da sua adultícia.

1.2.5. Os contributos da Etnologia.

A Antropologia Cultural, enquanto ciência comparativa, permite-nos compreendermo-nos melhor ao considerarmos o modo como os outros povos olham para o envelhecimento. A Etnologia dá-nos as descrições de sociedades distintas da cultura ocidental e, por outro

⁹¹ “A resiliência, é mais do resistir, é também aprender a viver... Esta não pode ser procurada apenas no interior da pessoa, nem no seu ambiente, mas entre ambos, porque nutre sem cessar uma mudança íntima com a mudança social... [é representada] pela metáfora do tricot” (Cyrułnik, B., 1999: 185-186)

⁹² Retomaremos novamente este tema, mas julgamos particularmente útil considerar aqui a distinção que G. Canguilhem (1994: 11-13) encontrou entre a tradição e medicina definida como ontológica ou “localizante” e a medicina definida como dinâmica ou “totalizante”. Na primeira, o médico ou o técnico de saúde procura localizar “o mal”, que terá existência ontológica; na segunda “todo o homem está doente” e qualquer queixa ou doença não é senão a manifestação da perturbação desse equilíbrio que o homem deve ter consigo e com o mundo. Ora, por imensas razões que iremos considerar, a pessoa idosa precisa claramente de uma abordagem “dinâmica” que considere os factores de vulnerabilidade e os de resiliência de forma a potenciar a sua adaptação às mudanças de ambiente, de relações e da sua própria corporalidade.

⁹³ Neste sentido a Gerontologia Educativa deve ser iniciada durante a adultícia e deve ser feita em diferentes fases, tais como a “preparação para a síndrome de ninho vazio”, ou a “preparação para a reforma”, que serão determinantes para a forma como os mais velhos viveram as últimas etapas e a própria finitude. Outra função da Educação é a promoção de “uma boa gestão da vida” que dá origem ao neologismo “bionomia” (J. de Rosnay et al, 2005:44).

lado, fornece-nos interpretações sobre os modos como a biologia, a cultura e as formas expressas de subjectividade se organizam mutuamente em resposta ao envelhecimento e á morte. O que é constante é o facto de o processo biológico – universal – ser elaborado cultural e socialmente de diversas formas.

Podemos estender ainda essa comparação à Primatologia, onde se verifica que em várias espécies de primatas os membros idosos possuem grande prestígio no seu grupo, transmitindo conhecimento e autoridade aos demais, havendo um macho adulto e com mais idade, o “alfa”, que domina em relação às fêmeas e aos mais jovens. Todavia, em determinadas condições, sobretudo se exercitar demasiado o seu poder, acaba por ser desafiado por um grupo de machos mais jovens e o mais velho terá de lutar com o líder dos machos jovens. Se não vencer, mesmo que sobreviva, terá de deixar o grupo, ficando sozinho até morrer... Foi verificado algo semelhante em sociedades humanas, onde o velho tinha como trunfo os seus conhecimentos e experiências, mas também podia ser expulso do grupo, nomeadamente por motivos económicos, ao tornar-se inútil por não poder trabalhar. Tais práticas sociais são descritas por S. de Beauvoir (1970), referindo-se aos *hotentotes* e aos *ojibwas*, com casos relatados de abandono dos mais velhos, sobretudo, sem família, tal como é descrito no caso dos *lepchas* dos Himalaias, onde os que não tinham filhos e não conseguiam trabalhar eram desvalorizados. Nessa sociedade, o apoio dos filhos constituía o recurso mais importante para um velho. Em oposição, entre os *yahgans* (Terra do Fogo) e os *aleútas* (Mongóis) respeitavam-se os velhos na medida das suas capacidades únicas, tais como manterem a coesão comunitária ou terem o conhecimento da magia e da religião nas comunidades mais complexas. Tinham ainda maior domínio sobre capacidades práticas tais como a costura e os remédios. São exemplos de sociedades dominadas por uma gerontocracia, nas quais os mais velhos não só teriam as vantagens de serem a fonte de transmissão de conhecimento, tal como se verificava na tradição oral, mas teriam construído estruturas e infraestruturas de suporte e legitimação.

Noutras sociedades ainda os mais velhos não seriam propriamente desvalorizados ou valorizados, tal como seria o caso dos incas, onde a importância seria atribuída em função da utilidade independentemente da idade e a velhice ou mesmo uma incapacidade deveriam permitir a realização de algum tipo de tarefa.

Em muitos dos textos sobre o envelhecimento há uma espécie de nostalgia por culturas baseadas na oralidade, com maior peso das tradições e onde a memória dos mais velhos é um instrumento privilegiado. Contudo, essas características não são suficientes para garantir eficazmente o lugar do velho e o apoio na velhice, porque as crises sociais e ecológicas que implicam menos recursos e maior instabilidade, depressa implicavam uma nova repartição das riquezas. De facto, apenas a civilização, com melhor conquista dos

recursos e uma melhor distribuição das responsabilidades permite o apoio duradouro aos mais velhos. Todavia, como em muitos outros aspectos⁹⁴, as condições que permitiram o envelhecimento social⁹⁵ também têm originado novos problemas.

Em princípio, as sociedades mais ricas e complexas permitem aos idosos manterem-se melhor porque há mais recursos disponíveis e ainda porque encontram um espaço social na sua comunidade que lhes é próprio e os justifica. A nossa dificuldade civilizacional actual é manter o princípio ético - moral de apoio efectivo e de não exclusão às gerações mais velhas, garantindo-lhes condições de “qualidade de vida”, saúde e bem-estar, ao mesmo tempo que recusamos as respostas que anteriormente garantiam a alguns uma boa velhice. É o caso da recuperação da memória passada que é hoje genericamente inútil quando se reporta a contextos e tecnologias ou pode ser em grande parte recuperável, pelo menos em termos factuais, pela imensa informação disponível. A própria recuperação pode ser “uma espada de dois gumes”: pode ter um uso positivo, tal como propõe C. Eckert, 2002), mas também pode tornar-se num espaço gueto, de uma subcultura retrógrada, o que cria ainda maior abismo social.

Não é por acaso que as obras sobre a Antropologia do Envelhecimento têm a reforma como um tema central: o seu significado, os modos da sua gestão, os comportamentos dos reformados (J. Ferlicia, 2002:137 – 254; G. Debert, 1999: 137 – 192)⁹⁶. Na literatura (A-M. Guillemard, 1972) trouxe de forma evidente os temas do binómio Trabalho / Não trabalho, do afastamento do circuito de produção e da sua implicação nos restantes mundos de existência, nomeadamente no “reequilíbrio social e pessoal”.

Em termos pessoais, o autor apercebeu-se da enorme importância deste tema nos vários grupos de idosos com que trabalhou, nomeadamente, nos grupos de gerontodrama no Programa “Casa das Artes”, descrito no Trabalho de Investigação Tutelado (Ferreira, 2002), e ainda na Universidade Sénior de Espinho entre 2003 – 2004 (O Sénior, 2004: 19). Destas experiências concretas tornou-se-me evidente que a melhor forma de compensar a perda da vida profissional ou ainda perdas pessoais, é a estimulação das capacidades relacionais e que um idoso é tanto mais feliz e útil quanto poder redescobrir o prazer da sua intimidade e da partilha com os outros, sejam os pares, sejam os mais

⁹⁴ Por exemplo, a escolarização nas nossas sociedades, onde se criaram condições para um tempo mais prolongado de preparação das crianças e das novas gerações, tem implicado problemas novos com que nos estamos agora a debater – o divórcio entre a escola que se autonomizou da realidade, o desinteresse dos jovens pela escolaridade obrigatória e os crescentes conflitos dentro do sistema escolar, nomeadamente entre professores e alunos (J. Gatto, 2003).

⁹⁵ “O envelhecimento da população também é devido à melhoria das condições de vida, de saúde e dos avanços tecnológicos verificados na nossa sociedade, pois existe uma maior capacidade de fazer frente às patologias que surgem, havendo um decréscimo das mortes por doenças infecciosas aumentando a prevalência de doenças crónicas.” (S. Paschoal, 2000: 42)

⁹⁶ Outros temas centrais são as comunidades residenciais, as relações familiares ou as dinâmicas em grupos de pares.

novos⁹⁷. O melhor programa é o que permite a interação, a construção de significados⁹⁸ e o “estar com” de modo vivo e aberto. Depois, quaisquer outras actividades são complementares...

No caso de Vila Nova de Gaia (Cap. V), a partir dos dados empíricos recolhidos e do nosso encontro directo com os mais velhos, encontramos uma possível conjugação de dois factores que podem potenciar fortemente a saúde e o bem-estar dos idosos: a “reforma” completada com as pequenas hortas ou jardins que os espaços rurais ou de transição do concelho rural ainda permitem. Muitos dos nossos idosos mantiveram uma dupla actividade urbana, industrial ou nos serviços e comércio, enquanto mantinham uma ligação residual às terras⁹⁹. A reforma possibilitou a muitos o reencontro com as suas origens mais rurais, com a terra e, de algum modo, com o seu ritmo próprio de trabalho. O idoso ganha um espaço mais privado, mais ou menos partilhado com a família, que pode ser completado com a interacção nos espaços comunitários. No mercado, nas igrejas, no posto médico, na taberna ou nos “lugares” (M. Augé, 1994), constroem-se solidariedades que muitos dos mais urbanos não podem viver¹⁰⁰. Por outro lado, muitos destes nossos idosos mais urbanos e proletarizados estão, contudo, reduzidos ao espaço da taberna, acompanhados pelo álcool e por interacções sem verdadeira intimidade como os que se dão em “não-lugares” como os centros comerciais recentes ou nas praças e ruas descaracterizadas relativamente às suas memórias. Aliás, nestes espaços mais urbanizados, os idosos vivem com acrescida preocupação a sua segurança, sentindo a sociedade mais agressiva e, cumulativamente, sentindo-se mais frágeis para responderem a essa agressividade e violência¹⁰¹. Esta insegurança revela-se na

⁹⁷ Penso que um dos aspectos positivos da minha actividade gerontodramática se deve também ao facto de alguns idosos atribuírem ao psicodramatista um papel “de filho”. Isso foi mais visível em alguns momentos onde, após uma reformulação mais próxima aos sentimentos expressos, alguns participantes comentavam: “gostava que o meu filho também entende-se isto”; “que pena os meus filhos não estarem aqui”; “pois, mas o meu filho não me ouve como o senhor...”. Tal mostrou o interesse de uma intervenção terapêutica “por filiação”, *je*, tal como as crianças precisam de pais que suportem as suas angústias e lhes permitam o sentimento de filiação, alguns idosos precisam de filhos que lhes permitam continuar a experimentar o sentimento de paternidade/maternidade. Porém essa relação de paternidade funciona em dois sentidos: a de protegerem a prole (fazem ofertas) e a procurarem apoio (fazem pedidos).

⁹⁸ Uchôa (2002), num estudo realizado no Brasil, em Bambuí, Estado de Minas Gerais, mostrou uma clara diferença entre a visão negativa de pessoas mais jovens acerca do envelhecimento e a percepção dos próprios idosos que reconhecem sentido e validade às suas experiências e valorizam ganhos nas suas histórias de vida, e não identificam apenas doenças e perdas, salientando a sua capacidade para resolverem satisfatoriamente a sua vida e reconhecem a vantagem do apoio familiar e social.

⁹⁹ Lembro-me muito bem a videira enorme a crescer dentro de um pipo de vinho cortado que o meu avô, ferreiro de profissão, mantinha à entrada da sua oficina no coração de Lisboa. Depois, quando por pressão urbanística teve de mudar de local, a sua videira, ligação à sua terra no Norte de Portugal, foi igualmente transportada, tal como a forje e os restantes instrumentos de trabalho. Da mesma forma vemos como na Europa Central, nomeadamente na Suíça, muitos emigrantes alugam talhões de terra nas cidades onde mantêm de algum modo a sua ligação originária à terra.

¹⁰⁰ Tal constatação que fiz inicialmente durante o trabalho na Casa das Artes em Grijó, foi depois igualmente verificada durante os inquéritos que fui fazendo nos anos seguintes em todas as freguesias de Vila Nova de Gaia. Esta constatação constitui uma interessante área de trabalho futuro.

¹⁰¹ Este problema foi evidente na forma como muitos idosos se recusavam a responder aos inquéritos que realizamos. Apenas a paciência, a identificação clara dos inquiridores como alunos da Escola Superior de

linguagem, em certas expressões comuns, tal como revela o interessante trabalho de P. César Alves (2002) que estudou populações com maior fragilidade, através de entrevistas em profundidade, o que lhe permitiu definir a categoria do “nervoso” e as vivências que lhe são associadas, revelando as dificuldades dos idosos, familiares e grupo social de pertença em lidarem com a vida e o desgaste associado em contextos de maior pobreza e violência¹⁰².

Outra área de estudo no cruzamento da Antropologia Cultural e da Gerontologia são os estudos de género. Homens e mulheres vivem frequentemente a sua velhice de forma distinta, mantendo papéis rigidamente pré-definidos, ou fazendo adaptações diferentes. C. Attias - Donfut (2004) dá conta do “paradoxo do envelhecimento feminino” que resulta do facto do impacto da longevidade ser maior entre as mulheres e, simultaneamente, esse facto ser pouco estudado e de ainda o género masculino merecer mais atenção nos estudos. Segundo esta autora, apesar da maior longevidade feminina poder ser entendida como uma vantagem de género¹⁰³, as mulheres tendem a envelhecer em piores condições económico-financeiras e psicossociais: pensões de reforma e sobrevivência mais baixas; viuvez frequente (pelo duplo efeito da maior longevidade feminina e de, em geral, os cônjuges masculinos serem mais velhos).

Claro que os diferentes contextos sociais determinam diferentes possibilidades. Por exemplo, o mais comum nos idosos portugueses é a mulher continuar com as tarefas domésticas, enquanto o homem poderá ser dispensado de tarefas específicas, ausentando-se de casa ou manter-se num espaço isolado e inactivo. A nova sociabilidade do idoso que perdeu frequentemente os seus colegas de trabalho e a sua rotina diária, nem sempre é fácil, ficando-se muitas vezes por contactos circunstanciais.

Dos nossos inquéritos em Vila Nova de Gaia ficou claro que muitos idosos gostariam de continuar a trabalhar (23%). Tal deve-se a vários factores (Peixoto, 2004) como a procura de manterem os padrões de vida prévios à reforma, a atitude de solidariedade junto à

Saúde e uma certa frequência no habitat permitiu vencer o receio inicialmente evidenciado por muitos. Temiam, sobretudo, serem assaltados. Paralelamente, num artigo de C. Eckert (2002) relativo a idosos urbanos habitantes em Porto Alegre, a autora revelou os medos e insegurança dos idosos no contexto urbano, e a sua implicação em termos do reforço do individualismo moderno e das restrições impostas nos espaços de interações. Porém, também salientou a importância de recuperar o passado – memória – herança cultural dos mais velhos para ser repensada a cidade, sobretudo, para se recuperar de um esvaziamento dos sentidos colectivos nas actuais metrópoles, criando-se “Lugares” (M. Auge).

¹⁰² O conjunto de estudos recentes relativos a violência sobre idosos provavelmente manifesta tanto um aumento de casos proporcional ao aumento do número de idosos, como ainda a uma maior visibilidade deste fenómeno. Depois, em concreto, o problema mais comum, o do abandono pela família, não está suficientemente estudado.

¹⁰³ Nos estudos sobre a longevidade é curiosa a diferença verificada entre os sardos, cujo rácio de indivíduos centenários masculinos e femininos é quase de 1:1. Uma justificação apontada é a diferente distribuição das tarefas, dando tradicionalmente ao homem uma actividade com menos stress associado – a pastorícia, e deixando às mulheres a gestão da casa e das finanças (D. Buettner, 2006: 13).

família¹⁰⁴ e o preenchimento do vazio social advindo da falta de uma actividade¹⁰⁵. E, de facto, muitos encontraram formas de actividade que são directa ou indirectamente uma forma de continuação do seu trabalho ou um retorno a actividades rurais de infância (a horta e o jardim)¹⁰⁶.

Um aspecto sócio-antropológico relevante é a problema da institucionalização do envelhecimento (Remi-Lenoir, 1985; L. Pimentel, 2001) que, a par do factor de demissão das famílias, evidencia a tendência crescente para a “Instituição do Encargo social da velhice”. De facto, à medida que o Estado assume os cuidados, também transforma o envelhecimento num problema social. Aliás, num mesmo processo que transformou as doenças pessoais em doenças “sociais”, no sentido que são socialmente investidas e tratadas e, por isso, as pessoas ganham o sentido de um Estado, ou de um delegado do Estado, responsável pela sua saúde. Em resultado, muitos idosos e seus familiares, mais dependentes e urbanos, entregam-se, alimentam-se e alimentam toda uma indústria de cuidados de envelhecimento (sociais e de saúde).

Outro aspecto recente na nossa sociedade pós-moderna é a maior in-visibility dos mais velhos: são mais visíveis os que se dão na comunicação, os que se fazem actores nos programas próprios¹⁰⁷; e também são mais invisíveis¹⁰⁸ por que: i. já não são seres de excepção - são banais, ii. há toda uma indústria feita das tecnologias médicas e plásticas que tenta retardar e ocultar os sinais do envelhecimento, numa espécie de luta contra a temporalidade; iii. por último, quando fica demasiado doente ou morre, o velho desaparece para os lugares próprios.

¹⁰⁴ Um número crescente de idosos torna-se no suporte familiar, muitas vezes em resultado de acontecimentos de vida dos próprios familiares: o divórcio, a perda de emprego, novas necessidades que impliquem acrescida solidariedade dos mais velhos. Muitas vezes este apoio dos progenitores aos mais novos está associado à cedência da habitação que funciona como elemento de troca acrescido ou ainda o apoio aos netos.

¹⁰⁵ Este factor é mais evidente no género masculino, já que para muitos o trabalho constituiu a maior referência e o factor de identidade ao longo da vida. Depois, perde-lo é também interromper os laços de convivência e troca que foram sendo estabelecidos ao longo da vida. Para as mulheres a continuação da actividade doméstica e o lugar específico que lhe é dado no cuidado dos outros, permite-lhe uma certa continuidade funcional e de papéis.

¹⁰⁶ Num estudo feito a 979 idosos, em 2000 – 2001, no Distrito de Bragança (L. Gonçalves, 2001: 184 – 185) a autora estudou a adaptação dos idosos à reforma, tendo verificado que esta era “diferente de acordo com o contexto em que o idoso vive”, com evidentes vantagens no meio rural em ambos os géneros. Em contexto mais urbano, não só os resultados se agravavam como “apresentavam percentagens mais elevadas de má adaptação à reforma relativamente às mulheres”.

¹⁰⁷ Muitos representam aqui frequentemente papéis caricaturais, seja de miséria e sofrimento, seja de desmesurada juvenildade conseguida através de tratamentos milagrosos.

¹⁰⁸ As mães já não ameaçam com “o velho” para amedrontar as crianças que não comem, sendo que já não tem poderes mágicos (que lhe permitiam viver muito) e a sua função está dessacralizada (até porque já não está tão próximo da morte e da excepção). Gattuso e Saw (1998) referem também a ausência do contacto com os idosos, fora da família ou do local de trabalho, interações habitualmente estruturadas e limitadas. Para estes autores, a solução passa parcialmente pela utilização de narrativas, promovendo a componente humanista do currículo educativo. Postulam que a exposição a formas de envelhecimento diversificadas e bem sucedidas, como poemas, romances, contos, permitirá uma melhor e mais adequada compreensão do fenómeno, da sua riqueza, potencialidades e valores, desafiando os mitos e os estereótipos sobre os idosos.

Além disso, a nossa temporalidade de “presente contínuo” mata necessariamente o envelhecimento. Projectar-se, bem como recordar-se, são temas ocultos e bizarros. O idoso, relembra ambos: recorda o passado que teve e sente-se compelido para o futuro, como ser - para – a - morte¹⁰⁹. Por isso, em contra-cultura, talvez que uma Antropologia do Envelhecimento que suporte uma Gerontologia Educativa¹¹⁰ se deva centrar em três tarefas: i. a da memória, de forma a dar identidade ao presente (porque não há identidade sem memória); b. a recuperação da morte através do projecto – memória futura (porque a consciência da morte, estabelecendo o limite da vida, dá um outro sentido à vida)¹¹¹: “a existência é precisamente tão curta (um pensamento lúcido deve compreender isso) que é preferível consagrar toda a sua energia a construí-la e a desenvolve-la, em vez de lamentar-se pelo seu fim e desse modo terminá-la já. Sabemos que vamos morrer ... mas isso deve ajudar-nos a libertar o terreno da existência e não a hipotecá-lo” (Misrahi, 1993: 14); c. pelo distanciamento relativamente ao “quotidianismo”, tal como alertava Heidegger referindo-se a um activismo de sucessos e fracassos que tende a perder o usufruto do ser.

1.2.6. O envelhecimento em números: os dados demográficos.

Vivemos no nosso planeta alterações demográfico profundas e sem precedentes (Kalache, 1999), nomeadamente na Europa e na Península Ibérica. Caracterizam-se pela contínua e progressiva alteração de um crescimento demográfico resultante de uma elevada natalidade e mortalidade (África, Ásia e parte da América do Sul e Central), por outro que resulta de uma fraca natalidade e mortalidade¹¹², padrões que se conjuntamente nos países mais desenvolvidos¹¹³. Por isso, pode dizer-se que são uma

¹⁰⁹ Desta forma, como bem lembra P. Roth, o idoso acaba por substituir a contagem desde o início por uma contagem para o final. Nesta fase o “para onde vai” volta a torna-se mais importante do que “de onde vem”.

¹¹⁰ Reproduzimos aqui a definição de Peterson (1990) e retomada por G. Orduna e C. Naval (2001) que subdivide a gerontologia educativa em três áreas: a instrução para as pessoas idosas, a instrução para as audiências gerais e específicas acerca das pessoas idosas; e a instrução para as pessoas que irão trabalhar para as pessoas idosas, tais como profissionais e outros funcionários que trabalham em agências e instituições que servem os clientes de idade” (Peterson, 1990: 3).

¹¹¹ Esse parece-me ser o sentido biológico da morte: a morte dos organismos permite uma melhor perpetuação da sua espécie; a morte dos humanos permite a sua substituição pelas gerações originadas e aperfeiçoadas naqueles que as originaram. Ao fazê-lo, cada geração devolve aos descendentes um património entretanto já enriquecido pelo seu trabalho, deixando os elementos necessários para a sua continuação (J. Ruffié, 1982).

¹¹² Em resultado a percentagem de indivíduos com menos de 15 anos é inferior a 19%, enquanto a média da população mundial é de 29%, havendo mesmo países Africanos, Asiáticos e na América do Sul e Central onde esse valor é superior a 40 % (Fonte INED, 2005). Enquanto nos países pobres ocorrem explosões demográficas com elevadas taxas de crescimento das populações, nos países desenvolvidos decrescem drasticamente os índices de natalidade. Todavia, pela globalização, muitos dos países em vias de desenvolvimento com menos de 10% da população de idosos (com ≥ 60 anos) terá o seu valor duplicado na próxima década.

¹¹³ F. Jiménez (1999) refere que este fenómeno de envelhecimento demográfico não só se verifica nos países desenvolvidos (USA, Canadá, Japão, Itália e quase todos os países europeus), mas ainda noutros onde se verifica simultaneamente o controlo de natalidade e diminuição da mortalidade nas pessoas mais idosas, como é o caso da Argentina, Uruguai e Cuba (Idem, 22).

conquista do desenvolvimento, embora esta conquista implique novos desafios¹¹⁴ pelas fortes implicações. Primeiro, implicações sociais (alteração das estruturas populacionais) e políticas (alteração dos modos de organização e dos poderes) e com implicações económicas (mecanismos de produção, consumo e redistribuição dos recursos) quer em termos globais, quer nacionais e locais. No quotidiano, as pessoas sentem o impacto deste fenómeno na fixação das taxas de contribuição da população activa e de quem paga impostos, seja nas discussões sobre as taxas de acesso a bens e serviços, nas discussões sobre as vantagens dos actuais beneficiários e a situação financeira das gerações futuras.

Tais fenómenos são objecto da Demografia¹¹⁵ que vem sendo valorizada de modo crescente junto da opinião pública e dos decisores políticos (Vallin, 1991: 167), quer pelo impacto dos fenómenos que estuda e que estão em mudança, quer ainda pela sua capacidade de previsão, tal como aconteceu nos anos 50, quando os habitantes da terra eram apenas 2,5 biliões, e os demógrafos previram que o número de humanos seria na ordem dos 6 biliões em 2000. Neste processo a Demografia parte da composição da população presente e da evolução lenta das taxas de natalidade e de mortalidade, e excluindo as hipóteses extremas, determina a prazo com elevadíssimo grau de probabilidade a evolução da pirâmide das idades¹¹⁶. Em resultado, há um interesse crescente pelos estudos demográficos, sobretudo, porque a globalização, as alterações das estruturas sociais e familiares e a velocidade das transformações têm claras implicações nos três grandes fenómenos estudados pelos demógrafos: a queda da natalidade, o recuo da mortalidade e os novos ciclos de migração. Todavia, o âmbito da disciplina tem-se alargado para outras áreas que são também objecto de outras Ciências Sociais, tais como a integração dos idosos, formas de organização, as interacções familiares, os sistemas de ensino e saúde e a integração dos emigrantes.

A Teoria da Transição Demográfica, bastante difundida após a II Guerra Mundial propôs quatro etapas para o crescimento populacional, sendo que numa primeira se verificariam taxas de natalidade e mortalidade muito elevadas (50‰ ao ano); numa segunda, verificar-se-ia uma considerável diminuição da taxa de mortalidade, o que implicaria

¹¹⁴ As consequências deste modelo demográfico podem ser de tal modo negativas que King (1990) designou o processo como “armadilha demográfica” pelos seus impactos sobre o ambiente e os sistemas ecológicos. Todavia, esta reacção tem igualmente os seus aspectos positivos, porque responde à ameaça malthusiana de crescimento continuado e geométrico da população e deu origem à Teoria da Transição Demográfica. Posteriormente, o reconhecido economista W. Rostow (1998) tem demonstrado crescente preocupação com a demografia e com o facto de a principal bomba demográfica já não ser a da superpopulação global, mas sim a falta de rejuvenescimento da população em zonas do globo vitais do ponto de vista do desenvolvimento económico. Em virtude deste alerta contra o envelhecimento, muitos analistas cognominaram Rostow de «anti-malthusiano».

¹¹⁵ Em termos genéricos a Demografia estuda a dimensão, distribuição, composição e crescimento das populações humanas.

¹¹⁶ Invoco neste contexto a celebre frase de P. Bourdieu (1980:145) segundo o qual “a idade é uma variável biológica, socialmente manipulada”,

crescimento populacional elevado; numa terceira, começaria a cair a taxa de natalidade; numa última etapa, as taxas de natalidade e mortalidade seriam muito baixas, pelo que não haveria crescimento populacional.

Verificamos como as políticas sociais e de saúde, a inoculação contra as doenças infecciosas e os antibióticos tiveram profundos efeitos sobre as taxas de mortalidade e como as taxas de natalidade caíram drasticamente após os anos sessenta¹¹⁷, levando os países ocidentais a crescimentos próximos do zero ou negativos. Por outro lado, este processo que evitou no Ocidente os perigos do crescimento populacional, fez emergir o envelhecimento demográfico resultante da conjugação de três factores: natalidade, mortalidade e migrações (Nazareth, 1999).

Sem dúvida que os dois primeiros factores foram os mais importantes no envelhecimento (Fernandes, 1997) na Europa e em Portugal conjugando-se uma diminuição da taxa de natalidade após os anos 60 (claramente inferior ao limiar de rejuvenescimento populacional que está estimado em 2,1 filhos por mulher) com o aumento da esperança de vida média na União Europeia que é estimada em 78,6 anos (74,7 anos para os homens e 82,5 anos para as mulheres)¹¹⁸ e em Portugal (para 2004: 75 anos para os homens e 81 anos para as mulheres).

Em termos de natalidade em Portugal, na década de 90 o número de nascimentos por mil habitantes diminuiu em 0.6, configurando-se baixas taxas brutas de natalidade que estão pouco acima das 11 crianças por mil habitantes. Quanto à mortalidade houve na Europa e em Portugal uma forte redução após a 2ª Guerra Mundial. Esta diminuição é mais acentuada nas idades mais jovens do que nas mais velhas¹¹⁹. Em resultado temos um aumento da esperança de vida à nascença e um aumento da percentagem de pessoas mais velhas. Ainda nos anos 50, a média não ponderada da população europeia com mais de 65 anos era de 9,4% e subiu para os 14,3% em 1990. Outro número, em 1984 existiriam 49 milhões de idosos na Europa e esse valor deverá já ter passado os 80 milhões. Neste caso é de salientar, em linha com o que ocorre nos restantes países, que os quocientes de mortalidade são superiores nos homens do que nas mulheres em todas as idades.

¹¹⁷ Quando se tornou claramente possível e desejável a controlo de natalidade: métodos contraceptivos mais eficientes; a generalização do trabalho extra doméstico das mulheres; a procura de níveis de vida mais elevados.

¹¹⁸ No presente, estamos a viver a transição dos pós *baby-boom*, anos 50 e 60, para a aceleração do *papy-boom* (R. Rochefort), que aumentará significativamente quando em breve a *coorte* dos *baby-boom* chegar ao actual *papy-boom* o que levanta questões acrescidas sobre a capacidade dos sistemas de pensões e de saúde para suportarem a chegada de um número tão grande de indivíduos em dependência do sistema.

¹¹⁹ Portugal teve nos últimos 30 anos um desempenho notável ao diminuir a mortalidade infantil de valores elevadíssimos, em algumas regiões 30%, para valores idênticos aos restantes países da comunidade europeia.

Outra variável que pode fazer diminuir o peso relativo da população idosa¹²⁰ é o fluxo migratório que se estabelece entre a importação e exportação de activos. Portugal é caracterizado por ter um fluxo migratório muito elevado, ao que se associaram as guerras coloniais em África iniciadas nos anos 60¹²¹ (1961-1974). Depois, em meados dos anos 70, houve a reintegração forçada de quase um milhão de refugiados das ex-colónias. Desde então, e de forma acelerada, a população portuguesa começou a apresentar uma estrutura de duplo envelhecimento que resulta, pela negativa, de um grande declínio da natalidade e, pela positiva, do efeito da melhoria das condições de vida que implicam um aumento da esperança média de vida.

Outro aspecto é a diminuição dos agregados familiares (3,1 pessoas por agregado) não só pelo aumento de famílias monoparentais, mas sobretudo, pela tendência à concentração nos centros urbanos do litoral e abandono dos idosos no interior. De facto, tem havido uma migração contínua para as cidades do litoral, tornando o interior progressivamente mais envelhecido e abandonado. Aliás, a diversidade regional é enorme e crescente, sendo a taxa de envelhecimento do Litoral Norte muito inferior ao Sul do Alentejo e Algarve (INE, 2001). Verificamos ainda um envelhecimento tanto na base como no topo (Nazareth, 1999). Ao primeiro corresponde a diminuição da percentagem de jovens e consequente diminuição da base da pirâmide; o segundo, com o aumento do peso das pessoas com mais idade, fazendo alargar a parte superior da pirâmide etária.

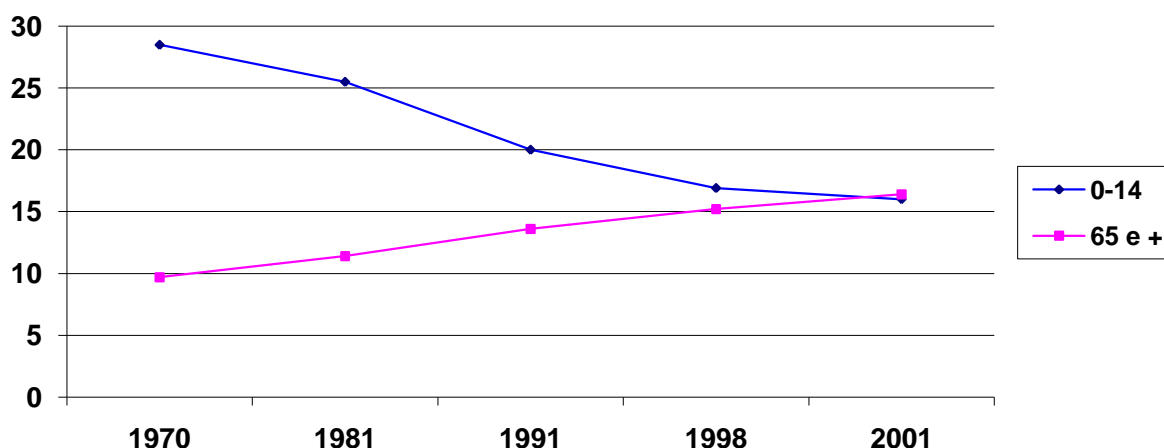
Em resultado, Portugal, nos últimos 40 anos, perdeu quase 40% da sua população jovem e teve um aumento de 140% na população idosa¹²². Segundo o Censur 2001 (INE, 2001) Portugal já superou a fasquia na qual a população até aos 15 anos é menor do que a população com mais de 65 anos, 16% para 16,4% respectivamente (Graf. 1).

¹²⁰ Este é um factor determinante nas projecções mais ou menos optimistas feitas pelo INE. Todavia, trata-se de uma solução ilusória porque para "contrariar a relação de dependência de idosos, seriam precisos 188mil emigrantes anuais, o que é inimaginável" (R. Marques, Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas, in= National Geographic, Janeiro de 2006). Depois, Portugal é um país misto de origem e de acolhimento, sendo o saldo de 2004 explícito: "Em 2004 houve mais saídas do que entradas: 14.164 entradas regulares contra 25 mil saídas" (Idem).

¹²¹ Daí as alterações verificadas na comparação dos dados de 1981 e 1991, com forte variação nos escalões dos 35 aos 44 anos.

¹²² "Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% da população jovem e um incremento de 140% da população idosa... Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos" (INE, 2002: 11)

Gráfico 1 – A evolução comparativa dos grupos etários [0- 14] & [≥ 65] entre 1970 e 2001.



Fonte - Gráfico elaborado pelo INE (2002) a partir dos Censos de 1970,1981, 1991 e 2001.

Com os dados publicados em 2004 pelo INE, comparando-os com os de 1960 e os estimados para 2050 obtém-se um quadro muito clarificador:

Tabela 1 – Evolução em vários índices da população portuguesa nas décadas de 60, 2000 e 2050

Índices comparativos entre 1960 – 2050	1960	2004/5	2050
N e % da População com idade ≥ 65 anos	708 000 8%	1 790 500 17%	3 000 000 32 %
N e % da População com idade ≥ 80 anos	108 000 1,2%	401 000 3,8%	950 000 10%
Esperança de Vida à nascença por Género	♀ = 66 ♂ = 61	♀=81[+15 anos] ♂=75[+14 anos]	♀ = 84,7 ♂ = 79
Esperança de Vida aos 65 anos por Género	—	♀=19,5 ♂=16,2	—
Esperança de Vida Saudável por Género	—	♀ = 72,6 ♂ = 68,2	—
Taxa de Dependência: Número de Idosos pela Pop. Activa (15 - 64)	13 %	25 %	50 %

Fonte – INE 2004, 2005¹²³

Os dados, francamente positivos, são uma duplicação da percentagem de idosos a cada quatro décadas, sendo que a percentagem de idosos com mais de 80 anos triplica. Também é evidente que os idosos actuais têm uma esperança de vida saudável muito superior do que a simples esperança de vida nos anos sessenta. De facto, este parece ser o indicador que mais deve ser incrementado, concebendo-se estratégias sócio-educacionais e de saúde que aumentem claramente acima dos ganhos de longevidade

¹²³ Nesta tabela, tal como na seguinte, separam-se as colunas com projecções a mais de trinta anos, porque a sua fiabilidade é obviamente menor (A. Requejo Osorio).

estimados para 2050. Um dado negativo é obviamente a taxa de dependência que ao crescer para níveis de 25% coloca problemas de sustentação ao regime de segurança social que, nos actuais moldes, não poderá sustentar-se com uma taxa de dependência futura de 50%. Um outro dado que apenas pode ser constatado é que nesta projecção os ganhos de longevidade adquiridos desde nas últimas quatro décadas, diminuem e eventualmente tenderão a estabilizar.

Um dado importante que vem sendo dado pelo INE desde o fim dos anos 90 (INE, 1999) e reproduzido na tabela anterior, é que o crescimento da própria população idosa não é homogéneo. Na década de 70 e 80 o grupo com 75 ou mais anos cresceu em taxas superiores às da população idosa com menos de 75 anos. Tendo, nos anos oitenta, aumentado ainda mais a percentagem de população com 85 a mais anos que terão triplicado percentualmente até 2005, com um crescimento estimado de 2 - 3% por década durante os próximos 50 anos. Estas pessoas deverão aumentar o número de idosos com maiores necessidades de serviços e recursos, um valor estimado actualmente em cerca de 8% da população portuguesa, mais de 120.000 idosos, que serem idosos em situação de dependência física, psíquica e / ou social¹²⁴. Outro valor que nos interessa, sobretudo em termos de saúde, é a Esperança de Vida Saudável por género¹²⁵, que se estima em média em 2004 em 72,6 anos para o género feminino e 68, 2 anos para o masculino.

Foi feita uma sistematização dos vários dados confluentes apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística e pelo Instituto de Segurança Social, do Ministério da Solidariedade¹²⁶ (M. Luísa Bugalho, 2005) na tabela dois.

¹²⁴ Todavia, são reconhecidos resultados positivos em programas de "compressão da morbilidade", um conceito que procura reduzir os anos de vida com dependência bem como o impacto / incidência das doenças crónicas, de forma a aumentar a qualidade de vida de todos os adultos.

¹²⁵ Este índice também aparece na literatura como Esperança de Vida sem Incapacidade (EVSÍ) sendo um indicador sintético do estado de saúde da população. Refere-se aos anos de vida sem incapacidade por doenças incapacitantes e em autonomia. Todavia, o conceito não é fácil de definir porque podemos encontrar diferentes incapacidades, nomeadamente severa e moderada. De todo o modo, tende a crescer o número de anos sem incapacidade, embora o número crescente de indivíduos idosos implique necessariamente um acréscimo do número de idosos dependentes. Tal facto tem implicações quer no número de camas para doentes crónicos, quer ainda nos apoios domiciliários. Concomitantemente, em termos de política de saúde isso implica um aumento acrescido de planos de acção gerontológicos que reduzam as causas de incapacidade e promovam os factores de saúde.

¹²⁶ Várias entidades em Portugal se têm pronunciado sobre este fenómeno com resultados semelhantes, como é o caso do Programa Nacional da Política e Ordenamento do Território (PNPOT) e do INE: há um decréscimo acentuado da população e o INE (2004) configuram-se três cenários possíveis. No cenário elevado, os 10.256.700 habitantes de 2004, passariam a 10.045.100 em 2050; o cenário médio, e considerado o mais plausível é apresentado na tabela seguinte e aponta para 9.302.500 habitantes; no cenário baixo, a população ficaria pelos 7.487.600 habitantes. Obviamente que, neste caso, os índices para o envelhecimento seriam dramáticos...

Tabela 2 – Apresentação comparada dos Índices de Envelhecimento e Dependência com diversas variáveis: saldo migratório, Índice de Fertilidade, Taxas de Natalidade e Mortalidade e Esperança de Vida.

		2005	2010	2020	2030	2040	2050
População Residente (em milhares)		10592	10625	10485	10206	9831	9302
Saldo migratório (em milhares)		45,8	10	10	10	10	10
Distribuição Percentual por Grupos Etários	0-14	15,7	15,4	13,9	12,7	12,9	13,1
	15-64	67,5	66,9	65,7	63	58,5	55,1
	≥ 65	16,9	17,7	20,4	24,2	28,6	31,3
Índice Sintético de Fecundidade (ISF)¹²⁷		1,31	1,38	1,44	1,52	1,61	1,71
Taxa de Natalidade %		10,2	9,6	8,3	8,3	8,3	8,3
Taxa de Mortalidade %		10,3	10,5	11,4	12,3	13,9	15,8
Esperança de Vida	♂	74,3	75,1	76,4	77,5	78,4	79
	♀	80,7	81,4	82,5	83,5	84,2	84,7
Índice de Dep. Total		48,8	49,4	52,1	58,6	70,8	81,5
Índice de Dep. Jovens		23,2	23	21,2	20,2	22	23,8
Índice de Dep. Idosos		25	26,4	31	38,4	48,8	57,8
Índice de Envelhec.		107,8	114,8	146,5	190,3	222	242,9

Fonte – Elaboração própria a partir de dados do INE e do Ministério da Solidariedade.

Verifica-se um o aumento crescente do Índice de Envelhecimento e do Índice de Dependência de Idosos em comparação com as expectativas demográficas mais prováveis, incluindo a variável migratória esperada, Índice de Fertilidade, Taxas de Natalidade e Mortalidade e Esperança de Vida.

A contribuição do fluxo migratório tem sido positiva, embora não significativa. Assim, considerando-se todas as variáveis, mantém-se a aceleração do duplo envelhecimento: diminuição contínua na população até aos 14 anos e nos maiores de 65 anos. Por outro lado, diminui continuamente a percentagem de adultos em idade contributiva.

Outro aspecto evidente é o decréscimo populacional a partir de 2020. O crescimento natural (diferença entre o número de nascimentos e o de óbitos) da população portuguesa evoluirá de um saldo positivo de 7 em 2004 para um saldo negativo de -1326 em 2050. Estima-se que a população decrescerá de 10,5 para 10 milhões e nem a imigração, que sobe de 42 para 808 milhares, evitará a duplicação do número de idosos. Entre 2004-2050, o índice de fertilidade (número de filhos por cada mulher) deverá aumentar de 1,5 para 1,6 tanto em Portugal como na UE. A esperança de vida das

¹²⁷ Neste momento, em algumas maternidades, como é o Caso do Centro Hospitalar Amadora – Sintra em Lisboa, mais de 40% dos partos na respectiva maternidade são de emigrantes (Expresso, 25/11/2006), que são neste momento mais de 4,5% da população, cerca de 500.000. Numa publicação de 2003, o INE numa projecção para 2000 – 2050 concebeu três cenários onde este Índice poderia evoluir nos próximos 50 anos entre 1,26 – 1,99 crianças por mulher.

portuguesas deverá subir de 81 para 86,6 anos e a dos portugueses de 74,2 para 80,4 anos.

No cenário apontado em finais de Outubro de 2006 no Fórum sobre o Futuro Demográfico da Europa, Portugal será o quarto país da União Europeia com maior número de idosos em 2050, ano em que a faixa etária dos 60-79 anos representará um quarto da população europeia. De acordo com as estatísticas que serviram de suporte às discussões deste Fórum da iniciativa da Comissão Europeia e se nada for feito para contrariar as tendências actuais em matéria de envelhecimento da população, será nos países do Sul que este fenómeno assumirá maior gravidade em meados do século, embora ele afecte todos os estados-membros da União. Portugal registará, então, 58,1% de idosos (contra 24,9% em 2004), a Grécia 58,8, a Itália 66% e a Espanha 67,5. Estamos perante as condições demográficas para a designada “Revolução Grisalha” (F. Cabrillo e M. Cachafeiro, 1992) e que tendem a constituir o “Continente grisalho” (Le Breton, 1983). Tal cenário seria óptimo se à generosa distribuição da longevidade estivesse associada uma melhoria uniforme das condições de vida e dos recursos. Todavia, de acordo com Ferreira (1999) verifica-se um “desfasamento estrutural”, dado que o progresso consolidado baseado na industrialização e na economia de mercado, não implementou as condições necessárias e suficientes para um envelhecimento confortável e activo, sem demasiados constrangimentos e preocupações.

1.2.6.1. Os dados demográficos na Região do Grande Porto, no Porto e em Vila Nova de Gaia em comparação com a Galiza.

Apresentam-se os indicadores que surgem como fundamentais para definir o envelhecimento (A. Requejo Osório, 2002: 58 - 64). Calculamos este índices para a zona do grande Porto, cidade do Porto e Vila Nova de Gaia, a cidade onde recai o nosso estudo empírico e a partir dos dados publicados pelo INE relativos ao Censos de 2001. Também apresentamos os dados comparativos com os dados estimados apresentados pelo referido autor relativamente à Galiza.

Os dados apresentados reforçam a tese de F. Jiménez segundo o qual “o envelhecimento na península Ibérica é desigual, tanto em Espanha como em Portugal há variações regionais importantes de forma que em ambos os países há comarcas com índices de envelhecimento superiores a 20% e outras que oscilam entre os 12 e 14%. Em geral... o meio rural tem mais velhos... também se aprecia um menor envelhecimento nas costas...” (1999: 31)

Na Península Ibérica não só se verificaram os processos de desenvolvimento e de modernização comuns a outros países europeus, como ainda se sente o peso da emigração (sobretudo nas zonas rurais) e ainda o efeito da guerra colonial em África.

a. Proporção de Idosos¹²⁸ (ou Índice de Envelhecimento¹²⁹)

Tomando como referência os dois últimos Censos em Portugal, e comparando os resultados entre 1991 e 2001, verificamos que na década de noventa se fez a transição em Vila Nova de Gaia de uma população no limiar do “envelhecimento” (10,7%) para uma população “envelhecida”. Contudo, os seus valores são bastante inferiores do que se verifica a Norte, quer na cidade do Porto (24%) e outros Concelhos na Região do Porto (15,1%), estando ainda abaixo da média nacional (16,4%), cujos valores são já de uma população muito envelhecida (Requejo Osorio, idem). Os valores na cidade do Porto são muito elevados, acima dos valores indicados para a Galiza, e são já próximos aos de certas zonas no Norte e Nordeste português, tais como Melgaço, Vinhais ou Vimioso com valores próximos aos indicados para Lugo e Ourense, superiores a 27%. Verificamos, pois, o fenómeno preocupante de envelhecimento galopante seja na cidade – bairros residências de idosos – seja nas zonas rurais – o isolamento em pequenas aldeias e comunidades isoladas.

Tabela 3 – Cálculo e comparação da Proporção de Idosos / *Índice de Envelhecimento* relativos aos anos de 1991 e 2001 relativos a Espanha e Portugal, Galiza e o grande Porto e entre as cidades do Porto e de Vila Nova de Gaia.

	1991			2001		
	0 - 64	≥ 65	PI / IE	0 - 64	≥ 65	PI / IE
Grande Porto	1044369	123431	11,8	1095088	165592	15,1
Porto	257692	44780	17,4	212128	51003	24,0
VNGaia	224631	23934	10,7	254402	34347	13,5
Galiza	-	-	-	-	-	21,0
Espanha	-	-	-	-	-	17,0
Portugal	-	-	13,6	-	-	16,4

Fonte – Elaboração própria a partir de dados publicados pelo INE e por A. Requejo Osório (2002).

b. Índice de Dependência da população idosa¹³⁰:

Este Índice procura estimar a relação da população com mais de 65 anos com a população que supostamente estará activa ou que é potencialmente activa (F. Jiménez, 1999: 24). Dá-nos um valor apenas aproximado porque “há pessoas... com mais 65 anos que cuidam de outros com mais idade do que eles e entre os 15 e os 64 anos há muitas pessoas que não estão activas...” (idem).

¹²⁸ Esta proporção obtém-se: $PI = (Pt \geq 65 / Pt) \times 100$

¹²⁹ Notamos algumas diferenças nas designações dos Índices, pelo que apresentamos ambas as designações para que seja mais clara a comparação que se pretende.

¹³⁰ O Índice de Dependência da população idosa calcula-se: $ID = (Pt \geq 65 / Pt_{15 - 64}) \times 100$

O conceito de “dependência” aplicado a idosos (Cf. 3.1.2.) considera situações de dependência física (a maior frequência são quadros osteo-articulares), psíquica (quadros demenciais, maioritariamente neurodegenerativas) ou ambas, como é o caso dos sobreviventes a acidentes vasculares-cerebrais.

Este Índice é muitas vezes usado de forma economicista, ao ser lido como a sobrecarga dos contribuintes actuais com os recursos dispensados com os mais idosos. Todavia, tem utilidade ao indicar as tendências do sistema e antecipa quadros necessários para a sua gestão.

Tabela 4 - Cálculo e comparação do Índice de Dependência de Idosos entre Espanha e Portugal e entre a Galiza e o grande Porto. Também se consideram os valores relativos às cidades do Porto e de Vila Nova de Gaia.

	1991			2001		
	15 - 64	≥ 65	ID	15 - 64	≥ 65	ID
Grande Porto	810771	123431	15,2	889312	165592	18,6
Porto	206523	44780	21,7	177544	51003	28,7
VNGaia	174370	23934	13,7	205180	34347	16,7
Galiza	-	-	-	-	-	31,37
Espanha	-	-	-	-	-	24,89

Fonte - Elaboração própria a partir de dados publicados pelo INE e por A. Requejo Osório (2002).

No caso verifica-se que a situação em Vila Nova de Gaia reportada a 2001 apresenta valores inferiores de quase 50% relativamente à Galiza e muito inferiores ao Porto. Porém, as projecções estatísticas vão no sentido de um incremento rápido e elevado deste Índice.

c. Índice de Envelhecimento¹³¹ (ou Índice de Vejez)

Serve para contrapor dois grupos antagónicos da estrutura demográfica e ver o seu respectivo ritmo de evolução. Neste índice o limiar do envelhecimento é de 50%, sendo esse valor atingido e superado em Vila Nova de Gaia durante a década de noventa. Mantém-se, contudo, um valor cerca de 30% mais baixo do que média portuguesa e 40% para a média em espanhola.

Tabela 5 - Cálculo e comparação do Índice de Envelhecimento de Idosos relativos aos anos de 1991 e 2001 atinentes a Espanha e Portugal, Galiza e o grande Porto e entre as cidades do Porto e de Vila Nova de Gaia.

	1991			2001		
	0-14	> 65	IV	0-14	> 65	IV
Grande Porto	233598	123431	52,8	205776	165592	80,5
Porto	51269	44780	87,3	34584	51003	147,5
Vila Nova de Gaia	50261	23934	47,6	49222	34347	69,8
Galiza	-	-	-	-	-	163,49
Espanha	-	-	-	-	-	117,29
Portugal	-	-	-	-	-	102

Fonte - elaboração própria a partir de dados publicados pelo INE e por A. Requejo Osório (2002).

¹³¹ O cálculo desde Índice de Envelhecimento obtém-se por: $IVt = (Pt \geq 65 / Pt 0 - 14) \times 100$.

d. Índice de Renovação ou Rejuvenescimento da população activa

Este Índice é calculado de forma distinta pelos serviços estatísticos de Espanha e Portugal. Os primeiros estabelecem a relação entre as populações entre a classe [15 – 40 anos] e [40 – 65 anos] (A. Requejo Osorio, idem: 61)¹³². Já os serviços portugueses estimam o Índice de Rejuvenescimento da População Activa pela relação entre a população na classe [20-29 anos] anos com a classe [55-64 anos]¹³³ (CENSOS, 202: LVI). O relatório conclui que o Norte do país tem uma clara capacidade de rejuvenescimento da população activa, porque “por cada 100 indivíduos com idade compreendida entre os 55 e os 64 anos, existiam 166 indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 29 anos” (Idem).

Tomando como referência o último Censos de 2001, e considerando as classes entre os 15 e os 39 anos e entre os 40 aos 64 anos, temos em Espanha uma taxa de 1,3 e na Galiza de 1,27 (A. Requejo Osorio, idem: 61). Em Portugal, em 2005 o índice de juventude da população em idade activa baixou para 1,1; este rácio era de 1,2 indivíduos no início da década (2000).

¹³² Segundo Fidel Roget (2002: 75) o mesmo índice calcula-se ainda por referência a outras duas classes, as de [20-24] e [60-64]. Assim: $I_{trpa} = (Pt_{20-24}/Pt_{60-64}) \times 100$

¹³³ Parece-me mais ajustada a forma de cálculo espanhola porque em Portugal ainda muitos jovens entram no mercado de trabalho antes dos 20 anos e ainda porque a política de reformas antecipadas e o desemprego crescentes excluem antecipadamente um número crescente de trabalhadores.

Cap. 2

As Teorias sobre o Envelhecimento

USC

CAP. II. As teorias sobre o Envelhecimento

A descrição do envelhecimento completa-se com uma apresentação do “estado de arte” dado pelas teorias do envelhecimento e seguindo o habitual caminho positivista que vai da Biologia para as Ciências Humanas. A preocupação básica é procurar explicar o processo de envelhecimento com recurso a várias teorias que vêm sendo desenvolvidas desde meados do séc. XX. Eventualmente por *deficit* de formação, raramente as teorias me parecem ser cumulativas, mas antes concepções complementares da explicação racional da realidade e que, conforme os tempos, se vão evidenciando umas relativamente às outras. Assim, a relativa extensão deste capítulo é deliberado e corresponde a uma síntese dos instrumentos “teóricos” usados pelo autor durante todo o trabalho.

2.1. Sobre as Metateorias e as Teorias por áreas de estudo em Gerontologia.

As teorias – conjunto integrado de proposições – têm como objectivo dar uma visão sistemática, totalizadora, de um certo objecto de estudo e ainda as condições necessárias e suficientes para que um certo efeito ocorra, o que permite explicar, prever ou até controlar um determinado fenómeno.

Nascem da generalização das observações (fase empírico - indutiva) e ainda da racionalidade que procura integrar as observações de forma logicamente coerente, dando origem a modelos da realidade que devem ser empiricamente “testáveis” ou aplicáveis ao orientarem, numa lógica dedutiva, as escolhas das questões de investigação e ao permitirem sistematizar os dados obtidos. Deste modo, as teorias que são provisórias, hipotéticas e sujeitas ao contínuo confronto com a realidade, também podem funcionar de forma mais “paradigmática”, porque orientam as pesquisas e as concepções e dão os quadros gerais de referência capazes de explicarem um fenómeno social. Em termos do envelhecimento, muitas das teorias reproduzem o paradigma evolutivo – darwiniano¹³⁴ de mudança sequencial e ordenada com “crescimento, culminância e contracção” (Neri, 2002: 34) que configurou as teorias biológicas, nomeadamente a embriologia, e que, por sua vez, modelizaram quer as teorias do desenvolvimento psicológico (A. Requejo Osorio, 2003: 58) quer ainda as teorias sociais, tais como as de desvinculação e de actividade.

¹³⁴ Que também reproduz a constatação aristotélica prévia de que há uma evolução do ser vivo - que nasce, cresce, reproduz-se e morre – a partir de condições potenciais intrínsecas que tendem a actualizar-se (da potencia ao acto) desde que encontrem as condições necessárias e suficientes.

A multiplicidade de teorias existentes deve-se não apenas ao domínio das concepções cartesianas, mas ainda à sobreposição de níveis de análise¹³⁵, à multicausalidade que é bem evidente neste fenómeno (U. Leher e H. Thomae, 2003:45), à enorme profusão de dados e à urgência em encontrar respostas aos problemas emergentes. Na prática, temos um tecido de teorias onde, em diferentes escalas, se cruzam dados empíricos que se suportam e suportam teorias, modelos ou quadros teóricos ou até *metateorias* – interpretações que procuram sistematizar as diferentes teorias sobre o objecto de estudo. Por exemplo, a racionalidade sistémica justifica e integra múltiplas teorias e o mesmo acontece com o positivismo cartesiano. Assim, quando aplicadas ao material genético, a racionalidade sistémica vê no envelhecimento um processo de acontecimentos ligados e encadeados numa causalidade circular onde se valorizam os aspectos epigenéticos, enquanto numa abordagem cartesiana as explicações das observações prendem-se às características próprias das estruturas e os seus efeitos directos; quando aplicada à escala da individualidade humana a racionalidade sistémica procura sempre o funcionamento em rede (quais os limites do sistema em causa e os efeitos combinados dos diferentes elementos envolvidos), enquanto a lógica cartesiana se centra no indivíduo – sujeito – sintoma e possíveis efeitos do ambiente que justifiquem o observado. Podemos dizer que, globalmente, impera uma abordagem bio-psico-social (A. Requejo Osorio, 2003), com especialistas e profissionais que funcionam em cada um dos níveis, embora desenvolvendo ou adaptando teorias próprias que também vêm evoluindo para uma racionalidade mais sistémica e dinâmica¹³⁶. Encontramos nas abordagens biológicas teorias estocásticas e deterministas; a nível psicológico as teorias de desenvolvimento por estádios que reflectem concepções mais descritivo - cartesianas, mais biográficas e centradas no indivíduo – sujeito, e as posteriores teorias de contextualização, do desenvolvimento ao longo da vida, que são mais atentas ao contexto, à comunicação e aos sistemas. As abordagens sociológicas também têm evoluído no mesmo sentido. Assim, segundo Bengston, Burgess e Parrot (1977), as teorias de primeira geração estão centradas predominantemente nos indivíduos, as da segunda nas análises macrossociais e, mais recentemente, uma terceira geração que pretende criticar e integrar tanto as diversas concepções como os múltiplos níveis de análise.

¹³⁵ Como expressa (J. Mayán Santos, 2000: 43) “Este processo de envelhecimento do organismo humano não é um mero processo biológico, mas está dentro de um contexto global no qual se considera que o *homo sapiens* como um ser biológico-cultural-social-mental integrado e, por sua vez, dentro de uma sociedade complexa.”

¹³⁶ É o caso da Gerontologia Educativa onde a concepção funcionalista de T. Parsons baseada numa abordagem Psicológica e Sociológica é criticada e substituída por concepções mais dinâmicas e integradoras do Real e das perspectivas dos próprios actores sociais.

Em termos da abordagem educacional, podemos verificar essa mesma deslocação das concepções pela evolução das concepções sobre “a Educação ao Longo da Vida¹³⁷” ou ainda pela evolução das concepções da designada “Educação para a Saúde” que evoluíram das primeiras abordagens centradas na informação dada ao indivíduo – sujeito, até às actuais concepções de promoção e Educação para a saúde, centradas nos contextos de vida e que consideram as significações que os sujeitos atribuem à sua saúde, a si mesmos e ao seu contexto.

Por último, além das teorias e meta - teorias também houve uma evolução no modo de investigação dos processos de senescência e de intervenção gerontológica. Há, por um lado, trabalhos de investigação e modelos de intervenção que privilegiam a especialização, pelo que vão acumulando sucessivamente conhecimento numa área específica e outros que, procuram uma compreensão global do fenómeno, e estabelecem pontes entre as diferentes disciplinas e técnicas. Esta última opção, a qual adoptamos, tem como finalidade última sistematizar e disponibilizar as informações e condições sobre a própria vida do senescente, relativamente aos vários domínios, de forma a otimizar, em cada momento, a sua qualidade de vida, saúde e bem-estar.

2.2. O Envelhecimento segundo as Ciências Biomédicas¹³⁸

A natureza do fenómeno vital é de difícil compreensão porque as transformações do corpo vivente têm necessariamente termo, mas não têm estado terminal (Entralgo, 1989: 303), porque a vida humana é uma contínua ontogénese desde o embrião e, se não houver morte prematura, prolonga-se até à declinação senil: “A ontogénese é em rigor uma sucessão de uma oriógenese (de *orios*, o que está maduro) e uma gerontogénese (de *geron*, o velho) que se cruzam entre si” (Idem: 304). Por isso vivenciamos uma clara ambivalência relativamente ao envelhecimento: “O envelhecimento é uma situação difícil de classificar, sempre incerta entre a fisiologia e a patologia... pode pensar-se que a decadência fatal própria da velhice é causada por factores extrínsecos que incidem sobre o organismo em si, programado para durar indefinidamente [estaria na esfera do

¹³⁷ Da etapa de Formação seguia-se a etapa do Trabalho e, posteriormente, a Etapa da Reforma. Ora, a Educação “evoluiu” de uma exclusiva formação pré e pró – Trabalho, até chegar ao Ciclo do Trabalho e, no presente, está a chegar ao pós - Trabalho. Tudo isto faz com que seja “Necessário portanto ter outra visão tanto do tempo, como das possibilidades da Educação (Requejo, Osório, A, 2004: 25)

¹³⁸ A inclusão deste segundo capítulo na tese foi objecto de particulares cuidados. Primeiro, por reconhecer o desconhecimento nestas matérias e o risco de escrever meras banalidades e mesmo erros, numa lógica exposta por A. Sokal e J. Bricmont (1997) relativamente aos “impostores intelectuais”. Todavia, a posição epistemológica adoptada e, sobretudo, a concepção de Gerontologia Educacional defendida levam-me a reconhecer a importância das interfaces, e da necessidade do gerontologista identificar e comunicar nas diferentes linguagens gerontológicas. Apoiando-me em Boris Cyrulnik (2004:7) ousei “meter o nariz, um pouco de cada vez, ... na biologia, na medicina..., na psicologia... tem-se a melhor opinião sobre a pessoa que nos faz frente e a que se chama homem”. De resto, esta mesma atitude prolonga-se no próprio trabalho empírico relativamente ao idoso em Vila Nova de Gaia o qual pressupõe esta atitude de abertura e disponibilidade para os diversos conteúdos.

patológico] ... ou pode considerar-se que está inscrito no genoma, *ie*, programado, como na parte última da diferenciação [estaria na esfera do normal]” (G. Prodi, 1994: 222). Outro dado empírico que permite uma dupla leitura, prende-se com a deslocação do processo de envelhecimento. Iniciar-se-á próximo da máxima vitalidade, pelos 30 anos (Rodes, T, Guardia, J. e J. Massó, 1997: 3472-3475), idade que representava cerca de 60% da esperança média de vida no início do século XX na Europa e que representa actualmente 80 a 90 % nos países com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) actuais. Todavia, é apenas 40% da esperança média de vida das populações ocidentais. Logo, ou o início do envelhecimento regrediu se tomarmos em consideração o ciclo vital, surgindo muito mais precocemente, ou os efeitos deletérios do envelhecimento foram efectivamente alongados, manifestando-se muito mais tarde ou desenvolvendo-se a uma velocidade muito mais lenta.

Temos, pois, uma clara dicotomia nas concepções biomédicas do envelhecimento que se revela nas teorias propostas para o explicar. Para dar conta dessas explicações e desta duplicidade, o texto está organizado em três momentos diferentes, mas dialecticamente implicadas e redundantes¹³⁹: primeiro, uma leitura no tempo das concepções sobre o envelhecimento¹⁴⁰; segundo, uma descrição dos seus efeitos a nível dos diversos sistemas; terceiro, uma sistematização das teorias, tal como foi proposta por Shock, 1977 (cit. e comentado por Yuste, N., 2004: 64 – 73).

2.2.1. Evolução das concepções sobre o envelhecimento biológico.

As designadas ciências biomédicas são um campo disciplinar onde se cruzam a “clínica”, as disciplinas descritivas, como a Anatomia, as experimentais, como a Fisiologia, e as ciências empírico – naturais (J. Ladrrière) como a química, a genética ou a física. Na sua base teve um químico – Pasteur e um médico - C. Bernard, tendo resultado uma ciência¹⁴¹ onde predomina o discurso patologístico e a gestão medicalizada – mecanizada do corpo (Le Breton, 1990).

O discurso clínico enfatiza a morbilidade¹⁴², a evolução do “normal” para o patológico: “o declínio da velhice é um fenómeno universal de todos conhecido. Em geral perdem peso, aparecem rugas, a marcha é hesitante, há uma anquilose física e psíquica causada por

¹³⁹ Esta redundância pode resultar do próprio pensamento que funciona em aproximações sucessivas ao objecto de estudo, ou ainda do próprio funcionamento em redundância dos sistemas orgânicos (nervoso, imunológico, etc.) para melhor responderem à entropia. Mas, também pode ser apenas a consequência da minha condição de não especialista que já invoquei.

¹⁴⁰ Julgo que falta construir uma arqueologia das concepções biomédicas do envelhecimento, à semelhança do que foi feito para outros fenómenos, já que a descrição das teorias que foram sendo apresentadas não é suficiente para percebermos a que se devem essas diferenças.

¹⁴¹ Tenho como referência a obra de L. Lambrichs (1993), tendo voluntariamente omitido Freud. De facto, a autora atribui uma tripla paternidade “à nossa medicina”, mas, no domínio biomédico, parece-me de maior relevância os dois primeiros. Até porque Freud não deu particular atenção ao envelhecimento, preferindo a infância e as suas implicações na adultícia.

¹⁴² A Geriatria tem como objecto o processo natural do envelhecimento em cada órgão e aparelho, delimitando os mecanismos fisiológicos (senescência) e fisiopatológicos – senilidade.

uma diminuição do número de células que morrem e não são substituídas” (P. Polónio, 1978: 561). Em resultado, a evolução dita “natural” ser marcadamente patológica pelo que, embora o envelhecimento não seja “uma doença”, são privilegiados os indicadores que revelam o peso do “patológico”¹⁴³. É o caso da definição do envelhecimento pela negativa (C. Gottfries, 1985: 11) ou quando uma boa percentagem dos idosos é declarada como socialmente inútil por uma inspecção médica e um dos seus direitos é o desconto especial nos fármacos - “... se bem que a sua doença não esteja determinada e na prática, o seu estado mórbido só irregularmente seja composto de acontecimentos patológicos definidos (doenças infecciosas, doenças cardiovasculares, tumores).” (G. Prodi, 1994: 225). Esta lógica tem associada uma vantagem prática, porque este discurso biomédico procura garantir o percurso necessário da senescência e de acordo com a já referida metáfora do funil: por mais distintos que sejam os percursos e as diferenças individuais, estes acabam por se uniformizar¹⁴⁴ no adoecer e unificar na morte¹⁴⁵. Nesta concepção, as primeiras abordagens designáveis como médico - clínicas¹⁴⁶ eram essencialmente descritivas dos processos de senescência, nomeadamente, dos seus efeitos observáveis e das correspondentes alterações funcionais¹⁴⁷. Estávamos num domínio próximo à anatomo - patologia e à velha máxima atribuída ao químico Pasteur “Uma causa, uma doença; uma causa, um tratamento”. Procurou-se estabelecer o funcionamento normal e padronizar os diferentes desvios à norma, fazendo corresponder a uma leitura mais micro (células e tecidos) as manifestações anatomo – fisiológicas (observáveis e avaliáveis através dos seus sinais e manifestações). Depois, houve uma evolução que não se deveu apenas aos melhores conhecimentos na área, mas também a

¹⁴³ Outra das razões é o peso da medicina de tradição “localizadora” (que procura ver e identificar os sinais de doença) em contraposição à medicina “dinâmica” que privilegia os processos e dinamismo, a tradição hipocrática. (G. Canguilhem, 1966).

¹⁴⁴ E, curiosamente, na origem do processo de envelhecimento encontramos a diferenciação (L. Sanz, 2002: 18), porque com o desenvolvimento celular, o que se instala é um mecanismo de diferenciação / especialização celular, necessário para que se cumpram funções específicas (senescência construtiva), mas o que também implica uma senescência “dissipativa”, pela qual o indivíduo vai perder vitalidade.

¹⁴⁵ A doença e a morte, bem como o inexorável envelhecimento são o “lado obscuro”, onde o próprio modelo biomédico e a concepção científica da medicina se confrontam com os seus limites. A medicina científica é, sobretudo, interventora, e mesmo quando, no presente, se revalorizam os cuidados paliativos, o grande objectivo é subjugar a natureza, descobrindo as suas Leis e usá-las para se contrariarem os processos regressivos.

¹⁴⁶ As questões ontogenéticas e filogenéticas reenviam-nos para dois níveis do envelhecimento: o individual e subjectivo e o da espécie. Em termos da definição a distinção é fácil: no primeiro temos o envelhecimento singular e diferenciado entre cada sujeito, “onde cada um envelhece por causa de factores endógenos próprios ou de circunstâncias particulares (N. Yuste, 2004:64); o da espécie, fruto da filogénese e da hereditariedade específica. Todavia, as abordagens clínico - descritivas partiram necessariamente do(s) envelhecimento(s) singular(es) dados a partir de casos clínicos e, num processo indutivo, generalizaram esses dados, tornando-os “da espécie”. Todavia, apenas estudos posteriores, a partir dos anos 50, puderam estabelecer o universal objectivo da espécie, embora, com limitações, porque o fenótipo não é uma derivação directa e necessária do genótipo.

¹⁴⁷ Ainda hoje podemos observar o mesmo fenómeno quando se consideram as doenças neurodegenerativas que se vão tornando mais comuns à medida que um maior número de pessoas pode ser clinicamente observado. Depois, com o avanço dos estudos a descrição dá lugar à etiologia, ao diagnóstico e aos dispositivos terapêuticos...

mudanças sociais e culturais. Nos anos 60, considerava-se o envelhecimento como uma doença associada, sobretudo, à diminuição do capital celular, o que justificaria a “normal” manifestação progressiva de problemas de saúde e doenças. Na década seguinte, dada a crescente constatação de idosos não doentes e cujas funções orgânicas eram “normais”, houve um certo consenso no sentido de deixar de falar em envelhecimento e, do ponto de vista médico, falar apenas em doenças. A prevenção ganhou um papel de relevo e passou a ser mais importante identificar e reduzir os factores de risco. Todavia, a crescente importância da genética nas Ciências da Saúde, voltou-se a reforçar a importância dos factores genéticos e como estes determinam / influenciam as células, tecidos, órgãos e sistemas¹⁴⁸. Desta forma, voltou a recuperar-se a noção de Envelhecimento¹⁴⁹ que é, do ponto de vista biomédico, consensualmente definido como um conjunto de processos fisiológicos que modificam a estrutura e as funções dos organismos a partir da idade adulta e onde se verificam três tipos de evolução: i) a perda de uma função é seguida por uma estabilização; ii) riscos acrescidos que sobrevêm após um acontecimento (acidente, acontecimento desencadeante, alterações terapêuticas, etc.); iii) situação limite, na qual a perda é seguida por uma evolução rápida até à morte. Este processo resulta de factores genéticos (envelhecimento endógeno) e de factores ambientais que vão exercendo a sua acção ao longo da vida. Todavia, o estado de saúde na anciania resulta quer do processo de envelhecimento determinando pelos factores endógenos e exógenos, quer dos efeitos aditivos das doenças ocorridas (sequelas), das patologias crónicas e ainda das patologias actuais. Este processo de envelhecimento é definido como complexo¹⁵⁰ e multifactorial onde se cruzam alterações do funcionamento celular, tecidual, orgânico e sistémico e para as quais concorrem efeitos ambientais e factores genéticos em proporções e de modos dificilmente discrimináveis.

Existe uma vasta literatura e uma grande profusão de teorias sobre o envelhecimento pelo que se mostrou necessário definir critérios de validade, tais como os quatro definidos por B. Strehler (1977), para quem as teorias devem: i. justificar as perdas das funções fisiológicas; ii. explicar o carácter progressivo das mudanças; iii. explicar a

¹⁴⁸ A evolução tecnológica e terapêutica, vem-se fazendo do nível macro para os níveis micro, passando da anatomo-fisiologia para a biologia celular, desta para a biologia molecular e concretiza-se nas actuais investigações em biotecnologia. Porém, e paralelamente, em termos terapêuticos, a abordagem tende a privilegiar uma medicina mais sistémica, que integre a família e o meio, bem como os processos sociais de promoção do bem-estar, como é o caso da medicina dita “de ligação”.

¹⁴⁹ Também aqui verificamos um fenómeno comum noutros domínios: uma oscilação pendular que privilegia sucessivamente cada um dos pólos de um certo contínuo interpretativo. No caso, entre as teorias e concepções que associam o envelhecimento e os estados patológicos e os que concebem o envelhecimento como um contínuo de desenvolvimento, logo, intrinsecamente “natural” e saudável.

¹⁵⁰ Usamos o conceito no sentido Moriniano – quando o número de factores é elevado e as suas interacções múltiplas não é possível determinar com rigor o papel específico e os modos de causalidade entre os diferentes elementos em interacção; podemos aceder ao efeito global, à sua evolução, mas mantém-se sempre uma zona de indeterminação.

irreversibilidade das perdas e, por último, definir a necessidade e universalidade do fenómeno em cada espécie.

Também parece possível e sustentável tipificar e sistematizar as teorias biológicas do envelhecimento a partir dos dois conceitos base formulados por J. Monod (1973), o de “acaso” e o de “necessidade”. Assim, à necessidade correspondem as teses deterministas ou programadas – ocorrência de acontecimentos previsíveis, encadeados e hierarquizados; ao acaso correspondem as teorias que valorizam o efeito do ambiente e das probabilidades – acontecimentos casuais e imprevisíveis que originam, por exemplo, mutações genéticas que podem causar alterações da produção proteica (efeitos estocásticos). As primeiras fundamentam-se em estudos sólidos que correlacionam efeitos com alterações bem definidas nas células e nos tecidos; as segundas, no efeito epigenético do ambiente sobre a expressão genética ao longo do envelhecimento.

Ambos os grupos teóricos dão particular atenção aos processos que envolvem: i. a interacção célula – ambiente; ii. a expressão do genoma e, iii. a modificação do genoma no decurso da vida (mutações, diminuição da capacidade de reparação do ADN).

Na investigação destes processos usam-se essencialmente dois tipos de metodologias, a saber: de tipo transversal – como a que aplicamos ao trabalho empírico que apresentamos na 2ª Parte deste trabalho e que mede os efeitos do envelhecimento em classes e em idades diferentes; e de tipo longitudinal no qual se seguem o envelhecimento de um grupo de indivíduos durante um período de tempo suficientemente longo. Todavia, o estudo do envelhecimento humano apresenta dificuldades próprias, tais como o estudar fenómenos bioquímicos em contexto natural, onde não é possível determinar com rigor a interacção dos diferentes elementos, e a existência de doenças nos indivíduos pouco comuns ou assintomáticas¹⁵¹.

2.2.2. Principais Teorias sobre o Envelhecimento Biológico: envelhecimento primário, secundário, terciário e multifactorial

Apesar das enormes dúvidas que persistem sobre os processos de envelhecimento, das suas causas e eventuais terapêuticas, estão hoje consensualizados na comunidade científica diversas aquisições, nomeadamente, em relação aos factores genéticos e ambientais, e aos efeitos acumulados da combustão e ao desgaste provocado pelos subprodutos resultantes dos processos celulares.

Neste ponto, procuraremos dar conta das teorias biológicas, segundo a sistemática de Shock (1977), apresentada e comentada por N. Yuste (2004: 64 – 73). Segundo estes autores conformam-se quatro tipos de teorias do envelhecimento: primário; secundário,

¹⁵¹ Outra estratégia tem sido o seguir de forma cuidadosos grupos com patologias específicas que aceleram o envelhecimento e procurar desta forma perceber melhor os mecanismos que estão na sua origem, como é o caso de doentes com Síndrome de Werner, Progeria, Alzheimer ou Síndrome de Down.

terciário e multifactorial. Todavia, por limitações óbvias desta tese, sintetizam-se da seguinte forma:

i. Teorias do Envelhecimento Primário: trata-se de teorias deterministas e normalizadoras do envelhecimento. Este, a não ser que ocorram factores ocasionais e particulares, é determinado pelo genoma ou pela exposição a agentes nocivos endógenos. Os factores genéticos são determinantes. Vários estudos biológicos mostraram a relação directa entre os factores genéticos e o envelhecimento (I. Cruz, 2002: 20-31) e valorizam o genoma: há uma sucessão de eventos que resultam de uma programação e que culminam no envelhecimento.

Em síntese, estas teorias assumem que a partir do determinismo genético se concretizam mutações e rupturas no ADN, em grande parte por perda dos mecanismos reparadores, o que potencia falhas informacionais e de reparação celulares. Dado que nenhum dos factores consegue explicar por si só o envelhecimento, então é necessário considerar o seu efeito conjunto, cruzado e cumulativo.

Estas Teorias do Envelhecimento Primário, sustentam que os mecanismos de regulação internos da célula poderão determinar a prazo a diminuição ou a extensão dos processos de reprodução e, por outro lado, os processos de auto-controle que comandam a retroalimentação negativa, impedindo os efeitos tóxicos e cumulativos intrínsecos ao próprio processo, vão diminuindo progressivamente ao longo da vida, permitindo um processo de entropia progressiva nas células e tecidos;

ii. Teorias do Envelhecimento Secundário: estas teorias¹⁵² focalizam-se no papel da acumulação aleatória de lesões em moléculas vitais, por efeitos ambientais, com implicações na perda progressiva de funcionalidades associadas ao envelhecimento. As várias teorias configuram-se segundo o paradigma definido por Szilard (1959) para as radiações ionizantes¹⁵³ ao constatar lesões aleatórias sobre material genético que se acumulam com a idade e implicam a disfunção e morte celulares. Numa primeira fase, até um certo limiar, os mecanismos de reparação e regeneração impedem a morte, mas vão perdendo eficácia à medida que as lesões se vão acumulando. Estabeleceu-se, então, um efeito entre a diminuição da longevidade e os efeitos das radiações ionizantes. Do confronto entre os diversos autores, parece-me consensual que as Teorias que melhor explicam o envelhecimento por acção dos meios externos sobre as estruturas são

¹⁵² Várias teorias estão incluídas neste grupo, tendo Mota, M., Figueiredo, P. e J. Duarte (2004) destacado a Teoria das Mutações Somáticas, a Teoria do Erro-catástrofe, a Teoria da Reparação do DNA, a Teoria da Quebra de Ligações, a Teoria da Glicosilação Avançada e a Teoria do Stress Oxidativo.

¹⁵³ Estas radiações incluem os raios α / β (radiações corpusculares) e γ / X (radiações electromagnéticas). Com efeitos que podem ser somáticos (verificados no corpo de um individuo) ou hereditários (transmitidos aos descendentes), estocásticos (quando resultam de modificações induzidas em células que são depois transmitidas a outras células, podendo causar neoplasias. A severidade do efeito não depende da dose absorvida, mas do tempo de exposição, embora não estejam estabelecidos limites e o efeito apenas seja verificado vários anos depois, podendo confundir-se com outras causas) e os não estocásticos (observados quando a dose excede um certo limiar) (A. Miguel, 1988: 448)

a Teoria da Glicolisação não enzimática das proteínas e as teorias da Toxicidade do Oxigénio e dos Radicais Livres;

iii. Teorias do Envelhecimento Terciário: neste contexto as teorias deslocam o seu objecto já para o nível dos sistemas e dos órgãos e estão maioritariamente implicados quatro sistemas: sistemas Imunológico, Cardiovascular, Endócrino e Nervoso. Algumas destas alterações já forma revistas em termos do subcapítulo sobre os efeitos do envelhecimento (2.1.3.2) porém também estas alterações se tornam, ao seu nível, causas de envelhecimento e justificam a elaboração de teorias.

Verifica-se com a idade uma progressiva incapacidade fisiológica do organismo que condiciona um conjunto de funções directamente dependentes do sistema neuro-endócrino. Como este sistema é regulado pela expressão genética e se verifica uma identidade nas alterações na espécie, conclui-se que há um efeito genético neste processo, dando origem a estudos que procuram estabelecer o gene ou genes específicos. Todavia, todo este processo resulta difícil de estabelecer em meio natural onde os factores estocásticos não são controlados.

Em concreto, se se conhecem os efeitos da diminuição progressiva da hormona de crescimento (aumento da adiposidade e da perda de massa magra, e acréscimo de lípidos no sangue) esses mesmos efeitos, que tendem a aumentar com a idade, podem ser acelerados pelos hábitos de vida, influenciando os processos de envelhecimento secundários;

iv. Teorias do Envelhecimento Multifactorial: uma biomedicina de acordo com as estratégias sistémicas e de acordo com os dados empíricos e a racionalidade científica, implica uma concepção biológica multifactorial como a que N. Yuste (2004:72-73) propõe a seguinte formula que estabelece relações entre os diferentes elementos: **$L = K [(pRL + Em + RADNar) / VeM] A$**

Sendo que: L – Longevidade; K – constante referente a factores genéticos; A – factor aleatório relacionado com a taxa de agentes agressivos, tal como os radicais livres de oxigénio; pRL – reacções protectoras relativamente aos Radicais Livres; Em – erros nas mensagens celulares; RADNar – ruptura irreparável no ADN redundante; VEM – a velocidade do metabolismo.

2.3. Teorias Psicológicas.

Como referem Fernandez-Ballesteros (2000) e A. Requejo Osorio (2003) não existem teorias psicológicas que permitam explicar autonomamente as causas do envelhecimento, sendo as teorias existentes ou mais próximas da Biologia e da

Psicofisiologia, ou mais do domínio da Psicossociologia, ao serem essencialmente descritivas do fenómeno do envelhecimento humano no contexto da existência humana. Tal deve-se à própria história da constituição da Psicologia como ciência e ainda à especificidade do objecto de estudo. A Psicologia acompanhou o desenvolvimento das outras ciências sendo herdeira da ontologia científica¹⁵⁴. Identificou o desenvolvimento ontogenético e o desenvolvimento psicogenético, pelo que a Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento deveria investigar os mesmos processos que determinam a evolução da espécie: a temporalidade, a selectividade, a adaptividade e a progressividade. Em resultado, à semelhança do que é descrito para a Biologia Humana, também o desenvolvimento psicológico terá períodos de crescimento, plenitude e posterior contracção¹⁵⁵.

Nesta lógica a velhice é o período de retracção e declínio. Esta concepção que encontra fundamentação numa certa leitura da Biologia do Envelhecimento terá alimentado os estudos da Psicologia do Envelhecimento durante quase todo o séc. XX (A. Neri, 2002: 33) e constituiu o modelo deficitário do desenvolvimento mental da vida adulta (U. Leher e H. Thomae, 2003: 75-82). Em termos do objecto de estudo, as Teorias Psicológicas centraram-se essencialmente nos processos intrapsíquicos, associados quer ao desenvolvimento perceptivo, motor e cognitivo, quer ao desenvolvimento pessoal, emocional e social. Uns estão mais associados à Psicofisiologia e à Psicologia experimental e foram parcialmente considerados os seus efeitos no domínio do modelo bio-médico. Os segundos consideram o indivíduo em interacção com o seu meio, e privilegiam os efeitos desta interacção em termos do aparelho psíquico¹⁵⁶.

Na prática, os primeiros estudos centraram-se, sobretudo, nos processos de formação dos indivíduos, ou ainda nos processos de modificação do seu comportamento, atitudes e emoções. Mesmo a Psicologia Experimental teve como objecto de estudo a *performance*, considerando a percepção, a atenção, a memória e a resolução de problemas. Tais estudos vão confirmando sucessivamente os desempenhos inferiores dos mais velhos e

¹⁵⁴ A ontologia científica, ao contrário da Ontologia clássica, concebe uma hierarquia evolutiva na qual os processos físico-químicos, por complexidade crescente, dão origem ao orgânico, o orgânico ao social e deste ao psíquico. Assim, as qualidades mais complexas explicam-se a partir das anteriores, as psicológicas das biológicas e das sociais (E. Schumacher, 1987)

¹⁵⁵ Numa lógica muito próxima à que é descrita em experiências empíricas sobre depósitos de areia e onde se verificou a repetição de um ciclo preciso: com a precipitação precisa e contínua de grãos de areia obtém-se um monte que vai crescendo na base e em altura até chegar a ponto máximo, onde ocorre um ponto crítico, desencadeando-se pequenos desmoronamentos e culminam num abatimento do monte. Se a precipitação de areia continuar, repete-se o processo: crescimento, ponto máximo, crise e desmoronamento (AlGore, 1993).

¹⁵⁶ Todavia, estes processos são mais concretamente psicossociais ou sociopsicológicos. Assim, alguns autores classificam-nos no domínio das teorias psicológicas (Leher, U. e H. Thomae, 2003; Neri, A., 2002) e outros no domínio das teorias sociológicas (Fernandez-Ballesteros, 2000; Requejo Osorio, A., 2003). De facto, estas teorias tiveram contributos de ambas as ciências (Leher, U. e H. Thomae, 2003). Em termos epistemológicos, optamos pela segunda concepção, integrando algumas teorias ditas igualmente psicológicas no capítulo das teorias Antropossociais do envelhecimento pelas razões invocadas por A. Requejo Osorio: “a velhice é uma realidade social e plural” (idem, 262).

têm como primeira referência o primeiro estudo de Yerkes, publicado em 1921, que concluía que os indivíduos com mais de 30 anos apresentavam piores desempenhos e que as diferenças seriam maiores com o avanço da idade (A. Neri, 2002: 33). A literatura aponta outros estudos que, apesar de seguirem as mesmas hipóteses e confirmaram os resultados, já apontavam para a insuficiência da resposta paradigmática do declínio das capacidades intelectuais dos mais velhos. Assim, ainda em 1922, Stanley Hall verificou que a uma maior idade corresponde um aumento da variabilidade inter-individual¹⁵⁷. Outros estudos dão ainda conta de aspectos metodológicos ou de variáveis sócio - culturais que podem explicar as diferenças de rendimentos nos testes (A. Neri, *Idem*). Posteriormente, com o uso de material clínico, com outros métodos científicos mais descritivos, e com um novo olhar sobre o envelhecimento, foram construídas outras teorias que proponham para a etapa posterior à culminância, não apenas uma contracção, mas ainda uma continuação. Desta forma foi possível à Psicologia fornecer informações sobre o curso, as condições e as variações da vida adulta, bem como sobre os indicadores de uma velhice bem sucedida (Baltes, 1995).

Apresentamos seguidamente de forma resumida a evolução nas Teorias Cognitivas e de Memória, as Teorias do Desenvolvimento, as Teorias do Desenvolvimento ao Longo da Vida e Envelhecimento Psicológico e a Teoria dos Sistemas.

Em esquema, e considerando os autores referenciados, parece-me possível organizar a seguinte representação:

Quadro 1 - Principais Teorias Psicológicas sobre o Envelhecimento referenciadas neste trabalho.

Teorias Cognitivas e da Memória	Teorias do Desenvolvimento	Teorias Sistémicas
<p>Teorias deficitárias – Yerkes, 1921;</p> <p>Teoria deficitária, mas considerando a variabilidade interindividual – S. Hall, 1922;</p> <p>Concepção mais integrativa e dinâmica – P. Balton, 1995</p>	<p>Analogia entre desenvolvimento biológico e psicológico – C. Bühler, 1935</p> <p>A “metanóia” e “O Velho Sábio” – E. Jung</p> <p>Integridade versus Desespero – E. Erikson</p> <p>Life Span Theory – Riegel, 1976; P. Baltes, 1979, 1995</p>	<p>Teoria da “bifurcação”</p> <p>J. Schroots, 1995</p>

¹⁵⁷ Tornou-se no primeiro autor a suportar-se em dados empíricos para rejeitar a metáfora biológica do funil e abriu caminho aos estudos que, sem negarem realisticamente as perdas cognitivas e perceptivas próprias do envelhecimento, salientam os ganhos possíveis com a idade, desde que se reúnam as condições necessárias e suficientes, sejam subjectivas, sejam objectivas.

2.3.1. O Desenvolvimento Cognitivo como revelador da mudança nas concepções sobre o Envelhecimento.

A evolução das concepções sobre o envelhecimento fez-se num sentido de uma leitura mais mecânica e deficitária do envelhecimento para outra mais dinâmica e que concebe ganhos adaptativos com o envelhecimento. Do modelo “deficitário” prevalente na primeira metade do séc. XX, e para o qual contribuíram estudos como o trabalho já referido de Yerkes (1921), passou-se para uma concepção mais dinâmica e activa do envelhecimento. Por exemplo, nos estudos sobre a memória, prevaleceu primeiro uma concepção do envelhecimento que implicava a passagem progressiva e necessária de uma Memória Fluida – mais juvenil, para uma Memória Cristalizada – preponderante no senescente¹⁵⁸. Ora, os estudos posteriores mostram vantagens adaptativas no desenvolvimento ao longo da vida de uma memória cristalizada, mais orientada para a especialização cognitiva em certos domínios¹⁵⁹, mais atenta às realidades culturais e sociais “de longo prazo”, relativizando os dados imediatos e o processamento básico de informação¹⁶⁰. Assim, uma mudança nas variáveis nos testes, procurando aspectos da inteligência mais ligados à vida social e à memória cultural, permitiu que se encontrassem vantagens cognitivas no envelhecimento. De facto as variáveis que interferem no funcionamento cognitivo são inúmeras, sendo a idade, pelo menos até cerca dos 75 anos, apenas um desses factores (J. Barreto, 1988; Vaz Serra, 2000). Outros factores apontados são os factores genéticos (50%), instrução (30%), nível socioeconómico, questões de saúde e grau de actividade.

Na literatura, em termos cognitivos, encontramos três temas centrais: os estudos sobre a memória, a lentificação das performances dos idosos e a inteligência. Sobre estas funções encontramos um conjunto de perdas e alterações. Relativamente às funções mnésicas Vaz Serra (2000) distingue entre três tipos de memória: a. Primária – na qual se armazenam determinados conteúdos durante um tempo limitado, sendo posteriormente esquecidos. Implica conteúdos menos significativos ou avaliados como “de menor importância” ou de utilidade limitada; b. Secundária – exige algum tipo de reprodução ou transmissão da informação recentemente recebida. Tem fortes implicações nas tarefas quotidianas e, por isso, a sua perda aparenta ter maior

¹⁵⁸ Morangas (1991) aplica a mesma distinção à Inteligência, distinguindo entre Inteligência Fluida e Cristalizada.

¹⁵⁹ Aliás, esse foi um efeito verifica em estudos de Ergonomia Cognitiva (J. Sperandio, 1988) sobre controladores de voo. Os mais jovens e menos experientes eram mais atentos e mais rigorosos nas suas decisões; os mais velhos e experientes eram mais redundantes, tinham em conta menos parâmetros, mas obtinham respostas mais rapidamente e com menor sobrecarga. Resultavam os segundos mais eficientes em tarefas “normais” de tráfego aéreo, mas os primeiros teriam uma melhor estratégia para enfrentarem situações novas e inesperadas.

¹⁶⁰ Os efeitos progressivos da presbiopia dão-nos, neste contexto, uma boa metáfora: o senescente passa a tomar maior distância das coisas porque os braços se tornam curtos...

impacto¹⁶¹; c. Terciário – tem a ver com os acontecimentos vividos e fixados há bastante tempo, implicando aspectos significativos sejam pessoais, emocionais e afectivos, sendo rememorados ao longo da vida.

As perdas mnésicas são ainda parcialmente responsáveis por outro dos efeitos geralmente referidos no envelhecimento, a lentificação das funções intelectuais. Esta crescente lentidão é também acompanhada pelas reacções motoras, sobretudo, a partir dos 70 – 75 anos, e relaciona-se ainda com alterações na percepção e processamento de informação, aprendizagem e resolução de problemas (J. Barreto, 1988).

Um dos aspectos que mais impacto tem no quotidiano é a linguagem, revelando os mais idosos acrescida dificuldade em acompanharem mensagens mais longas ou a reproduzirem nomes, surgindo com um discursos mais redundante e repetitivo (Spar e La Rue, 1998). Também se verifica uma maior dispersão da atenção por diversas tarefas ou uma tendência para orientarem a sua atenção para assuntos diferentes. Outro efeito referido é uma maior dificuldade para reconhecerem e reproduzirem configurações complexas ou novas e ainda a diminuição de memória de fixação, dificultando a evocação de factos e acontecimentos próximos.

A memória aparece como um conjunto de funções essenciais para a existência concreta, mesmo em níveis funcionais aparentemente mais básicos como o mover-se num espaço, identificar objectos comuns ou ter uma identidade. Na memória de curto prazo distingue-se entre uma memória sensorial que permite adquirir informações do ambiente, seleccionando os dados da sensibilidade e direccionando-os para as estruturas ajustadas permitindo a constituição da percepção, dirigindo a atenção, despertando emoções e a construção de significações. Associada à anterior temos ainda uma memória que processa a informação (processual), condição necessária para a gestão e consciência da informação. No caso de a tarefa de reconhecimento ser mais difícil ou lenta, nomeadamente por não se conjugar com registos conscientes anteriores, o processo de consciência torna-se mais difícil, sobretudo se for associado a uma carga emocional negativa¹⁶². A memória a longo prazo permite dar sentido e equacionar as informações obtidas, dando um *continuum* de existência. Nos mais idosos destaca-se a memória declarativa¹⁶³ que se distingue entre episódica e semântica (Wolfe, 204:113).

¹⁶¹ Implicada nas designadas “tarefas abertas e fechadas” do género de um pedido recebido que implica uma resposta ou uma acção e que, uma vez respondido, é imediatamente esquecido.

¹⁶² Com o envelhecimento as perdas acentuam-se nestes dois tipos de memória e isto tem necessariamente implicações não apenas na performance, mas na sensação subjectiva de perda. Começa por: “agora, faço ainda as mesmas coisas, mas mais lentamente” para evoluir no sentido “não ouço, não vejo” e, por fim, “já não faço”. A intervenção precoce em gerontologia vai no sentido de otimizar em cada momento os recursos para limitar as necessárias perdas e para ajudar o idoso a desenvolver estratégias que promovam uma melhor adaptação em termos práticos e subjectivos às perdas.

¹⁶³ “A memória declarativa é a capacidade para armazenar e recordar informações que podemos declarar (falar ou escrever)... requer processamento consciente; é mais reflectida do que reflexa. Em vez de evocação automática, inconsciente, de como fazer algo, a memória declarativa permite-nos recordar conscientemente e

Relativamente à inteligência entendida genericamente como adaptabilidade aos problemas e situações novas a partir da capacidade de aprender pela experiência (Cf. R. Sternberg, 1995: 604 – 608), Morangas (1991) distingue entre uma inteligência Fluida e Cristalizada. A primeira indica a capacidade para resolver problemas a partir do processamento de informação em contextos específicos, e os sujeitos mais novos¹⁶⁴ obtêm melhores performances nos testes. Quanto à inteligência cristalizada, onde interferem a educação, a experiência e a cultura, os resultados melhoram com a idade o que habilita os idosos para determinadas tarefas.

Todavia, apesar das perdas apontadas, os diversos autores (Barreto, 1988; Berger, 1995; Vaz Serra, 2000) são unânimes, considerando que as alterações e perdas identificadas não são suficientes para alterarem substancialmente as condições e a qualidade de vida dos idosos. Pelo contrário, a manutenção de actividades e responsabilidades, a estimulação em condições de segurança e equilíbrio, contactos sociais frequentes e exercícios dedicados permitem aos idosos manterem-se produtivos, educáveis e capazes de se desenvolverem.

De particular interesse são os resultados da experiência¹⁶⁵ desenvolvida por Baltes *et al.* (1992) que comparou o desempenho mnésico de dois grupos de sujeitos, jovens e de idosos, baseando-se no método dos *loci*, que fez apelo à memória episódica, considerada a mais afectada com o envelhecimento. Os resultados permitiram chegar a várias conclusões, das quais salientamos quatro: i. os dois grupos melhoram os seus desempenhos; ii. os mais jovens obtêm melhores resultados com o treino; iii. o treino aumenta a heterogeneidade entre os indivíduos intra grupo, mas a diferença é maior entre os mais velhos; iv. entre os idosos, um grupo melhora substancialmente o desempenho, enquanto o outro pouco melhora. Em consequência destes resultados, os autores concluíram que os idosos mantêm claramente reservas latentes de recursos cognitivos, embora declinem com a idade, sendo esse facto particularmente acentuado num certo grupo de idosos¹⁶⁶.

definir algo, ou recordar e descrever um evento que aconteceu no passado. Esta função dupla delou a que a memória declarativa se subdividissem em duas categorias: memória episódica e memória semântica” (Wolfe, 2004: 112 – 113)

¹⁶⁴ As melhores performances nos testes são obtidos na adolescência, mas é mantida relativamente estável ao longo da adultícia e declina a partir do 60 / 65 anos, mais por influência de um ambiente adverso, tais como acontecimentos de vida significativos dolorosos, reforma, alteração das condições económicas ou insegurança.

¹⁶⁵ Numa primeira prova que consistia em memorizar uma lista de 30 palavras, o resultado entre os grupos foi equivalente. Depois foi ensinado o método dos *loci* e os sujeitos seguiram um treino de 38 sessões ao longo de um ano, onde o desempenho foi sendo medido.

¹⁶⁶ Para vários autores, corroborados em diferentes trabalhos (Fontaine, 1999: 153) a obtenção dos resultados mais baixos em múltiplos testes (biomédicos, físicos e cognitivos) será um forte preditor de riscos de morbilidade e de mortalidade nos cinco anos seguintes.

2.3.2. Teorias do Desenvolvimento e o Envelhecimento.

Estas teorias aceitam a “mudança ordenada” (A. Neri, 2002) dos indivíduos ao longo da vida. Inicialmente desenvolvida por autores como S. Freud, que se preocupou essencialmente com a infância e a forma como esta determina a idade adulta, destacam-se três autores que trouxeram conceitos inovadores para o Envelhecimento: C. Bühler¹⁶⁷, K. Yung¹⁶⁸ e E. Erikson. Para os autores das teorias de desenvolvimento, o avanço na idade implica novas situações e desafios, supondo-se que se constituem tarefas típicas para cada idade, que os indivíduos devem interiorizar e viver¹⁶⁹. R. Havighurst (1951) refere-se mesmo a situações de desenvolvimento que devem ser superadas satisfatoriamente em cada período da vida, caso contrário comprometem o sucesso das tarefas de desenvolvimento posteriores.

Um importante aspecto nestas teorias foi terem evoluído de uma concepção mais centradas nos indivíduos – o desenvolvimento entendido como um fenómeno intraindividual – para outras que consideram dimensões do contexto social, cultural e histórico (A. Fonseca, 2005)

O terceiro autor atrás referido, E. Erikson, concebeu estádios de desenvolvimento, estendendo-os ao longo da vida, discriminando entre a idade adulta, a maturidade e a velhice. Deu uma importância particular aos mecanismos do Ego que, pela vivência dos conflitos próprios a cada estado, permitem ultrapassar as crises psicossociais cíclicas e evolutivas. De facto, segundo o autor, num desenvolvimento normal cada idade e cada conflito deverão permitir a emergência de um valor dominante. Assim, à Idade da maturidade, está associado um conflito entre a Estagnação e a Generatividade o qual deve desenvolver o valor do Cuidado. Nesta etapa o sentido de utilidade e o benefício dos outros deverá ser compensatória ou, caso contrário, as pessoas retraem-se e sentem-se inúteis. Esta fase corresponde ao apogeu no trabalho e à preparação da transição geracional para a última fase.

¹⁶⁷ A primeira, publicou, em 1935, um estudo feito sobre 400 autobiografias que, segundo a autora, mostravam a progressão ordenada e faseada, onde ocorriam mudanças de atitudes e realizações. A autora mostrou que o desenvolvimento não era linear, mas dinâmico e até dialéctico e concluiu que o facto de haver pessoas muito produtivas até idades muito avançadas, implicaria que não haveria uma correlação directa entre senescência “biológica” e perda de funções intelectuais.

¹⁶⁸ C. Gustav Jung distinguiu a vida humana em idades e pontos de transição (O.C., vol., VIII/2), sendo particularmente marcante a quarta década, a partir da qual se constrói a segunda parte da vida. Nesta, os indivíduos procuram um novo sentido (*metanóia*) podendo revelar aspectos menos educados e mais sombrios que podem ser negados ou podem levar a uma reorganização do indivíduo através de mudanças pessoais e novos envolvimentos sociais.

¹⁶⁹ Trata-se de tarefas de desenvolvimento “*developmental tasks*” (R. Havighurst) a serem realizadas individualmente e que se configuram a partir da estruturação somática (da individuação bio-fisiológica), das normas culturais (interiorizadas) e das expectativas e valorizações individuais (G. Arroyo, 2003: 26)

Esta corresponde à Velhice onde se estabelece no Ego um conflito entre a Integridade Própria e o Desespero¹⁷⁰. A melhor solução do conflito deverá fazer emergir a a “maturidade e a sabedoria¹⁷¹” (H. Marchand, 2005), que corresponde à auto – aceitação, à integração da história pessoal e, por último, à preparação da morte atribuindo-lhe um sentido próprio.

2.3.3. Teoria do Ciclo Vital (*Life Span Theory*).

Esta teoria foi desenvolvida por diferentes autores, sendo particularmente referidos na literatura consultada K. Riegel (1976) e, sobretudo, P. Baltes (1979, 1995). Estes autores recuperaram para o Desenvolvimento Psicogenético a adultícia e o envelhecimento¹⁷² embora considerassem os efeitos igualmente importantes de outras mudanças ocorridas ao longo da vida¹⁷³. Assim, K. Riegel (cit. por A. Neri, 2002:40) encontra quatro categorias *major* de influência que seriam os factores de natureza inato - biológicos, individual - psicológicos, cultural - psicológicos e de natural-ecológicos. Trata-se do modelo bio – psico – sócio - cultural - ecológico que procura integrar estas múltiplas influências em cada idade. Desta forma, a temporalidade linear e progressiva dá origem a um tempo elíptico, dialéctico, onde concorrem diversas influências com pluricausalidade e interacção dinâmica onde os processos intraindividuais (biológicos e psicológicos) e supraindividuais (sociais e culturais) se vão mutuamente implicando e sem uma teleologia previamente definida.

Na sequência dos trabalhos publicados no início dos anos oitenta (Baltes, 1979; Baltes, Reese e Lipsitt (1980) o conceito de desenvolvimento foi complexificado e definido como um processo multidirecional e multifuncional, influenciado pelo contexto histórico, abrangendo todo o curso de vida, definido por um constante equilíbrio entre ganhos e perdas, que resulta numa variabilidade intra-individual e em plasticidade individual (Baltes, 1987). De facto, este autor pretende que a investigação orientada de acordo com a Teoria do Ciclo Vital se objective em três componentes do desenvolvimento individual, centrando-se quer na pessoa, quer nas funções, a saber: i. nos aspectos interindividuais

¹⁷⁰ Por “Integridade” entende-se a capacidade do indivíduo rever e aceitar a sua trajectória de vida, defendendo o seu património próprio – a sua identidade e a sua biografia. Por oposição, o “Desespero” instala-se nos que não são capazes de construir a sua Integridade e tomam consciência do seu horizonte temporal, num limite de escassas possibilidades de mudança.

¹⁷¹ Mas, a relação entre ambas é uma conquista difícil pelo indivíduo e pressupõe um contexto favorável: “... a relação da sabedoria com a maturidade não é automática, havendo um leque de variáveis que deverá, igualmente, ser tido em consideração... pressupõe, ainda, uma atmosfera... rara e difícil de desenvolver” (H. Marchand, 2005: 94 – 95).

¹⁷² O predomínio da ideia do fim do desenvolvimento com a adolescência, seguida da adultícia como um período de estabilidade associada à do envelhecimento como perda, levou a que a Psicologia do Desenvolvimento não considerasse o envelhecimento como seu objecto de estudo, embora outros aspectos da Psicologia tivessem sido estudados (A. Neri, 1995; Stevens-Long, 1979).

¹⁷³ Neste aspecto e relativamente aos dois parâmetros pelos quais a realidade se deixa intuir – a tempo e o espaço, esta teoria privilegia a temporalidade, enquanto as teorias da contextualização privilegiam a espacialidade.

comuns ou regulares; ii. nas diferenças e especificidades interindividuais; iii. na plasticidade intraindividual (P. Baltes, 1999: 472).

A proposta de P. Bates (1979) configura um quadro de tripla influência ao longo da vida de vários acontecimentos cruzados com as características biológicas e que desencadeiam factores persistentes, cíclicos e ocasionais. Estes factores são uniformizados porque fazem parte da condição humana, mas são também diferenciadores porque permitem biografias e perfis de vida progressivamente diferenciados. Este autor distingue três influências¹⁷⁴. A primeira relacionadas com a “Influência Normativa pela Idade” onde, numa lógica cronológica, confluem as influências biológicas – a Biologia do Desenvolvimento, e os acontecimentos ambientais tipificados, tais como a Educação, a Família e o Trabalho. Ao longo da vida e neste cruzamento Biologia / Ambiente, cada sujeito vai adquirindo papéis e competências de modo que a Educação, a Família e o Trabalho se vão conformando de forma distinta com as diversas Idades. Em segundo, temos a Influência Normativa relacionada com a história e onde as normas gerais culturais¹⁷⁵, são conjugadas com as mudanças bio sociais partilhadas numa dada comunidade. Neste contexto, os órgãos de comunicação social, os grupos informais e o “clima social” têm particular importância. Por último, as “Influências Não Normativas” são específicas ao sujeito, idiossincráticas, onde os acontecimentos biográficos ganham especificidade: doenças e acidentes, perda e mudança de emprego, mudanças familiares tais como divórcio ou morte ou acontecimentos fortuitos mais ou menos satisfatórios.

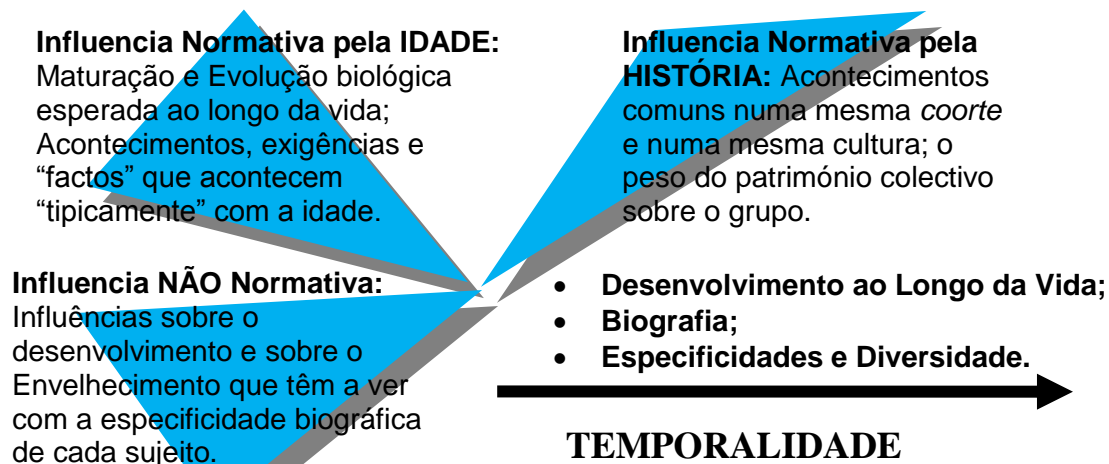


Fig. 4. – As três Influências sobre o Ciclo Vital de acordo com P. Baltes (1979).

¹⁷⁴ Não posso deixar de notar semelhanças com a célebre frase do Antropólogo Kluckhohn (Cit. por E. Hoebel e E. Frost, 1976) segundo a qual “em alguns aspectos somos iguais a todos, noutros iguais a alguns e ainda noutros somos únicos”. Assim, à influência por Idades corresponderia uma influência mais universal, à Influência pela história, corresponderia uma matriz mais próxima a uma determinada cultura e, por último, haveria a especificidade individual, marcada pela própria biografia.

¹⁷⁵ As normas culturais não precisam ser explicitadas e quando mais integradas forem mais inconscientes se tornam, o que potencia a sua influência (Cf. E. Hall, 1994).

Deste processo resulta um desenvolvimento que não é unidirecional, nem cumulativo e não é necessário. Pelo contrário, demonstra a plasticidade humana, porque em qualquer idade é possível adquirir, manter, aperfeiçoar ou abandonar comportamentos, atitudes e cognições. O processo torna-se puridimensional, multidimensional e pode ocorrer ao longo da vida.

Todavia, devido aos determinantes básicos que persistem durante toda a vida (sejam os determinantes biológicos ou ambientais), é possível privilegiar actividades potenciadoras de melhor qualidade de vida no último ciclo de vida. Nestas condições, e porque o desenvolvimento é aberto e construído, torna-se importante saber escolher a situação e as condições que “sejam úteis para uma harmonização entre as exigências do ambiente e os motivos pessoais, as habilidades do indivíduo e a própria capacidade do rendimento biológico” (U. Leher e H. Thoma, 2003: 100). Procura-se “o envelhecimento bem sucedido”¹⁷⁶ sendo para tal necessário conciliar processos mais objectivos – indicadores de saúde, funcionalidade e bem-estar, com o bem-estar subjectivo – uma atitude positiva e um “sentimento de felicidade” (Idem, 101).

Na definição de um modelo teórico de envelhecimento bem sucedido, M. Baltes (1991) sistematizou as seguintes teses para o envelhecimento: i. o curso do desenvolvimento apresenta variabilidade individual; ii. existem diferenças importantes entre envelhecimento normal, óptimo e patológico; iii. durante o envelhecimento fica resguardado o potencial de desenvolvimento; iv. os prejuízos deste período podem ser minimizados pela activação das capacidades de reserva para o desenvolvimento; v. as perdas cognitivas podem ser compensadas por ganhos no domínio da inteligência prática; vi. com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo; vii. os mecanismos de auto-regulação da personalidade mantêm-se intactos em idade avançada¹⁷⁷.

O envelhecimento é, pois, um processo dinâmico e adaptativo envolvendo os diferentes factores e foi adjectivado por Baltes (1991) como *optimização selectiva com compensação*. Assim, às crescentes limitações biológicas e sociais – alteração dos papéis sociais, a tarefa adaptativa dos idosos passa por seleccionar metas, direccionar-se para os objectivos mais importantes, optimizando os recursos e compensando as perdas¹⁷⁸.

¹⁷⁶ “A *successful aging*” - conceito desenvolvido por R. Havigurst, em 1963, e que corresponde a um indicador de adaptação bem sucedida por parte idoso, dado que soube ultrapassar as várias dificuldades impostas pela transição para o novo ciclo de vida.

¹⁷⁷ De uma certa forma as alterações de personalidade referidas na senescência podem não corresponder a mudanças efectivas, mas simplesmente a traços que só então se tornam mais visíveis: “que a velhice é uma idade reveladora, quando o melhor e o pior de nós se aflora de maneira audaz” (Gregory, 1995: 368).

¹⁷⁸ Podemos considerar quês e trata da aplicação de um racionalidade de gestão, de um princípio económico que procura ajustar melhor a diminuição de alguns recursos em função dos objectivos e necessidades persistentes.

De acordo com Fernandez-Ballesteros (2000:48) a maior importância desta teoria prende-se com:

- i) o reconhecimento de que ao longo da vida há ganhos e perdas, embora estas últimas sejam maiores no envelhecimento do que em outras idades de vida;
- ii) há funções psicológicas que diminuem, mas outras, em condições normais, mantêm-se ao longo de toda a vida;
- iii) o ciclo vital aumenta a variabilidade interindividual; iv) existem mecanismos compensatórios ou de “reserva” que, através do seu uso e treino, permitem obviar parcialmente as perdas;
- iv) a variabilidade (e a plasticidade) dos senescentes permite três formas de envelhecimento: normal, patológico e bem sucedido, o que é possível através de mecanismos de selecção, optimização e compensação (Cf. U. Leher e H. Thomae, 2003: 99 – 101; A. Requejo Osorio, 2003: 262; Fernandez-Ballesteros, 1991: 239 – 256; J. Belsky, 2001: 63-98; Montejó, P., Montenegro, M. e M. de Andrés, 2004: 545-594).

2.3.4. Envelhecimento Psicológico e a Teoria dos Sistemas.

A Teoria Geral dos Sistemas e as suas evoluções posteriores também mereceram atenção por parte dos gerontologistas, nomeadamente, J. Schroots (1995) com a sua “teoria gerodinâmica do envelhecimento”. Um dos elementos base deste paradigma é a substituição de uma concepção estrutural do desenvolvimento por outra que integra estrutura e função, passando a falar-se de uma estrutura dinâmica ou de um sistema. Neste caso, deslocamo-nos de uma visão centrada na fisiologia e na morfologia, para outra visão que se centra no comportamento, nas trocas, nas funções da “estrutura funcional” (J. Marques Teixeira, 1993: 47).

A referida “Estrutura Funcional” remete-nos para a Desordem – Ordem (em interacção mútua) interna ao sistema que, embora permeável às trocas de energia e informação com o ambiente, tem um comportamento independente relativamente a esse meio (terá um “meio interno”, tal como definiu C. Bernard). Por outro lado, uma estrutura dinâmica é capaz de se organizar / desorganizar através de uma “ordem generativa” (Idem:46), pela qual os sistemas se podem complexificar e desenvolver. Mas, o aumento dessa complexidade nos sistemas abertos implica a influência de efeitos exteriores, ambientais, que são mais ou menos aleatórios (não são conhecidos ou são parcialmente conhecidos) implicando um nível de ruído ou de desordem no processo e que o sistema terá de integrar sobre pena de extinção.

A entropia é o conceito que permite entender este processo. Por um lado, porque mostra como as estruturas estão continuamente sujeitas à erosão¹⁷⁹ e à desordem¹⁸⁰ e, por outro lado, os sistemas biológicos são capazes de combater a pressão erosiva desorganizadora por modos progressivos de gestão da informação e energia que aumentam a ordem e a neguentropia¹⁸¹.

Temos, pois, nos seres vivos a capacidade de se auto-organizarem (H. Atlan, 1979). Por esta propriedade os seres vivos são capazes de utilizarem “os ruídos” ou os fenómenos aleatórios, que ocorrem num determinado nível, para aumentarem a sua organização noutra nível, de acordo com a variedade/diferenciação do sistema e da sua redundância (H. Atlan, 1979: 55-57). Outro conceito importante, o de autopoiese¹⁸² ou de autonomia criativa dos seres vivos refere uma qualidade auto referencial destes sistemas que, porque têm memória e estão hierarquizados, podem-se recriar continuamente: “têm capacidade para transformarem e se transformarem, produzirem e produzirem-se, ligarem e ligarem-se, manterem e de se manterem...”(E. Morin, 1977)

Estes processos dinâmicos e contínuos são mais evidentes na fase inicial e última do desenvolvimento (infância e senescência) onde se tornam mais explícitos os ajustamentos e a complementaridade possível entre os elementos do sistema. Todavia, na senescência evidenciam-se de forma diferente, não pelo aparecimento de características novas, mas pelo ajustamento e complementaridade possíveis em função de perdas sucessivas. Em qualquer um dos níveis que usamos para observar e descrever o envelhecimento, mostra-se esta tendência para a organização e ainda os múltiplos elementos que promovem esse ruído. E, embora “com o tempo” cada célula, tecido, órgão e o ser vivo acabem por perder a batalha¹⁸³, a capacidade de auto-organização é continuamente afirmada.

Esta capacidade revelada ao longo de todo o processo de desenvolvimento, permanece durante as fases mais tardias do envelhecimento, quando se tornam mais evidentes as dificuldades funcionais do sistema. Contudo, este processo é essencialmente estocástico,

¹⁷⁹ Como é o caso dos mecanismos de Oxigenação – Oxidação que tratamos na pág. 37-38, ou ainda dos processos de informação que veiculam epistemologias erradas sobre o envelhecimento...

¹⁸⁰ “Com a entropia tudo se desorganiza com o tempo, exceptuando, se bem que temporariamente, os organismos vivos. Estes são altamente organizados e essa organização é maior do que a dos seus elementos constituintes, sendo isto conseguido pela capacidade de captação de energia do meio ambiente. Isto é, na sua globalidade, o sistema biológico apresenta, aparentemente, duas tendências contraditórias: por um lado, o crescimento estatístico da entropia; por outro, o aparecimento de organizações complexas, que correspondem a um aumento real da ordem” (Marques Teixeira, idem: 47)

¹⁸¹ “... o rosto termodinâmico de toda a regeneração, reorganização, produção, reprodução da organização...” (E. Morin, 1977: 293)

¹⁸² “A característica mais peculiar de um sistema autopoietico é que se levanta pelos seus próprios meios e se constitui como distinto do meio circundante através da sua própria dinâmica, de tal maneira que ambas as coisas são inseparáveis” (H. Maturama e F. Varela, 1984: 28). Depois, estes sistemas, revelam no mínimo, cinco características: autonomia, emergência, fechamento operatório, autoestruturação e reprodução autopoietica.

¹⁸³ Embora esta seja ganha a um outro nível de complexidade, a da espécie (Cf. E. Morin, 1951).

porque há sempre um número considerável de possibilidades, cabendo ao indivíduo, no seu contexto próprio, seleccionar essas possibilidades de “acordo com o seu programa interno”, eliminando as que lhe parecem prejudiciais. Tal é verdadeiro ao nível genético, mas também a nível da aprendizagem e das Ideias (G. Bateson, 1984: 153 – 191).

J. Schroots (1995) trouxe-nos estes elementos através do conceito de bifurcação (*branching*), mostrando como ao longo da vida surgem momentos críticos (de bifurcação), nos quais o sujeito se confronta com diversos ramos que podem conduzir a uma maior ordem ou à desordem, a uma acrescida morbidade ou a uma potenciação da saúde e bem-estar. Desta forma, certos acontecimentos da vida, e de acordo com a capacidade selectiva dos sujeitos e da sua autonomia, podem criar as condições suficientes para o desenvolvimento.

No mesmo sentido de desenvolvimento segue a proposta de Le Moigne (1977), com referência aos vários níveis de complexidade dos sistemas que vão integrando novas qualidades adaptativas, tais como a percepção, a memória, decisões autónomas e, a limite, a liberdade. No sistema mais autónomo e livre, sobrepõe-se a capacidade de imaginação que pode originar um “sentimento oceânico”, mesmo perante a morte, tal como o revelado pela personagem Thomas Buddenbrooks de Thomas Mann.

2.4. As teorias Sócio-antropologias¹⁸⁴ do Envelhecimento.

Algumas das teorias apresentadas podem ser definidas como psicossociais, sociopsicológicas, como sociológicas ou, mais genericamente, como antropológicas. De facto, ainda que uma Teoria possa surgir no interior de uma ciência específica, ela acaba por ser utilizada por diferentes disciplinas, linguagens e metodologias. Por isso, muito do exercício de sistematização passa pela delimitação com o maior rigor possível da área e nível de análise, metodologias empregues, linguagem e ponto de partida do observador. Encontramos teorias que se centram nos processos macrossociais e culturais, embora, ao privilegiarem os efeitos do ambiente ou do contexto sobre os indivíduos, as suas consequências só possam ser observadas ao nível das relações interpessoais e sociais, e, por último, na estrutura intrapsíquica dos sujeitos. Outras mostram como os indivíduos e os grupos não são meramente “passivos”, produtos do meio, mas são actores que assumem e modificam as próprias estruturas sociais, tanto mais não seja pelo impacto do seu número crescente. Umass assentam os seus fundamentos empíricos em etnometodologias, outras em métodos empírico - indutivos (*grounded theory*) e outras em extensos inquéritos por questionário, confrontando a realidade e as suas hipóteses de

¹⁸⁴ Conceito de interface entre várias Ciências Sociais e Humanas iniciado por Durkheim no fim do séc. XIX e explicitado por P. Bouvier (2000).

partida¹⁸⁵. Pelo que foi dito, preferimos enquadrar todas estas teorias num campo disciplinar que designamos por Antropossociologia do Envelhecimento.

As diferentes teorias que foram sendo propostas e que acompanham a evolução das concepções do próprio envelhecimento desde a II Guerra Mundial, podem também ser sistematizadas por épocas ou por unidades de análise (Bengston, Burgess e Parrot, 1997), verificando-se uma deslocação do micro para o macrosocial e, já nos anos 80 e 90, para concepções mais sistémicas.

Mais concretamente, nos anos 50 e 60 desenvolveram-se teorias mais centradas ao nível das implicações individuais e nos factores sociais que determinam papéis sociais que normalizam o processo de envelhecimento. Na década de 70 e até meados da década de 80, o objecto de análise ter-se-á deslocado para a transformação das condições sociais e como estas determinariam o processo de envelhecimento.

De igual modo, a situação social dos idosos terá surgido como uma nova categoria social (M. Siqueira, 2002). A partir daí concebem-se categorias e abordagens que procuram equacionar os níveis micro e macrosociais, que critiquem e sistematizem as teorias anteriores e integram os processos dinâmicos e de interacção, onde se configura o domínio existencial – vivencial, que é possível e influenciado pelas condições ecológicas (D. Dannefer e P. Uhlenberg, 1999)

Estas teorias cruzam os processos individuais definidos pela idade, biologia e crises evolutivas com as trajectórias de vida que são social e culturalmente determinados. Desse cruzamento de mútua implicação entre o Indivíduo e a Sociedade, resulta um processo permanente no qual, à semelhança dos *Zeitgibers* (Dadores de tempo) que determinam os ritmos biológicos, se constroem “Relógios Sociais” (Neugarten, 1969). Estes regulam os ciclos de vida dos indivíduos numa dada sociedade. São marcadores aprendidos e transmitidos pela cultura, sendo socialmente partilhados pela *coorte*¹⁸⁶, que organizam as trajectórias de vida, bem como os comportamentos individuais e sociais. O mesmo autor refere a importância dos designados “eventos de transição” que correspondem a momentos críticos, de instabilidade, mas que também abrem a possibilidade de uma mudança adaptativa (o sentido próprio do conceito de crise).

Estes eventos podem ser definidos como “normativos”, quando ocorrem de acordo com a cultura e as expectativas sociais, ou “idiossincráticos”, quando são dependentes da biografia e das condições específicas dos sujeitos. Os primeiros, porque têm um contexto sócio-cultural justificativo, são melhor preparados e enquadrados por mecanismos sociais

¹⁸⁵ Por exemplo, a constatação da desvinculação dos idosos relativamente aos demais e ao mundo social deu origem não apenas à Teoria da Desvinculação propriamente dita, mas é retomada frequentemente por outras teorias que constatarem o mesmo fenómeno, mas com abordagens diferentes: mais macro (T. da Modernização); mais micro – T. do Esgotamento e perda de Competências.

¹⁸⁶ Designação que designa um determinado número de pessoas nascidas num mesmo intervalo de tempo.

que suportam e dão sentido às mudanças. Os segundos têm maiores implicações emocionais e tendem a ser vividas de forma mais privada e até solitária¹⁸⁷.

Outro autor, R. Havingurst (1951) desenvolveu a noção de “tarefas evolutivas”. Tratam-se também de normas que resultam quer da pressão sócio-cultural, quer dos valores e desejos dos indivíduos, e estão também associadas à idade e à maturação biológica. Este conceito salienta a importância da construção das normas associadas às idades e ao contínuo processo de socialização do indivíduo e da regulação do seu comportamento. Neste contexto, a socialização ganha uma importância particular, distinguindo-se entre uma socialização antecipatória (preparatória para a mudança, e que pode ser explorada em certos contextos como é o caso da preparação e do projecto de reforma) e uma ressocialização, pela qual o indivíduo aprende, integra-se e adapta-se às mudanças ocorridas (a entrada para uma residencial de idosos, por exemplo).

Este processo de preparação da reforma é ainda mais importante quando temos estudos que nos mostram que “quanto maior a satisfação do indivíduo com o trabalho e no grupo, maiores as dificuldades no desligar da actividade.” (C. Amarillo e S. Carlos, 2005; J. Zanelli e N. Silva, 1996).

Esta observação empírica esta coerente com as teorias de P. Berger e T. Luckmann (1973), para quem a vida social é uma contínua reconstrução feita na interacção com os outros. Ora a perda abrupta desses mediadores sociais que estabeleceram, por uma interacção contínua, a construção dos significados e a passagem da realidade “objectiva para subjectiva e vice-versa” (idem: 179) só pode ser vivenciada como perda, sobretudo, se o processo anterior estiver sólido e satisfatório. Os mesmos autores também referem que essa socialização secundária (tradução da realidade objectiva para a realidade subjectiva) nunca é nem plena, nem esgota a individualidade, sendo “um acto continuamente oscilante”; porém, mudanças demasiado abruptas, podem desequilibrar esse processo. De facto, os autores referem a necessidade de “conservação da realidade” (ibidem: 195 - 215) e ainda os processos de ressocialização.

Neste contexto, é fundamental a perda da “conversa” (ibidem: 202), da segurança das palavras “confirmativas”. Perdem-se as do trabalho e têm de ser reconstruídas as do Lar. A ressocialização dos idosos, neste contexto, pode acabar por ser um processo muito difícil e doloroso.

¹⁸⁷ Mas também o que é privado e público é mediado pela cultura. Por exemplo, a velhice, a doença e a dor foram na cultura moderna ocidental fenómenos privados, vividos em silêncio e, hoje, com a pós-modernidade, tornaram-se frequentemente públicos, exteriorizados e noticiados (D. Morris, 2000)

2.4.1. Teorias Sociológicas¹⁸⁸ e o Envelhecimento.

Neste parágrafo, consideram-se tanto os autores que se referem às causas do envelhecimento, como ainda as Teorias Explicativas. Tem-se em particular referência a organização e a apresentação das várias teorias e concepções “que se centram na explicação da relação que existe entre o ambiente sociocultural e os comportamentos dos idosos” a partir da classificação feita por Bengston, Burgess e Parrot (1977)¹⁸⁹. Todavia, não se reproduz a classificação dos autores, mas faz-se uma sistematização cruzando dois dos itens privilegiados, a saber: a sua cronologia ou data de primeira publicação de referência e nível de análise. Esta escolha tem a ver com a referência anterior ao desvio do nível de análise (dos indivíduos que envelhecem – micro; para o que acontece a nível das sociedades e dos grupos e como isso determina o envelhecimento a nível individual e social – macro) e pela evolução das concepções que obedece quer à recolha dos dados empíricos e à sua sistematização, quer ainda a uma elaboração teórica cada vez mais sofisticada e complexificada, que vem sendo desenvolvida nos últimos quarenta anos (Cf. Quadro 2).

Pela mesma razão económica que implicou numa clara redução na apresentação das teorias biológicas e psicológicas, também neste capítulo se seleccionam apenas algumas teorias. O critério passa por considerar as duas teorias paradigmáticas (as Teorias da Desvinculação e da Actividade), considerar a sua evolução nas Teorias da Continuidade e do Construtivismo Social (por serem ambas uma leitura no domínio micro que é privilegiado nesta abordagem), considerar a Teoria do Curso de Vida (uma Teoria de interface entre a abordagem micro e macro) e pela Teoria Crítica (Teoria Macro), na qual se constroem os pressupostos da Gerontologia Educacional Crítica.

¹⁸⁸ Neste texto, há uma espécie de hipertrofia das teorias sociológicas por comparação às Teorias Biológicas e psicológicas. Esse facto deve-se a vários factores: primeiro, estas teorias, pelo seu peso na Gerontologia Social, têm enorme influência no objecto central desta tese – a Gerontologia Educativa; segundo, não domino as Ciências Biomédicas para trazer um maior contributo destas para o estudo do Envelhecimento; por último, tenho a sensação – talvez puro preconceito – que o desinteresse freudiano pelo idoso continua a orientar muitos dos psicólogos, talvez porque o seu número em terapia ainda seja baixo ou porque reconhecem que a intervenção deverá oscilar entre a psicossociologia e a geriatria psiquiátrica.

¹⁸⁹ Encontramos várias sistemáticas e enumerações de teorias, desde cinco (A. Rodrigues, 1994; A. Requejo Osorio, 2003) até onze (M. Siqueira, 2002). Todavia, as diferenças têm a ver com os objectivos propostos, sendo que para o caso da educação permanente e de adultos ganha particular importância agrupar as teorias nas metateorias funcionalistas e não funcionalistas. Nas teorias funcionalistas: “A sociedade é um sistema autoregulado. O envelhecimento é assumido como a perda de papéis e funções em relação com a idade e a perda da função económica” (A. Requejo Osorio, 2003: 263). Nas não funcionalistas, há um conjunto amplo de possibilidades onde os processos de determinação não são plenamente conhecidos, onde os actores sociais têm estratégias e agem em função dos efeitos das suas próprias acções e dos significados que lhes atribuem.

Quadro 2 - Sinopse das Teorias sociopsicológicas do envelhecimento.

Décadas Níveis	50 - 60	70 – 85	90
Micro	T. da Actividade - Havighurst (1968)	T. do Esgotamento e da Perda de Competências - J. Kuypers e V. Bergston (1973) T. das Trocas - J. Dowd (1975) T. do Construtivismo Social - Gubrium e Holstein (1999) ¹⁹⁰ T. da Continuidade - Atchley (1987)	
Interface	T. da Desvinculação - Cumming e Henry (1961) T. da Subcultura Rose (1965)	T. da Modernização - Cowgil e Holmes (1972) T. da Estratificação por Idades - Riley, Johnson e Foner (1972) T. do Contexto ou do meio social - Gubrium (1973)	T. do Curso de Vida - Dannefer e Uhlemberg (1999)
Macro		Teoria Político Económica - Walker (1981)	Teoria Crítica

Na descrição que se apresenta nesta tese optou-se pelo critério cronológico, começando com a **Teoria da Desvinculação**, que foi inicialmente formulada por Cumming e Henry (1961) e resultou da observação feita a 275 idosos [50-90 anos] em Kansas City. Os autores, dão conta de uma tendência da amostra para, independentemente das pressões sociais, restringirem voluntariamente e satisfatoriamente os seus contactos sociais¹⁹¹: diminuir o número de contactos, restringirem a sua intensidade e o seu envolvimento emocional. Em paralelo os idosos tenderiam a um maior (in) - volvimento¹⁹². Assente numa concepção deficitária do envelhecimento (entendido como declínio das capacidades dos idosos e que implicam perdas na competitividade económica e social) assume que os mecanismos sociais de afastamento dos idosos – a reforma – e o correspondente auto-afastamento dos idosos são elementos essenciais para a estabilidade social¹⁹³. De forma positiva, os indivíduos e as instituições teriam uma acção adaptativa ao envelhecimento individual promovendo e aceitando o desinvestimento económico e social dos mais velhos. Sumariamente, assenta na ideia de tanto as

¹⁹⁰ Estes autores não são “os inventores” da Teoria, porque se trata da adaptação às pesquisas sobre o Envelhecimento das teses de E. Mead (1934), E. Goofmann (1961), P. Berger e T. Luckmann (1973), mas fazem uma sistematização da teoria e das linhas de investigação.

¹⁹¹ Este afastamento, segundo C. L. Fry (1996) teria vantagens mútuas para ambas as partes: idosos e sociedade.

¹⁹² O oposto ao des-en-volvimento, o “volver” (rolar) para o exterior seria substituído por um rolar-para-dentro, centrando-se em si mesmos. Aliás estes mesmos sentidos foram também expressos por Jung ao distinguir entre Progressão (dirigir-se para fora, para o mundo exterior) e regressão (dirigir-se para dentro, para o centro estruturador da psique). O primeiro é preponderante na juventude e o segundo na velhice (Jung, o.c. vol VIII/2)

¹⁹³ Daí a formulação do “idoso que dá o seu lugar” no emprego, no poder, na família, aos mais novos. Esta ideologia da competitividade tem legitimado a reforma antecipada de um número não negligenciável de trabalhadores, nomeadamente nos serviços, em nome da substituição de gerações: ninguém perderia, porque os mais velhos acabariam por facilitar o trabalho a jovens que melhorariam a performance produtiva das empresas e da economia o que permitiria maiores lucros e maior rentabilidade para os fundos sociais. Hoje, e no futuro, esta tese é progressivamente substituída pela discussão sobre a legitimidade de alguém se manter “cliente” de fundos sociais durante duas décadas ou mais. Isso mostra como medidas tomadas circunstancialmente podem revelar-se, em menos de uma década, perniciosas para o sistema.

peças idosas como a própria sociedade entrarem num processo de desvinculação ou de mútuo afastamento, garantindo a funcionalidade ou a manutenção do “sistema”.

Esta concepção, que se pretende universalista, foi alvo de imensas críticas¹⁹⁴, evoluindo quer para uma “desvinculação transitória” (Dreher, 1969,1970, cit por Ortiz, 2000)¹⁹⁵ quer para o já referido conceito de “Envelhecimento bem sucedido”. Uma das razões para estas múltiplas críticas prende-se com a sua associação à Teoria da Modernização, salientando-se os efeitos negativos nas sociedades industriais, centradas no lucro e na segregação dos menos produtivos e rentáveis.

A Teoria anterior acabou por funcionar como matriz negativa¹⁹⁶ para a **Teoria da Actividade** desenvolvida no fim dos anos 60 por Havighurst (1968) que afirmou que o fim das actividades físicas e mentais por via do envelhecimento estaria associado a patologias psicológicas, a atitudes e comportamentos de isolamento social e, inversamente, o “bom envelhecimento” seria possível se o envelhescente mantivesse níveis de actividade equivalentes aos que manteve durante a vida.

Outro aspecto importante que foi depois mantido por outras teorias, é a importância dos idosos substituírem os papéis sociais¹⁹⁷ à volta dos quais foi construída a sua vida enquanto adultos e que foram perdidos durante o processo de envelhecimento, por outros, novos, igualmente gratificantes. Porém, quando alguns papéis são voluntária ou compulsivamente abandonados, pode haver lugar a uma definição negativa de cada indivíduo: o de quem não tem papéis (A. Rodriguez, 1994). Esta perda pode conduzir à anomia, à inutilidade, pelo que, segundo a Teoria da Actividade, cada indivíduo deve desempenhar durante o máximo tempo possível os seus papéis ou, pelo menos, que ao

¹⁹⁴ Esta concepção pode potenciar as próprias perdas porque amplia e reforça os normais processos de envelhecimento, dando-lhes um sentido inicialmente inexistente. Por outro lado, despromove a necessidade de estruturas de apoio ao envelhecimento activo que, ao não existirem, acabam para reforçar a ideia da escolha da desvinculação pelos idosos.

¹⁹⁵ Uma espécie de recuo adaptativo ou reactivo que permitirá ao idoso recuperar-se e ter uma maior envolvimento posterior (Ortiz, 2000).

¹⁹⁶ Esta transição teórica entre teorias opostas foi exposta por S. Jones e citada e comentada por A. Requejo Osorio (2003: 291) correspondendo a uma dialéctica entre a teoria X e Y: «A primeira, denominada de “declive” situa os factores biológicos presentes no desenvolvimento humano como um percurso entre a idade madura até à degenerescência»; “A teoria Y insiste nas potencialidades que expressa o ser humano partindo da hipótese que a falta de exercício das faculdades implica a sua deterioração e não o seu contrário. Insiste basicamente nas “potencialidades” que o ser humano tem”. Outro autor A. Martín (2000) fez uma síntese sistemática desta evolução descriminando dez visões sobre o envelhecimento, “desde a abordagem deficitária até à abordagem positiva”, teremos então o envelhecimento como: i. deterioração; ii. ruptura; iii. dependência estruturada ou carga social; iv. mudança ou continuidade; v. produto social e histórico; vi. oportunidade; vii. tempo produtivo; viii. “A *successful aging*” - Envelhecimento bem sucedido; ix. Emancipação; x. hibridação.

Por outro lado, ambas as teorias têm um mesmo objectivo que é o funcionamento da sociedade e o desempenho dos papéis sociais.

¹⁹⁷ A existência social implica o desempenho de papéis que correspondem a padrões de comportamento aprendidos considerados apropriados para uma pessoa numa dada situação. Definidos culturalmente, implicam aprendizagens individuais. O desempenho de cada papel por cada indivíduo é permanentemente negociado com os outros e responde às expectativas sociais, embora haja diferentes graus de empenho individual ou de imposição social. Para cada indivíduo ao longo da vida configuram-se papéis múltiplos que, desempenhados ao longo da vida, configuram a própria identidade pessoal apesar das mudanças: novos papéis, abandono de outros, modificações e substituições.

longo do processo de envelhecimento sejam encontrados papéis de substituição que incrementem o seu bem-estar e objectivos pessoais¹⁹⁸. Basicamente, assume que embora se verifiquem mudanças físicas e psicológicas, persistem as mesmas necessidades de sociabilidade¹⁹⁹ ou de funcionalidade.

Uma terceira evolução desta teoria, e mantendo o princípio funcionalista (A. Requejo Osorio, 2003) é a **Teoria da Continuidade**²⁰⁰. Esta enfatiza o facto de as estratégias aprendidas e desenvolvidas ao longo da vida continuarem a ser mantidas²⁰¹ quer em termos internos – ideias, personalidade, experiências, preferências, etc., quer em termos externos – interacção com o ambiente, satisfação das necessidades e resposta às expectativas sociais (Atchley, 1987). Por outro lado, cada idoso será capaz de avaliar a sua continuidade quer em termos globais, quer em aspectos específicos, tal como a sua saúde. Essa avaliação poderá ser classificada como baixa, óptima ou excessiva: a primeira, seria insatisfatória porque indicaria dificuldades de adaptação às mudanças ocorridas ou, de outro modo, as estratégias anteriores mostram-se pouco eficientes na resposta aos novos contextos; na segunda, o idoso sente-se bem adaptado, o que demonstra a utilidade das suas estratégias; por último, a rotina e a previsibilidade tornariam inúteis e inaplicáveis quaisquer estratégias, tornando-se o ambiente hipo - estimulante. Em revisão posterior Atchley (1993: 5-16) destaca alguns aspectos desta teoria, nomeadamente: 1) trata-se de uma teoria evolucionista, porque os padrões de ideias e as competências adquiridos e desenvolvidos pelos indivíduos persistem ao longo da vida, o que lhes permite adaptarem-se a agirem no seu ambiente; 2) é uma também construtivista, porque assume que as construções pessoais são respostas dos indivíduos às experiências vividas, sendo influenciadas pela cultura e construções sociais da realidade aprendidas que são aprendidas na interacção com os outros e pela influência dos meios de comunicação.

A Teoria do Construtivismo Social aplicada ao envelhecimento considera várias contribuições teóricas, tais como o Interaccionismo Simbólico²⁰², a teoria da etiquetagem

¹⁹⁸ Posteriormente, alguns autores criticaram o eventual “activismo” ou até de reactivismo “antienvhecimento” que decorreria, a limite, desta teoria. Outra questão, é uma correlação eventualmente excessiva entre “actividade” e “satisfação”. Elementos complementares a considerar são a especificidade contextual e a qualificação das próprias actividades que podem ser entendidas como satisfatórias.

¹⁹⁹ Daí a proposta de Weiss (1969) que proponha a compensação das perdas de papéis sociais pela possibilidade de um grande número de interacções sociais, que constituiria “um fundo de sociabilidade”.

²⁰⁰ Segundo Bengston, Burgess e Parrot (1977) esta teoria já é classificada como uma teoria de segunda geração por aparecer nos anos oitenta. Todavia, parece-me mais próxima da primeira geração na medida que apresenta uma perspectiva micro, centrada nos aspectos individuais, ainda que também contemple aspectos ambientais considerados na continuidade externa.

²⁰¹ No limite, estabelecer-se-ia ao longo dos ciclos anteriores uma espécie de condicionamento que determinaria as respostas possíveis que o idoso pode dar durante o seu envelhecimento.

²⁰² Para o interaccionismo simbólico os comportamentos são aprendidos através da comunicação simbólica com os outros, em processos de interacção social dinâmicos e significativos. A identidade individual que cada um constrói sobre si mesmo resulta da interpretação das respostas dos outros às suas acções e atitudes. De

social (*labeling theory*), na Fenomenologia Social (P. Berger e T. Luckmann, 1973) e nas etnometodologias. As concepções do interaccionismo simbólico podem ser reconhecidas noutras teorias do envelhecimento já expostas (ou podem funcionar como matriz), tais como a teoria da actividade, da continuidade e da subcultura. Estas concepções trazem para o envelhecimento o seu significado social, as relações e as interacções sociais implicadas, as atitudes perante a idade e os senescentes e as significações subjectivas que os indivíduos atribuem ao seu envelhecimento e ao dos outros.

Um exemplo da sua influência mais directa aparece nos trabalhos de Myerhoff (1984) para quem haverá mesmo um ritual (uma forma da cultura se representar) pelo qual os idosos podem recordar o seu passado com os outros e, dessa forma, continuar a sua existência e dignidade. Desta forma a participação de idosos em rituais de envelhecimento reforçaria o seu sentido de existência, com verificação física e confirmação pelos outros da sua vitalidade. A partir dos pressupostos genéricos do interaccionismo simbólico e da Teoria da Etiquetagem, considera-se que o idoso é etiquetado como “desviante” relativamente aos valores predominantes nas sociedades industriais e que são a juventude e a saúde. Por outro lado, o comportamento dos idosos pode ser claramente dependente das atitudes e acções das pessoas que lhes são mais significativas. Neste processo, a aceitação do idoso da etiquetagem condu-lo a uma circularidade onde acaba por cumprir “a profecia” ou “o destino”, perdendo progressivamente as suas competências, confiança e independência.

Em termos de objecto de estudo esta Teoria enfatiza: 1) a descrição e a compreensão dos processos individuais do envelhecimento, nomeadamente da influência neste processo das estruturas sociais e das interacções; 2) o estudo dos aspectos situacionais e construtivos dos significados sociais do envelhecimento; 3) os estudos sobre a evolução das concepções sociais do envelhecimento. Em concreto, Gubrium e Holstein (1999) salientam como exemplos de trabalhos mais actuais sobre o envelhecimento a aplicação das etnometodologias na investigação das estratégias dos idosos no seu quotidiano, a análise de histórias de vida e de narrativas sobre a forma como os envelhescentes vão construindo as suas significações e vivenciando as suas experiências e estudos diferenciais, junto de mulheres, e do modo como em contextos culturais e sociais diferenciados constroem o seu envelhecimento.

A **Teoria do Curso de Vida**²⁰³, embora possa ter fundamentos prévios, nomeadamente nos trabalhos de Riley²⁰⁴ nos anos 70, foi actualizada no artigo de revisão por Dannefer e

alguma forma cada indivíduo exterioriza-se, coloca-se no lugar do outro, e desta forma constroem-se significados partilhados que se desenvolvem à medida que decorre a interacção.

²⁰³ Tanto nesta Teoria, como na Teoria do Desenvolvimento ao Longo da Vida descrita nas teorias predominantemente psicológicas, predomina a concepção dinâmico-dialéctica, seja a nível intrapsíquico e

Uhlenberg (1999). Trata-se de uma concepção teórica que assenta na interacção pessoa / ambiente, nas concepções de estratificação e nas mudanças ocorridas com a idade e com os acontecimentos de vida.

Um elemento importante desta concepção é perceber que o envelhecimento não pode ser compreendido apenas em função do envelhecimento próximo e visível nos últimos ciclos de vida, mas que deve ser entendido em função dos ciclos prévios, nomeadamente do início da adultícia, e dos seus efeitos sobre saúde e da integração social. Depois, há conexões entre os diversos ciclos ou fases de vida e devem ser particularmente estudados os momentos de transição (escola, casamento, filhos... reforma). Depois, em cada contexto, devem ser estudadas as concepções sociais que determinam as concepções individuais, e que levam a que alguém avalie a sua idade de determinado modo²⁰⁵.

Portanto, para a Teoria do Curso de Vida o envelhecimento é dinâmico²⁰⁶ (tem a ver com as mudanças relacionadas com a idade e com os trajectos de vida), contextual (o contexto molda o processo de envelhecimento e pelos significados culturais) e a própria história molda o processo de envelhecimento seja a nível individual, grupal ou social, tal como defende a teoria da modernização²⁰⁷.

Por último, a **Teoria Crítica** (Horkheimer, 1937) é uma designação dada a um conjunto de trabalhos que, indo para lá da Escola de Frankfurt, aplicam à Gerontologia as críticas feitas no domínio das designadas Ciências Sociais e Humanas por autores com propostas tão distintas como T. Adorno, M. Weber, W. Benjamim, J. Habermas ou ainda fenomenologistas com Husserl ou Schultz. Globalmente, consideram-se primordiais os aspectos estruturais e ainda a dimensão humana das teorias, recuperando para a investigação gerontológica as questões da subjectividade e da hermenêutica do envelhecimento, a *praxis* – questionamento das acções e políticas propostas, a relação

individual (*Life-Span*), seja a nível das intersocial – grupal, ou mesmo os acontecimentos sócio-históricos como acontecem nas macroestruturas sociais (Curso de Vida).

²⁰⁴ Kertzer e Keith (1984: 25) citam as quatro premissas identificadas por Riley (1972) na perspectiva do Curso de Vida, assim: “1) O envelhecimento é um processo que dura por toda a vida; 2) O envelhecimento consiste em processos biológicos, psicológicos e sociais que interagem entre si durante o curso de vida; 3) O padrão de vida de qualquer pessoa, ou *coorte*, é afectado pelas mudanças sociais e ambientais; 4) Novos padrões de envelhecimento podem, por sua vez, provocar mudanças sociais”

²⁰⁵ Neste momento, quando se discute em Portugal o prolongamento da idade da reforma, está-se a discutir tanto um problema económico como uma concepção de idade a partir da qual alguém se pode considerar idoso ou pode considerar os restantes desse modo. Mais uma vez, são os argumentos económicos a prevalecerem sobre quaisquer outros critérios, quase fazendo esquecer que se trata, antes de mais, de um problema cultural e educacional.

²⁰⁶ Um exemplo claro do carácter dinâmico do Curso de Vida é dado por Laslett (1996) mostrando com o apogeu da vida (quando alguém consegue o seu máximo) é distinto quando consideramos um atleta ou, eventualmente, um escritor ou um artista. O primeiro, atinge o seu apogeu na juventude (um ginasta, por exemplo) os segundos precisam de experiência e maturidade. Já para a maioria, o melhor tempo (a família mais completa, o melhor emprego e melhor sentido de realização) parecem realizar-se na adultícia.

²⁰⁷ Aliás, Fry (1996) salienta a utilidade acrescida deste modelo para compreender o envelhecimento nos países modernizados, com salários e fertilidade reduzidas, e onde as regras de entrada e saída do mercado e trabalho marcam e organizam o curso de vida.

entre a investigação, as teorias e a prática e, sobretudo, apontando a necessidade de uma epistemologia gerontológica – que interroge os conhecimentos, os fundamentos e as acções concretas, nomeadamente, as referentes à dominação e à auto-avaliação.

Teremos, então, uma abordagem gerontológica positivista, alimentada por trabalhos ao longo do séc. XX, pretensamente científica, que precisa ser “criticada”, debatida e “desconstruída” por uma epistemologia²⁰⁸ mais sólida e que considere os próprios actores sociais e as significações que atribuem quer ao envelhecimento quer ao seu envelhecimento, como as próprias estruturas sociais que determinam a existência dos indivíduos.

È neste contexto que parece ao autor de particular interesse a ideia de “mediação” recuperada pelos autores da Teoria Crítica, especificamente J. Habermas (1971). Este autor, ao reconhecer a importância essencial quer do trabalho quer das relações interpessoais – das interacções - para a existência humana, define-os como os instrumentos fundamentais de mediação entre o homem e o seu mundo. Ora a perda de ambos pelos mais idosos implica necessariamente a sua reconstrução, para que o envelhecimento seja bem sucedido (cf. pág. 77).

Consideram-se de particular interesse dois conceitos forjados por dois autores de referência nesta corrente, J. Habermas (1971), já referido, e I. Illich (1973). O primeiro, pela distinção categorial entre “trabalho” e “interacção”, mostrando a importância decisiva da “interacção comunicativa” para “os interesses humanos” e para “a sociedade”. Ora, o segundo autor aperfeiçoou a concepção interaccionista com o conceito de “convivialidade”²⁰⁹.

No caso do idoso, por imposição dos próprios mecanismos sociais e produtivos, o sentido destes dois conceitos ganha particular relevo: a libertação do homem da instrumentalização, em oposição às dinâmicas de poder e submissão, numa redescoberta de uma Educação sem escolarização.

Por último, de acordo com Phillipson (2000) uma concepção crítica da Gerontologia, nomeadamente da sua aplicação a uma Gerontologia Educativa Crítica – CEG (Glendenning, 2000) resulta do cruzamento de três domínios distintos: i. das análises feitas em economia política sobre as políticas sociais e as formas de tratamento dos idosos; ii. dos trabalhos sobre o sentido e o significado da vida das pessoas, tal como

²⁰⁸ Como sabemos, nas Ciências Sociais e Humanas os critérios de cientificidade são a intersubjectividade e o consenso simbólico, alimentados pela polissemia dos fenómenos. Assim, a discussão, o debate e a diversidade são centrais para a cientificidade e consistência dos conhecimentos.

²⁰⁹ “Escolho o tema da “convivialidade” para designar ... a interacção autónoma e criativa entre as pessoas e a interacção das pessoas com o seu meio ambiente; estaria assim em contraste com a resposta condicionada que as pessoas dão às suas exigências que lhes são feitas por outras pessoas e por um ambiente construído pelo homem. Considero que a convivialidade é a liberdade individual realizada na interdependência pessoal e, assim sendo, um valor ético intrínseco” (I. Illich, 1973:11).

desenvolveu Moody (1998); e, por último, das pesquisas etnológicas, biográficas e narrativas que nos dão o ponto de vista dos idosos.

A síntese das teorias apresentadas obedece a uma concepção “complexa” onde se recusa o emparcelamento do envelhecimento e, sobretudo, dos envelhescentes. Estes precisam ser permanentemente vistos como “um todo”. Desvalorizam-se as intervenções localizadas, parcelares que procuram responder a situações ou problemas pontuais. Pelo contrário, qualquer intervenção deve partir dos seus contextos mais amplos: a cidade, o bairro, a família, o indivíduo e os seus elementos constitutivos²¹⁰ e ter como finalidade a sua liberdade. Nesta lógica, as várias teorias resultam de um certo tipo de realidade de envelhecimento observada e interpretado à luz de concepções dominantes. Trata-se de um problema de configuração, tal como é posto pela Teoria da Gestalt, a partir da dinâmica figura-fundo, quando o mesmo perfil pode ser percebido como figuras distintas alternativas e com formas muito distintas. Nesta perspectiva, as “teorias de Actividade ou de Desvinculação” e as suas derivadas, devem ser sujeitas “a leis de organização” para explicitar os objectivos e as formas que os diversos actores sociais estão mais predispostos a ver numa dada realidade.

²¹⁰ Um dos exemplos típicos é o médico que recomenda uma dieta que privilegie o peixe (a fonte de proteínas mais cara) a um idoso que sobrevive com a pensão mínima. Neste caso o cuidado médico esquece as condições reais de existência do doente.

Cap. 3

A Prática Gerontológica, Qualidade de Vida e Saúde, Políticas Sociais e o Envelhecimento Bem-Sucedido

USC

CAP. III. A Prática Gerontológica: Qualidade de Vida e Saúde, Políticas Sociais e Envelhecimento Bem Sucedido.

Depois de descrever o envelhecimento e da síntese sobre as principais teorias construídas para o explicar e compreender, este capítulo ocupa-se das práticas sociais. Inicia-se com o conceito operacional²¹¹ que deve orientar as práticas gerontológicas (o de Qualidade de Vida) na prossecução do objectivo: o Envelhecimento Activo²¹² ou Bem-sucedido. Depois, a nível macro, equacionam-se e comentam-se as políticas que estão a ser propostas e que se suportam no conceito de Apoio Social. Por fim, a um nível intermédio, consideram-se os objectivos das políticas e das práticas nacionais, regionais e locais que estão a ser pensadas em Vila Nova de Gaia.

O envelhecimento diferencial é bem evidente no quotidiano onde coexistem pessoas com padrões de envelhecimento muito acelerados (sobre - envelhecimento) e outras com admirável juventude (sub - envelhecimento). Uns e outros dão origem a discursos diferentes (o do sucesso e das perdas), exigem cuidados diferentes (os centros de *fitness* e os hospitais) e originam contradições que nos interrogam. A partir da prática, por mais que nos centremos na busca de um envelhecimento bem sucedido, com sinais de senilidade tardios, somos interpelados por idosos pobres (300.000 idosos portugueses vivem com menos de 300€ / mês), doentes e analfabetos. Para estes o modelo de envelhecimento segue os padrões mais pessimistas, enquanto outros já vivem as vantagens únicas do novo envelhecimento. A nossa grande dificuldade é não termos padrões culturais e muito menos respostas sociais adequadas: as velhas concepções confundem-se com as novas e o nosso mundo funciona de forma dicotómica.

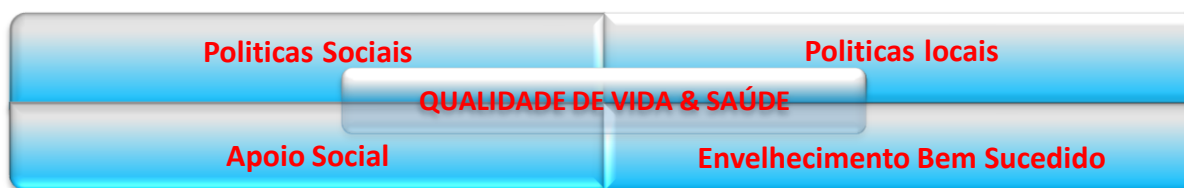


Fig. 5 – Síntese gráfica do capítulo III: A Qualidade de Vida, Saúde e Envelhecimento, as Políticas Sociais nacionais e locais e as condições necessárias para o envelhecimento bem – sucedido.

²¹¹ Define-se a Qualidade de Vida como um “conceito operacional” (Rezende, 1998) porque permite dois processos igualmente necessários: um movimento dialéctico entre a empiricidade (os dados empíricos das investigações da prática gerontológica) e as teorias, configurando-se assim um conceito em evolução e aberto; é um conceito “de síntese” que nos permite unir elementos aparentemente contrários.

²¹² O conceito de “envelhecimento activo” tal como foi definido na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid de 2002, aponta sobretudo para uma mudança cultural e de práticas, ao definir como uma das principais linhas “a necessidade de ir mudando os estereótipos ligados a uma concepção anacrónica das pessoas idosas... valorizando a ideia do envelhecimento como uma conquista da humanidade que deve ser celebrada”.

3.1. A Qualidade de Vida.

A Qualidade de Vida é um conceito “envelope”²¹³ (Morin, 1991) e “impreciso” (Moles, 1990), dando origem a uma multiplicidade de definições muito amplas e ambíguas (Bolwling, 1994; Lopez *et al.*, 1996). Passou para a linguagem vulgar²¹⁴, tendo um uso banalizado (Ribeiro, 1994), mas continua a ser usado por especialistas. É um conceito bem-sucedido (se o critério for o número de referências e artigos em que é referido²¹⁵) eventualmente porque parece de intuição fácil (tal como o tempo!) e é suficientemente “aberto” para ganhar múltiplos sentidos em distintos contextos e autores (McGuire, 1991). Tanta diversidade decorre da sua origem “económica - política”²¹⁶, sendo aproveitada pelos políticos²¹⁷ e eleito como conceito operatório por profissionais, técnicos e investigadores nas áreas da saúde e ciências sociais²¹⁸.

Apesar do seu sucesso muitos autores lamentam as deficiências do conceito: é demasiado plástico, impreciso, sujeito à subjectividade²¹⁹ e flutuante²²⁰. Para quem se situa nas “ciências estabelecidas”²²¹ (Moles, *idem*) e paradigmáticas, falta-lhe a

²¹³ Este conceito parece encaixar-se perfeitamente na adjectivação Morianiana de “envelope”. Tais conceitos, pelo seu uso e fecundidade foram-lhes sendo colocados muitos sentidos e exigem cuidados especiais quando queremos garantir um uso rigoroso, tal como acontece com a noção de paradigma (Morin, 1991). Por outro lado, outros autores no domínio da qualidade de vida (QdV) usam a metáfora do guarda-chuva (Gilland e Feinstein, 1994)

²¹⁴ No seu uso comum, o conceito Qualidade de Vida assume dois sentidos principais: i) a presença de condições consideradas necessárias para uma boa vida; ii) a vivência de uma vida boa. A um nível social apenas se aplica o primeiro sentido, porque não se poderá dizer que um país em si mesmo viva bem ou mal, mas sim se é pobre ou rico, ou se tem comida suficiente, habitação e cuidados de saúde. Já a um nível individual é aplicável qualquer dos sentidos, porque pode ter os meios considerados necessários e suficientes, mas estar perturbado e doente, o que lhe diminui a Qualidade de Vida. Ambas as condições podem ocorrer em simultâneo, mas são complementares e ambas necessárias. Considerando ambas as variáveis podemos distinguir entre *presumed quality-of-life* e *apparent quality-of-life*.

²¹⁵ “A investigação sobre o tema expandiu-se rapidamente durante os anos 1990, originando mais de 100 definições..., mais de 1.400 referências sobre a qualidade de vida em bibliografia psicológica entre 1992 e 1995, e mais de 1.000 instrumentos individuais de diferentes aspectos da qualidade de vida...Desde 1985 apareceram mais de 20.900 com o termo qualidade de vida nos seus títulos” (Schalok, R e M. Verdugo, 2003:23 - 24)

²¹⁶ Terá sido inicialmente usado numa obra designada “The Economics of Welfare” (Pigou, 1920) referindo-se ao impacto das políticas governamentais sobre as classes desfavorecidas. Adquiriu novos sentidos a partir dos métodos de “controlo de qualidade” aplicados nas indústrias aos produtos e aos processos (*Human Factors*), sendo alargado após a II Guerra à descrição dos efeitos dos produtos e do consumo sobre a vida das pessoas (Ergonomia). Posteriormente, os economistas e os sociólogos desenvolveram índices que avaliassem a “Qualidade de Vida” das sociedades e dos indivíduos, tais como Produto Nacional Bruto.

²¹⁷ Terão sido J. F. Kennedy no seu programa “New Frontier” e L. B. Johnson com “Great Society” quem popularizou o conceito nos meios políticos.

²¹⁸ Nesse sentido Kaplan et al (1992) defendia que as “Medidas socioprofissionais ou de qualidade de vida devem incluir funções físicas, sociais e emocionais, atitudes em relação à doença, características pessoais da vida diária dos indivíduos, incluindo as interações familiares e os custos de doença”.

²¹⁹ A Qualidade de Vida resulta de uma percepção pessoal, implicando a inexistência de um acesso imediato ao universo do outro. Em resultado, ninguém se pode pronunciar em lugar de outro. Por outro lado, esta percepção é circunstancial e, portanto, muda ao longo do tempo.

²²⁰ “O que é a felicidade é um tema em disputa... frequentemente o mesmo homem diz coisas diferentes em tempos diferentes: quando fica doente acha que é a saúde, mas quando fica pobre...” (Aristóteles)

²²¹ O autor distingue entre o corpo de conhecimentos científicos e de metodologias bem definido num dado “momento t” (o edifício científico) e “a ciência enquanto se faz”, necessariamente “errante” exploradora no terreno quer dos limites da realidade, da subjectividade do cientista e do próprio “edifício” científico (Moles, 1990: 25 – 27).

racionalidade da medição (pleonasma), sendo um conceito “desviante” que necessita ser “cientificado” através de escalas e instrumentos padronizados. Para outros, os defeitos apontados são próprios do pensamento humano, sendo a plasticidade a polissemia uma riqueza própria e necessária no esforço científico e apenas a discussão e o consenso simbólico progressivamente conseguido podem garantir a validade de um conceito. É aplicável a este conceito a metáfora que Moles define par o pensamento científico: “um labirinto no qual nos tornamos errantes de acordo com a nossa actividade” (Moles, 1990:44). Todavia, o seu uso e aplicabilidade permitirão, de modo progressivo, precisar os seus contornos e especificar os seus limites. Outra das potencialidades do conceito é a sua transdisciplinaridade²²². Quando aplicado ao nível da Saúde e do Bem-Estar tem a vantagem de incluir outros aspectos da vida humana para lá da condição física (Lopez *et al.*, 1996) e, paralelamente, quando usado noutros contextos faz implicar as questões da biologia humana, da corporalidade e do bem-estar físico e mental. Assim, se explica que o conceito de Qualidade de Vida só tenha começado a ser explorado nas designadas Ciências da Saúde e no domínio do sistema de cuidados de saúde, no início da década de 70, quando a visão patologista da medicina – orientada para a doença, foi substituída por uma concepção positiva sobre a saúde, unindo a promoção da saúde e a Qualidade de Vida (Ribeiro, 1994). Esta evolução concretizou-se em 1995 quando a OMS definiu a saúde como “um estado físico e social de bem-estar”.

Em resultado, e de acordo com Setién (1993), a diversidade de concepções deve levar a que se considere o quadro conceptual e metodológico concreto no qual é considerado a Qualidade de Vida. Nesta tese predomina uma concepção que parte da noção de desenvolvimento humano (Nussbaum e Amartya Sen, 1996)²²³ e de saúde (Ribeiro, 2005) e que considera apenas publicações feitas a partir da década de noventa²²⁴. No início dos anos 90, Shipper *et al.* (1990) defenderam as vantagens trazidas pelo conceito Qualidade de Vida pela sua multidimensionalidade, pela valorização das percepções e das expectativas dos próprios indivíduos e ainda pelo seu carácter dinâmico - temporal, dado evoluir com o tempo. Reportada à saúde, pode ser definida em função de quatro domínios: funcionamento físico e ocupacional, estado psicológico, interacção social e sensação somática. De igual modo, Followfield (1990) também dividiu a qualidade de

²²² É um conceito que incorpora linguagem económica, tal como o PNB, indicadores demográficos (por exemplo, a esperança de vida), do domínio da saúde (mortalidade infantil, por exemplo), do domínio da Ecologia (emissões de CO²) e, a partir da década de sessenta, enriqueceu-se com mais contributos da área das Ciências Humanas com o desenvolvimento de indicadores subjectivos (satisfação, bem-estar e felicidade) considerando quer a sua experiência quer os significados que lhes atribuem os inquiridos.

²²³ Para estes autores o crescimento económico dado pelo aumento do PIB é apenas um meio para se atingir o bem-estar ou a qualidade de vida dos seres humanos, sendo que uma ênfase excessiva nos produtos e bens pode converter os meios em fins e estimular uma competição prejudicial para os indivíduos.

²²⁴ Fazemo-lo por três ordens de razões: primeiro, pela limitação imposta pelos objectivos da tese; segundo, porque estas publicações contemplam no seu “estado de arte” as concepções anteriores; terceiro, porque se verificou um maior impacto deste conceito nesta década (Schalok e Verdugo, 2003).

vida em cinco domínios, a saber: i. domínio psicológico – enfatiza a necessidade de adaptação e de *coping* adequados às situações e ainda os três efeitos psicológicos possíveis perante a doença: o ajustamento, a ansiedade e a depressão; ii. domínio social – a autora refere a necessidade das relações sociais e salienta a influência negativa para a Qualidade de Vida de alguns aspectos particulares, tais como o isolamento e o abandono (ou mesmo o seu receio) por familiares e amigos; iii. o efeito devastador de uma sexualidade mal resolvida para a Qualidade de Vida de alguém; iv. a importância de participar em actividades sociais gratificantes, nomeadamente em termos laborais ou domésticos, dado que as pessoas precisam de estar empenhadas e ser reconhecidas pelo seu trabalho para poderem manter uma boa Qualidade de Vida; v. domínio físico – onde a autora integra funções e sensações diversas como mobilidade, sono, apetite e náusea, satisfação sexual e ainda a dor, salientando que o convívio crónico com a dor diminui necessariamente qualidade de vida.

Quando se consideram as diversas definições de Qualidade de Vida surgem alguns domínios comuns, consensuais, e outros que se vão especificando de acordo com os contextos de aplicação. Por esta razão se justificam as diferentes dimensões da Qualidade de Vida, com o objectivo de garantir que sejam considerados quer a universalidade do conceito (a sua aplicabilidade aos diversos contextos humanos e sociais), quer as características de grupos que se diferenciam pelas suas especificidades socioculturais²²⁵. Por esta razão, Garcia-Riaño (1991) defende que a Qualidade de Vida é: i) bipolar, porque deve ser aberta aos diversos níveis vivenciados ao longo da vida, sejam negativos ou positivos; ii) subjectiva e plural, porque há considerações únicas que cada sujeito faz sobre si mesmo e exprime as suas idiosincrasias e, concomitantemente deve considerar as atribuições e significados dados pelos múltiplos sujeitos; iii) evolutiva porque se modifica ao longo da vida. Este aspecto é particularmente relevante porque a Qualidade de Vida num dado momento também resulta dos níveis alcançados no passado (é uma característica cumulativa) e implica as estimativas que o indivíduo constrói sobre si e sobre os seus pares²²⁶ (a avaliação comparativa de algumas dimensões da Qualidade de Vida considerando os outros no seu contexto). Por estas razões se torna tão difícil a sua avaliação: à impossibilidade da avaliação directa, juntam-se as dificuldades de objectivação de um fenómeno que tem de ser visto de uma perspectiva que considera “o todo e as partes”.

²²⁵ Lembremos a expressão do antropólogo C. Kluckhohn, citado por E. Hoebel e E. Frost (1976) para quem “em alguns aspectos todos somos iguais, noutros somos iguais a alguns e noutros ainda somos únicos”.

²²⁶ Isto permite, por exemplo, que uma pessoa com uma doença crónica e com algumas funções diminuídas, possa considerar que tem uma melhor qualidade de vida do que outra sem manifestações evidentes de doença. Isso faz com que a autoavaliação da Qualidade de Vida do idoso melhor pela simples aceitação “realista” dos limites, apenas pela diminuição do limiar de exigência. Por outro lado, a referida multidimensionalidade permite compensações entre dimensões do que resulta uma melhor avaliação global (Vilar e Salgado, 2004).

Em termos da multidimensionalidade da Qualidade de Vida, é importante fazer referência às concepções de vários autores cuja percepção da Qualidade de Vida, numa perspectiva semelhante aos “pilares educativos” (J. Delors, 1996), foi fundamental para a concepção dos estudos mais significativos elaborados pela Comissão Europeia, tais como os estudos sobre a Qualidade de Vida na Europa (European Quality of Life Survey, 2004 e 2005). Assim, Erik Allardt (1993), ainda nos anos setenta, concebeu três pilares para a Qualidade de Vida, que implicariam um quarto: teríamos a tríade “Having, Loving e Being”, sendo que no “Ser” se poderia considerar uma subdimensão: o Fazer²²⁷. R. Dauphine e T. Kuchler (1992) também consideraram três dimensões, a saber: i) as dimensões de referência que permitem situarem os indivíduos nos diferentes factores *major* que determinam a sua existência (família, grupo social, trabalho, enquadramento sócio-cultural-económico...); ii) a dimensão temporal e que salienta não apenas a existência e a importância das experiências passadas (já referida no parágrafo anterior), mas também os projectos e expectativas de futuro; iii) a dimensão da experiência actual considera os aspectos físicos, psicológicos (cognitivos e emotivo-afectivos), as relações interpessoais, a esfera económica e o trabalho, o lazer e as actividades culturais e autorealizadoras. Esta última dimensão invoca a perspectiva funcionalista da pirâmide das necessidades de E. Maslow que também é recuperada por autores como J. Ribeiro (1994) e L. Pimentel (2006) que definem a Qualidade de Vida como a avaliação subjectiva (incluindo as suas especificidades, percepções e expectativas) relativamente à satisfação das suas necessidades nos vários domínios da vida e considerando ainda os seus padrões de vida.

Segundo Smith (2000) a ONU encarregou em 1990 um grupo de especialistas de criarem um instrumento²²⁸ que, partindo de aspectos consensuais²²⁹, fosse consensual e multicultural, de forma a poder ser aplicado internacionalmente. Desse trabalho resultou um instrumento que abrangia 6 domínios subdivididos em 24 subdomínios, a saber: i. **físico** - (1) dor / desconforto; (2) energia / fadiga e (3) sono / repouso; ii. **psíquico** - (4) sentimentos positivos; (5) aspectos cognitivos; (6) auto estima, imagem corporal e aparência; (7) sentimentos negativos; iii. **nível de independência** - (8) mobilidade; (9) actividades de vida quotidiana; (10) dependência de medicação ou tratamento médico; (11) capacidade de trabalho; iv. **relações sociais** - (12) relações pessoais; (13) suporte social e (14) actividade sexual; v. **meio ambiente** - (15) segurança física e protecção;

²²⁷ Ao “*Having*”, estão relacionados os recursos económicos e as condições de vida; ao “*Loving*” o mundo das relações, as necessidades de sociabilidade e de suporte social; o “*Being*” tem a ver com o reconhecimento e a pertença a uma comunidade. Esta última dimensão envolve ainda o “*Doing*” como a capacidade para suportar os outros e o envolvimento nas actividades socialmente necessárias e úteis.

²²⁸ Estas dimensões foram consideradas no instrumento que usei na avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos em Vila Nova de Gaia.

²²⁹ Os aspectos consensuais considerados por esta equipa foram a subjectividade, a multidimensionalidade a duplicidade negativo / positiva.

(16) ambiente no lar; (17) recursos financeiros; (18) cuidados de saúde e sociais; (19) disponibilidade e qualidade das oportunidades; (20) actividades de recreação e lazer; (21) ambiente físico; (22) transportes; vi. **aspectos espirituais** - (23) espiritualidade e religião e (24) crenças pessoais.

De igual modo, em termos de avaliação, é consensual que a Qualidade de Vida tem a ver com a menor ou maior satisfação e gratificação que um indivíduo atribui à sua existência considerada na sua globalidade (incluindo o passado e as suas projecções) seja em termos físicos (o que inclui a saúde - corporalidade), as emoções e afectos que experimenta, a auto - realização, o seu sucesso e aceitação junto dos pares, os seus padrões de vida (o que inclui habitação e acesso a bens de consumo), os significados que atribui à sua existência. De igual modo, deve ainda considerar a avaliação feita relativamente à situação económica, ao clima político, factores ambientais e à educação (Ferreira, 1995), sem esquecer ainda a segurança, a participação em actividades cívicas e de recreação, bem como o acesso a bens de cultura.

Outro conceito associado à Qualidade de Vida é o de Satisfação que também é concebido em dois sentidos, distinguindo-se entre uma avaliação global (satisfação global) que se não confunde com a avaliação feita em domínios específicos, tais como a família, a saúde ou as relações sociais. Em termos de Satisfação Global, esta constrói-se num processo dialéctico entre as oportunidades e os constrangimentos na vida, sendo que cada pessoa faz um percurso que pode ser avaliado pelo próprio em termos de satisfação ou de sentimento de realização. Na realidade, duas pessoas podem estar objectivamente muito próximas em múltiplos indicadores objectivamente mensuráveis, e podem ter níveis de satisfação diferenciados, porque estes se constróem em função de condições de partida, de realização e de expectativas distintos.

Sem querer construir uma definição explícita, a Qualidade de Vida é um conceito que, envolvendo várias disciplinas e vários níveis de existência humana, implica necessariamente que se considerem o funcionamento a par e em complementaridade da subjectividade e da objectividade, da individualidade e do ambiente.

Neste sentido, The Research Center on Quality of Life (2000) propõe um modelo integrador com oito domínios que procuram ser um contínuo que se desloca da objectividade para a subjectividade: i. factores objectivos – rendimentos e saúde; ii. expressões do potencial de vida; iii. experiencias que envolvem a espacialidade; iv. experiencias associadas com a temporalidade, v. a satisfação de necessidades; vi. a felicidade; vii. a satisfação, como experiencia imediata de bem-estar pessoal e (viii.)

3.1.1. A Qualidade Vida e a Anciania.

A definição das especificidades da Qualidade de Vida na anciania é adjectivada por Serrano (2004) como “muito complicado”. Essa definição começou por ser inicialmente impregnada por uma concepção mais biomédica, enfatizando as perdas físicas, pelo que a Qualidade de Vida tal como a Saúde derivavam da ausência de disfunção ou de elementos incapacitantes. Assim, Fallowfield (1990) definiu como os principais factores que afectam a Qualidade de Vida dos mais idosos: i) a degeneração física e as doenças da velhice – seria a saúde o factor mais importante na determinação da Qualidade de Vida²³⁰, sobretudo, porque a falta de saúde e as enfermidades são as maiores preocupações que as pessoas expressam, relativamente ao seu envelhecimento²³¹. Deste facto resulta necessário, ao avaliar a Qualidade Vida de qualquer pessoa, considerar dois aspectos: a. de que forma sintomas e doenças interferem nas actividades quotidianas; b. a qualidade e disponibilidade de recursos disponíveis para o seu cuidado; ii) a reforma – os profundos impactos da reforma no equilíbrio do idoso são evidentes e maioritariamente negativos. Apesar da sua extensão, são poucos os que vivenciam a sua reforma como libertação, sendo para a maioria entendida como uma perda com implicações a diferentes níveis; iii) perdas (sociais, económicas...) – as perdas são inevitáveis e progressivas pelo que os mecanismos de reparação e os processos de reequilíbrio são essenciais. Obviamente que nem todas as perdas têm impactos semelhantes, sendo particularmente perturbadoras as perdas de familiares e amigos, sobretudo se ocorrerem inesperadamente (sem doença prolongada) e contra a ordem “natural”, tal como a morte súbita de filhos e netos, pondo em causa o sentido e a cosmovisão do idoso.

M. Lawton (1991) propôs um modelo que procura ser exaustivo quanto aos aspectos que devem ser considerados na Qualidade de Vida do idoso, mas organizou-os sistemicamente em quatro componentes gerais (que se subdividem igualmente em subcomponentes), a saber: i. bem estar subjectivo; ii. qualidade de vida percebida; iii. competência comportamental e iv. condições objectivas de ambiente.

²³⁰ Penso que temos de distinguir dois aspectos complementares. A saúde, tal como o bem-estar e o conforto não são objecto de experiência directa – não resultam de elementos sensitivos directos, manifestando-se como uma espécie de fundo relativamente a uma forma. São condição de vida e existência, mas que apenas são considerados na sua ausência. Todavia, a dor, a doença e a incapacidade são formas evidentes que se destacam de um quadro de normalidade anterior.

²³¹ Esta concepção foi confirmada num estudo de 2002 citado por Serrano (2004: 24) concluindo que “para os anciãos a saúde é o aspecto mais importante das suas vidas”.

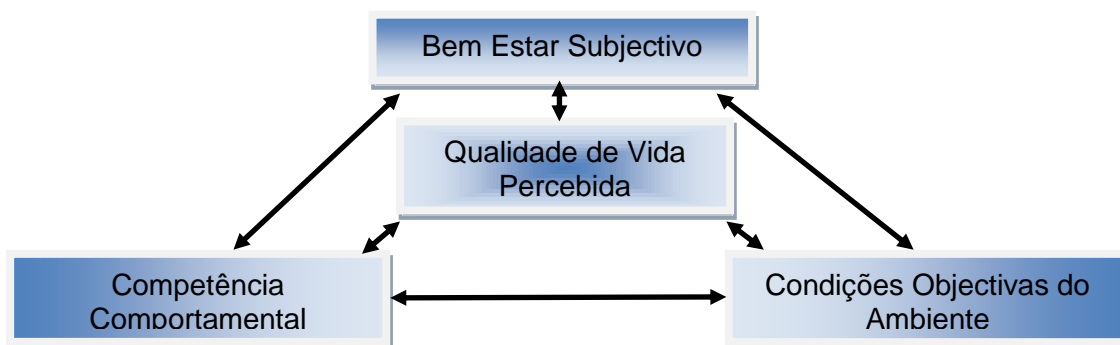


Fig. 6 – Qualidade de Vida do Idoso segundo M. Lawton (1991)

- i. Por “**bem estar subjectivo**” M. Lawton (1991) entende a avaliação qualitativa e pessoal que cada sujeito faz a propósito dos outros três componentes. Está dependente da capacidade do *self* ter um sentimento de continuidade que lhe permita analisar as suas experiências pessoais em termos de temporalidade e de forma comparativa. Este bem-estar, embora não seja independente da saúde, conforto e recursos económicos e materiais, revela uma relativa autonomia destes aspectos. Aliás, fazem parte de uma avaliação do sujeito à sua vida, mas podem ser relativizados numa avaliação global. Também neste aspecto há uma lógica bipolar porque alguns aspectos podem ser avaliados como positivos e outros como negativos. No limite, o objectivo é que o idoso mantenha um equilíbrio que resulta da sua capacidade de se acomodar às perdas e de perceber as dimensões positivas do seu *self*. Para este autor, um *self* com elevados níveis de autoconhecimento, utilizando as suas competências, com envolvimento social, terá uma melhor adaptação ao envelhecimento e terá melhor bem-estar subjectivo;
- ii. A “**Qualidade de Vida percebida**” resulta da avaliação que alguém faz do seu desempenho em termos das suas “competências comportamentais”. Estão aqui consideradas dimensões como a auto-percepção da saúde, relatos de doenças, consumo de medicamentos, dor e desconforto, alterações percebidas em termos cognitivos e a autopercepção da eficácia nos domínios físico e cognitivo;
- iii. Por “**competências comportamentais**” M. Lawton (1991) considera a avaliação socionormativa do desempenho do indivíduo em termos de saúde física, capacidade funcional, capacidades cognitivas, gestão da temporalidade e comportamento social. Numa perspectiva funcionalista²³², organizou uma hierarquia de competências nas quais estão se vão suportando umas nas outras, iniciando-se na saúde física:

²³² Trata-se de uma concepção inspirada em E. Maslow onde a melhor performance nas condições iniciais determinam a limite superior que supõe as capacidades anteriores, o comportamento social. Resulta também desta hierarquia que o comportamento social é o primeiro a perder-se, provavelmente por falência numa das competências anteriores.

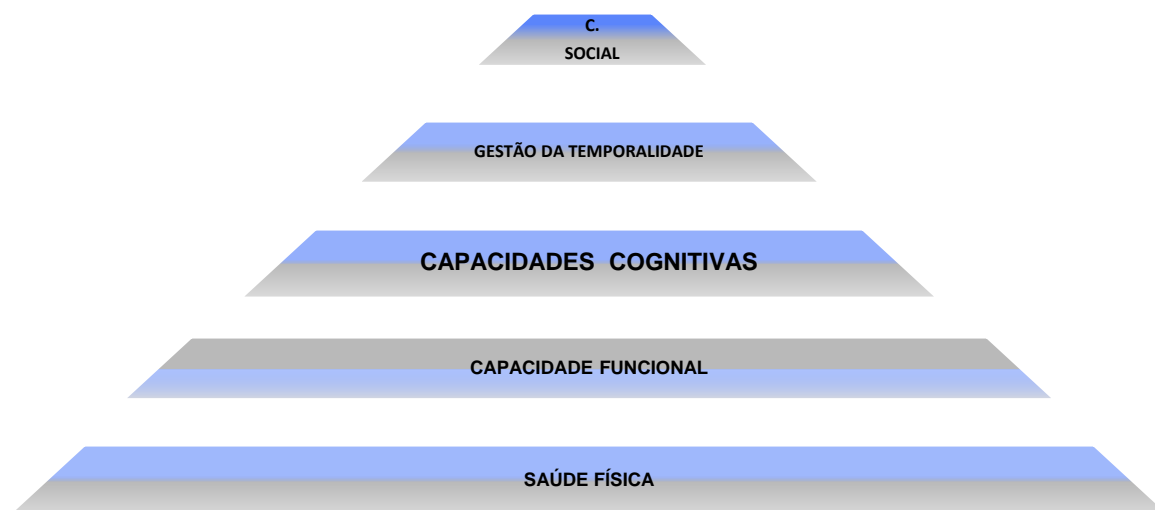


Fig. 7 – Competências Comportamentais hierarquizadas segundo M. Lawton (1991).

iv. Por “**condições objectivas de ambiente**” M Lawton (idem) entende o impacto das condições ambientais sobre os desempenhos comportamentais dos idosos, seja da sua corporalidade, sociabilidade ou nos processos psicológicos adaptativos. Tem tanto a ver com a Qualidade de Vida percebida como com a sensação de auto-eficácia e autonomia que o idoso desenvolveu ao longo da vida. Teremos por um lado os aspectos ambientais estudados pela Psicologia Ecológica ou pela Ergonomia²³³, mas também pelas crenças e expectativas construídas e aprendidas pelo sujeito sobre as formas de exigências satisfatórias. A sensação de autoeficácia, construída ao longo da vida, é muito influenciada no idoso pela sua vivencia quotidiana, pela sua contínua comparação com os outros (e consigo mesmo), mas também das interacções com os outros e da escolaridade.

A avaliação da Qualidade Vida nos idosos deve dar conta das mudanças implicadas. Para Moltalvo e Alba (1995) devem ser considerados os aspectos associados à satisfação com o próprio envelhecimento, mas também a adaptação às perdas e às mudanças de situação social e familiares. Segundo a Direcção Geral da Saúde (1995)²³⁴ os factores que contribuem para a Qualidade de Vida do idoso são as actividades de vida diária (executadas autonomamente), a relação familiar com integração familiar funcional e a comunicação alargada ao mundo exterior. Pelo contrário, a ausência de actividades lúdicas, de actividade ocupacional e recursos económicos insuficientes são factores que têm uma correlação negativa na Qualidade de Vida.

²³³ A Ergonomia tem uma dupla função, a saber: i. fornece as normas de preparação dos ambientes e dos objectos para se adequarem aos utilizadores; ii. possibilita a concepção de objectos “protésicos”, ajustando tecnologias às necessidades específicas dos idosos e dos seus cuidadores.

²³⁴ Cujá concepção originou uma grelha para avaliação da Qualidade Vida que usamos no nosso estudo empírico.

Numa perspectiva mais geriátrica e a partir da sua experiência médica e da literatura, M. Moreno (2006: 327) identificou sete aspectos que lhe parecem “de grande influência” na vida dos anciãos, a saber: i) a família, fazendo particular referência ao impacto negativo que representam as deslocações a que muitos são obrigados, com as quais perdem “o espaço e o tempo próprios, a que deve ter direito todo o indivíduo”; ii) a habitação, que não estão adaptadas às necessidades e dificuldades de mobilidade dos idosos, com escadas difíceis de transpor, pisos inseguros, banheiras e lavabos não ajustados, cozinhas com diversos riscos, aumentados os riscos de acidentes e dificultando as actividades quotidianas; iii) as perdas dos companheiros de trabalho, familiares, menores rendimentos e aumento das enfermidades, com implicações em estados depressivos ou agravamento de doenças anteriores que tendem a tornarem-se crónicas; iv) evidente influencia no modo de envelhecimento da forma como o idoso viveu anteriormente, tendo implicações nos problemas que podem aparecer durante a senescencia; v) a necessidade de exercício regular de modo racional e de acordo com o treino de cada um; vi) os padrões de sono aparecem alterados nos anciãos, devendo verificar-se se o idoso dorme um número de horas adequado; vii) uma grande tendência para o prefixo “In” (Imobilidade, Imunodeficiência, Introversão, Instabilidade, Insónia, Insuficiência visual e auditiva, Incontinência urinária, Impotência, Introgenia)²³⁵.

Um tema central na Qualidade de Vida dos Idosos é a questão da Autonomia versus Dependência (L. Sousa *et al*, 2003). Até porque a relação entre ambas pode ser um bom revelador dos percursos dos idosos e das suas condições de vida actuais. A dependência-autonomia pode tanto derivar de alterações na saúde, com perda de funções e incapacidade, como de alterações sociais que o idoso não ou sabe ou não pode ultrapassar sozinho. Neste sentido, M. Baltes e S. Silvenberg (1995) distinguem entre três tipos de dependência: i. estruturada, porque resulta dos mecanismos sociais macro, tais como a definição do tempo de reforma e afastamento da “vida activa”; ii. comportamental, pode corresponder à interiorização pelo idoso das expectativas sociais de incompetência e pode anteceder e induzir a dependência (iii.) física, por incapacidade do idoso para realizar as actividades de vida diária.

Quanto à relação entre as perdas físicas e as condições ambientais, M. Lawton (1982) desenvolveu o conceito de “docilidade ambiental” que corresponde à ideia de haver um crescente impacto das condições ambientais sobre os idosos à medida que estes perdem competências biocomportamentais. Nesse caso, o autor propôs um programa de doze

²³⁵ Como é possível constatar na segunda parte estes múltiplos conceitos e dimensões foram tanto quanto possível integrados no nosso trabalho empírico, dando origem a um inquérito que procurou ser o mais exaustivo possível.

princípios que permitem compensar a crescente fragilidade dos idosos, mantendo a melhor qualidade de vida²³⁶.

Dos diferentes autores salientam-se como factores major na determinação da Qualidade de Vida dos idosos a Saúde, a família e uma boa organização dos serviços exclusivos para as pessoas idosas. A nossa grande questão é a determinação das estratégias que melhor servem estes propósitos e, neste particular, parece-me coerente a perspectiva de C. Paúl (1996) que indica como desafio decisivo a aproximação da curva da esperança de vida com a da Qualidade de Vida.

Semedo (1997) retoma os temas anteriores e, ao procurar garantir a Qualidade de Vida dos idosos, definiu objectivos que podem ser organizados da seguinte forma: i) preparação física, psicológica e social para reforma, promovendo o envelhecimento activo e a capacidade do idoso viver autonomamente²³⁷; ii) minimização das dificuldades e desconforto que resultam das eventuais e prováveis doenças crónicas; iii) assegurar os melhores cuidados paliativos aos doentes e o melhor suporte às famílias dos doentes terminais.

Serrano (2004: 24) salienta a necessidade: i) de estudos “que ajudem a perceber a realidade social deste colectivo e desenhar estratégias em função das necessidades observadas”; ii) de uma “perspectiva preventiva” que elimine riscos e promovam comportamentos saudáveis que mantenham a Qualidade de Vida dentro de limites aceitáveis; iii) programas que favoreçam “a criação de atitudes saudáveis como a autoestima, a realização pessoal, a pertença a um grupo de referência...”.

3.1.2. Qualidade de Vida e Saúde na Anciania:

Nos diferentes estudos é muito estreita a relação entre a Qualidade de Vida e a Saúde. A primeira é usada para medir a segunda (J. Ribeiro, 1994), sendo aceite que é necessário relacionar todos os domínios da vida das pessoas com os domínios que estão associados com os cuidados de saúde (Ribeiro, 1998). Todavia, a relação entre estes dois conceitos tem sofrido uma importante evolução, ao ponto de poder ter efeitos perniciosos²³⁸ (M. Rapley, 2003).

Duas grandes razões vêm aumentando a importância desta relação entre a Qualidade de Vida e a Saúde. Primeiro, a evolução dos padrões de doença, com o predomínio de

²³⁶ Os princípios são: assegurar a a privacidade; fomentar a interacção social; fomentar os exercícios de controle pessoal, livre arbítrio e autonomia; personalização dos cuidados, bem como do ambiente físico; facilitar a orientação espacial; garantir a segurança; facilitar o acesso e uso dos equipamentos; promover um ambiente estimulador; facilitar os processos sensoriais; promover um ambiente esteticamente agradável; adaptar o ambiente às necessidades; tornar o ambiente mais familiar e pessoal.

²³⁷ A. Martín refere-se aos “preditores de adaptação à reforma” e identificou “quatro questões básicas” neste processo: a saúde, os recursos económicos, a qualidade das interrelações e as redes de apoio familiar e social. (cf. A. Martín, 1997: 233).

²³⁸ Trata-se de uma curiosa perspectiva porque adverte para os riscos que podem resultar de uma confusão entre a avaliação da Qualidade de Vida e o possível tratamento ou cura. A Avaliação da Qualidade de Vida não é um diagnóstico com vista a uma terapêutica.

doenças crónicas²³⁹ mantidas de modo prolongado pelo desenvolvimento das tecnologias da saúde e dos cuidados, implica que os idosos acabem por conviver por períodos muito longos com as suas doenças²⁴⁰ (C. Paúl e A. Fonseca, 2001). Mas, por outro lado, são estas mesmas doenças crónicas que criam a disparidade entre as curvas da Longevidade e da Qualidade de Vida (idem). Em segundo lugar, a profunda evolução de uma concepção negativista da Qualidade de Vida e da Saúde – ausência da disfunção, para concepções positivas que avaliam a capacidade, o potencial e a realização dos indivíduos (Ribeiro, 1994). Assim, a Direcção Geral de Saúde (1995) definiu a Qualidade de Vida como a percepção por parte dos indivíduos e dos grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e que lhes não são negadas as oportunidades para alcançarem um estado de realização pessoal e felicidade²⁴¹.

Tal como o conceito de Qualidade de Vida se organiza em várias dimensões, o mesmo acontece com a definição de Saúde. J. Ribeiro (1998) cita O'Donnell que em 1986 discriminou cinco dimensões (saúde: emocional, social, intelectual, espiritual e física) e afirmou a necessidade de estas se verificarem conjunta e equilibradamente. O mesmo autor recorre ainda à distinção entre a dimensão subjectiva, que tem a ver com “o sentir-se bem” e objectivas que são mensuráveis através das capacidades funcionais.

Em termos da saúde subjectiva, o conceito de saúde pode ser substituído pelo de “bem-estar” (Fontes, 1997) ou de “estado de satisfação”. Terá a vantagem de corresponder a uma percepção mais dinâmica por parte dos idosos, correspondendo à consciência de um equilíbrio interno (da sua corporalidade) e externo, com os restantes domínios da existência e com o seu ambiente. Todavia, esta apreciação subjectiva tem os perigos normais ... da subjectividade, dado que alguns podem hipertrofiar e/ou negar os seus problemas. Esta questão ganha maior importância devido ao efeito de “auto cumprimento profético” dado que, segundo Berger (1995) as pessoas que se julgam doentes procedem como doentes, mesmo na ausência de sinais e, por outro lado, os que são tratados como doentes tendem a interiorizar o juízo e a conformarem-se-lhe.

Neste contexto, o ambiente cultural, afectivo, social e “terapêutico” tem particular importância da autodefinição de saúde e bem-estar por parte dos idosos. Ganha maior relevo a noção de promoção e Educação para a saúde ao longo da vida. Fontes (1997) identificou duas áreas prioritárias nesta promoção: i. a luta contra os comportamentos e

²³⁹ Segundo Birchfield (1999) as doenças crónicas mais comuns em idosos são: artrite, hipertensão, perda de audição, problemas cardíacos e cardio-vasculares, sinusite, perda de visão e problemas ósseos.

²⁴⁰ Na medicina geriátrica “o cenário mais comum é aquele de múltiplas patologias coexistentes, que estão conspirando, sem excepção, para comprometer a capacidade funcional do paciente” (D. Martín e M. Basiliadis, 2001: 355)

²⁴¹ O uso do conceito de felicidade pode obedecer a vários propósitos, mas quando associado ao de Qualidade de Vida, torna-se num dos indicadores da qualidade de vida “aparente”, conjugando-se com outros indicadores de saúde física e mental, mostrando até que ponto vivem bem as pessoas.

os estilos de vida prejudiciais à saúde; ii. a adopção de atitudes e comportamentos promotores de saúde e bem-estar, o que também inclui aspectos ecológicos como a habitação, as acessibilidades, a higienização e a diminuição de factores de risco, tais como os de quedas.

A verificação “objectiva de doença” também não é muitas vezes evidente, numa difícil discriminação entre o normal e o patológico. Até porque a já referida lógica de se assumir o envelhecimento como causa apenas quando não é possível estabelecer nenhuma patologia (C. Gottfries, 1985) apenas demonstra os ganhos evidentes da saúde do idoso, *ie*, a variável idade é cada vez menos determinante para justificar alterações no estado de saúde que deverão ser originárias de uma patologia específica²⁴².

Nesse sentido torna-se útil fazer uma medição das actividades funcionais, pelo papel que têm na qualidade de vida e bem-estar do idoso (Cordeiro, 1999) a sua capacidade funcional, nomeadamente em áreas como a saída à rua, o uso de transportes, a gestão da casa, a preparação de refeições, a higienização e a medicação.

De todo o modo, há um conjunto de doenças que tendem a tornarem-se crónicas nos senescentes, havendo taxas para a morbilidade estimadas para Espanha com valores que seriam de 67% as pessoas com mais de 60 anos que padeceriam de, pelo menos, uma doença crónica. O valor seria superior na população com mais de 85 anos (V. Vega e B. Martinez, 1995, F. Jiménez, 1999). Por outro lado, cerca de 40% dos idosos teriam limitações nas suas Actividades de Vida Diárias. Estudos com cerca de 20 anos indicam com maior prevalência para os idosos portugueses doenças crónicas associadas à senilidade, reumatismo, hipertensão, diabetes e sequelas de Acidentes Vasculares Cerebrais (Simões, 1997).

De facto, o oposto à Qualidade de Vida e à Saúde são os problemas da “dependência”, nas suas três vertentes já referidas: i. dependência psíquica ou senilidade que cobre cerca de 70% das dependências totais (F. Jiménez, 1999: 25); ii. dependência física (cerca de 25% das dependências), com manifestações de dores crónicas ou prolongadas, com limitações funcionais nas articulações e tecidos musculares, com sequelas de fracturas, osteoporoses e poliartrites; iii. dependências físico - psíquicas, como o caso dos acidentes vasculares – cerebrais ou perdas graves em órgãos sensoriais, como a visão (cerca de 10%).

Esta evolução dos padrões da saúde e da doença, obrigou a uma definição mais precisa da relação entre Qualidade de Vida e Saúde, sendo esta relação definida pelos componentes da Qualidade de Vida relacionados com a Saúde. Num sentido mais

²⁴² Esta mesma dificuldade torna necessário considerar modos de diagnóstico mais poderosos e discriminantes, tal como “a avaliação geriátrica exaustiva”. Esta técnica “aborda o ancião simultaneamente e de forma integral desde o ponto de vista biomédico, funcional, mental e social, com a intenção de elaborar um plano de tratamento e seguimento a longo prazo” (A. Cruz, 1999: 58).

específico, esta relação refere-se ao modo como um quadro patológico preciso afecta ou diminui a essa Qualidade (Silva, 2003). Configuram-se vários domínios que devem ser considerados, tais como os sintomas produzidos pela doença ou tratamento, funcionalidade física, aspectos psicológicos, sociais, familiares, do trabalho e económicos considerados de forma sistémica (L. Pimentel, 2006). Outros autores fazem uma descrição mais precisa, referindo-se aos domínios: i. estado funcional – capacidade para executar actividades de vida quotidianas (auto-cuidado, mobilidade e desempenho de papéis); ii. sintomas físicos relacionados com doença e tratamento; iii. funcionamento psicológico, nomeadamente estados de ansiedade e tensão; iv. Funcionamento social, onde tem particular relevo a solidão, afastamento da família ou alteração de contexto de existência; v. avaliação global, resultante das diversas componentes ou da sua avaliação global (Ribeiro e Leal, 2004). Todavia, um bom suporte social, com evidente acção positiva sobre as emoções e atitudes dos doentes – idosos, melhora claramente a sua Qualidade de Vida (L. Pimentel, 2006). Também neste aspecto, a história pessoal do indivíduo, o *coping* da situação, influenciam a evolução da patologia (F. Pereira, 1997). É nesta lógica que se insere o conceito de “Compressão de Morbilidade” de J. Fries (1989) já atrás referido (Cf. Nota de rodapé, 120) e que supõe que “um bom conhecimento das causas de morte e de incapacidade nos anciãos é o primeiro passo para as poder prevenir desde a idade adulta, trata-las precocemente, minimizando o mais possível o tempo de incapacidade e enfermidade” (A. Cruz, 1999: 58). A evidente dificuldade em discriminar todos os domínios implicados, restam definições mais generalistas para referir a Qualidade de Vida e a Saúde, tal como a de R. Wood – Dauphine e T. Kucles (1992) para quem deve ser adoptada uma concepção que valorize a percepção subjectiva individual de todo o bem-estar físico, psíquico e social tendo em consideração o impacto da doença e tratamento no indivíduo e que pode ser resumido no seguinte esquema:

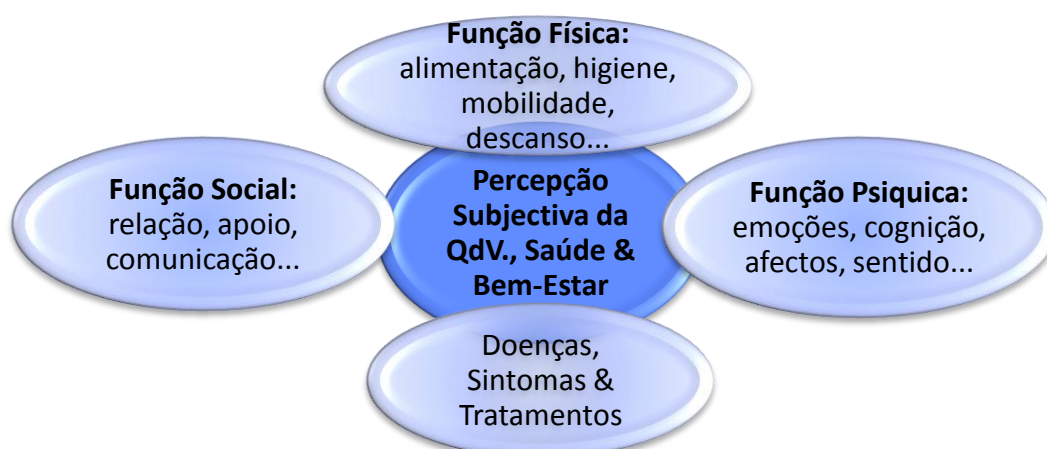


Figura 8 – Saúde (doenças, sintomas e tratamento), componentes da Qualidade de Vida e percepção subjectiva da Qualidade de Vida e Bem-estar.

Para o autor a relação entre a Qualidade de Vida e a Saúde é melhor entendida se for entendida como um processo de retro - alimentação positiva. Isto é, a perda de alguns domínios da Qualidade de Vida, e se não forem reequilibrados por outros domínios, tem claras implicações para a Saúde que, entrando ultrapassando um certo ciclo recessivo, implica a perda progressiva em outros domínios da Qualidade de Vida.

Entendemos melhor este processo de mútua implicação se pensarmos na conjugação entre a actividade física / exercício físico, órgãos dos sentidos e capacidades propriaceptivas. Basta que nos situemos na Vida quotidiana. Esta é satisfatória se permitir autonomia, mobilidade e eficácia nas actividades. Ora estas estão claramente dependentes das performances dos designados sentidos espaciais (a visão, a audição, o tacto e a cinestesia). Já foram referidas sumariamente as perdas dos primeiros sentidos e, todavia, a cinestesia²⁴³ é o sentido que tem maior impacto na mobilidade dos senescentes. Se o idoso deixar de saber colocar os seus elementos corporais no espaço e tempos certos, a sua mobilidade perde eficácia e pode tornar-se um risco (é o caso claro dos riscos de quedas nos idosos). Reduzirá ao mínimo os seus movimentos, com implicações na sua Qualidade de Vida (fica diminuída) mas ainda mais na sua saúde. Primeiro, na saúde mental e emocional (o idoso sentir-se menos útil e até deprimir), mas, a partir de um certo tempo de imobilidade registam-se perdas funcionais nas estruturas cardiorespiratórias que, por sua vez, implicam menor oxigenação e maiores riscos para os órgãos afectados e para as funções cognitivas²⁴⁴.

Assim, há um claro processo sistémico e retroalimentado pelo qual as perdas nos domínios da Qualidade de Vida têm implicações para a Saúde e, inversamente, as perdas funcionais progressivas vão diminuindo a Qualidade de Vida. Assim, se este ciclo tem de ser interrompido por optimizações num dos domínios, o que terá reflexos positivos sobre os restantes.

Neste contexto, tem particular interesse o impacto da perda das performances sensoriais sobre a Qualidade de Vida e, depois, sobre a Saúde. De facto, a vida quotidiana exige a percepção e a localização dos objectos e dos espaços. Ora, a diminuição das performances dos designados sentidos espaciais exige adaptações do ambiente aos idosos e, simultaneamente, o seu treino adaptativo, optimizando as suas capacidades²⁴⁵. Por isso, por exemplo, a melhor adaptação do ambiente luminoso, nomeadamente

²⁴³ A cinestesia “é o sentido que nos capacita para apreciar as posições e os movimentos dos membros, e depende dos receptores dos músculos, tendões e articulações, assim como a sensação do esforço muscular implicado no movimento de um membro ou em o manter numa certa posição” (R. Gregory, 1995: 234)

²⁴⁴ Como descreve F. Jiménez (1999: 312): “A perda de mobilidade corporal em qualquer pessoa e em qualquer idade leva à instauração de uma patologia especial que cria as condições para uma série de condições clínicas de mau prognóstico...”

²⁴⁵ Em particular os idosos devem ter asseguradas as melhores condições de usabilidade, nomeadamente adaptação dos objectos e espaços às características físicas do corpo humano, estabelecidas segundo critérios científicos, tal como define S. Pheasant (1988) com a noção de Bodyspace.

“evitando variações bruscas na iluminância” (J. Jover, 2000: 204), não só traz ganhos de funcionalidade para tarefas precisas, como dá uma maior sensação de domínio do espaço, de segurança e, naturalmente, promove a mobilidade e a actividade física. Pelo contrário, a obscuridade, induz resistência ao movimento e insegurança com implicações indirectas e a prazo nos sistemas cardiovasculares e respiratório.

3.1.3. Qualidade de Vida e Educação na Anciania.

Verifica-se que o peso da educação no conceito de Qualidade de Vida é menos valorizado do que a saúde²⁴⁶. Esta última parece ter, aos olhos de vários investigadores em Gerontologia e do senso comum, um peso maior na experiência existencial, porque se constitui como o suporte das restantes actividades. Este impacto é mais evidente quando ocorre um trauma inicial que acarreta alterações que se traduzem numa diminuição das capacidades funcionais sejam físicas, cognitivas ou sociais. Salientando-se que, nas perdas mais severas, não é apenas o doente que vê a sua qualidade de vida diminuída, mas também todos os que consigo coabitam têm de se adaptar a essas perdas. E, contudo, é possível invocar três razões para considerar esta relação:

i. é cada vez mais evidente que *a saúde é um resultado das opções que foram sendo feitas ao longo da vida e estas estão claramente determinadas pelos processos de aprendizagem*. As concepções actuais de saúde já não se alimentam do acaso ou dos determinismos suprahumanos, porque conhecemos cada vez melhor os factores que lhe estão associados. Neste processo, cada indivíduo é cada vez mais responsabilizado pela sua saúde e pela sua doença, o que reforça a influência da educação neste processo mais biológico. As opções individuais, tornando-se claro que as significações que estão associadas à gestão do corpo, da saúde e da doença são claramente construídas a partir das experiências educativas.

ii. *a maior parte dos idosos tem potencialidades a serem actualizadas* na relação com os outros, com o ambiente e consigo mesmos;

iii. outro aspecto que parece interessante, embora seja eventualmente uma constatação mais estética, é a anteriormente referida *proximidade entre os pilares para a Qualidade de Vida definidos por E. Allardt e os pilares para a Educação do relatório Delors*: saber, saber – fazer, saber estar com e saber ser são os pilares educacionais que podem criar as condições para que um cidadão tenha Qualidade de Vida, nas dimensões do Ter, do Amar, do Ser e do Fazer.

²⁴⁶ Isto pode significar que os educadores ainda não valorizam suficientemente o peso da variável educação no processo de construção individual e comunitário da Satisfação e da Qualidade de Vida. Uma das razões poderá ser o carácter temporário da sua intervenção e ainda à forma parcelar das disciplinas, pelo que resulta pouco evidente o papel específico da sua actividade formativa no percurso existencial seguinte dos alunos. Em resultado, J. García e A. Sánchez, constataam: “Não obstante, entre as ciências, adverte-se da ausência da Educação como instrumento de qualidade de vida para o idoso” (1998:35)

De todo o modo uma Gerontologia Educativa que procura promover a Qualidade de Vida exige três condições necessárias (A. Neri, 2000: 44): i. o reconhecimento social e alargado do potencial humano dos senescentes; ii. que haja condições de promoção da saúde e qualidade de vida ao longo do ciclo vital; iii. promover a melhor interação possível com o ambiente, respeitando as potencialidades dos senescentes, mas actualizando-as.

Uma das vantagens da abordagem educacional é claramente assumir que a Qualidade de Vida, apesar de também ser uma responsabilidade individual, não se concretiza em indivíduos isolados, mas implica a conjugação de factores individuais e socioculturais que, a limite, implicam transmissão cultural e educação. Aliás, a noção de uma Boa Qualidade de Vida é culturalmente construída e transmitida. Todavia, a este nível o que se pede à Educação é particularmente mais exigente porque, mais do que difusão, esta preocupa-se com a discussão e transformação crítica e continua desses factores numa lógica de desenvolvimento humano. Disto resulta que a Educação é o melhor instrumento para que os cidadãos e as comunidades construam a sua Qualidade de Vida, Saúde e Bem-estar ao longo da vida, sendo este o modo mais eficaz de comprimir a morbilidade e de aumentar a sobrevivência.

3.2. As Políticas Sociais

Ao deslocar o discurso para os modos de intervenção procura-se identificar as grandes áreas que devem contemplar a política social numa perspectiva do envelhecimento activo. Este último pressupõe um Estado de Bem-Estar, entendido “como o conjunto das aspirações colectivas” (J. Martí, 2000:26) e deve concretizar-se numa Política Social “que se situa no terreno das realizações” (Idem). Depois de tecer considerações genéricas sobre a discussão actual em Portugal (aspectos económicos, afectação de recursos, sustentabilidade do Estado de Bem-Estar, ênfase na resposta individual e necessidade de novas perspectivas), procurar-se-á sistematizar o conceito central de “apoio social” e identificar os planos nacionais e locais previstos e em execução.

3.2.1. Generalidades sobre a situação actual.

Se a “conquista” do envelhecimento populacional resulta do desenvolvimento social e económico decorrente da industrialização, já as implicações deste fenómeno nas estruturas sociais e económicas obrigam a um planeamento cuidadoso e à implementação de políticas ajustadas e que evitem efeitos perniciosos, como os associados à institucionalização.

Parecem surgir, à partida, três problemas maiores. Primeiro, as condições sócio – económico - culturais que permitem o aumento da longevidade, estão assentes no

crescimento económico e no crescimento dos recursos disponíveis para as populações, mas sem políticas de gestão social eficientes corre-se o risco de se não encontrarem disponíveis os recursos necessários para se assegurarem a Qualidade de Vida²⁴⁷ a um número acrescido de idosos com cada vez maior longevidade. Segundo, o problema da distribuição de recursos tende a agravar-se à medida que se vão tornando proporcionalmente mais escassos, o que promove desigualdades evidentes, nomeadamente no acesso às tecnologias de ponta. Terceiro, existem enormes diferenças nesta população: há idosos cuja prioridade se situa na utilização das suas muitas capacidades e outros vivem acrescidas necessidades que devem ser satisfeitas. Em resultado, encontramos dois discursos simultâneos e opostos que geram confusão. Por um lado, é óbvia a necessidade de tomar medidas para afectar mais recursos ao sistema, geri-los melhor e democratizar a sua distribuição, sobe pena de se induzirem graves deficiências nas estruturas sociais; por outro, anunciam-se dificuldades no Estado Social intransponíveis obrigando a uma maior responsabilidade individual dos idosos e seus familiares.

Neste parágrafo equacionam-se sumariamente as questões mais importantes e que se prendem com os cuidados de saúde, os regimes de pensões, os sistemas educativos e as infra-estruturas habitacionais e urbanas. Primeiro, em termos económicos e de recursos, há a recorrente discussão sobre o sistema de pensões e reforma²⁴⁸ onde se considera inimaginável a sustentação do sistema de pensões quando, por exemplo em 2050, mais de 30% da população em Portugal tiver mais de 65anos²⁴⁹. Os dados apontados em fins de Outubro deste ano em Bruxelas no Fórum demográfico para a Europa, e tendo em atenção as mudanças no mercado de trabalho, apontam para cenários onde a parte da despesa pública com reformas no índice de riqueza (PIB) de Portugal aumenta de 11,1% em 2004/5 para 16% em 2030 e 20,8% em 2050 (contra 10,6, 11,9 e 12,8 na UE). Porém, é igualmente necessário afectar recursos e aumentar o investimento nos serviços e apoios a estes grupos etários, nomeadamente na saúde onde se espera que os rácios cuidados de saúde/PIB **diminuem** dos actuais 10% do

²⁴⁷ “Este fenómeno massivo de prolongamento da existência biológica lamentavelmente não é acompanhado da manutenção da qualidade de vida. Paradoxalmente, a nossa sociedade mantém vivos os idosos para muitas vezes marginalizá-los” (Salgado *et al.*, 2000: 2)

²⁴⁸ Em Portugal, a Constituição estipula explicitamente que todos os portugueses têm direito à segurança social e a responsabilidade pela protecção dos idosos cabe ao Estado. Todas as entidades patronais, incluindo o próprio Estado, contribuem mensalmente para um fundo que reverterá mais tarde para o empregado sob a forma de uma pensão.

Para além deste sistema, os indivíduos são livres de complementar estas pensões através do sector privado (bancos e seguradoras). A procura destes complementos (genericamente designados PPR's- Planos de Poupança e Reforma) é cada vez maior e fortemente incentivada pelo estado e pelas empresas financeiras.

²⁴⁹ “Será difícil imaginar uma percentagem desta ordem de reformados saudáveis a receber reforma durante mais tempo do que aqueles que trabalham” (Ribeiro, J, 2005: 47-48)

PIB²⁵⁰ para 6,6 em 2030 e 7,2% em 2050. Ora, esta diminuição tem ainda de ser feita em condições particularmente difíceis. Primeiro, em oposição à actual lógica de investimento que assenta no “investimento produtivo”, onde é preciso justificar o investimento em sectores não produtivos ou então incrementar programas de envelhecimento activo e de trabalho sénior²⁵¹. Depois, tem de contrariar o aumento das despesas com os serviços de saúde por efeito das alterações dos padrões de enfermidade, porque os actuais sistemas estão mais direccionados para as doenças agudas, enquanto os padrões de doenças dos idosos exigem cuidados específicos para doenças crónicas e múltiplas, que perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico contínuo²⁵². Além disso os serviços de saúde vêm-se saturados com “falsas consultas” de idosos²⁵³, que invocam necessidades reais, mas que não são do domínio da bio-medicina (Lebrun, J-P., 1993). Estes dois últimos aspectos prendem-se com a irracionalidade do sistema e desajustamento das suas respostas. De facto, muitas necessidades vitais que são frequentemente imputadas aos cuidados de saúde, obteriam resposta mais eficaz e económica se se garantissem modalidades de participação activa, melhorias na habitação, no apoio familiar, nos cuidados informais e em intervenções educacionais²⁵⁴.

Existem, pois, fortes argumentos para que se afectem recursos substanciais não apenas em serviços mínimos aos idosos, mas também em políticas coerentes de desenvolvimento que permitam a actualização das suas potencialidades.

Todavia, muitos dos actuais autores / actores desta Revolução não têm, ao contrário de outras revoluções, um discurso de legitimação nem de esperança no futuro. Pelo contrário, numa obra polémica em português designada por “Revolução Grisalha” (Carrilho, 1993) o autor, que desempenhou importantes funções no funcionalismo público em Portugal, traça um quadro bastante negro. Defende a tese de uma concertação dos decisores políticos ao longo dos últimos anos que ao procurarem garantir os direitos e as

²⁵⁰ O custo do Sistema de Saúde Português é “o 3º maior na Europa dos 27” (M. Gouveia, Expresso, 6/4/07), tendo ultrapassado os 10% do PIB e levantando graves questões quanto à sua racionalidade e financiamento.

²⁵¹ Todavia, esta produtividade e activismo não se podem transformar em formas mais ou menos subtis de pressão e exploração que já são observáveis em algumas organizações. Em Portugal, com um grande peso da ruralidade nos mais idosos e da economia paralela encontramos uma forte actividade laboral, que não é apenas de subsistência, com vantagens que deverão ser melhor estudadas. Por exemplo, 9% dos idosos inquiridos em Vila Nova de Gaia encontram claras vantagens nas suas hortas e terrenos de cultivo.

²⁵² “Enquanto nos primeiros anos de vida predominam as doenças agudas, nos últimos, predominam as crónicas. Cerca de 86% das pessoas com mais de 65 anos sofrem, pelo menos, de uma doença crónica” (Ribeiro, J, 2005: 48).

²⁵³ Estes factos permitem conceptualizar, do ponto de vista do sistema de Saúde, a existência de dois mundos: um mundo gerontológico versus um mundo pediátrico, em vez de um mundo não - desenvolvido ou em desenvolvimento... Esta constatação aponta para a necessidade cuidados de saúde diferenciados, provavelmente mesmo separados, dadas as diferenças de equipamentos, tecnologias e tipo de apoio em geral que estes dois grupos de doença exigem” (Idem).

²⁵⁴ Tal como aconteceu em Portugal com o grande ganho em termos dos indicadores de saúde que ocorreu pela diminuição da mortalidade infantil, por efeito das políticas implementadas pelo Dr. Albino Aroso, que fez coincidir factores sociais e económicos com uma diminuição de serviços de saúde ineficazes (M. Gouveia, idem).

prestações aos mais velhos, acabaram por garantir, sobretudo, os direitos da sua geração e, descurando a previsível situação sócio – demográfica - económica, acabarão por pôr em causa o futuro do Estado Social e das gerações vindouras. O autor chama a atenção em simultâneo para os factos e para um desafio difícil.

Os factos são claros. A incidência da dita “Revolução” sobre a estrutura social e económica tem múltiplas implicações: a nível da produtividade pelo trabalho (a um contínuo aumento da despesa pública não se verifica um crescimento proporcional do Produto Interno Bruto), da saúde²⁵⁵ (medicamentos, internamentos, consultas, cirurgias, etc.), da segurança social (com aumento da despesa pelo crescente número de reformas e pensões e outras participações sociais, enquanto nas receitas há um menor valor das contribuições pela diminuição da população activa). O resultado traduz-se em encargos brutais para o Estado e para os contribuintes e criam um progressivo endividamento.

Olhando a realidade, temos um outro grupo de idosos, nomeadamente em grandes cidades como Lisboa, onde 25% dos habitantes tem mais de 65 anos, cujas condições de vida são tenebrosas²⁵⁶. Primeiro, pela cultura de abandono e de desresponsabilização²⁵⁷ de muitas famílias relativamente aos mais vulneráveis. Os hospitais tendem a ficar cheios de idosos nas festas e nas férias e só tardiamente a família “os levanta”. Por exemplo, em 2005, no H. Curry Cabral em Lisboa, 10% dos doentes com alta clínica não tiveram alta social pelo que tiveram de permanecer no Hospital.

Verifica-se este internamento em hospitais “de doenças agudas” porque não há efectivamente nem um eficaz apoio domiciliário, nem Hospitais de retaguarda ou de Cuidados continuados de curta ou média duração, nem residências assistidas e nem lares de Idosos suficientes. Outras valências necessárias e ainda desprovidas de recursos são os Lares para grandes dependentes e Serviços especializados para doenças neurovegetativas.

Contudo, apesar de tantas carências, o designado Programa Integrado de Apoio ao Idoso (PAII) envolvendo a Saúde e os Assuntos Sociais, também não permite calendarizar e

²⁵⁵ Os números apontam para que os idosos sejam o grupo maioritário da pequena percentagem de grandes consumidores que concentram nos seus cuidados mais de 50% das despesas totais. Por exemplo, no Hospital Central Curry Cabral em Lisboa, a 7 de Março de 2006, das 415 camas ocupadas, 202 eram ocupadas com doentes com mais de 70anos.

²⁵⁶ Como confessou em Fevereiro último o primeiro - ministro português, José Sócrates, a situação de pobreza e envelhecimento é preocupante: “Os estudos revelam que cerca de 300 mil dos idosos sobrevivem hoje com rendimentos abaixo de 300 euros por mês - valor que corresponde, entre nós, ao chamado «limiar de pobreza» internacionalmente definido. O problema mais grave da pobreza está, portanto, identificado: está naqueles que vivem exclusivamente ou fundamentalmente de pensões, de velhice e de sobrevivência, inferiores a 300 euros, sem poderem recorrer a outros rendimentos que lhes permitam uma vida condigna. São estes os que mais precisam de ajuda e é para estes que vai - é para estes que tem que ir - a nossa preocupação principal”. Primeiro-Ministro/Intervenções/2006.02.24

²⁵⁷ “Conjuntamente com o aumento de esperança de vida, temos idosos cada vez mais isolados, com menos mobilidade e auto-suficiência.” (Maria José Nogueira Pinto, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em Entrevista à rádio TSF, 2006)

estabelecer prioridades através de um circuito que vá respondendo às necessidades crescentes, sem as quais não haverá eficiência de resposta²⁵⁸, não passando de uma carta de intenções com suporte legal, mas sem implementação (Maria José Nogueira Pinto, Provedora da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em Entrevista à rádio TSF, em 11 de Fevereiro de 2006). Entretanto, vão sendo planeadas medidas que, segundo a Secretária de Estado Carmen Pignatelli, estão a ser ultimadas propostas do Governo para garantir, por um lado, programas de “alívio familiar” (Centros que deverão permitir às famílias “respirarem”²⁵⁹), Centros de Convalescença e ainda Internamentos temporários e prolongados.

Este quadro negro alimenta a já referida “armadilha demográfica” e está integrado já no mercado: “Todos os especialistas são unânimes em considerar que o sistema de Segurança Social, num futuro não muito longínquo, não assegurará o valor das reformas tal como são hoje. Nessa altura receberá menos dinheiro e o seu nível de vida baixará” (Banco Espírito Santo, 2002). Esta é uma perspectiva curiosa porque afirma a incapacidade das estruturas públicas em cumprirem o seu fim – guardar as contribuições ao longo da vida dos cidadãos e redistribuí-las com segurança e de acordo com critérios de equidade²⁶⁰- ou, o que é pior, revela a incapacidade geral das estruturas em garantir efectivamente o futuro, tal como infelizmente vem acontecendo em muitos fundos de pensões. Porém, este tipo de informações remete para uma epistemologia errada²⁶¹ porque nos dá uma perspectiva fechada do futuro e lança cada cidadão numa solução individualizada que esquece o funcionamento sistémico das estruturas sociais e económicas, bem como o princípio da causalidade circular.

A responsabilidade e as estratégias preventivas individuais são importantes, mas ineficazes se esquecerem que cada indivíduo não é “uma ilha isolada”. A história mostra que quando o sistema sucumbe, ou mesmo que seja apenas uma parte significativa, todos perdem o que julgam ter. Uma estratégia apenas de reforço da iniciativa individual para a poupança, pode até acelerar o “auto-cumprimento da profecia” porque limita o crescimento por via do consumo, desloca verbas para fundos internacionais e reduz as receitas públicas. Todavia, este ponto da situação fortemente negativo esquece que tem sido o actual modelo social que tem permitido o aumento da longevidade “pelas boas

²⁵⁸ Neste momento grande parte do financiamento às instituições, nomeadamente à maior das instituições privadas – a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – faz-se através das mais-valias dos jogos e apostas, como o popular “Euro Milhões”.

²⁵⁹ A prestação de cuidados a familiares idosos, seja pelo cônjuge ou descendente, é uma tarefa que se prolonga e que frequentemente implica uma sobrecarga sobre o cuidador informal. Estes programas não apenas incorporam cuidados de substituição, como têm em atenção os próprios cuidadores, permitindo, por exemplo, o descanso da família.

²⁶⁰ Cria-se, por vezes, nas gerações mais novas a ideia que estão a pagar a reforma dos reformados e pensionistas, esquecendo-se das contribuições que estes fizeram ao longo da vida.

²⁶¹ Uma epistemologia é errada quando, ao procurar e investir numa solução, se agrava o problema (Bateson, 1984)

razões”²⁶²: avanços claros na saúde pública, preventiva e ocupacional, nomeadamente, pela diminuição da mortalidade infantil, redução das mortes prematuras pela prevenção e diagnóstico precoce, melhor controlo de algumas enfermidades crónicas, melhor domínio das enfermidades infecto-contagiosas, novas técnicas médicas e cirúrgicas, ou ainda, numa perspectiva mais global, na melhoria das condições de salubridade, melhor água e saneamentos e maior abundância e qualidade na alimentação e melhores padrões de vida e higiene. Mais recentemente, tem havido um maior investimento nos processos compreensivos das doenças, com melhores investimentos nos processos de promoção e educação para a saúde.

Neste quadro difícil, a melhor resposta não parecem ser as meras estratégias individuais, mas o melhor aproveitamento das condições actuais e a adaptação das estruturas sociais e da cultura a esta mudança da espécie, com mais longevos “... que serão proporcionalmente muito mais, mas... mais cultos, mais ricos, mais saudáveis e mais activos” (P. Mendo, 2002:69).

Logo, o estatuto dos senescentes está a mudar e mudará ainda mais à medida que forem assumindo as oportunidades e as estruturas sociais reconhecerem as suas potencialidades que são estatisticamente óbvias quando verificamos que a Esperança de Vida Saudável é hoje quase 10% (70,4 anos) superior ao que era a Esperança de Vida em Portugal nos anos 60 (63,8 anos). Sem dúvida que os políticos e a população em geral se dão conta das mudanças demográficas e discutem as repercussões destas mudanças. Até agora a preocupação é essencialmente económica²⁶³ – como assegurar que os fundos públicos possam garantir os actuais direitos às pensões, às prestações sociais e aos cuidados médicos.

A solução encontrada tem sido reduzida à diminuição das despesas (e nos direitos associados) ou aumento das receitas (agravamento dos impostos) induzindo um certo nível de conflituosidade entre os actores sociais. Em resultado, as pessoas mais velhas receiam que lhes venham a diminuir os direitos... e as gerações mais novas questionam-se sobre o destino das suas contribuições actuais e sobre o que lhes acontecerá no seu tempo. Por outro lado, os grupos crescentes das pessoas que se aproximam da reforma estão preocupados com o prolongamento da sua actividade e período de descontos, após terem passado várias décadas confrontados com a necessidade de renovação dos recursos humanos e com as reformas antecipadas. Basicamente, a Sociedade e o

²⁶² “Estes fenómenos demográficos são... o resultado do êxito da nossa sociedade. Por outras palavras, os desenvolvimentos científicos e tecnológicos biomédicos, educacionais e sociais, têm conduzido a que os seres humanos vivam mais” (Fernández – Ballesteros, 2000: 31)

²⁶³ Os aspectos económicos também tendem a ser mais valorizados pela própria conjuntura económica. Neste momento em Portugal há uma taxa de crescimento muito baixa e vimos de uma recessão técnica – dois semestres sem crescimento. Agrava-se o facto com um *deficit* orçamental do Estado muito elevado, superior a 6% em 2004. A confiança e as expectativas dos portugueses para o futuro são muito baixas.

Estado reproduzem e alimentam um modelo anti-envelhecimento, muito próximo às atitudes negativas que encontramos em muitos discursos²⁶⁴. Neste processo não há um reconhecimento positivo do envelhecimento, mas medidas de combate aos efeitos do envelhecimento demográfico e a partir de dois ângulos: i. do ponto de vista macroeconómico e a ameaça do fim do Estado Social; ii. do ponto de vista individual onde se pede que cada um se assuma mais responsável para com o seu futuro²⁶⁵, nomeadamente pela sua independência funcional e autonomia²⁶⁶.

3.2.2. A necessidade de novos modelos

Nestas condições é preciso reinventar novos modelos que enquadrem as adaptações individuais sociais às mudanças. Neste caso, tal como se pede aos agentes económicos, é necessário transformar as mudanças em possibilidades.

Um dos aspectos que falta são as estruturas intermedias entre os cidadãos e o Estado, que prepare os cidadãos para as novas mudanças. Podem ser configuradas várias estruturas, mas é a função educacional a que melhor poderá permitir aos cidadãos prepararem-se para os desafios das duas décadas de vida finais. Até agora o Estado tem feito o discurso providencial, apoiando-se frequentemente em instituições de apoio solidário, cabendo aos idosos um estatuto passivo, e é natural que uma rápida mudança de discurso apenas possa provocar resistências e descrédito.

Aliás, esse é um problema geral da institucionalização do idoso, processo pelo qual a família se vai alheando da atenção e cuidado aos seus idosos (Remi-Lenoir, 1985) passando esse cuidado para o Estado e para as instituições por este autorizadas e suportadas. Contudo a resposta “moral” ou mesmo a obrigação legal, que tem sido invocada pelos governantes actuais, não são respostas nem novas, nem que tenham em conta as contingências actuais. Torna-se óbvio, neste contexto, que uma resposta sistémica, que privilegia a informação – comunicação entre os actores sociais, em que cada elemento percebe a sua utilidade no sistema e participa, exige um claro papel educacional. Esse processo necessita de estar desde já em acção na preparação para a reforma, no planeamento e no projecto de vida na anciania de forma a termos idosos activos²⁶⁷ e, se possível, realizados. Aliás, esta parece ser a melhor estratégia para a

²⁶⁴ “... as mudanças previstas que estão a ser desencadeadas na Segurança Social deixam antever dificuldades futuras sobretudo para os portugueses que hoje trabalham mas que não ganham o suficiente para subscrever sistemas privados que sirvam de complemento de reforma” Coelho, cit. por J. Rebelo e H. Penalva, 2004.

²⁶⁵ Outras medidas são recorrentemente invocadas: medidas que promovam o aumento da natalidade e da emigração.

²⁶⁶ Tal como o actual Ministro da Saúde, Prof. Correia de Campos (2001), que, referindo-se ao aumento das doenças crónicas e ao correspondente aumento dos encargos com o Sistema Nacional de Saúde, afirmou que estes só poderiam ser contrariados através do incentivo à independências dos idosos e sua autonomia.

²⁶⁷ A exemplo do que acontece a um dos maiores empresários portugueses que aos 67 anos “acorda bastante cedo, por volta das 6h ou 6,30h, faz o café para si e para a sua mulher e, depois, vai para o *health*

necessária "compressão da morbidade", envolvendo recursos em programas / cuidados que ajudam a manter e promover a independência funcional dos mais velhos até muito próximo do limite da sua existência.

Porém, uma concepção sistémica – informacional conduz à re-invenção de novos conceitos que permitam a inovação das relações entre os diferentes actores e privilegiam desde logo a complementaridade intergeracional e a multigeracionalidade, onde, num processo de solidariedade orgânica, se reconheçam a utilidade das diferenças para o bem comum. Mas, sobretudo, exige-nos uma redefinição das estratégias que nos permita saltar do envelhecimento "como mal", para o envelhecimento como "boa oportunidade".

Tal como a nível individual reconhecemos a importância – e as dificuldades - da pessoa aceitar, integrar, preparar e viver bem o seu inevitável envelhecimento, também a nível social / societário é necessário fazer esse progresso, substituindo a guerra contra o envelhecimento – e a função paranóica a que está associado – pela guerra pelo envelhecimento activo. Na luta contra o envelhecimento, temos todos os processos que concebem os idosos como "alienados", alheios e improdutos e que implicam uma enorme sobrecarga pelos recursos que consomem.

Nestas condições revelam-se pânico morais, económicos e sociais, ou ainda estratégias de manipulação económica ou de poder. Nesta lógica, o idoso é frequentemente excluído para o interior das residências colectivas ou individuais ou entregue aos dispositivos biomédicos que não estão preparados para tomarem conta das pessoas senescentes e da sua solidão – mas apenas das suas doenças físicas.

Pelo contrário, é preciso reconhecer sistemicamente que os idosos são:

- i. imanes e o resultado próprio das nossas sociedades que pelo seu desenvolvimento e ganhos científico – tecnológicos (R. Fernández-Ballester, 2000:31) aumentam a longevidade dos indivíduos²⁶⁸;
- ii. em número irreversivelmente crescente, pelo que serão necessária e inevitavelmente integrados em todos os contextos sociais;
- iii. transformadores das estruturas, adaptando-se e adaptando-as²⁶⁹ às suas características, o que exige tolerância, investigação científica e responsabilidade ético - política.

club até às 10h. Em seguida vai para a Sonae, de onde regressa a casa por volta das 20h ...[e leva] umas coisinhas para ler [em casa]". (VIVA, Setembro, 2005, pág. 11)

²⁶⁸ "As causas expressas desse envelhecimento são, de forma conjunta, a melhoria das condições higiénicas e de qualidade de vida, os avanços médicos e gerontológicos, os progressos sociais, a quase erradicação da mortalidade infantil, a diminuição da mortalidade na segunda etapa de vida e o aumento da esperança de vida" N. Yuste, 2004: 90.

²⁶⁹ Este é um aspecto muito importante nas estratégias de intervenção. De momento confrontam-se dois discursos quase opostos, um que sobrevaloriza os modos de adaptação dos idosos às condições actuais – são os que apostam em estratégias de rejuvenescimento – e os que valorizam as estratégias de adaptação

3.2.3. Do “apoio social” às Políticas Sociais.

As políticas sociais nacionais e locais são necessariamente abstractas e necessitam de ser concretizadas quer ao nível da pluralidade dos sujeitos - beneficiários dessa política, quer dos seus agentes.

Na área da Gerontologia predominam dois tipos de serviços, os mais especializados nos cuidados de saúde e os de “apoio social” ou “redes sociais de apoio”, que considera os efeitos sobre a saúde, o bem-estar e a Qualidade de Vida das Interações Sociais desde um nível mais próximo e íntimo, até ao nível da integração social e das redes sociais de apoio²⁷⁰.

O conceito de “apoio social” distingue duas dimensões (Loreto, 2000) sendo que “apoio” designa as actividades mais instrumentais e expressivas e “social” dá conta dos vínculos do indivíduo ao meio social, seja num domínio mais íntimo, comunitário ou de rede social. Na verdade, esta concepção recupera as perspectivas interaccionistas da sociologia, o que permite a Barrón (1996) definir apoio social como “um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre os indivíduos” ou Vaz Serra (1999) como “a quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico o indivíduo”. O Apoio Social é, antes de mais, distinto do simples Apoio de Bens e Serviços dado que este tende a fomentar a dependência, enquanto o primeiro promove a independência. Outra diferença significativa referida por Ornelas (1994) fazendo referência a Cobb (1976) é que o Apoio Social pressupõe também a presença de recursos psicossociais de apoio. Outros conceitos e noções foram sendo desenvolvidos (J. Yanguas, 2006: 36 – 38), tais como o de “necessidades sociais”²⁷¹, significação “subjectiva” do apoio social – relação positiva entre a ajuda recebida como a percebida (Gracia *et al*, 1995), teorias do stress²⁷²

do meio aos idosos – uma visão mais próxima as estratégias para as populações deficitárias. Todavia, a estratégia que me parece mais ajustada é a Ergonómica que, numa lógica de optimização das interfaces, procura uma ajustabilidade das condições às efectivas e saudáveis condições de adaptação dos humanos, valorizando os trabalhos de investigação empíricos sobre as actividades dos senescentes nos seus diversos contextos. Trata-se de uma estratégia com fundamentação científica.

²⁷⁰ Na tradição sociológica de Durkheim quando este considerou o impacto dos factores sociais sobre o suicídio. No limite desta linha temos o sociologismo que procura encontrar nos factores sociais a principal resposta para estes factores. Todavia, na origem e evolução do conceito Apoio Social estamos longe dessa concepção extremista porque encontramos investigadores de diversas áreas dentro das Ciências Humanas do que resultam múltiplas perspectivas e diversa terminologia (Ornelas, 1994) tal como: Apoio Instrumental e Emocional, Aconselhamento, Orientação, Assistência, Interação Positiva, Feedback...

²⁷¹ Em vários autores ressalta uma concepção do apoio social que adjectivo como “protésica” dado que se espera que este complemente e promova os recursos sociais e pessoais para que os objectivos sejam cumpridos e as necessidades satisfeitas. Todavia, como refere J. Vizcaíno “As necessidades sociais não são... nem estáveis nem evidentes, já que não só variam no tempo, como podem ainda ser valorizadas de forma diferente por parte dos diversos grupos sociais” (2000: 27). Segundo esta Teoria o apoio social deve contemplar as seguintes quatro necessidades: necessidades psicossociais diárias; necessidades psicossociais de crise; necessidades materiais diárias e necessidades materiais de crise (J. Yanguas, 2006).

²⁷² O apoio Social terá dois efeitos (Idem): i. um efeito directo sobre o bem-estar promovendo experiências positivas; ii. um efeito de “amortecimento” ou de protecção do apoio social relativamente a altos níveis de Stress (Ornelas, 1994; Barrón, 1996; V. Serra, 1999) permitindo uma dissipação do impacto negativo de certos acontecimentos por efeito dos possíveis apoios sociais e facilitando a adaptação em situações de crise.

e ainda as teorias sobre o apoio funcional. Em termos das “necessidades sociais” Matos e Ferreira (2000) distingue dois níveis, a saber: i. sócio-emocional (afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima por parte das pessoas significativas para o sujeito); ii. instrumental (informação, aconselhamento e ajuda familiar, laboral e económica). Segundo Vaz Serra (1999), sobretudo em contextos de maior Stress²⁷³, há uma correlação negativa entre o apoio social e níveis de mal-estar²⁷⁴, pelo que resultam do apoio social vários benefícios essenciais para a Qualidade Vida, nomeadamente: i. maior integração social dos indivíduos pelo reconhecimento e valorização das suas competências; ii. permuta de informações e conselhos; iii. aumento da segurança por efeito de laços afectivos mais firmes; iv. melhoria do sentimento próprio de utilidade, ao promover a partilha e prestação de serviços e cuidados aos outros. Já a distinção entre o apoio social objectivo – aquele que é prestado - e a sua significação subjectiva para os implicados parece-me ir a par com a necessidade de se considerar a dimensão subjectiva da Qualidade de Vida. Assim, a percepção e consciência de cada indivíduo relativamente ao “apoio social” de que é beneficiário deve ser considerado e é também uma variável diferencial, pois passa muito pelo “conforto emocional e afectivo” que o indivíduo experimenta relativamente às acções / interacções com os outros. Relativamente às funções, segundo a sistematização de Bárron (1996), centram-se em três aspectos²⁷⁵:

- i. apoio emocional (implica a disponibilidade de alguém para a relação e para a comunicação, permitindo a vivência e a expressão de atitudes, emoções e afectos que garantam a aceitação, a empatia e o respeito);
- ii. apoio material ou instrumental (a dificuldade em manter ou em realizar tarefas quotidianas pode ser complementada por actividades de substituição (fazer compras ou a *menage*) ou ajudas materiais que permitam ultrapassar as dificuldades práticas²⁷⁶);

²⁷³ Em contraposição à “tensão produtiva”, uma forma de stress que mobiliza os recursos de resposta dos indivíduos para uma resposta mais eficaz, os contextos de maior stress tornam-se destrutivos, sobretudo se o idoso sentir que não tem controlo sobre os acontecimentos, as incertezas forem elevadas e as mudanças demasiado frequentes. Nestas condições, até os pequenos problemas diários podem ter um efeito cumulativo e serem geradores de forte stress, originando sintomas variados, tais como rigidez muscular, taquicardia e tensão arterial alta.

²⁷⁴ Haverá uma correlação directa atendendo a diversos estudos que cruzam o Apoio Social e certos indicadores de saúde ou ainda altos níveis de stress com baixo apoio social associados a fortes avaliações negativas na Qualidade de Vida das pessoas avaliadas (Albarracín e Muchnik, 1994).

²⁷⁵ Vaz Serra (1999) diferencia seis tipos de funções, subdividindo a classificação de Bárron. Assim, distingue entre apoio emocional e apoio afectivo (considerando neste último o reforço da auto estima por efeito da aceitação pelos outros dos seus erros, defeitos e limitações), entre apoio perceptivo e informativo, cabendo ao primeiro uma reavaliação do seu problema, atribuindo-lhe novos significados e objectivando as respostas, e entre apoio instrumental e apoio de convívio social, salientando a importância da partilha de actividades, do convívio e da participação e que vai claramente no sentido da Teoria da Actividade e do Envelhecimento activo.

²⁷⁶ Neste contexto, a atenção à significação atribuída à ajuda pelo beneficiário / utente e a Teoria das Trocas parece-me ter particular utilidade, pois o utente deve perceber ajuda como ajustada, o que não acontece quando se sente em dívida – não tem bens de troca – ou sente postos em causa a sua liberdade e dignidade.

iii. apoio em informação (processo pelo qual as pessoas recebem informações relevantes que os ajudam a compreenderem a realidade e as melhores estratégias de adaptação / acção²⁷⁷ para enfrentarem os seus problemas concretos).

Outro conceito designado como Interação Social Positiva ou de Socialização chama a atenção para as vantagens de participação em actividades de lazer e recreativas que não só permitem um melhor contacto, como ainda um sentimento de pertença que permite estabelecer laços de solidariedade que até podem abrir novas oportunidades de interação que, por sua vez, permitem melhorar os apoios emocional, instrumental e de informação²⁷⁸.

O apoio social, com maior ou menor suporte por parte das políticas sociais, resulta das diferentes estruturas de apoio e dos recursos partilhados entre os participantes e promotores individuais, colectivos ou institucionais. Configuram-se várias designações, onde predomina a noção tecidual tais como “rede social”, “rede natural de ajuda”, “rede de suporte informal e formal”, mas onde o conceito genérico de “serviços” também aparece: serviços domiciliários, de suporte, etc.

O conceito de “rede social” é aplicado tanto a um nível mais macro – às relações sociais, as concepções culturais e a forma como estas organizam a sociabilidade e os comportamentos quotidianos, como a um nível mais micro no qual se consideram os modos de relação e de ajuda concreta que os actores sociais estabelecem entre si. Desta forma terá duas vertentes, uma social e outra individual (C. Paúl, 1997).

No caso específico dos mais idosos, tal como veremos nas páginas seguintes, o apoio aos maiores de 65 anos faz-se pelas redes de apoio formal – onde participa o Estado e demais entidades públicas ou convencionadas) e informal – o que inclui ao familiares dos idosos (L. Pimenta. 2005), a solidariedade da vizinhança (nomeadamente a entreajuda dos pares nos bairros envelhecidos das grandes cidades e em zonas rurais) e algumas iniciativas espontâneas de cidadãos.

Estaremos perante uma Rede Social de Apoio quando os diferentes laços de apoio se sistematizam e formam uma estrutura integrada (Idem) na qual se consideram o número de indivíduos com quem o sujeito de referência estabelece contacto, bem como o contacto que os elementos da rede estabelecem entre si e a frequência dos seus contactos. Outros aspectos considerados são a qualidade das ligações entre os diversos elementos do sistema considerado (intensidade, durabilidade, tipo, funções, etc.) e o

²⁷⁷ Para lá de fornecer informação, o apoio pode passar pelo ensino de competências e habilidades que permitem ao idoso fazer aprendizagens abertas que lhe abrem outras possibilidades.

²⁷⁸ Alarcão (1998) sistematizou as funções da rede social de apoio em função das interações sociais, distinguindo entre: i. estar e fazer coisas em conjunto – acompanhamento social; ii. interação com ressonância emocional ou apoio social; iii. ajuda cognitiva e partilha de conselhos – apoio em informação; iv. regulação e controlo social – hetero - correção de comportamentos; v. ajuda material e prestação de pequenos serviços; vi. Ligação a outras redes de apoio.

contexto normativo que as regem, se são familiares, de amizade, laborais ou de vizinhança²⁷⁹.

A partir dos diversos autores, nomeadamente C. Paúl (1997), configuram-se dois tipos de redes de apoio aos Idosos - redes de apoio informal e de apoio formal – que cumprem essencialmente dois tipos de apoio: i. psicológico – emocional e ii. instrumental. Isto permite-nos organizar uma tabela de dupla entrada onde consideramos os principais intervenientes, pelo que teremos:

Quadro 3 – Sistemática entre as redes de Apoio e os tipos de Apoio.

Os actores privilegiados nas Redes de Apoio versus Tipos de Apoio		Redes de Apoio	
		Formais	Informais
Tipos de Apoio	Instrumental	Estado – Segurança Social e poder local, IPSS, Associações profissionais, Privados	Família, Vizinhos, Amigos e Voluntariado
	Psicológico - emocional	Profissionais	Família, vizinhos, amigos e voluntariado

No subcapítulo seguinte ocupar-nos-emos das Políticas do Estado e das correspondentes redes de Apoio formais. Neste consideramos as redes de apoio informais²⁸⁰ que são basicamente constituídas pelas famílias dos idosos, pelos amigos e ainda pelos pares e vizinhos.

É amplamente reconhecido o papel da família no cuidado aos idosos apesar de ter vindo a sofrer alterações seja pela incapacidade manifesta e/ou indisponibilidade da resposta da família²⁸¹ - um dos factores é profissionalização da mulher -, ausência de condições habitacionais ou socio-económicas ou ainda a ausência da própria família, nomeadamente por emigração (Silva Rodrigues, 1999). Acresce ainda que o apoio familiar resulta particularmente importante em momentos de crise ou durante a doença

²⁷⁹ Este conceito tem a vantagem de se poder mapear os diversos elementos, a sua proximidade e distância emocional e de contactos, as instituições envolvidas, etc.

²⁸⁰ Para Rodriguez et al. (1995) o apoio informal refere-se aos cuidados que são prestados pelos que são próximos – familiares, amigos e vizinhos – caracterizando-se pela afectividade e excluindo a burocratização e a profissionalização. Neste sentido, o voluntariado pode enquadrar-se também no apoio informal.

²⁸¹ Este papel foi recentemente pelo Estado Português ao aprovar uma nova Lei designada como Complemento Solidário ao Idoso e que faz depender a atribuição do subsídio dos fracos recursos do idoso, mas também dos filhos: “não é indiferente que um idoso viva isolado, sem família, ou que tenha filhos com rendimentos elevados e a quem é exigível que apoiem os seus ascendentes. Este Complemento Solidário, que é suportado pelos impostos dos portugueses, não pode servir para financiar os filhos dos idosos, com rendimentos suficientes, isentando-os do seu dever de contribuir, no interior da família, para o apoio aos seus pais, tal como é pressuposto nas regras gerais de Direito que estruturam a nossa organização social” Primeiro-Ministro/Intervenções/2006.02.24. Além disso, esta medida promove ainda a acção judicial dos idosos sobre os filhos que não prestem o devido apoio económico. Temos, pois, um reforço formal - jurídico do que seria uma norma moral e cultural.

crónica (Fernandez – Ballesteros, 1990) sendo um dos factores mais importantes nos recursos dos idosos²⁸².

Segundo Azeredo e Matos (1998) (Cit. por M. Matins, S/ data: 132) uma família é funcional quando realiza cinco funções, a saber: i. adaptação – utiliza recursos internos e externos à família para a solução de problemas, nomeadamente em crise; ii. participação – pela partilha de decisões e responsabilidades; iii. crescimento – amadurecimento e realização pelo suporte mutuo entre os membros, iv. afecto – partilha de cuidados e ternura; v. decisão de partilha de tempo, bens e recursos. Dados do INE referentes a 1999 indicava que apenas 2,5% viviam em contextos institucionalizados, sendo que dos restantes apenas 15% viviam em famílias só de idosos ou unipessoais, maioritariamente mulheres e viúvas. De facto, os idosos vivem maioritariamente em casal e, apesar de uma liberalização dos divórcios entre idosos, a dissolução familiar ocorre quase sempre por morte do cônjuge²⁸³.

Outro aspecto igualmente importante é o apoio social dado por amigos e vizinhos. Os segundos têm uma enorme importância quer no contexto rural quer ainda em zonas urbanas antigas e envelhecidas e igualmente desprovidas de intergeracionalidade. Tal facto reforça-se se pensarmos que a maioria dos idosos vive nas suas próprias casas, onde permanecem há décadas. Vizinhos que se tornam amigos, ou amigos que se tornam próximos, permitem relações sociais mutuamente gratificantes que estimulam a integração social dos idosos. Permitem ainda a partilha de sentimentos, o reconhecimento pela preocupação do outro e o sentimento de utilidade, bem como a troca de bens e serviços.

Outro autor, A. Neri (2001: 42), procurou sistematizar as principais funções destas redes de apoio e suporte junto dos idosos de forma genérica como apoio emocional, ajuda material, serviços e informações e, de forma específica como: i. manter e afirmar a identidade Social; estabelecer novos contactos sociais; iii. permitir às pessoas a sensação subjectiva de cuidado, atenção e valorização; iv. garantir a sua pertença a uma rede de relações; v. ajudar a encontrar sentido para as vivências, sobretudo, as não-normativas e stressantes; vi. aumentar a auto-consciência numa perspectiva de comparação social envolvendo as expectativas pessoais e grupais e as realizações e competências próprias²⁸⁴.

²⁸² O que não impede que muitos idosos sejam um recurso muito importante para as famílias, nomeadamente pelos seus bens e disponibilidade temporal partilhados com cônjuges, filhos e netos (L. Pimentel, 2001).

²⁸³ Um número não negligenciável, sobretudo de viúvos, é a mobilidade forçada de muitos idosos, circulando entre os filhos. Tal “deambulismo”, apesar de ser uma resposta possível das famílias, é geralmente contrário aos interesses e necessidades dos idosos

²⁸⁴ “Esses mecanismos são muito importantes na velhice, principalmente se e quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais” (A. Neri, idem).

Verifica-se que, por falência de competências familiares, pelo aumento e dificuldade relativa dos cuidados a prestar aos idosos mais dependentes e com doenças crónicas e ainda pela acrescida institucionalização das práticas sociais²⁸⁵, o peso da Políticas Sociais nas redes de Apoio aos Idosos de forma a garantir a sua Qualidade de Vida e bem-estar é determinante. Por outro lado, a existência de relações sociais e emocionais significativas e gratificantes são determinantes para uma melhor Qualidade de Vida ao ponto da sua ausência comprometer a eficácia de qualquer apoio.

3.2.4. Políticas nacionais e locais.

O que vem sendo feito em Portugal para as pessoas idosas confirma plenamente a afirmação de A. Requejo Osório, de que as políticas são determinadas “por condicionamentos de carácter mais estrutural e outros de carácter mais político ou ideológico” (2002: 58).

Em termos estruturais, a par da evolução demográfica, verificamos que Portugal é um país fortemente centralizado, onde o peso da administração central se faz sentir em quase todos os níveis. O Estado Social, que deu os primeiros passos no fim da década de setenta, acabou ao institucionalizar quase todas as actividades e acabou por contribuir ainda mais para essa centralização. Se considerarmos a importância dos fundos comunitários, temos uma acrescida burocratização dos processos. Ao longo dos últimos trinta anos o Estado Português tem centralizado as políticas sociais, definindo vários Planos Nacionais (de saúde, de combate à exclusão e à pobreza, ...) que em algumas das suas medidas consideram o envelhecimento. Todavia, não há um Plano Nacional para os mais Idosos e espera-se que nasçam iniciativas locais e privadas que se constituam como resposta às dificuldades crescentes.

Em termos políticos e ideológicos encontra-se uma evolução nas concepções, onde as estratégias mais assistenciais e institucionalizadoras, onde os idosos deveriam passar o seu tempo, foram sendo completadas por políticas mais activas, considerando programas que tentam manter os idosos no seus ecossistemas e convenientemente apoiados. Todavia, os temas que dominam a discussão em Portugal continuam a ser os temas estruturais, tais como o sistema de pensões e reformas, a subsistência e as discussões em torno dos cuidados de saúde, tais como os cuidados de saúde continuados e paliativos.

²⁸⁵ Se a cultura pós-moderna tende a tornar público o que era privado, tal como o sofrimento e o envelhecimento (Morris, 2000), essa mudança potenciada pela consciência do “envelhecimento social”, bem como acrescidas dificuldades práticas, tem levado a que a responsabilidade da família e particulares tenha vindo a ser progressivamente transferida para domínios burocratizados e despersonalizados, com uma pluralidade de agentes intervenientes nos cuidados que ignoram ou não consideram a intervenção dos restantes agentes (Lenoir, 1997).

3.2.4.1. Políticas nacionais.

No fim dos anos sessenta em Portugal, quando o número de idosos excedia por pouco os 700.000, cerca de 8% da população e com uma Taxa de Dependência de 13%, não havia qualquer política social específica, sendo irrelevantes²⁸⁶ os apoios dados pela entidade responsável, o Instituto de Assistência aos Inválidos (Quaresma, 1998). Apenas no início da década seguinte é criado um Serviço designado de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos na dependência directa do Instituto de Assistência aos Inválidos. Após a Revolução de Abril, com a nova Constituição em 1976, constitui-se ao Direito à Segurança Social e opera-se a mudança da Assistência Social para a Acção Social. Mais do que a mudança de conceitos, começam a aumentar as pressões sociais que implicam uma crescente procura de alojamentos para idosos. Neste caso o Estado delegou nas Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS) e outras organizações privadas que, com protocolos de cooperação e financiamento, procuraram responder aos pedidos crescentes. As respostas que foram então dadas em termos de equipamentos constituem respostas “de primeira fase”, à qual se seguiram novas “políticas de velhice”²⁸⁷ que evoluíram de acordo com os conceitos e as necessidades, mas também sob pressão das directivas europeias que eram transpostas para a legislação portuguesa.

Uns dos elementos centrais da política social de envelhecimento que se generalizou com a instituição do Estado Social em Portugal²⁸⁸ foram os apoios de carácter financeiro que em Portugal se designam como “pensões e reforma” (Grácio, 1999). Criaram-se dois regimes em função dos descontos feitos pelos utentes, distinguindo-se entre os contributivos e os não contributivos.

Os beneficiários dos regimes contributivos têm direito a:

i. “Pensão de Velhice” ou por limite de idade – prestação mensal para pessoas que chegam à idade de reforma e por compensação por perda de remuneração de trabalho²⁸⁹. Ao longo do último ano, este regime tem sido alvo de muitas discussões, com várias iniciativas legislativas, das quais sobressaem três aspectos (Diário Económico, 28 de Abril de 2006): i. indexação da idade de reforma à esperança de vida de cada cidadão, sendo que apesar da manutenção do direito de reforma para os beneficiários do regime

²⁸⁶ Portugal ainda não era um estado Social, mas corporativo e fortemente centralizado no Estado. Este mantinha um programa de pensões para os seus funcionários e incentivava as corporações profissionais a acções mutualistas. Os que não conseguiam este tipo de suporte tinham, a limite, o apoio das organizações de caridade, da qual se destacam as Misericórdias. Sobretudo, a Santa Casa de Misericórdia de Lisboa a quem eram convencionados os direitos dos jogos e das apostas, tinha um papel complementar ao Estado, mantendo dispensários aos Inválidos dentro dos quais se incluíam os idosos.

²⁸⁷ Conceito que Fernandes (1997) designa como “o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade”

²⁸⁸ Anteriormente, apenas os funcionários do Estado, de empresas e fundos de pensões corporativos garantiam essas prestações. Em resultado, os rurais e muitos trabalhadores estavam fora de qualquer sistema de protecção na velhice.

²⁸⁹ No sistema de pensões dos funcionários públicos e em várias empresas, a pensão recebida é praticamente igual ou até podia ser superior à do vencimento em situação de trabalho activo.

geral contributivo nos 65 anos, deverá ser sujeita a “um factor de sustentabilidade” que tem a ver com o número de anos que se espera que venha a usufruir no futuro²⁹⁰; ii. diminuição do ritmo de crescimento das pensões, devido ao peso das taxas de substituição; iii. alteração das formulas de calculo e actualização das pensões;

ii. “Pensão de Invalidez” – prestação mensal para compensar a perda de remuneração de trabalho por incapacidade antecipada;

iii. “Pensão de Sobrevivência” – prestação atribuída quando da morte do beneficiário do Regime Geral de Segurança Social, para compensar ao familiares dos beneficiários dos rendimentos, sejam cônjuges ou equiparados;

iv. “Pensão Unificada” – calculada com base no passado contributivo para o Regime Geral de Segurança Social ou para o Regime de Protecção Social da Função Pública;

v. “Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa” – é atribuído a quem beneficia de um das pensões anteriores e quando o grau de dependência do pensionista obrigue que seja necessária a assistência de uma terceira pessoa para Assegurar as necessidades básicas.

Os beneficiários do regime não contributivo podem beneficiar de pensões sociais ou de viuvez pelo falecimento do cônjuge. Destina-se a cidadãos nacionais residentes e que não tenham qualquer regime de protecção social, que não tenham rendimentos líquidos ou que estes não excedam de 30 a 50% (se pessoa isolada ou casal) da remuneração mínima garantida por trabalho. Um cônjuge de um pensionista que tenha falecido pode ter direito a receber uma percentagem da atribuição devida ao pensionista falecido. Já em 2006, devido aos 300 000 idosos com rendimentos inferiores a 300€/mês, foi decidido o pagamento a partir de 2007 do Complemento Solidário para Idosos a cerca de 4000 idosos com 70 anos ou mais que o venham a requerer, sendo essa possibilidade alargada para idosos com mais de 65 anos em 2008²⁹¹.

O Estado Social promove ainda outras ajudas que (embora estejam a ser reduzidas) suportam gastos em cuidados de saúde, em serviços de urgência, medicamentos, material descartável e deslocações para consultas.

Para lá das contribuições financeiras, foram sendo implementados no País vários equipamentos que têm tido taxas de crescimento muito variáveis, porque cresceram em

²⁹⁰ Isto significa que os contribuintes, se decidirem usar o direito de se reformarem aos 65 anos, verão a sua pensão de reforma ajustada à longevidade esperada. Por outro lado, poderão trabalhar o número de meses que lhes permita anular “o factor de sustentabilidade” ou promover uma contribuição de reforço ao longo da vida activa.

²⁹¹ Todavia, segundo o ministro do Trabalho e Segurança Social Vieira da Silva em entrevista ao Jornal Público (6 de Fevereiro de 2007), os resultados verificados após um ano de programa não foram os esperados: 140.000 pessoas procuraram informações, mas apenas 20.000 pessoas estão a receber. Por outro lado, a media de prestação que está a ser paga é superior à esperada: 79€.

alguns anos²⁹² e foram praticamente mantidas noutros²⁹³: i. Lares de Idosos²⁹⁴ (Despacho Normativo de nº 12 / 98) – são equipamentos colectivos que permitem permanência permanente ou temporária, destinados a idosos com certo grau de dependência e que devem prestar, para lá da alimentação e alojamento, cuidados de saúde, higiene e conforto, bem como convívio e actividades de animação e lazer; ii. Lares de Cidadãos Dependentes²⁹⁵ – resposta residencial e de cuidados destinada já a idosos com maior grau de dependência (acamados), conjugando serviços de saúde e de acção social devendo promover a autonomia, prestação de cuidados humanizados em complementaridade com os serviços médicos de internamento e com os serviços de apoio domiciliário; iii. Centros de Dia²⁹⁶ – têm como principal objectivo promover actividades (convívio, lazer, animação e organização de férias) e oferecer um conjunto de serviços aos idosos (refeições, cuidados de higiene e conforto, tratamento de roupas) que se mantêm na sua comunidade e são ainda relativamente activos e independentes; iv. Centros de Convívio – em contexto social procuram-se promover a sociabilidade entre os idosos e desenvolver actividades culturais e recreativas onde, centradas na participação activa dos idosos, também se incluem informações e acções específicas de promoção e educação para a saúde; v. Centros de Noite – a partir de estruturas já existentes e integradas com outras respostas sociais são dirigidos a idosos que mantêm as suas actividades de vida diária no domicílio, e que recorrem ao Centro para evitarem o isolamento nocturno.

Além destes equipamentos, as duas últimas décadas permitiram o aparecimento e desenvolvimento de quatro novos tipos de resposta:

i. o Apoio Domiciliário²⁹⁷ (SAD) – é um dos serviços melhor conseguidos, porque, sem retirar o idoso do seu *habitat* e da sua família, promove ajudas no próprio domicílio que completa e reconhece os cuidados informais de familiares, amigos e vizinhos a idosos

²⁹² Segundo a Carta Social, a resposta em termos de Lares de Idosos entre 1998 e 2002 teve um aumento de 28%, seguindo as tendências internacionais.

²⁹³ Pelo contrário, entre 2001 e 2004, em três anos, houve uma redução do investimento em equipamentos sociais em cerca de 80%, de 47,6 milhões de euros para 9,6 milhões de euros.

²⁹⁴ A insuficiência das respostas públicas ou contratualizadas tem dado origem a um aumento crescente de residências privadas, muitas vezes sem condições adequadas, clandestinas e colocando os seus habitantes em condições degradadas e até em risco de vida por negligência e acidentes. Neste caso existe legislação, mas não convenientemente aplicada e vigiada a sua aplicação.

²⁹⁵ Dentro do PAII, estas estruturas são reajustadas e designadas como Centro de Apoio a Dependentes (CAD), que são Centros de Recursos locais, abertos à comunidade, assegurando cuidados diversificados embora temporários, de forma a promover a autonomia e o retorno à família de origem.

²⁹⁶ Os Centros de Dia estarão especializados em promover e manter nos idosos as actividades de auto-cuidado, também designadas como as Actividades Básicas de Vida Diária (comer sozinho, lavar-se, vestir-se, movimentar-se sem ajuda...), e ainda as actividades de vida independente, designadas de Actividades de Vida Diária Instrumentais (cozinhar, limpeza, uso de transportes e gestão do dinheiro...); Já os Centros de Convívio pressupõem estas actividades e envolvem e promovem a participação dos idosos em programas de animação social e cultural.

²⁹⁷ Vários autores referem as inegáveis vantagens do Apoio Domiciliário relativamente à institucionalização do idoso (Fernandez-Ballesteros e tal, 1990; Rodriguez e tal., 1995; Grácio, 1999) porque permite manter os contactos com a família e com o domicílio, ao mesmo tempo que mantém um conjunto de serviços que podem ser personalizados e são de proximidade.

com mobilidade reduzida e/ou dependentes de forma temporária ou permanente. Tem ainda a vantagem de ser um serviço onde pode cooperar a equipa de saúde e o apoio social num serviço de proximidade e individualizado. Os serviços prestados podem ser muito diversos, indo desde os cuidados pessoais de higiene e conforto e inclusive a administração de alguns medicamentos, aos trabalhos de higiene e arrumação do domicílio incluindo pequenas reparações, confecção ou distribuição das refeições, tratamento de roupas, gestão e aquisição de bens domésticos, acompanhamento e convívio e contactos com o exterior;

ii. o Acolhimento Familiar (Decreto – Lei nº 391 / 91) – por falência ou inexistência de um sistema familiar do idoso, estes podem ser colocados em famílias seleccionadas de forma temporária, promovendo o “efeito amortecedor” já anteriormente referido. Todavia, a partir de 2002 verificou-se um decréscimo quer das famílias de acolhimento, quer do número de idosos abrangidos (Márin, *et al*, 2006);

iii. Colónias de Férias e o Turismo Sénior – promovendo a sociabilidade em novos espaços, quebrando as rotinas e estimulando um clima de festa, tornam-se espaços que permitem uma renovação de actividades e um reequilíbrio aos idosos. A prioridade é dada aos idosos com poucos recursos e em isolamento social e/ ou geográfico, todavia a sua concretização tem muito a ver com o dinamismo e recursos da instituição a que se encontram ligados – Centro de Dia ou de Convívio, Apoio Domiciliário ou do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII);

iv. o Termalismo – conjugam as vantagens das colónias de Férias com cuidados de saúde e tratamentos que promovem a corporalidade do idoso de forma complementar aos cuidados médicos habituais. A sua sazonalidade também permite criar rotinas e estimular uma mobilidade geográfica e social; v. o Programa de Apoio Integrado a Idosos – publicado à pouco mais de uma década, envolve uma actuação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social que tarda a generalizar-se. Não se trata de uma medida concreta, mas procura integrar várias medidas já implementadas²⁹⁸ ou a implementar, optimizando recursos e resultados.

Os objectivos, contudo, são ambiciosos e para se concretizarem o Programa define um conjunto de ajudas que devem ser prestadas, nomeadamente: i. técnicas – próteses, ortóteses e demais dispositivos que permitam autonomizar o idosos e compensar as limitações e incapacidades; ii. auxiliares de terapêutica, permitindo tratamento e treino em várias áreas; iii. equipamentos técnicos para a mobilidade, tais como cadeiras de

²⁹⁸ Dentro das implementadas temos os Serviços de Apoio Domiciliário e o reajustamento dos Centros de Apoio a Dependentes. Como medidas inovadoras temos o Serviço de Telealarma (STA) que envolve bastantes entidades e é uma resposta nacional que pretende ser complementar aos serviços locais, num funcionamento em rede. Também foi concebido um Programa de Formação de Centro de Recursos Humanos (FORHUM) que, a partir das necessidades e recursos locais, promove uma formação aos cuidadores informais e formais.

rodas e meios auxiliares de marcha; iv. equipamentos para os cuidados pessoais e de higiene, nomeadamente os que deverão equipar as casas de banho; v. equipamento e produtos que auxiliam a comunicação, desde lentes e próteses, a equipamentos informáticos e alarmes; vi. para o lazer, considerando as ajudas ao exercício físico e actividades de recreação; vii. Equipamentos, mobiliário e bens “ergonómicos”, de forma a facilitar a vida e as tarefas quotidianas com objectos adaptados aos utilizadores, prevenir acidentes (nomeadamente quedas) e criar a necessária sensação de segurança, conforto e bem-estar.

Além destes, vêm sendo concebidas outras formas de intervenção das quais seleccionamos as seguintes:

i. relativas aos direitos dos idosos, seja numa perspectiva mais informativa ou de defesa dos direitos surgem três medidas, a saber: uma Linha de Apoio Jurídico, designada como Linha do Cidadão Idoso (que pretende unicamente informar sobre direitos e benefícios que podem ser usados pelos idosos), uma Linha de Emergência Social (pretende encaminhar um cidadão em situação de emergência para os respectivos serviços) e ainda um Manual para a Prevenção de Violência Institucional que procura prevenir a violência contra idosos em contextos institucionais, nomeadamente maus-tratos sobre os mais debilitados;

ii. relativas à saúde, através do Plano Nacional de Saúde a vigorar entre 2004 – 2010, o qual inclui um Programa nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direcção Geral da Saúde, Circular Normativa de 02/07/2004) que, em paralelo com o Programa de Apoio à Adaptação e Remodelação de Habitações e Espaços Circundantes do Instituto para o Desenvolvimento Social assumem a necessidade de avaliar e intervir nos contextos comunitários, para que o ambiente se ajuste às limitações dos utilizadores.

Em termos práticos, o primeiro, com uma perspectiva necessariamente mais centrada na promoção da saúde, considera que a necessidade de informar e promover uma cultura de segurança nos idosos, quer ainda a formação dos técnicos e profissionais de forma eliminar factores de risco e promover espaços seguros, promotores de bem-estar. O segundo Programa centra-se nos aspectos urbanísticos e arquitectónicos²⁹⁹, intervindo mais nas estruturas físicas, para minimizar os riscos e promover o bem-estar e conforma sete conceitos “ergonómicos”, a saber: a. garantia das acessibilidades, ajustando as medidas às características antropométricas funcionais dos utilizadores; b. adaptabilidade, implicando a modificação não estrutural de um imóvel em função da sua usabilidade por idosos com deficiências; c. visitabilidade, de forma a garantir acesso a pessoas externas;

²⁹⁹ Trata-se de uma resposta ao repto da III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsvall, sobre a necessidade de fazer os ambientes mais “sound”, mais favoráveis à Saúde, nomeadamente os aspectos físicos das habitações e da sua envolvência.

d. barreira, um obstáculo urbanístico, arquitectónico, sensorial ou de transportes; e. *design*, garantindo que o *design* de produtos assegure o seu uso por todos, independentemente de idade e capacidades físicas e intelectuais; f. dependência, como um estado em que se encontram muitos dos utilizadores e que também têm direito à sua mobilidade e autonomia; g. ajudas técnicas que devem compensar as deficiências funcionais.

De volta ao já referido Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas³⁰⁰ verificamos que tem como objectivos a promoção da saúde e autonomia dos idosos, seja pela prevenção e a promoção de programas de saúde, bem-estar físico e estilos de vida saudáveis e activos, seja pela melhoria das práticas dos profissionais de saúde pela adequação dos cuidados às necessidades reais das pessoas idosas, seja ainda, como já foi referido, pela implementação de ambientes melhor adaptados aos utilizadores. A sua implementação está a cargo das Administrações Regionais de Saúde que deverão orientar o programa de acordo com as necessidades e recursos regionais.

Para todas estas necessidades, o actual Governo português propõe-se lançar um programa de investimentos até 2009 que reforce “os equipamentos para os idosos mais carenciados, de modo a assegurar 13 mil novas vagas em Centros de Dia, Lares e Serviços de Apoio Domiciliário” (Primeiro – Ministro / Intervenções / 2006.02.24). Para a sua concretização quer contar com parcerias com as autarquias locais e com as instituições da sociedade civil, para que 90% do Programa passe pelas IPSS e “10% fiquem a cargo da iniciativa privada lucrativa, que contará, igualmente, com uma linha específica de apoio” (idem).

3.2.4.2. A ausência de Políticas locais.

Pela estrutura política do país, este está dividido administrativamente em Conselhos e estes subdividem-se em freguesias, que são as instâncias políticas mais próximas dos cidadãos. Neste caso, o nosso maior interesse é Vila Nova de Gaia e, para comparação, o Porto. Num documento recente, designado “o Porto e o Futuro: o quadro de referência estratégica nacional”, e onde se discute a aplicação dos fundos estruturais e do fundo de coesão para 2007 – 2013, o Governo Central reconhece que “face à expressão que assume o fenómeno do envelhecimento da população residente do Porto, é imperioso vir

³⁰⁰ O Plano Nacional para a Inclusão (PNAI) define no seu último documento como objectivos prioritários para a política de saúde e de inclusão: a criação de serviços comunitários de proximidade, sob a forma de parcerias entre centros, extensões de saúde e instituições de apoio social; a promoção da reabilitação imediata do paciente crónico e idoso nos hospitais, logo após o episódio agudo, e da sua reinserção na família através dos serviços comunitários de proximidade; Melhorar o planeamento dos equipamentos de cuidados continuados e incentivo ao desenvolvimento dos cuidados paliativos; Reactivar os cuidados de saúde no domicílio, em articulação com os serviços comunitários de proximidade e, por último, o reforço do apoio à família através de internamento temporário, apoio domiciliário de saúde e recurso ao centro de contacto (PNAI, 2005).

a adoptar uma politica social vocacionada para este grupo etário, que englobe acções de natureza material e imaterial e que deverá ser desenvolvido em parceria estreita com um vasto conjunto de entidades da sociedade civil detentoras de um capital de conhecimento e de experiência crucial para o sucesso da iniciativa” (<http://www.cm-porto.pt/document/449218/482700.pdf>)

Neste momento, sem nenhum Plano Nacional para os Idosos, nem Planos locais, tem cabido à Rede Social³⁰¹ a realização de um diagnóstico no conselho e que é complementar aos dados obtidos pelo INE. Enquanto este instrumento vai sendo realizando os seus levantamentos de necessidades no terreno, a Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia propõe-se apoiar iniciativas da sociedade civil, nomeadamente das instituições particulares de solidariedade social, fazendo acompanhamento aos projectos, em áreas da sua responsabilidade, como o ordenamento urbanístico e licenças de funcionamento. Não é em si promotora destas actividades, mas faz a sua avaliação e pode mesmo fornecer direitos de superfície. Logo, como parceira da Rede Social dá o seu apoio para o levantamento das situações e um melhor conhecimento da realidade e, embora não tendo uma política social para os mais velhos especifica ao município, procura apoiar as instituições e as iniciativas locais. Em duas entrevistas sucessivas realizadas a 3 de Novembro e 24 de Novembro deste ano, com a Directora dos Serviços de Acção Social e com o responsável político pelo pelouro da Saúde e Acção Social, o Vereador Dr. Guilherme Aguiar, foi explicitamente referido o interesse em melhorar o apoio nesta área, embora reconheçam a inexistência de recursos por parte da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia para exercer trabalho Social directo. Em concreto, os responsáveis políticos e técnicos encaram ter uma função supletiva e de apoio às iniciativas públicas e privadas, mas não têm nem os recursos nem a missão de serem eles mesmos promotores das actividades de ajuda directa aos idosos. Todavia, estão claramente conscientes de algumas necessidades em termos de cuidados – nomeadamente em cuidados continuados, acrescidos problemas de solidão e isolamento social e pobreza acrescida³⁰²- bem como da utilidade de estudos no terreno³⁰³.

³⁰¹ A Rede Social foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro. É um programa que promove o desenvolvimento social local e que pretende constituir redes de apoio social, envolvendo toda a comunidade de forma a resolver, eficaz e eficientemente, os problemas sociais de cada localidade. Procura criar e depende de parcerias efectivas entre várias entidades, nomeadamente, autarquias, entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, de modo a criar novas formas de conjugação de esforços, garantindo uma maior eficácia das respostas sociais. Em termos concretos, materializa-se com um Conselho Local de Acção Social e de um Núcleo Executivo.

³⁰² Outros municípios têm resultados mais avançados. Assim o Município de Matosinhos, a Norte da Cidade do Porto, já obteve um Diagnóstico Social de Matosinhos que conclui pelo aumento esperado do Envelhecimento (superior a 13% dos habitantes) e também da solidão dos idosos. Em resultado o presidente da Câmara, reconhece que deverá haver reajustamento de várias políticas, nomeadamente, “alterando as tipologias dos fogos nos bairros sociais e deitando mão a acções que criem condições para que a população mais velha se mantenha activa durante mais tempo” (in= Público, 21/11/06, pág. 54). Também foi concebido um Plano de Desenvolvimento Social de Matosinhos que considera a criação de um Núcleo de Estudos sobre

Um aspecto importante é a cooperação com os agentes políticos mais próximos das comunidades, os Presidentes das Juntas de Freguesia. Estes autarcas, eleitos por períodos de quatro anos, procuram normalmente responder a necessidades prementes dos cidadãos, que podem ir desde um atestado de pobreza para ser apresentado em serviços do poder central, à promoção de iniciativas de lazer – patrocínio de viagens, abertura de Centros de Dia ou mesmo apoio directo com bens a idosos necessitados. O imprevisto, o conhecimento no terreno e a “sua capacidade para resolverem problemas”, são características fundamentais. Todavia, com as novas exigências a inegável “boa vontade e generosidade” precisa ser mediada por práticas mais fundamentadas em conhecimentos e em planeamento.

Num estudo realizado anteriormente junto de autarcas de Vila Nova de Gaia (M. Rodrigues, 2007) a autora concluiu que “os equipamentos e apoios no concelho de Vila Nova de Gaia são insuficientes para as necessidades existentes” (idem: 64), sentindo “a maior parte dos autarcas” “incapacidade para responder aos problemas”. Por outro lado, a autora conclui que a maioria tem uma “visão negativa do envelhecimento” pelo que predomina uma concepção passiva dos idosos, privilegiando estes autarcas actividades “de lazer” (passeios) ou assistenciais. Um aspecto onde parecem coincidir os autarcas e os idosos é “o desejo de permanência do idoso no seu habitat natural, emergindo do discursos dos idosos o apoio familiar, enquanto os autarcas defendem o apoio domiciliário” (idem: 65)

Neste quadro torna-se evidente que não existe qualquer planificação social com as características descritas por J. Maín (2000: 27): i. elaboração de um projecto racional; ii. implicação de um conjunto de meios a usar numa acção futura previsível; iii. definição de uma “d direcção organizativa” e iv. avaliação racional da acção e o possível reajustamento do projecto original. Como refere o autor, a ausência de uma tal planificação pode implicar não só uma ausência de definição do que se entende localmente por bem-estar social, como a ausência “de três grandes sequencias”: i. conhecimento da realidade social (que está a ser feito actualmente em Vila Nova de Gaia a través da designada Rede Social); ii. a articulação das intervenções (em múltiplos aspectos as iniciativas do governo central não são participadas pelo poder local); iii. A avaliação das diversas intervenções.

o Envelhecimento, propondo-se a formação de uma Universidade Sénior ou a criação de equipas para a realização de serviços de proximidade, tais como pequenas reparações ao domicílio e apoio geriátrico. Também até 2009 pretendem reforçar a capacidade de quatro lares já existentes, bem como a construções de outros dois. Pretendem ainda construir um Complexo Polivalente para a Terceira Idade.

³⁰³ Em resultado dos esforços que o autor desenvolveu nos últimos anos em Vila Nova de Gaia, foi proposto pelo Vereador do Pelouro da Acção Social, Dr. Guilherme Aguiar que participa-se numa comissão local para estudar as questões do envelhecimento em Vila Nova de Gaia, em colaboração com os técnicos da autarquia.

É verdade que a pressão demográfica pelo envelhecimento ainda se não faz sentir em Vila Nova de Gaia com a urgência que se coloca nos concelhos mais a Norte, mas sem um esforço de planificação, esperando as opções gerais do Estado centralizado em Lisboa, torna-se provável que se não tomem atempadamente as medidas mais necessárias. Por outro lado, num Estado tão centralizado torna-se imprescindível e urgente a definição de um Plano Gerontológico Nacional (M. Luísa Bugalho, 2005).

Neste sentido, o autor tem mantido um diálogo com as entidades públicas, tendo procurado criar condições para que a Escola Superior de Saúde de Vila Nova de Gaia funcione como elemento estratégico para novas iniciativas no âmbito da intervenção comunitária em Vila Nova de Gaia. Nas discussões tem procurado valorizar os três aspectos fundamentais consensualizados nas Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento e sintetizados por A. Requejo Osório (2002:61): i. o desenvolvimento de um papel activo dos envelhescentes na sociedade; ii. A preparação para a reforma (e o envelhecimento) e iii) criar condições de realização pessoal dos idosos através de actividades adequadas.

De outro modo, como salienta G. Boris, “é obrigação de cada sociedade providenciar condições sociais, económicos e políticos que promovam um desenvolvimento humano óptimo” (G. Boris, 1990:80).

3.3. A finalidade das políticas gerontológicas: o envelhecimento bem-sucedido de todos os cidadãos.

Considerados os discursos sobre o Envelhecimento, procura-se neste parágrafo descrever o que se entende nas nossas sociedades por “bom envelhecimento” ou por “envelhecimento bem sucedido”. Trata-se, no limite, de definir o ideal de envelhecimento actual, a referida meta que procura diminuir a correlação entre longevidade e perda de qualidade de vida (J. Fries, 1989), nomeadamente pelo efeito das doenças crónicas e incapacitantes e dos *deficits* de participação social, procurando-se garantir que, durante o maior tempo possível as pessoas gozem a sua vida e nela obtenham satisfação (Havighurst, 1961).

Na prática, este conceito equaciona e padroniza as características que o processo de envelhecimento deve assumir para a generalidade dos indivíduos, grupos e contextos sociais. Nesse sentido, à medida que o fenómeno é melhor conhecido e assume maior impacto, têm vindo a ser propostas metas e objectivos que devem orientar as práticas, políticas e ideologias. Alguns aspectos são óbvios: pela negativa, um bom processo de envelhecimento deve alongar-se no tempo, adiando o mais possível as perdas, prevenindo e minimizando os efeitos deletérios implicados no processo; pela positiva,

deve valorizar os possíveis ganhos e conquistas que o envelhecimento pode permitir, bem como compensar as perdas individuais e o respectivo peso nos grupos e na sociedade. De outro modo, trata-se de promover modos de envelhecimento³⁰⁴ que se alongam no tempo e se concretizam com bem-estar e qualidade de vida. Neste processo a saúde ocupa um lugar determinante porque se trata de um aspecto visível (uma dimensão externa – ontológica do envelhecimento) e fortemente investida pelo imaginário colectivo (Scrutton, 1992)³⁰⁵. Ainda em termos de saúde o grande objectivo é associar os ganhos de morbilidade com a referida “compressão da morbilidade” ou outros conceitos equivalentes como “envelhecimento retardado” ou “envelhecimento suspenso”, conceitos que a concretizarem-se configuram um cenário onde “90% das pessoas ainda estarão vivas aos 90 anos... Depois, num decurso de tempo relativamente curto, morrerão bastante rapidamente e em condições pouco onerosas para a sociedade” (J. de Rosnay, 2005: 190).

Desde a década de oitenta que, apesar das dificuldades, se procura padronizar o envelhecimento. Primeiro, pela já referida distinção entre envelhecimento primário ou normal, secundário e terciário. Depois, Baltes (1990) distinguiu entre uma velhice óptima, na qual não se manifestavam características senescentes, velhice normal e para a qual se tipificavam perdas e alterações bio-psico-sociais que ainda não seriam patológicas e, por último, velhice patológica com a manifestação de doenças preexistentes e síndromas senis. De igual modo, Baltes & Baltes (1990) teorizaram sobre os ganhos e perdas devidos ao envelhecimento podiam ser coordenados para se alcançar uma adaptação bem sucedida ao envelhecimento, designado como “modelo de optimização selectiva por compensação”³⁰⁶. Observou-se, então, ao longo da década de 90, um forte e crescente questionamento das concepções mais pessimistas que associavam o envelhecimento à doença e à inactividade (Rowe e Kahn, 1997). Segundo estes autores, o envelhecimento bem sucedido tem três componentes principais que se relacionam entre si e se hierarquizam, a saber: i. baixa probabilidade de doença ou incapacidade associada; ii. boa capacidade funcional física e cognitiva – que alguns designam por velhice óptima; iii. comprometimento activo com a vida – empenhamento social e bem-estar subjectivo.

Nesta perspectiva o envelhecimento bem sucedido supõe e sobrepõe-se à ausência de doença e à manutenção das capacidades funcionais. Assim, diversos autores (Cf.

³⁰⁴ “O modo de envelhecer depende de como o curso da vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interactiva das suas circunstâncias histórico-culturais, da influência de diferentes, patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, e factores genéticos e do ambiente ecológico” (Neri e Cachioni, 1999:121)

³⁰⁵ Tal como referimos posteriormente a propósito das teorias do envelhecimento, uma das razões do apego e prestígio das teorias biológicas do envelhecimento é que este é habitualmente associado à decadência física e à doença, dependência ou ao progressivo mal-estar, assumidas como características essenciais do envelhecimento.

³⁰⁶ Neste modelo a velhice bem sucedida constrói-se. i. procurando um elevado nível de funcionamento; ii. evitando comportamentos de risco (R. Fontaine, 1999:156).

Fontaine, 1999) procuraram definir factores predisponentes para uma boa senescência. São maioritariamente referidos cinco factores:

- i. o desempenho cognitivo que aparece associado ao uso da leitura e escrita e da escolaridade. É discutível se uma actividade mais intensa e frequente previne a perda precoce de capacidades ou se uma maior predisposição para actividades cognitivas (leitura, memorização, etc.) favorecem a manutenção dessas capacidades;
- ii. a manutenção das capacidades aeróbicas (cf. U. Leher e H. Thomaes, 2003);
- iii. actividade física com intensidade adequada;
- iv. características psicológicas, nomeadamente autoconfiança do senescente nas suas capacidades em resolver os problemas quotidianos;
- v. manutenção de participação social, que significa quer a vivência de relações sociais significativas, quer ainda o desenvolvimento de actividades úteis ou produtivas.

Trata-se de, recuperando a teoria aristotélica, manter e usar as capacidades, que são meramente potenciais, devendo ser actualizadas quer no plano das relações interpessoais³⁰⁷ quer num tipo de actividade com rendibilidade³⁰⁸ que crie valor para a comunidade, mesmo que não seja remunerada. Contudo, esta participação social tem ainda a grande vantagem de se opor a um dos preconceitos mais comuns: que os mais velhos são um fardo e que já nada têm a dar em troca. Mas esta resistência aos estereótipos impõe uma saudável resiliência pela qual o envelhescente dispõe de optimismo e energias necessárias para resistir às pressões sociais que ensinam que o melhor da vida passou e a época pior já chegou³⁰⁹.

J. de Rosnay (2005: 43 – 45) considera equivalentes o seu neologismo de *bionomia* e o conceito de “*successful ageing*”, porque ambos decorrem “da mesma lógica, a de uma boa gestão do organismo”. Para tal, o autor considera que devem ser aplicados os mesmos princípios que permitem qualquer boa gestão, incluindo “sistemas de apoio à decisão” com a definição de indicadores e objectivos e a definição de uma boa gestão (*management*) do corpo e da vida. Claro que tal deve começar o mais cedo possível na vida, incluindo a adolescência, mas tal processo parece-me claramente educacional, numa lógica de promoção e educação para a saúde.

³⁰⁷ “Envolve contactos e transacções com os outros, intercâmbio de informações, suporte emocional e assistência directa” (Rowe e Kahn, 1997:433).

³⁰⁸ Este é um tema de particular interesse, porque se podem configurar vários mecanismos “perversos”, tal como a instrumentalização dos avós pelos filhos e netos, ou certas formas de gerontocracia abusiva em certas organizações de voluntariado.

³⁰⁹ Esta afirmação está em clara oposição às citações referidas na nota de rodapé n. 18. Ora tal pode justificar-se pela diferença entre um envelhecimento “tradicional” muito menos positivo que as expectativas actuais que os idosos que foram capazes e tiveram condições para fazer a sua bionomia podem realisticamente esperar (Cf. J. de Rosnay, J-L. Servan – Schreiber, F. de Closets e D. Simonnet, 2005 : 127 – 128).

Trata-se do conceito já anteriormente referido de envelhecimento activo³¹⁰ que deverá ser implementado por países e organizações (Kanapaux, 2002) e foi tema central na última Assembleia Mundial para o Envelhecimento (Madrid, 2002). O mesmo conceito adoptado pela OMS foi definido como “o processo que permite a optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, promovendo a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002:12). Trata-se de um programa que, além de considerar as questões prementes das doenças crónicas, equaciona questões éticas, políticas e sócio-culturais, segurança económica, questões de intergeracionalidade ou igualdade de oportunidades. Assim, a OMS evoluiu do conceito de “envelhecimento saudável” para um conceito mais amplo que enfatiza a participação ampla do idoso no seu ecossistema e aos mais diversos níveis (na família, na cidadania, na economia...) nos limites da sua condição (Kalache, 1999).

Todavia, a génese desta concepção encontra-se nos trabalhos de N. Belloc e L. Breslow (1972). Estes autores encontraram primeiro uma relação entre “hábitos saudáveis”³¹¹ e o estado de saúde dos seus praticantes tendo reforçado esta conclusão com dois estudos de *follow-up*, onde encontraram relações significativas entre a prática e a longevidade dos praticantes, além de uma certa estabilidade na saúde (W. e M. Stroebe, 1999: 21 - 23).

Este tipo de estudos tem promovido não apenas a ideia da “promoção de saúde”, mas também uma nova etapa na concepção da saúde e doença. Estas deixaram de ser um mero destino para passarem a ser auto-destinadas por cada um, numa lógica económica e de responsabilidade. É neste sentido que se percebem as propostas de Becker (1976): “... a maioria (se não forem mesmo todas!) as mortes são, até determinado ponto, “suicídios” no sentido de que poderiam ter sido adiadas caso mais recursos tivessem sido investidos no prolongamento da Vida” (G. Becker, 1976: 11). Desta forma, fala-se em “capital de saúde”, uma espécie de fundo que cada um é responsável por gerir, capitalizando saúde ou desperdiçando recursos escassos e necessário para alongar a vida activa e saudável e evitar ou adiar as doenças crónicas.

Tem a vantagem de revalorizar o indivíduo na construção do seu destino, mas também cria uma certa ilusão do autodomínio sobre a saúde e o adiar da morte.

De facto, o envelhecimento bem sucedido faz-se por uma multiplicidade de caminhos possíveis, mas que todos devem respeitar as especificidades e as potencialidades de desenvolvimento de cada indivíduo (Néri e Cachioni, 1999:121). Assim, seguindo

³¹⁰ “O envelhecimento activo é um processo que permite a optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, promovendo uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo” (M. Luísa Bugalho, Comunicação em 29/11/2005)

³¹¹ Tratavam-se de sete práticas “higiénicas” tais como dormir sete ou oito horas, tomar pequeno almoço... não fumar e manter actividade física regular”.

caminhos diferentes é possível chegar “ao contentamento da vida” (Neugarten, B., Havinghurst, R. e S. Tobin, 1968). Uns permanecem em actividade, reorganizando-se e procurando reorganizar o mundo e aproveitando as novas condições e possibilidades; outros, despem-se de uma enorme variedade de actividades e preocupações e concentram-se em dois ou três centros de interesse; outros ainda “desligam-se” dessa realidade, virando-se para si mesmos, diminuindo a sua actividade exterior, mas encontrando satisfação na vida contemplativa. Portanto, embora se configurem várias possibilidades, todas implicam alguma forma de auto - transcendência, nomeadamente em termos estéticos (R. Alves, 2004) e de compreensão de si mesmo e dos outros: a integridade e a responsabilidade invocadas por E. Erikson (1978).

A “vantagem” desta definição plural do “envelhecimento bem sucedido” – que se deve concretizar na prática da Gerontologia Educativa – é garantir uma Educação que não procura formar ou formatar o homem, num modelo ideal, “A boa educação é justamente aquela que preserva esta pluralidade, que se propõe manter a pluralidade do ser humano” (F. Châtelet, 1993: 28). Talvez a única “boa educação gerontológica” onde a universalidade e a individualidade se cruzam seja a proposta por Nietzsche nas palavras de Zarathustra:

*“Completa a tua Vida,
Morre na Altura Certa”.*

Cap. 4

A Gerontologia Educativa e as suas implicações

USC

Cap. IV - A Gerontologia Educativa e as suas implicações.

A conjugação entre a Educação e a Gerontologia ainda não é pacífica. Não resulta evidente para quem se situa em quadros de referência que não estejam actualizados, seja em termos da Educação, das Ciências do Envelhecimento ou das condições sociais e societárias. Porém quem privilegia os processos, o ambiente e as possibilidades humanas percebe a necessidade e a utilidade desta ligação, reconhecendo-se no pressuposto confesso deste capítulo: os Programas Gerontoeducativos permitirão ganhos únicos em Sobrevida e na sua Qualidade.

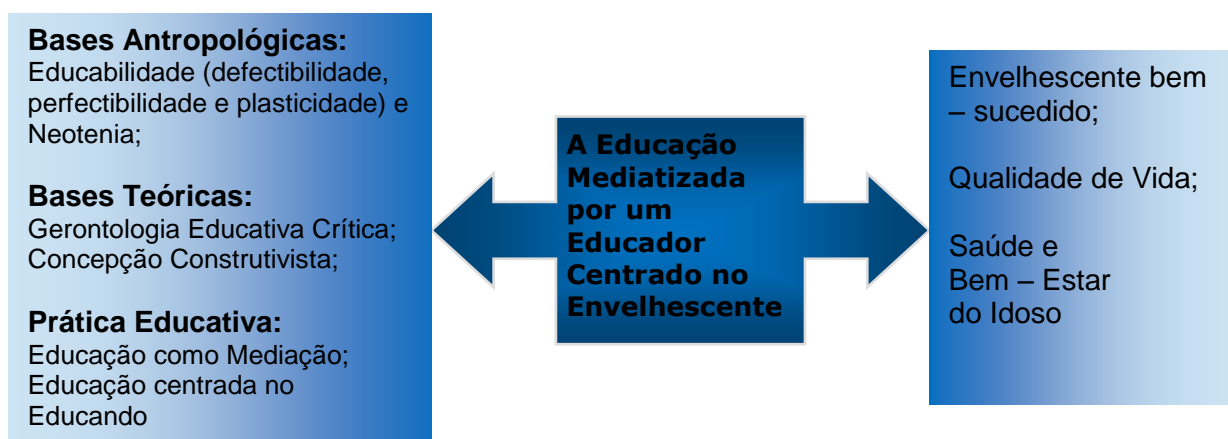


Fig. 9 – A Educação Gerontológica: as suas Bases, a Mediação e a Educação Centrada e Objectivos.

Todavia, a sua eficácia não é garantida, segura e isenta de indicações. Deve considerar as condições particulares dos seus actores, pressupõe qualidades particulares dos seus agentes (a sua capacidade para se centrarem nas reais necessidades do educando) e, sobretudo, depende da actualização das possibilidades dos próprios educandos³¹².

Este capítulo irá considerar as Teorias educacionais, as Bases antropológicas de uma Educação Gerontológica e ainda as Qualidades exigidas a um educador – mediador centrado.

4.1. Teorias educacionais e Envelhecimento

A Educação do Homem, independentemente da sua idade, embora já tivesse sido considerada durante a Idade Clássica, foi esquecida durante a Idade Média³¹³ e só foi

³¹² Em Portugal estima-se que cerca de 150.000 idosos estejam inscritos nas cerca de 80 universidades ou academias “sénior”. A maioria são de classe média e usam estas academias numa clara postura de consumidores, uma atitude semelhante a muitos dos que participam nos designados “Centros de Dia”. Este estado de coisas é o inverso do que se pretende numa concepção dinâmica e activa da educação.

³¹³ Não só o envelhecimento foi negligenciado perante uma longevidade tão curta (Minois, 1999) como a própria educação evoluiu em sentidos muito específicos: reduzida a elites, subordinada à religião e orientada para a transcendência.

recuperada por Coménius, em meados do séc. XVII, ao fazer a defesa de uma *Pampaideia* que incluía expressamente os seniores³¹⁴. Passados mais três séculos³¹⁵ (e uma Revolução industrial) surgiram novos conceitos como “educação de adultos”³¹⁶, “educação permanente”³¹⁷ e, mais recentemente, a “Aprendizagem ao Longo da Vida”³¹⁸. Ainda assim, A. Requejo Osorio adjectiva a educação dirigida aos mais idosos como sendo “llamativa” (Requejo Osorio, A., 2002: 15) ou parecendo “ter visos de tendo irreabilidade” (idem, 2003: 268)³¹⁹ e M. Formosa refere a exiguidade de publicações, nomeadamente sobre “estratégias para ensinar os adultos mais velhos” (Formosa, M., 2002: 73)³²⁰.

Todavia, julga-se que a necessidade da aplicação da Educação aos diversos níveis do envelhecimento se justifica pelas duas seguintes razões: i. no Ocidente criaram-se as condições que levaram ao desenvolvimento de uma nova idade entre a infância e a adultícia – a adolescência, e durante o século XX fez surgir uma nova idade após a adultícia; tanto uma como outra idade necessitam de projectos educacionais específicos que permitam integrar socialmente e potenciar as qualidades individuais; ii. a nível individual, a idade acrescida exige ferramentas que a cultura e os contextos sociais actuais ainda não fornecem. Por isso, a educação específica para esta idade é um instrumento necessário para os novos senescentes.

³¹⁴ Coménius distinguiu entre oito tipos de instituições educativas para as várias idades, distinguindo entre escolas dedicadas ao (à): nascimento, infância, puerícia, adolescência, juventude, adulto, sénior e, por último, de morte.

³¹⁵ Embora outros autores tenham igualmente percebido a necessidade antropológica do desenvolvimento continuado do ser humano, tal como P. Nartorp, para quem cada indivíduo se reconstruía continuamente na sua experiência de vida (*Erlebnis*).

³¹⁶ Conceito aparecido nos anos 60, de origem norueguesa (*Volksempfänger*) e que deu origem, em 1976, à Lei de Educação de Adultos, considerando a participação de adultos organizados por iniciativa pública ou privada, por associações ou iniciativas originárias do mundo laboral. Inclui actividades que qualificam e autopreparam as pessoas para responderem às necessidades pessoais, familiares, sociais, económicas e culturais. Deverá permitir o desenvolvimento ao longo da vida nos diferentes domínios.

³¹⁷ Foi sendo desenvolvido ao longo do séc. XX, passando a ser entendido como uma necessidade e depois como um direito pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1974, afirmando o direito à formação dos trabalhadores. Este conceito acabou por evoluir para a Aprendizagem ao Longo da Vida.

³¹⁸ A Aprendizagem ao Longo da Vida (*lifelong learning*) não tem um sentido específico, consistindo mais numa concepção educativa ampla que enfatiza os processos individuais e o percurso formativo de cada indivíduo – de alguma forma a interpretação contemporânea da *pampaideia* de Coménius. Considera todas as formas de educação pós - obrigatória, desde a Educação de Adultos, ao Ensino Superior, formação profissional contínua, a educação comunitária e a Gerontologia educativa. Passa a falar-se em “créditos de formação” que permitem uma escala educativa evolutiva que permite a acumulação de qualificações em áreas diversas, que não respeitam necessariamente a clássica estrutura progressiva de certificações formais hierarquizadas.

³¹⁹ Segundo o autor tal deve-se a uma concepção comum da Educação que é concebida prioritariamente como um instrumento de socialização ou de preparação das gerações mais novas para as etapas seguintes. E, todavia, num contexto português tão pouco escolarizado, com taxas ainda tão elevadas de analfabetos, a expressão é ainda mais provocatória: 38% das pessoas que responderam ao inquérito em Vila Nova de Gaia ou não tiveram qualquer contacto com a escola ou tiveram apenas uma passagem esporádica. Logo, para muitos portugueses esta expressão soa ainda mais estranha porque nem a escolarização primária foi conseguida.

³²⁰ Em meados dos anos noventa, Federighi (1994) referiu a contradição entre o reconhecimento do direito à educação a todas as pessoas, independentemente da idade, e uma prática quotidiana onde este direito dificilmente se concretiza em pessoas de maior idade ou afastadas do mercado de trabalho.

Constata-se ainda que não se constituiu um campo teórico suficientemente sólido no domínio das Ciências da Educação, e relativamente a este Ciclo de Vida, comparativamente ao que vários campos disciplinares e Ciências já realizaram e de se deu conta no capítulo dois³²¹. Porém, é possível considerar que os dois paradigmas dominantes na Educação Continua, sejam o neo-liberal e o crítico – radical (P. Federighi e A. Melo, 1999), são conciliáveis com as teorias dominantes na Gerontologia Social, criando uma rede teórica de suporte para a Gerontologia Educacional.

Em concreto, configuram-se duas concepções metateóricas. Na primeira, confluem os modelos teóricos da Gerontologia Social de primeira geração (as concepções funcionalistas que enfatizam a ruptura / a actividade) que se conjugam com a concepção neo-liberal da Educação Continua. Nesta concepção privilegia-se a liberdade individual, a responsabilidade e as escolhas que cada um faz para aprender e viver melhor. Defende que devem ser dadas a todos as condições de igualdade de oportunidades, cabendo a cada um otimizar a sua formação, a sua aprendizagem, com necessários ganhos pessoais e comunitários. Nesse sentido é necessário responder aos direitos dos cidadãos mais idosos proporcionando uma oferta sócio-educativa ajustada e igualitária que permita ao idoso aprender para melhor responder aos desafios e necessidades que enfrenta. Contudo, o uso desses recursos, o seu aproveitamento, é da responsabilidade de cada um.

Esta concepção deu origem a um conjunto de “pressupostos erróneos” que marcaram a Gerontologia educativa, nomeadamente: i. a **homogeneidade** – decorre da ilusão de que a idade e a participação em programas educativos poderiam cobrir as diversas categorias diferenciadoras, tais como género ou classe social (F. Glendenning e D. Battersby, 1990: 219 - 231); ii. **predomínio do psicologismo** – cognitivismo assente num modelo deficitário; iii. **“ingenuidade”** que atribuía à Educação sobre-poderes “para compensar perdas e retardar a sua chegada”; iv. um **deficit no debate** acerca dos objectivos e dos fins da educação; v. **classismo** - os programas educacionais seriam concebidos e orientados em função da classe média, o que obviamente impede qualquer “igualdade de oportunidade”³²²; vi. **segregacionismo** - seria necessário questionar como tem sido e o que tem sido a educação dos idosos, e evitar a marginalização; e, por último, vi) evitar o **mercantilismo** dos programas educacionais para idosos.

Na segunda, o paradigma crítico, considera a relação entre a educação e os restantes domínios que fazem parte da existência individual e comunitária, sendo que a educação

³²¹ Há, quanto muito, vários discursos das práticas educacionais sobre os mais velhos que, enquanto criadores de cultura e educadores, reproduzem e fomentam uma ideia do envelhecimento. Mas, isso está muito longe dos objectivos deste trabalho embora tenha já recolhido dados sobre estereótipos culturais junto dos alunos que comigo recolheram dados sobre a população idosa de Vila Nova de Gaia.

³²² Isso é particularmente visível nas actuais propostas de Universidades Sénior. Por oposição, muitos dos idosos portugueses nem sequer frequentaram qualquer grau de ensino. É uma enorme distância...

reproduz (Bourdieu) os modos de relação dominantes. Assim, teremos uma Gerontologia educativa crítica cuja função é permitir a liberdade e a libertação dos aprendentes, seja em termos da sua consciência dos determinismos sociais seja pela própria mudança das estruturas que limitam ou impedem o desenvolvimento das potencialidades humanas. A Educação seria, antes de mais, uma educação para a liberdade de consciência e de ação criando mudanças estruturais e “... nos sujeitos valores, expectativas, identidades e solidariedades novas”. (P. Federighi e A. Melo, 1999: 16). Vemos, como se cruzam facilmente uma Teoria Crítica da Gerontologia Social com uma concepção também crítica da Gerontologia Educativa³²³, sendo ambas alimentadas pela Teoria crítica.

F. Glendenning e D. Battersby (1990) consideravam ser necessária uma mudança de perspectiva que permitisse questionar o paradigma funcionalista anterior, bem como definir os elementos sociais e económicos que marginalizam as pessoas idosas. Para isso, elaboraram os princípios para uma Gerontologia Educativa Crítica, que forma reequacionados novamente por Glendenning em 2000. Uma nova concepção educacional também exige um novo discurso e novos conceitos tais como: “emancipação, *empowerment*, transformações, conflito social, hegemonia e o que Paulo Freire chamou de “consciencialização” (idem: 228). Por último, implica também uma nova *praxis*, numa dialéctica entre a teoria e a prática, com a necessária evolução de ambas.

Para lá destes paradigmas, o espaço da Gerontologia Educativa é de interface pelo cruzamento e confronto dos dados das diversas ciências e disciplinas que disponibilizam informações que podem ser usadas pela Gerontologia Educativa / Educacional³²⁴. Em resultado, é necessário considerar uma concepção educacional construtivista – crítica (que não é apenas reprodutora de modos de relação social, económico e cultural que não ainda respondem às necessidades dos idosos e não permitem o seu necessário desenvolvimento) e os princípios antropológicos para uma Educação Gerontológica.

4.1.1. A necessidade e a utilidade da resposta educacional em Gerontologia

Como referiu A. Requejo Osorio há quem considere, relativamente à população mais idosa, que “o mais importante é cuidar da saúde e prestar serviços sociais suficientes para melhorar as condições de vida” (A. Requejo Osorio, 2003:147). Todavia, não apenas os próprios idosos referem a importância da aprendizagem para a sua qualidade de vida (A. Requejo Osorio, 2002) como as próprias instituições e especialistas associam o Direito à Educação com os restantes Direitos Sociais, Económicos e Culturais.

³²³ “A gerontologia educativa (no sentido de campo teórico e de prática de educação de adultos idosos) teve e tem influências da gerontologia social, implicando que as perspectivas teóricas que sobressaem nesta predominaram na gerontologia educativa” (E. Veloso, 2004: 229)

³²⁴ Apesar das várias designações possíveis e cujos sentidos e especificidade são confrontados por A. Requejo Osorio (2003) optamos, tal como o autor, pela designação de Gerontologia Educacional.

Claro que, neste processo, o que se entende por educação não é a escolarização, e muito menos a escolarização formal³²⁵, mas a concretização “de programas e actividades que dêem resposta às suas necessidades em se formarem ao longo da vida nos temas, questões e preocupações do seu interesse” (idem, 148).

M. Moreno, M^a Lopéz e J. Lopéz (2004) indicam quatro benefícios da educação, para lá do seu efeito em termos da diminuição das desigualdades: i. uma correlação positiva entre a esperança e a qualidade de vida e níveis educativos mais elevados; ii. os mais idosos querem continuar a ter um papel activo na sociedade, o que implica continuarem o seu processo educativo; iii. após a reforma, as pessoas estão ainda em condições de manterem uma capacidade produtiva, pelo que devem ter a possibilidade de receberem formação actualizada para as novas tarefas; iv. o exercício de uma actividade social produtiva permite às pessoas reformadas libertarem energias e recursos até então negados ou mantidos de forma residual ou potencial³²⁶.

Os próprios senescentes devem encontrar na educação um instrumento de defesa, ampliação de recursos e ganho de autonomia. As suas necessidades educativas deverão ser consideradas de forma tão séria e criteriosa como a que vem sendo aplicada à escolaridade de crianças, jovens e adultos em formação para o mercado de trabalho. Desta forma, segundo os autores atrás referidos, os projectos educacionais deveriam permitir:

- i. a prevenção e reparação de deficiências e deformações educacionais que os idosos sofreram ao longo da vida e que, nomeadamente pela especialização do trabalho, implicam frequentemente a perda de certas capacidades potenciais nos indivíduos;
- ii. a preparação para a reforma (quer em termos de transição, quer de vida em jubilada);
- iii. a preparação para os novos papéis sociais, permitindo um uso enriquecido do tempo de actividades enriquecedoras, escolhidas pelo idoso e que lhe dêem sentido para a vida;
- iv. a preparação para a última fase da vida, *ie*, para os tempos de maior dependência e necessidade de cuidados.

Outro argumento resulta das próprias mudanças sociais da modernização que implicam a substituição do capital experiência/vivência e dos recursos económicos, pelo capital da escolarização. Assim, por exemplo, muitos dos adultos e senescentes portugueses viram-

³²⁵ Da qual ficaram arredados uma enorme percentagem da população portuguesa com mais de 65 anos. Segundo o INE, relativamente ao último Censimento de 2001, e para uma população de 3687293 residentes no Norte do país, 515.079 não frequentaram qualquer grau de ensino e 1.356.766 frequentaram 3 a 4 anos de escolaridade mínima. Os números para Vila Nova de Gaia indicam que 33.736 pessoas não têm qualquer nível de ensino e 99.461 têm entre 3 a 4 anos de ensino básico. Os resultados obtidos e reportados no capítulo seguinte e relativamente a Vila Nova de Gaia, são igualmente devastadores.

³²⁶ Nesta concepção a própria noção de trabalho ou de actividade precisa ser precisada. Assim, distingue-se de uma concepção de trabalho – *labore* – punição, onde a actividade esgota e pune o executante, de uma concepção mais energética, próxima da linguagem do Norte da Europa onde a noção de trabalho (*work – werk*) radica em Energia, *ie*, onde o exercício do próprio trabalho potencia quem realiza a actividade.

se não só ultrapassados pelos filhos e netos através da escolaridade destes, pelo que a recuperação desta possibilidade na senescência pode ser particularmente gratificante.

Quanto ao âmbito e limites da Gerontologia Educativa, encontramos em Glendenning (1990) uma síntese e uma precisão conceptual que permite estabelecer com rigor as áreas de intervenção e a sua designação. Teremos então uma Gerontologia Educativa que se liga mais à prática e se refere à aprendizagem em anos tardios, englobando: i. a *gerontologia instrutiva* que tem como objecto a análise de como “como as pessoas idosas funcionam; incluindo os que abandonaram cedo a escola, há 40-50 anos atrás e a sua situação de aprendizagem” (Glendenning, 1990: 16); ii. a *educação de adultos seniores* que tem como objecto a “habilitação dos adultos idosos a aumentarem os seus conhecimentos e competências, através da reflexão da sua experiência; a avaliação das necessidades dos alunos; a formação dos tutores e outros profissionais; o desenvolvimento curricular; o marketing e a distribuição; a avaliação” (idem); iii. a *gerontologia instrutiva* de auto-ajuda que pretende, antes de mais, “aprender e ajudar os outros a aprender no modo de autoajuda” (Ibidem) e, iv. a *educação de auto-ajuda* de adultos seniores que inclui “grupos de aprendizagem; aprender a lidar com dificuldades; participação e meio ambiente; diálogo e resolução de problemas; encontro de necessidades de doentes em regime de domiciliário ou de pacientes com doenças prolongadas internados em lares ou hospitais; idosos débeis e memórias; administração; assistência e problemas de viagens” (Ibidem).

O mesmo autor define as áreas de estudo que identifica na Educação Gerontológica e que incluem: i. a **Gerontologia Social** que tem como objecto “os estereótipos e mitos sobre as pessoas idosas; mudança de atitudes; pesquisa baseada na informação sobre o processo de envelhecimento e aspectos de uma sociedade envelhecida; modos de comunicação com os responsáveis pela política social, famílias, técnicos de serviço social, visitantes de saúde; médicos e consultores; reflexão crítica sobre a implementação da acção social” (Ibidem); ii. a **Educação de Adultos** que tem como domínios “o desenvolvimento curricular para gerontologia e outros cursos; formação de tutores; processo de aprendizagem; boa prática, teoria e metodologia de investigação” (Ibidem); iii. a **Gerontologia de Defesa do Idoso** que procura a “tomada de consciência fundamentada em informações precisas; familiaridade com problemas tais como pensões, benefícios, cuidados prolongados, alojamento, assalto e abuso; discriminação (com base na idade, no sexo e na raça); prescrições acima da média de drogas; pessoas idosas como recursos principais na sociedade; apresentação do caso aos políticos, responsáveis pela política social, profissões médicas, enfermeiras e técnicas de serviço social, jovens; habilitar as pessoas idosas a tornarem-se cidadãos de defesa” (Glendenning, 1990: 16 - 17); iv. a **Gerontologia Profissional** que procura “a formação

profissional de tutores e profissionais especializados; desenvolvimento curricular; formação em serviço; formação de voluntários; actualização de competências de gestão; estratégias de comunidade, papéis e necessidades de carreira” (Glendenning, 1990: 17) e, v. a **Educação da Gerontologia** que tem como objecto “a formação pós-profissional e pós – qualificação; desenvolvimento curricular; formação em serviço; formação de voluntários; actualização de competências de gestão; estratégias de comunidade; papéis e necessidades de carreira” (Idem).

Todavia, justifica-se um outro nível da intervenção educativa que se não dirige directamente nem aos idosos nem aos futuros profissionais. Trata-se a uma educação para a senescência (para o processo de envelhecimento) que permite preparar um melhor envelhecimento a partir da juventude. Tal como se introduziu nos currículos uma “Educação ambiental” ou uma “Educação para a cidadania” e já existe uma “Promoção e Educação para a Saúde” dedicada aos problemas e riscos para a saúde, seria necessário essa nova educação que permitiria, conjuntamente com os recursos sociais e de saúde, prolongar com qualidade a vida dos nossos envelhescentes, tal como representamos graficamente³²⁷:

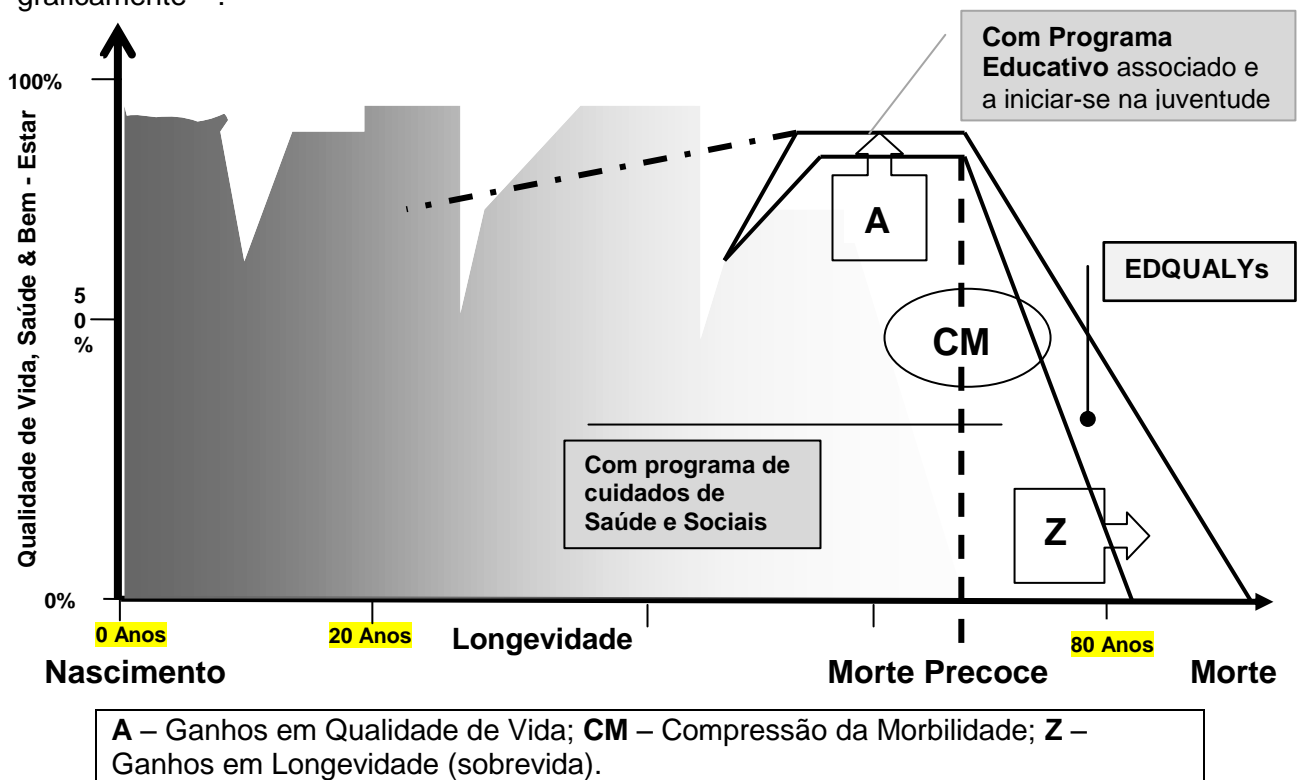


Fig. 10 – Ganhos em Qualidade e em Sobrevida com Programas Educativos ao longo da vida associados aos programas de Cuidados de Saúde e Sociais.

³²⁷ Trata-se de uma adaptação realizada a partir de um esquema concebido por Torrance e Feeny (1989) e Drummond *et al.* (1997) e citado por L. Ferreira (2002) relativamente aos Quality Adjusted Life Years (QUALYs). Seria interessante desenvolver também um método que permitisse quantificar os ganhos sociais e económicos alcançáveis por um programa ajustado de investimentos em serviços educacionais (EDQUALYs).

Para que estes objectivos sejam alcançados, o Estado – Poder Central e poderes locais – e a sociedade Civil devem conjugar-se para criarem condições para a necessária educabilidade. O que implicaria a disponibilidade de recursos educacionais mais clássicos, tais como Aulas e Programas de formação, ajudas económicas para o seu uso, a eliminação de barreiras arquitectónicas e de acesso, mas também resposta inovadoras, mais próximas aos senescentes e às suas necessidades concretas, como a de gerontologistas mediadores centrados nos senescentes.

4.1.2. Uma concepção educativa construtivista parte dos recursos dos educandos

A afirmação segundo a qual aprender é um processo de construção de sentido (H. Blumer, 1969; B-M. Barth, 1996; J. Bruner, 1991) é particularmente verdadeira quando falamos de aprendentes envelhescentes, com múltiplas experiências ao longo da vida. Não se trata de uma simples resposta a um estímulo educacional, da resposta a um qualquer currículo, mas do(s) sentido(s) que o educando vai construindo na situação. Assim, cada unidade de informação é dada num contexto situacional, onde cada sujeito se insere a seu modo e em negociação com os modos sociais nesse meio. O que os outros dizem e fazem, incluindo o educador, apesar do que possam trazer objectivamente de novo, são também lidos em função dos dispositivos internos do educando. Nesse processo são activadas memórias – estruturas de acolhimento (M. Frenay, 1996), instrumentos cognitivos emoções, valores, desejos e possibilidade de acção. Assim, ao contrário de uma aprendizagem com indivíduos pretensamente mais “*naifs*” da vida e da experiência, todo esse capital pode ser evocado para a resposta (ou mobilizado para a aparente não-resposta³²⁸) ao contexto, às interacções e às informações processadas.

Neste sentido, os saberes envolvidos devem ser essencialmente *práticos* – permitindo uma produção (M. Serres, 1974) de sentido interna por se ajustarem às necessidades sentidas pelos educandos, *dinâmicos* – construindo-se cada saber a partir dos saberes anteriores³²⁹ e ampliando-os, e *plásticos* – porque em ajustamento à situação existencial que cada educando traz consigo.

O processo educacional em Gerontologia precisa de uma boa dose empírica. A experiência e o contacto com os idosos, o “viver – com”, suportados num processo de supervisão onde se associa a reflexão e a prática. Neste processo, o envelhescente é

³²⁸ Um caso de aparente não resposta é observável no comportamento de idosos que, embora tenham dificuldades auditivas, simulam não compreender as informações no seu ambiente para se não verem envolvidos em situações conflituosas, constrangedoras ou desagradáveis.

³²⁹ Não faz qualquer sentido aplicar uma pilha de saberes justapostos e cumulativos. O novo tem de se enquadrar no já existente, dando assim o seu carácter de novidade. Sobretudo a Educação Gerontológica não é bancária, porque os reservatórios já estão suficientemente cheios. Mas deve ser produtiva, no sentido que joga com os recursos já existentes, fundindo-os, completando-os, reconstruindo-os ou/e eliminando-os.

chamado a participar, a assumir um papel social – o seu, colaborando assim para a transformação e os novos sentidos que, na interacção, vão sendo construídos. Ao contrário dos serviços escolares formais, não se procura a “boa resposta” e os associados mecanismos de gratificação ou punição, mas a justificação. As perguntas mudam: em vez do “como se define” o processo centra-se no “para quê”, na escuta e na adaptação de cada saber a um contexto particular. Nestas condições é de particular interesse o conceito de transferência (M. Frenay, 1996) no sentido “do processo pelo qual o sujeito mobiliza os conhecimentos anteriormente adquiridos para tratar as novas situações”, o que implica que se re-conheçam os contextos iniciais de aprendizagem, bem como a situação existencial concreta e actual do educando envelhescente³³⁰.

O tema é interessante porque revela as capacidades potenciais dos envelhescentes quando se mostram capazes de reorganizar a sua estrutura cognitiva para gerarem outra ainda mais complexa do que a anterior³³¹ e mais ajustada aos novos objectivos.

A Gerontologia Educacional / Educativa deve promover um projecto de ser, de sentir e de fazer, o que implica uma investigação, uma procura continuada que una as pontas soltas de uma realidade em mudança e relativamente à qual não há conhecimento prévio.

Por último, é uma Educação para a Alegria (Mishrai, 1993). Ao contrário dos velhos de Aristóteles que não riam³³², a Educação Gerontológica é, antes de mais, criadora de alegria na vida, mas sem ocultar a morte.

4.2. Conceitos³³³ – chave para uma Gerontologia Educativa: as suas bases antropológicas e a educação pela mediação centrada na pessoa.

A acção educativa humana distingue-se do cuidar das crias das diferentes espécies, nomeadamente de primatas e mamíferos, indo além das funções biológicas e de integração social. A educação para a arte, para os valores, para religião... apela para a educação de faculdades específicas ao Homem e que cada indivíduo deve aprender a desenvolver e a autodeterminar.

³³⁰ A surdez intencional é uma defesa muitas vezes cómoda que deve ter um valor de diagnóstico – não há ninguém mais cego do que aquele que não quer ver e, portanto, o problema está unicamente no “não querer” ou na “indisponibilidade” para acolher o exterior.

³³¹ É muito interessante observar o gozo do pensar: a dedução – “se é assim, isso explica então porque...”; a indução – “hoje comi isto, tal como ontem... e em ambos sinto aquilo, isto repete-se, logo...”; a produção – “é engraçado... se fizer isto acontece aquilo”; a tradução – “então, isso quer dizer...”; a interiorização / identificação – “também comigo aconteceu...” e a actualização – “não tinha visto desse modo, mas tem sentido...”

³³² “... têm tendência para se lamentar e não gostam de brincar nem de rir, mas gostar de se lamentar é o contrário de gostar de rir” (Aristóteles, Retórica, II:13)

³³³ Os homens que trabalham o granito no Norte de Portugal têm duas características curiosas, têm um dialecto próprio que lhes permite comunicarem entre si sem que os não iniciados percebam e, segundo, sabem usar a arte do “grilho” que lhes permite, com a pancada certa, abrir a pedra. Usando esta metáfora, procurei um conceito chave – a Educabilidade; um instrumento de acção educacional – a mediação centrada na pessoa.

Esta característica humana assenta do princípio antropológico da *educabilidade* que depende de várias qualidades necessárias a cada indivíduo e que resulta da capacidade para aprender e para se autodeterminar. Mas, a Educação também pode ser – e tem-no sido – teleológica. Tem sido um meio para levar a humanidade e cada homem a atingir um fim determinado: a cidade ideal, o homem novo, o idoso bem sucedido.

Ora, se tal modelo educacional foi defendido no passado, já não é mais válido no presente onde o primado da pessoa e a consciência da diversidade implicam muitas respostas. Já não se trata de procurar uma verdade comum, mas uma verdade pessoal associada a uma capacidade para entender os sentido das verdades dos outros. Neste sentido, a Gerontologia Educativa Crítica promove programas a partir das condições e recursos dos envelhescentes, facilitando a passagem da potência ao acto, da intenção à realização, descobrindo-lhes os sentidos e significados pessoais e colectivos.

4.2.1. A Educabilidade do idoso: defectibilidade, perfectibilidade, plasticidade e neotenia.

A **educabilidade** do idoso (ou o idoso como *homo / senior educandus*) não é um conceito pacífico, porque, quando se consideram os idosos, o olhar tende a fixar-se na teoria X - nas perdas associadas com o envelhecimento e em doenças correlacionadas. Também entre os actores educativos, tende a prevalecer, relativamente aos envelhescentes, estereótipos pejorativos no sentido de que, a esta fase da vida, são habitualmente atribuídas dificuldades, declínio das competências físicas e cognitivas e sentimentos gerais de tristeza e solidão. Em resultado, o conhecimento sobre a realidade fica comprometido, conduzindo à incompreensão de diversos fenómenos significativos, tornando obsoletas muitas das soluções propostas (Weaver, 1999) e hipotecando a eficácia de muitos projectos (Gattuso & Saw, 1998)³³⁴.

Todavia, alicerçados em dados empíricos e em conhecimentos científicos dos diversos domínios das Ciências Humanas, é evidente que os mais velhos são ainda educáveis (J. García e A. Sánchez, 1998: 141). Mas essa educabilidade que é “noção prévia e uma ideia chave” (A. Dias de Carvalho, 2001:19) passa ainda pelo próprio idoso se reconhecer educável. Tal processo é dialéctico – o idoso só se reconhece educável se encontrar receptividade no seu meio e o próprio meio deve reconhecer e estimular a educabilidade dos seus idosos; por outro lado, à medida que os próprios idosos se reconhecem educáveis (e não apenas “cuidáveis” ou “tratáveis”) procuram e promovem as oportunidades educativas.

³³⁴ Como é o caso da moda agora corrente em Portugal das Universidades seniores, concebidas em alternativa aos Centros de Dia. Seja porque são mais apetecíveis para a classe média-alta, pela grande disparidade formativa e escolar que se verifica em Portugal, são iniciativas que recobrem a maioria das vezes actividades pontuais, ao sabor da disponibilidade dos voluntários, e que em muitos casos revelam, sobretudo, a capacidade de iniciativa dos promotores.

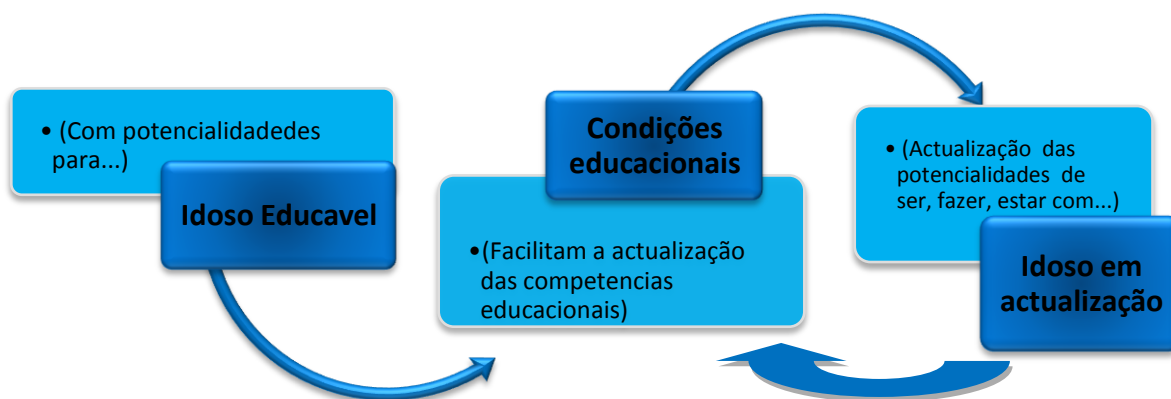


Figura 11 – O processo dialético entre o *senior educandus* e as condições educacionais.

Todavia, a Educabilidade que se não reduz ao mero “processo educativo” e, para a entendermos numa perspectiva antropológica torna-se essencial que se considerem os seus quatro elementos constituintes: a defectibilidade, a perfectibilidade, a plasticidade (idem) e a neotenia (F. Savater, 1997: 23). Primeiro, educabilidade implica **defectibilidade**³³⁵, ie, o desenvolvimento do idoso não está completo e, por isso, comete erros e tem direito ao erro. Aliás, a consciência dos erros é maior num idoso saudável e, por isso, tem geralmente uma capacidade maior de aceitação para erros dos outros³³⁶. Tal é o caso habitualmente relatado de permissividade para o erro dos netos, ou concepções pós formais de raciocínio que tendem a aumentar a sua compreensão. Outro aspecto complementar pode ser uma auto-exigência bastante elevada, potencialmente alimentada pelos outros e que tende a diminuir em determinados aspectos a possibilidade de erro e as expectativas de erro. Um dos aspectos para que o idoso está mais atento é a carência, a consciência das suas limitações. Todavia, estas limitações podem conduzir o envelhescente a um estado de alheamento e desinteresse, interiorizando as perdas e as carências, ou pode levá-lo “a um movimento ascensional para que se encontra, entretanto, estruturalmente habilitado” (idem). De facto, esta fragilidade, a respectiva autoconsciência, associada às reservas de potencialidades do

³³⁵ J. García e A. Sánchez referem-se “ao princípio da independência” (1998: 143) que infantiza a necessidade de uma educação que se não centre nas perdas, mas nas possibilidades de independência dos idosos. A junção de ambos os conceitos parece-me particularmente útil, porque se trata de reconhecer uma independência – dependente ou resultante da defectibilidade. Trata-se de apoiar o idoso na sua independência situada e não ser punido pelas eventuais deficiências e perdas. Eis uma tarefa particularmente interessante para um educador em gerontologia.

³³⁶ Isto não implica a universalidade e necessidade do princípio, porque em casos de senilidade podem ser desenvolvidos pelos indivíduos idosos comportamentos caricaturais, obsessivos e repetitivos que revelam enorme intolerância para com o próprio e para com os outros. Esta duplicidade de resposta, que discrimina envelhescentes saudáveis ou senis foi referida por Jung, quando, referindo-se ao ocaso do sol, na pós-maturidade, referia as pessoas que se recusam a olhar para os seus aspectos mais obscuros. Do mesmo modo, Aristóteles advertia para um dos maiores defeitos dos velhos que vêm os erros mas podem ser displicentes com eles, por defeito, por causa “da sua experiência... e por terem sido humilhados pela vida” Aristóteles, Retórica, ii: 12).

idoso, e encontrando condições de possibilidade ambientais, permitem que cada homem faça de si mesmo a sua tarefa durante toda a vida.

A negação e fuga da defectibilidade apenas pode levar o senescente a processos caricaturais, fixando-se em falsas imagens de si e que conduzem inelotavelmente a um desejo sem tempo (sem esperança).

Mas defectibilidade num contexto de educabilidade, pressupõe também o seu contrário-positivo, a **perfectibilidade**, sem a qual a consciência iluminada e reveladora da defectibilidade, se torna depressiva. Reconhecer-se melhorável, com o poder de ser outro³³⁷ mais próximo do ideal a que se vai propondo, fazendo-se pelo “aperfeiçoar” (perficere). Significa ainda que, se o Homem está incompleto, ele é, por outro lado, “*completável*”; precisa de se tornar no que deve-vir-a-ser, mas que ainda-não-é; a Educação é o meio pelo qual o envelhescente pode ganhar qualidades... Segundo M. Puelles *et al.* (1974), a perfeição pode ser: i. complemento, na medida em que a Educação permite que cada homem complete as suas potencialidades de ser; ii. plenitude, a educação é condição *sine qua non* para que o homem atinja a plenitude de si; iii. formação, porque dá nova forma à matéria; iv. um “bem”, dado que permite direccionar para um Bem e não para a destruição, ou a morte.

Mas, a educação como aperfeiçoamento é também continuidade, dado que o ser humano e a sua tarefa de ser é sempre um “que fazer”, um transcender-se em cada situação, um permanente de - vir. Este é o projecto pedagógico mais rico, o do indivíduo que não desiste de dar ao seu barro a forma que pretende para si mesmo, a sua natureza.

A **plasticidade** tem uma forte sustentabilidade empírica³³⁸. Em termos biológicos significa o potencial de mudança individual por efeito do ambiente sendo que “medidas, formas, cores, emoções e habilidades intelectuais das pessoas podem ser significativamente alteradas pelo *stress* ambiental, treino e experiência (G. Bogin, 1999:61). Segundo o mesmo autor a plasticidade da espécie, comparativamente às restantes, pode ser explicada, pelo menos parcialmente, pelo tempo de vida mais longo, sendo que o fenótipo humano adulto é alcançado depois de muitos anos durante os “quais uma variedade de factores influenciam esse desenvolvimento... Isto torna a pessoa altamente variável em morfologia e o seu comportamento é altamente adaptável” (idem). A plasticidade é o veículo da perfectibilidade. É essencial para um ser inacabado, que se

³³⁷ Este conceito é definido por como “princípio da actividade: “...o enfoque da actividade incide não no que a pessoa foi, mas no que pode ser” (J. García e A. Sánchez, 1998: 141)

³³⁸ Apesar de diminuir com o envelhecer (R. Fontaine, 1999: 151) mantém-se ao longo da vida. Foi referida a propósito do Sistema Nervoso e da sua recomposição para compensar as perdas neuronais e vimo-lo a propósito dos treinos mnésicos por Baltes e colaboradores. O conceito de base indica que “há uma reserva de capacidades físicas e cognitivas susceptível de ser utilizada de acordo com as nossas motivações e as solicitações ambientais (R. Fontaine, idem). Outro conceito mais específico, o de capacidade de restauração, é definido “como a capacidade para recuperar e manter comportamentos adaptativos após um declínio inicial ou uma incapacidade consecutiva a um acontecimento traumático ou *stressante*”. (idem).

vai fazendo, mas não se esgota, porque é um ser de projecto. O segredo é a capacidade de se fazer e não das características estruturais: “A plasticidade do ser humano existe em função do exercício e não da idade ainda que se deva reconhecer que, com o tempo, diminui a “velocidade” de reacção perante certos estímulos” (Requejo Osório, 2002: 32). Ora, a Educação é a instância mediadora entre uma ontologia de carência e a liberdade de “se chegar a ser o que se é” (Pindaro), nomeadamente pelos mecanismos “terapêutico – educativos” que podem servir de “sistema supletivo” (idem) para as perdas. Ora esta plasticidade pode ser o suporte para o principio da participação (J. García e A. Sánchez, 1998: 145) porque significa a capacidade de o individuo substituir um tipo de interacção social (ou de mediadores) por outras relações sociais, tanto ou mais significativas.

Mas a plasticidade é ainda o reconhecimento dos limites intraindividuais e educacionais, tal como propõe a Teoria do Ciclo Vital (P. Baltes *et al*, 1999). Este associa o desenvolvimento e a plasticidade, distinguindo entre a uma Linha-Base que é constituída por uma reserva de capacidade dos sujeitos (“baseline reserve capacity”) e uma outra capacidade de reserva de desenvolvimento (“developmental reserve capacity”). Ora, P. Baltes sugere que se invista nas metodologias que permitam “a exploração plena das mudanças relacionadas com a idade” (P. Baltes *et al*, 1999: 481) e, nesse caso, os programas educacionais podem promover quer a análise e reflexão sobre os acontecimentos vitais (“life events analysis”) quer a exploração dos limites da plasticidade (como é suposto ser feito com as crianças).

A última categoria nomeada, a **neotenia**, designa a manutenção na vida adulta de características juvenis. Os outros animais têm na infância uma curva de aprendizagem que se perde com a vida adulta, onde se aplicam os conhecimentos essenciais aprendidos durante o desenvolvimento. Com efeito, a característica mais marcante é a capacidade de aprender, que garante a plasticidade, o que lhes permite sobreviver apesar das suas limitações e carências. Como escreve F. Savater: “... os indivíduos da nossa espécie permanecem até ao final da vida imaturos, tateantes e falíveis mas sempre em certo sentido juvenis, quer dizer, abertos a novos saberes. Ao médico que lhe recomendava que se cuidasse se não quisesse morrer jovem, Robert Louis Stevenson respondeu: há, doutor, todos os homens morrem jovens!” (F. Savater, 1997: 24)

Um dos exemplos desta educabilidade é o processo de preparação para a morte própria. Pressupõe que alguém reconhece que esse momento vital e inevitável exige uma condição própria que não resulta do acto imediato de existência. As condições em que ocorre, o sofrimento envolvido e as implicações sobre os outros exigem um processo de preparação “educável”. Este processo implica o reconhecimento das incapacidades e dos limites (a defectibilidade), mas a possível melhoria (perfectibilidade) que conjugue a realidade existencial com a capacidade juvenil de abertura e disponibilidade para

aprender com uma nova situação (neotenia). Assim, no próprio processo de finitude o homem pode transcender-se assumindo-o e realizando-o “à sua medida”, em dignidade e com sentido.

4.2.2. A Educação facilitadora: a mediação centrada na pessoa.

A acção facilitadora refere-se a uma conjugação de duas dimensões do “estar-com”: o de mediação³³⁹ e o de educação centrada na pessoa.

Um dos processos essenciais ao desenvolvimento é o processo de separação - individuação. Nele o humano aprende o seu sentido próprio, reconhecendo-se diferente dos demais, comprometendo-se no processo comunicacional e na construção dos laços afectivos que permitem a sua existência na intimidade e em sociedade. Por sua vez a adulticia implica um longo processo onde, a par das experiências de singularidade e diferença, se vão estabelecendo laços, nomeadamente, familiares, sociais e laborais. Isto significa que a criança, que se descobriu separada e aprendeu o valor do “Eu”, fez um caminho onde vivenciou a experiência da autonomização e abandono pelos outros. Posteriormente, durante a adulticia, reconstruiu os processos de relação e autonomia-dependência, nomeadamente, ao originarem ou suportarem outros que se tornam dependentes, e invertem o pólo da relação. Depois, durante a senescência, continua essa necessária perda / modificação de alguns laços, incluindo aquele que para a maioria dos idosos é o mais importante: o de terem sido os educadores de gerações mais novas. Em paralelo, as mudanças na corporalidade dos idosos, o fim de algumas relações significativas e a alteração dos papéis sociolaborais, implicam novos modos de relação com o mundo.

Neste sentido, propõe-se que na acção gerontológica educativa se considerem como condições básicas a mediação socioeducativa e as condições necessárias e suficientes para uma facilitação da actualização das potencialidades de desenvolvimento do idoso³⁴⁰.

A conjugação de ambas permitirá conceber uma mediação centrada na pessoa.

i. A mediação socioeducativa:

Nas sociedades mais complexas, à imagem dos processos informáticos mais elaborados, há ligações que se perdem. O ruído comunicacional é apenas um dos factores, mas talvez o mais importante sejam as mudanças que ocorrem a velocidades que dificilmente são apreendidas por cada cidadão. Nessas condições faz sentido a organização de estruturas de mediação e de actores de mediação que se vão constituindo aos diversos

³³⁹ A. Martín e A. Requejo (2005) equiparam a importância dos factores de mediação, em termos do processo de aprendizagem e de mudança, aos factores socioculturais e cognitivos (2005: 48).

³⁴⁰ “A aplicação de todas estas ideias ao Envelhecimento implica basicamente uma maior confiança no potencial de desenvolvimento cognitivo e na defesa da ideia de mudança... e [nas possibilidades de] aumentar a qualidade e a fruição da vida” (idem, 48, 53).

níveis das nossas sociedades. Na economia, constituem-se organizações que encontram os “angels” que dão suporte financeiro aos empreendedores jovens, no domínio do direito são agentes que promovem o acordo entre partes desavindas, ou os profissionais que acompanham jovens ou adultos em desviância e estabelecem a ponte entre estes e as instituições sociais³⁴¹.

A ideia de mediação foi ainda recuperada pelos autores da Teoria Crítica, especificamente J. Habermas (1971), já anteriormente citado, ao reconhecer a importância essencial quer do trabalho quer das relações interpessoais – das interações - para a existência humana. Ora a perda de ambas pelos mais idosos implica necessariamente a sua reconstrução, para que o envelhecimento seja bem sucedido.

De igual modo, as concepções de Reuven Feuerstein (1979, 1980) parecem ser concordantes com a Educação Gerontológica. Este autor salienta a necessidade, em todos os processos de aprendizagem, da presença de um mediador humano. Recuperando autores como Piaget e Vygotsky e na linha de P. Freire, R. Feuerstein defende que o educador – mediador permite ao educando um novo olhar diante do conhecimento possível. A aprendizagem de um novo olhar pelo educando torna-o também agente criador de outros conhecimentos. Trata-se de um processo de aprendizagem onde educador e educando criam uma relação de reciprocidade, porque constroem novas significações para o seu quotidiano que fazem parte da sua biografia, das suas relações, do seu mundo. O educador mediador é uma agente de mudança porque também ele se está a envolver num processo de mudança e compreensão da sua realidade. Embora, a mediação possa ser reconhecida em muitas interações humanas, este autor define a mediação educativa como intencional, organizada, tendo como princípio o respeito pelo outro, pela sua individualidade, pelo ser diferente em que ele se constitui. Ora, este processo exige condições pessoais do educador, como a atitude empática, colocando-se no lugar desse “outro”, entendendo o seu espaço e o seu tempo de aprendizagem³⁴².

O autor desenvolveu um Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI) que defende que todos podem aprender e de que a inteligência pode ser desenvolvida pela mediação, uma vez que ela é dinâmica e modificável. É suportada na designada “Teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural” e concretiza-se pela experiência de aprendizagem

³⁴¹ O que é comum a estes mediadores é a capacidade de serem “um terceiro” que, diferentes das partes e dos vários actores sociais envolvidos, são capazes de as compreenderem e de as transcenderem. A sua capacidade deriva de se conseguirem distanciar da experiência imediata pela mediação do pensamento. Apenas esta aprendizagem dialéctica de aproximação e distanciamento, quando comunicada, pode permitir a transcendência do quotidiano.

³⁴² No mesmo sentido, a propósito da ideia de mediação e “da justa medida” na intervenção educativa, L. Bermejo (2005) recuperou a metáfora do “andaime” para a Gerontologia Educativa: “a **função principal** [do professor] é actuar como mediador activo entre o educando e o meio, facilitando-lhe contextos e experiências enriquecedoras e orientando o processo de E - A.... [é] o *andaime*” (2005: 42).

mediada (R. Feuerstein, K. Pnina e T. Abraham, 1991). Este modelo supõe várias variáveis, a saber: i. um mediador Humano (H) que se coloca entre o estímulo (E) e o organismo (O), seleccionando, organizando, transformando para que surjam comportamentos mais eficientes; ii. estímulos directos (Ed) que se verificam ao acaso e que podem nem estar relacionados com o individuo ou até lhe podem ser inconscientes; iii. estímulos mediados (Em) que, sendo seleccionados pelo mediador, permitem criar boas condições de interacção, aumentam a compreensão, as estratégias e a acção; iv. o organismo (O) que percepção, elabora e responde de forma directa ou mediada pela aprendizagem; respostas (R) dadas pelo individuo às solicitações e condições que lhe chegam.

Nesta perspectiva, a acção humana pode orientar-se de duas formas diferentes:

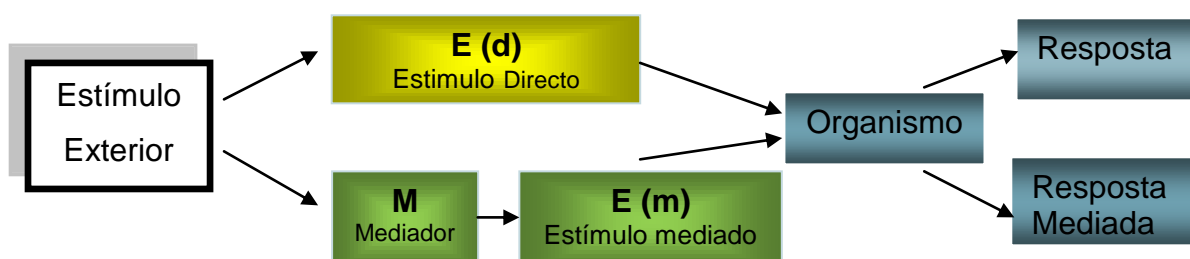


Fig. 12 – Esquema do dois funcionamentos possíveis, com e sem mediação.

O Programa de Enriquecimento Instrumental trabalha habilidades cognitivas por meio de exercícios estruturados que se dirigem a funções cognitivas específicas; as actividades concebem-se das mais simples para as mais complexas, das mais fáceis para as difíceis, do concreto para o abstracto.

Por “modificabilidade” R. Feuerstein entende uma característica antropológica que pode ser traduzida ainda como “potencial de aprendizagem”³⁴³. Implica vontade e a decisão fazendo com que a pessoa assuma novos caminhos para lá das mais evidentes determinações sociais, culturais e familiares. Verifica-se na existência do indivíduo uma modificabilidade quando as mudanças que ocorrem numa parte do indivíduo o afectam globalmente, sobretudo, quando promove autonomia e auto-regulação. Trata-se de uma concepção sistémica, onde a abertura do sistema permite um tipo de intervenção adequada – uma mediação – que no tempo e nas condições adequadas permitem o desenvolvimento individual.

Tal como no processo de alfabetização de Paulo Freire, a aquisição de novas palavras ou da competência de leitura e escrita só faz sentido se a pessoa usar a nova linguagem para expressar de modo mais consciente a sua realidade, em resulta das modificações na sua forma de pensar e de se pensar. Assim, a mudança que ocorre numa parte

³⁴³ O autor distingue a modificabilidade estrutural das estruturas de mudança que estão implicadas nas várias fases no processo desenvolvimental e que são previsíveis.

permite, ao ser actualizada, uma modificação no todo. Mas, para além disso, a modificabilidade permite um processo de auto-perpetuação tendente a modificar todas as áreas de existência. Tal conceito é particularmente útil na Gerontologia educativa porque pressupõe que uma intervenção a um nível de competências, eventualmente mais simples, como uma aprendizagem de informática (V. Kachar, 2003), ou um plano de exercícios físicos, desde que correctamente mediada, poderá iniciar um processo de mudança com implicações na autonomia e na qualidade de vida do idoso.

A modificabilidade é, então, um processo que implica a experiência da mediação. É óbvio que nem todas as experiências implicam mediação, porque podem depender apenas e directamente das características do organismo e do meio ambiente. Mas outras experiências implicam elas mesmas qualidades previamente adquiridas no meio ambiente, tais como as vivenciais emocionais, educação, cultura e recursos económicos. Ora, estas últimas requerem a presença e a acção de outros seres humanos que ajudam a organizar, seleccionar e a dar sentido ao que foi experimentado.

Para este autor o educador – mediador deve situar-se intencionalmente na situação, na interface entre o estímulo e a resposta do educando, estando atento à intensidade do estímulo, à sua qualidade, contexto, frequência e ordem de modo a promover no educando - idoso maior vigilância, consciência, sensibilidade e sentido mais ajustado da realidade. R. Feuerstein (1980) definiu que a mediação se desenvolve em função de três parâmetros: Intencionalidade e Reciprocidade, Transcendência e Significado.

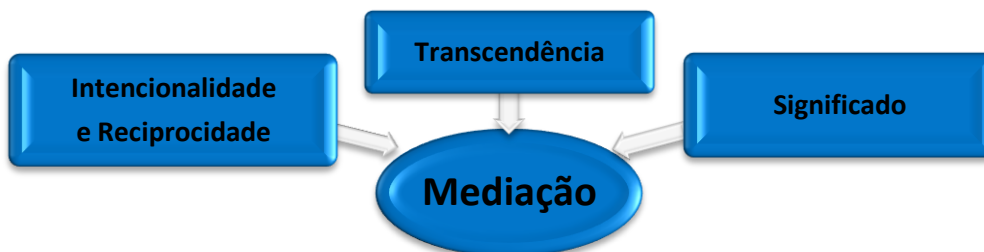


Fig. 13 – Os três critérios da mediação segundo R. Feuerstein (1980).

No primeiro critério, a intencionalidade corresponde à acção do mediador para seleccionar, organizar e interpretar os estímulos vivenciados pelo educando. Todavia, esse processo exige reciprocidade, *ie*, implica respostas do educando que devem ser ainda consideradas intencional e dialogicamente pelo educador – mediador. No segundo critério, a transcendência, tem como objectivo a aquisição de princípios, conceitos ou estratégias que possam ser expandidos para outras situações. Implica uma análise das situações, a percepção das relações entre diferentes elementos e as consequentes aplicações a outros níveis da realidade. No terceiro critério, a procura do significado,

refere-se aos aspectos relevantes de uma acção, factos ou acontecimentos³⁴⁴. Implica sempre o envolvimento autêntico do educador - mediador que, dessa forma, permite ao educando uma reapreciação dessa realidade concreta. Aliás, é no contexto relacional que se percebe uma característica essencial da significação: o *significado* está apenas nas pessoas que o constroem e não nas coisas ou acontecimentos.

ii. A educação centrada no educando

Apesar de C. Rogers ser sobretudo visto como um psicoterapeuta³⁴⁵, a sua obra está em permanente diálogo com a educação. Não apenas porque se preocupa com os aspectos didácticos da psicoterapia centrada no cliente, mas também porque considera que esta é um caso particular da Educação (Rogers, 1961). Assim, torna-se claro para este autor a centralidade do processo educacional na conquista da saúde mental, crescimento pessoal (*Growth*) e felicidade individual.

A sua teoria é, comparativamente a outras teorias e modelos psico-educativos, aparentemente simples. Este autor, a partir da sua prática, concebeu um modelo que funciona com relativamente pouco elementos, mas que se constitui como um modelo matricial das relações educativas. Depois, a partir desses elementos – base, desenvolveu diversas técnicas e abordagens directamente orientadas para questões concretas. Ora, na consideração teórico – prática que assume este trabalho, a matriz rogeriana torna-se central numa Gerontologia educativa.

Neste trabalho tomaram-se como referência dois capítulos de uma obra clássica de C. Rogers, *Freedom to Learn*, de 1969. Apesar de resultar das experiências educativas em contexto de crianças e adultos, as suas proposições parecem também válidas para a Gerontologia Educativa. Resultam de particular interesse os capítulos vii. e v. No primeiro, o autor refere-se às condições de aprendizagem que são as necessárias para o processo de aprendizagem. Em concreto, o autor considera: i. que há uma emoção básica nos humanos que os leva a terem “uma natural potencialidade para aprenderem” embora advirta que uma aprendizagem significativa envolve resistência e ambivalência e até uma certa quantidade de dor e angústia. Em resultado, a primeira tarefa educativa é libertar o “desejo de aprender”³⁴⁶ do idoso e atender à sua “disponibilidade”³⁴⁷; ii. que “a

³⁴⁴ Uma aprendizagem é significativa se e somente se os novos conhecimentos (conceitos, proposições ou ideias) permitem explicar, ajudar a compreender ou permitem resolver os problemas com que se defronta o educando. Por outro lado, implica uma ajustada interacção entre conhecimentos anteriores e os novos conhecimentos. Sendo este processo feito em processo com um mediador, os elementos cognitivos e afectivos – relacionais podem cruzar-se cimentando e ampliando a aprendizagem do idoso.

³⁴⁵ A opção por este modelo tem muito a ver com a formação teórico – prática em psicoterapia do autor durante mais de seis anos no IADAC (Instituto para o Apoio e Desenvolvimento da Abordagem Centrada) sendo ainda membro da Sociedade Portuguesa de Psicoterapia Centrada no Cliente.

³⁴⁶ Este “desejo de” pode ser mais ou menos explícito, mas supõe que se concretiza num pedido: “Não há normas, mas há uma estratégia fundamental à partida: responder aos pedidos quando estes são manifestados pelas pessoas idosas, e não agir até que esse pedido seja uma autêntica expressão de necessidades” (A. Escarbajal, 2004: 78).

aprendizagem significativa se verifica quando o aluno percebe que a matéria a estudar se relaciona com os seus próprios objectivos”, *ie*, o autor reconhece que a aprendizagem implica a participação dos interesses e necessidades do educando. Esta motivação tem ainda consequências claras “na velocidade de aprendizagem”; iii. a aprendizagem que envolva mudanças na auto-percepção é ameaçadora e tende a criar resistências, querendo com isto o autor referir que o confronto com novos valores e outras possibilidades de compreensão da realidade tendem a provocar no educando um efeito de auto-defesa que resulta de uma concepção dicotómica e de não contradição: perante elementos contraditórios é forçoso que uma das partes esteja errada. Ora, em tais condições C. Rogers considera que as aprendizagens que implicam conflitos internos são melhor percebidas e assimiladas quando há um clima de confiança e segurança³⁴⁸. De outro modo, num clima de segurança, com reduzida ameaça ao “eu”, o idoso pode perceber a sua experiência de diversas formas, concretizando a sua aprendizagem e utilizando os seus recursos e todas as possibilidades disponíveis; iv. a aprendizagem é mais eficaz quando resulta do confronto directo e experiencial com os problemas. Um grupo de idosos que parte dos seus problemas e da sua necessária resolução desenvolve um processo de aprendizagem mais eficaz; v. a responsabilidade do educando no seu processo de aprendizagem, a sua participação, “aumenta ao máximo” a sua aprendizagem; vi. a “aprendizagem auto-iniciada que envolve toda a pessoa do aprendente – tanto os seus sentimentos quanto a sua inteligência – é a mais durável e impregnante”, querendo com isto referir a vantagem do idoso se envolver plenamente no processo, por si mesmo, em clara autonomia e sem coação externa; vii. Promove-se uma relativa independência do educando relativamente à avaliação feita pelos outros o que facilita “a independência, a criatividade e a autoconfiança”. Neste aspecto, uma certa tendência infantilizadora dos idosos, uma eventual sobreprotecção ou expectativas negativas sobre as suas possibilidades, podem não apenas levar à exclusão do idoso, mas mais frequentemente a um processo de desvinculação e de recolhimento interno. Neste contexto o educador – facilitador tem de reunir um conjunto de qualidade, as referidas qualidades matriciais, que lhe permitem ao longo de um processo educacional facilitar o desenvolvimento das potencialidades do idoso, a sua aprendizagem significativa.

³⁴⁷ Este “desejo de aprender” pressupõe, antes de mais, uma “**disponibilidade**”, tal com a define J. dos Santos: “A disponibilidade não se mede só em tempo, em determinação ou em convicções; não é mensurável, é um estado de espírito que resulta da tranquilidade de problemas íntimos, secretos, profundos, inconscientes que produzem a ansiedade... Porque pensar não é apenas reflectir e discernir, é também... agir comportamentalmente. É fugir da solidão e ao confronto com o que que é angustiante ou conduz à consciência da depressão e à insónia” (J. dos Santos, 2007: 137-138).

³⁴⁸ Constatei por várias vezes este fenómeno no decurso das sessões de psicodrama. Apesar de um compromisso de sigilo entre os presentes algumas pessoas, depois de terem experimentado um momento de liberdade na comunicação no grupo, acabavam por rezear que o que disseram pudesse ser comunicado a familiares ou vizinhos.

Essas condições, que vão sendo descritas ao longo da obra de C. Rogers dividem-se em cinco condições que se organizam em três factores. O primeiro factor implica **uma certa necessidade por parte do idoso**. Tal processo não tem de ser muito elaborado ou consciente, mas tem de ser o necessário para desencadear um movimento interno em relação à aprendizagem ou à interacção com os outros³⁴⁹. Depois, tem de haver um claro **processo de comunicação entre o idoso e o facilitador – educador**. Ambos têm de ter mútuo *feedback* das suas expressões, dos seus sentimentos e da construção de significados comuns. Em terceiro, o educador – facilitador têm de manter e desenvolver um conjunto de atitudes que são: i. **a congruência na situação ou a autenticidade** – o educador tem de ser uma pessoa real, que se apresenta e entra em relação “como é”. Quer dizer que reconhece os seus sentimentos, que é capaz de os viver e, se necessário, de os comunicar. Nestas condições o facilitador demonstra respeito para com o idoso, mostra-se pessoa, sendo e permitindo aos idosos também que sejam; ii. **aceitação incondicional positiva**, ou ainda confiança e apreço pelos idosos. Todavia, como refere C. Rogers é um interesse que não é nem possessivo, nem interesseiro. É aceitar o idoso como uma pessoa separada, com um valor próprio que é o seu e que merece plena confiança; iii. **a compreensão empática**, corresponde à capacidade do educador – facilitador da aprendizagem do educando para compreender as reacções íntimas do idoso, em se colocar na situação do educando, de ver pelos seus olhos, mas sem se perder no mundo do Outro. Os idosos tornam-se profundamente reconhecidos quando percebem que estão a ser compreendidos do seu ponto de vista e que as suas emoções estão a ser reconhecidas e aceites³⁵⁰.

A reunião destas cinco condições permite que a Educação resulte num processo de enriquecimento pessoal para os idosos, de usufruto da existência, na lógica de quem fuma o cigarro até ao fim...

³⁴⁹ A clara noção de carência por parte dos idosos é muitas vezes não só negligenciada como criticada. Os mais jovens, ou os profissionais ocupados, não vêem que esta necessidade de relação é tão útil como a da criança. Uma criança que não comunica, que não interpela é estranha, pode ser um sintoma, mas espera-se um certo tipo de alheamento dos mais velhos. A disponibilidade para a relação é uma dimensão positiva e apenas deixa de o ser se o idoso a não conjugar com a sua intimidade.

³⁵⁰ O que novamente invoca esta importante função familiar e como a sua ausência implica negativamente nas vidas dos idosos.

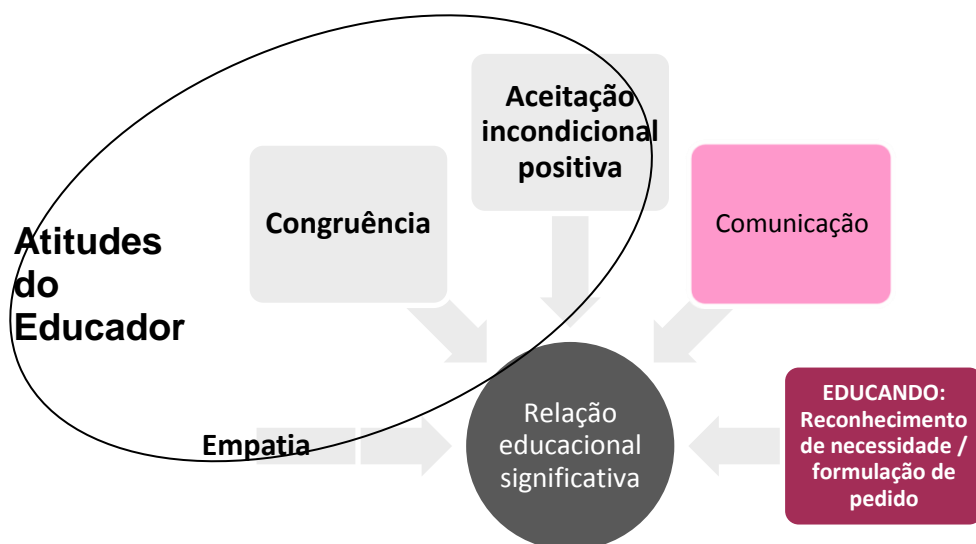


Fig. 14 – As condições necessárias e suficientes para uma relação de ajuda, segundo C. Rogers.

iii. Uma síntese: a mediação centrada no idoso

Um dos efeitos deletérios do Envelhecimento é a perda progressiva por parte do senescente dos seus instrumentos de mediação com o mundo. As suas estratégias, desenvolvidas ao longo da vida, tendem a perder eficácia, os seus interlocutores desvanecem-se e a sua própria corporalidade vai-se alterando. Ora, a mediação, tal como entende R. Feuerstein, permite ao idoso reconstruir, ao longo do processo educacional, as suas instâncias de mediação – através de exercícios adequados, pode atribuir novos significados aos acontecimentos exteriores e resolver melhor os seus problemas quotidianos. Todavia, este processo é muito mais efectivo se os princípios que C. Rogers identifica no processo de aprendizagem forem reconhecidos e, sobretudo, se o mediador desenvolver internamente e na relação com os idosos as atitudes matriciais identificadas: congruência, empatia e aceitação incondicional positiva.

Haverá, pois, uma reconstrução das instâncias de mediação do envelhescente seja pelas técnicas educacionais de mediação, seja pela acção directa do mediador que se constitui como tal ao desenvolver na relação as atitudes matriciais.

4.3. Uma proposta de formação de gerontologistas: o gerontologista clínico e o gerontologista socioeducativo.

O novo contexto sócio demográfico implica novas políticas sociais e a concepção de novas respostas a necessidades crescentes. Em função disso, configuram-se novas profissões com competências³⁵¹ e funções específicas. Portugal tem seguido uma política

³⁵¹ A noção de “competências” é aqui usado num triplo sentido expresso por S. Bellier: “a competência permite agir e/ou resolver problemas profissionais de maneira satisfatória num contexto particular mobilizando diversas capacidades de maneira integrada” (S. Bellier, 1999: 226). Por outro lado, M. Costa, a propósito do

de formação com alguns aspectos contraditórios. Por um lado, tem sido dado um grande ênfase formativo na preparação de auxiliares, normalmente, pessoas de baixas qualificações académicas que são requalificadas através de cursos específicos e aproveitando financiamentos nacionais e comunitários. Do mesmo modo, a nível de formação pós-graduada tem havido uma grande procura de cursos de pós-graduação e mestrado em Gerontologia e Geriatria, maioritariamente dirigidos a enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos. Porém, numa lógica inversa, a Geriatria ainda não é uma especialidade médica, embora se note um processo de mudança. Assim, para o Ano Lectivo (2007 – 2008) configurou-se o maior leque de sempre de ofertas de formação universitárias a nível de 1º Ciclo, que estão equitativamente integrados em Escolas de Saúde (dois Cursos de Gerontologia, nas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Aveiro e Bragança) e dois Cursos em Escolas de Educação (Curso de Gerontologia Social, na Escola Superior de Educação de João de Deus, em Lisboa) e um Curso e “Educação Sénior”, no Departamento de Ciências da Educação, na Universidade da Madeira. Ao todo, nestes cursos, deverão iniciar a sua preparação em Gerontologia pouco mais de uma centena de alunos.

Ao longo deste trabalho sempre se teve o objectivo de conceber uma proposta em Gerontologia Educativa que, apoiando-se numa realidade evidente³⁵², tivesse suporte racional e aplicabilidade. Assim, neste subcapítulo procura-se conjugar a realidade evidenciada no capítulo seguinte e as leituras sobre o envelhecimento dos capítulos anteriores. Resulta um quadro onde se configura uma formação profissional de Gerontologista com uma especialização em dois perfis de formação e intervenção, na linha do que já foi proposto por A. Requejo Osório (2004).

Todavia, este perfil de Gerontologista, independentemente das especializações propostas, centra-se mais na capacitação³⁵³ para a acção pessoal dos educadores e dos educandos do que na definição específicas de competências ou no desenho de currículos de formação. A diversidade dos idosos e das suas necessidades e percursos não permite a construção de respostas curriculares fechadas ou processos educativos de massas. O processo ganha-se na recuperação das interacções, na comunicação e numa dinâmica participativa dos senescentes e que tem em conta também as condições ecológicas.

desenvolvimento de competências geriátricas dos enfermeiros, associa claramente a experiência profissional e o desenvolvimento pessoal (2002: 81 – 89).

³⁵² Que se não confunde com o Senso Comum, mas que resulta da mediação da razão a partir dos dados empíricos obtidos através de uma metodologia rigorosa e adequada à realidade a estudar.

³⁵³ Entende-se capacitação no sentido expresso por H. Maturama nomeadamente na afirmação: “A capacitação requer liberdade reflexiva e confiança do aluno em suas próprias capacidades. Essa confiança é possível como um acto harmónico no viver dos alunos, apenas se o professor ou professora agir reconhecendo desde a sua intimidade que todos os seres são igualmente inteligentes e capazes de aprender tudo o que outro ser humano pode fazer” (H. Maturama, 2000:18).

Depois, e complementarmente num processo de formação contínua, vão sendo actualizadas competências de acordo com as necessidades³⁵⁴.

Concebe-se um modelo de intervenção em gerontologia educativa que concebe o educador como um mediador (que reconstrói as pontes) entre o Idoso e o próprio, os outros, as Instituições e a cidade. Isso implica que se formem gerontologistas – mediadores cujo perfil se distingue em dois domínios centrais, a saber: o “perfil duro” e o “perfil mole”³⁵⁵.

O “perfil duro” implica conhecimentos científicos e competências técnicas a serem adquiridas nos diversos campos disciplinares e técnicos que contribuem para as Ciências do Envelhecimento, e valoriza a aprendizagem de técnicas “baseadas na evidência”³⁵⁶. Neste perfil, a formação teria como finalidade habilitar o educador – gerontologista para práticas profissionais que promovam a integração do idoso e elaboração de programas que respondam a necessidades de formação específicas da população idosa, bem como sistemas de apoio social e resposta comunitária aos idosos, nomeadamente, no apoio a actividades de vida diária e triagem de cuidados.

Para este perfil o gerontologista dever obter competências:

- i. educativo – didácticas, com capacidade para exercer a sua função com “uma linguagem adequada longe dos tecnicismos, saber manter os objectivos da intervenção profissional...” (A. Requejo Osório, idem: 155);
- ii. instrumentais que habilitem o gerontologista a avaliar e intervir precocemente, directamente e em *follow-up* em necessidades práticas dos idosos;
- iii. cognitivas específicas que permitiriam uma autonomia de avaliação, planeamento e intervenção de cuidados ou socioeducativa.

O “perfil mole” assente nas competências relacionais e pessoais³⁵⁷ e implicando:

- i. uma formação humanizada (alicerçada numa consciência da condição humana), de cidadania, na consciência e aceitação dos seus direitos e deveres³⁵⁸;

³⁵⁴ Podemos já ver uma concepção lata dos papéis do gerontologista e do geriatra num texto da década de noventa. Assim segundo Papaléo Netto, caber-lhes-á: “[...] planejar o atendimento da população idosa, formar opiniões, sugerir normas e soluções, convencer as autoridades do setor de saúde, criar espaços para os demais profissionais que se interessam pela área, mudar a mentalidade vigente em relação ao idoso, tanto por parte da população quanto dos profissionais para a problemática do idoso, situação que enfim todos viverão” (1998:

³⁵⁵ De igual modo G. Zimmerman (2000) identificou igualmente estes três elementos (Conhecimentos, Habilidades e Atitudes) como centrais na formação, embora ainda identifique outros (Idem, 214 – 217).

³⁵⁶ Muitas técnicas são aplicadas de forma repetitiva e sem que o técnico reconheça os fundamentos do que faz. Uma técnica cientificamente fundamentada e apoiada nos dados empíricos trazidos “por cada caso”, são o fundamento para uma prática profissional.

³⁵⁷ Trata-se de uma definição muito próxima da de “competências transversais”, que conjugam o saber, o saber-ser e o saber-fazer, transcendendo as imposições contextuais por via de uma “intensão” e de uma “disponibilidade” que permite transferir e aplicar as múltiplas competências, cf. S. Bellier, 1999: 241-242.

³⁵⁸ Não há formação científica e técnica que possa substituir ou complementar esta formação. A dimensão deontológica dos profissionais torna-se em formalismo se não estiver baseada na maturidade individual e cívica que permite ultrapassar os interesses individuais que transformam os outros em meios para suportarem programas individuais. Ora, os idosos, por experiência e maturidade de vida e pela sua condição

ii. o crescimento pessoal para que o gerontologista se torne um facilitador do desenvolvimento dos envelhescentes, nomeadamente ao vivenciar na relação terapêutica / educativa as condições necessárias e suficientes identificadas por C Rogers.

A conjunção de ambos os perfis permite a formação de novos mediadores capazes de: i. otimizarem a comunicação intraindividual, interindividual e social; ii. funcionarem como recursos para o idoso em dois sentidos distintos: no sentido educativo (potenciando os recursos individuais) e como auxiliar às actividades quotidianas, num processo que podemos definir como “protésico”.

Trata-se de um modelo de proximidade a que se poderá ter acesso por dois níveis: no primeiro, considera-se um profissional oriundo de uma qualquer outra área de formação, mas com formação complementar em Gerontologia Educacional; no segundo, considera-se alguém com uma formação específica em Gerontologia Educacional e que, em resposta às necessidades detectadas, vai adquirindo competências em áreas complementares.

Em concreto, para lá de uma formação básica nas Ciências do Envelhecimento e em técnicas de apoio e animação, distinguem-se neste trabalho dois perfis de formação que se adequam às respostas necessárias à estratificação de necessidades que foram obtidas no trabalho empírico: aos envelhescentes com maiores dificuldades e menor Qualidade de Vida, nomeadamente de Saúde, Actividades de Vida Diária e de Mobilidade corresponderá uma resposta dada pelo Gerontologista Clínico, especializado em Cuidados Básicos; por outro lado, a maioria dos idosos têm Qualidade de Vida, Saúde e Bem-estar, mas não actualizam todas as potencialidades e, nesse caso, seria mais útil um Gerontologista Socioeducador com formação mais centrada em técnicas sociopsicológicas com vista à optimização do envelhescente. Por último, um Gerontologista Socioeducador também teria competências específicas para acompanhar idosos “bem sucedidos” e dinâmicos, numa lógica de manutenção das suas actividades e de prevenção.

de fragilidade, são muitíssimo perspicazes para descobrir as falsas implicações dos técnicos, o desinteresse nos cuidados e a despersonalização a que são sujeitos.

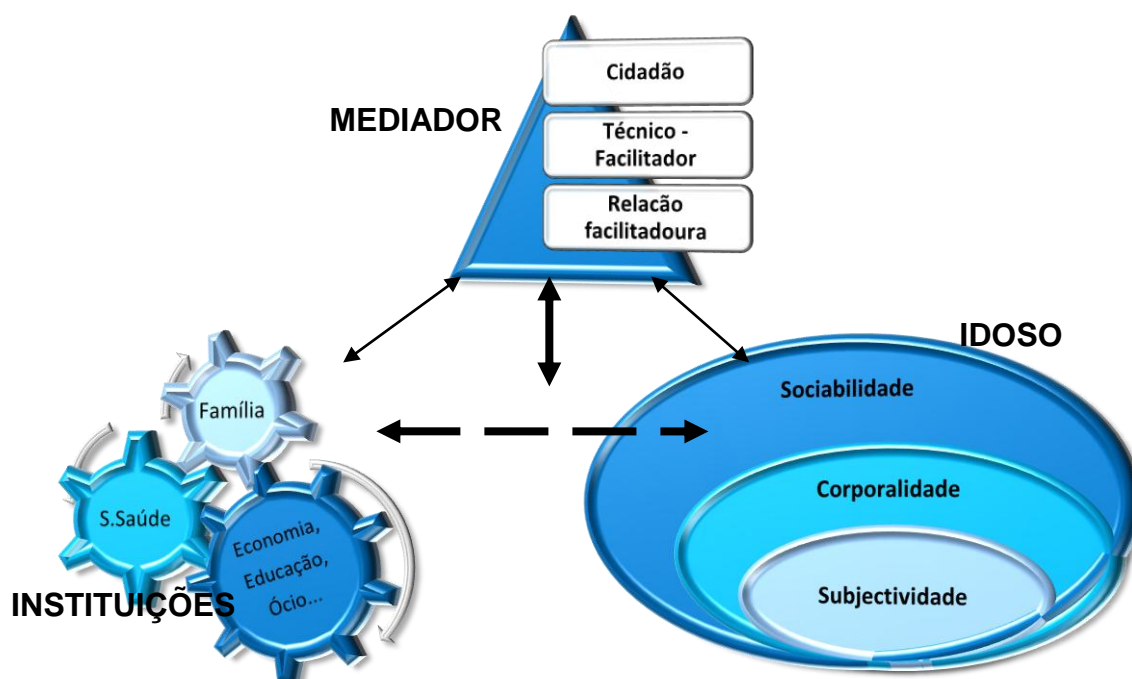


Fig. 15 – Relação de mediação entre o Idoso, o Mediador e as Instituições.

Nesta lógica, são propostos dois perfis de formação distintos: um predominantemente clínico e outro socioeducativo.

i. O Gerontologista Clínico, especialista em cuidados básicos.

Estes profissionais situam-se na interação entre a Gerontologia e a Geriatria, entendendo a segunda numa perspectiva mais clínica³⁵⁹. A sua formação é particularmente orientada para senescentes com *deficits* que necessitam ser compensados. Assim, o seu Perfil profissional deverá fomentar competências que permitam:

- Identificar e avaliar a maioria das necessidades e problemas funcionais do senescente;
- Identificar a maioria das síndromes geriátricas;
- Aplicar e negociar com o idoso (e com os cuidadores informais³⁶⁰) um plano de cuidados;
- Potenciar a independência dos idosos na realização das Actividades de Vida diárias (higiene, alimentação...) ou no uso dos meios protésicos;
- Auxiliar na gestão quotidiana da vida do idoso (dinheiros, compras...);
- Aplicar técnicas de treino e facilitação cognitivo – funcional, ajustadas ao idoso;

³⁵⁹ Clínico no sentido etimológico, do que se reclina sobre o leito do doente, centrando os seus cuidados no seu tratamento (e não na eventual “cura”).

³⁶⁰ “Cuidar tem de significar capacidade de empatia, de afastamento do seu eu, de forma a perceber as verdadeiras necessidades e não aquelas que julgamos ser as mais adequadas. A humanização e qualidade dos cuidados passam a valorizar aquilo que os idosos têm para nos dizerem, que hábitos de vida estão na raiz do seu comportamento” (Catalo dos Anjos *et al*, 2005:16).

- Fazer a Interface com Instituições e Serviços (marcação de consultas, gestão de tarefas e compromissos...);
- Fazer a administração (delegada) de medicação preparada por enfermeiro e receitada pelos geriatras;
- Facilitar os contactos sociais, as actividades de lazer e outras formas de gratificação;
- Dar apoio psicossocial.

Neste perfil de formação a função educativa pode ser entendida como secundária relativamente à prestação de cuidados. O gerontologista ganharia as competências necessárias e suficientes para fazer um acompanhamento de proximidade a idosos em maiores necessidades e menos autónomos, fazendo uma triagem de necessidades e facilitação das condições de desenvolvimento do idoso na satisfação das suas necessidades e promovendo a sua qualidade de vida. Poderia: i. aconselhar o idoso nas suas opções, nomeadamente na gestão dos seus recursos, mediando entre estes e as instituições que prestam serviços; ii. orientar o idoso em tarefas para as quais este tivesse maiores dificuldades, tais como: acompanhar a escolha do centro social, a leitura e explicação das prescrições médicas, a gestão dos dinheiros, a gestão das refeições, etc. No limite, poderia ser o interlocutor com quem o idoso poderia pensar o seu projecto: de vida, de cuidados, de actividades...

Privilegia-se o contacto directo com o idoso e seus familiares tornando-se no profissional de referência que, entre outros aspectos, faz a interface com a equipa multidisciplinar de cuidados, traduzindo a sua linguagem para o idoso e inversamente. Por último, teria a capacidade de aceitar as atitudes e as expressões emocionais do idoso³⁶¹.

ii. O gerontologista especialista socioeducativo.

A concepção deste perfil parte das competências dos animadores socioculturais aplicadas aos senescentes, tal como as definiu A. Requejo Osório (Idem, 157) e tem como finalidade: “incrementar a autonomia e bem-estar psicossocial, promovendo actividades de ócio e cultura, bem como a sua participação dentro do seu ambiente e da sociedade em geral”. Todavia, neste contexto é proposta uma abordagem mais ampla que considera ainda a promoção e a educação para a saúde do idoso. O pressuposto é que se devem orientar para dois grupos distintos: i. um grupo alargado de idosos que, embora usufruam de uma razoável qualidade de vida, autonomia e funcionalidade, precisam de apoio socioeducativo para actualizarem as suas potencialidades de forma a viverem um melhor envelhecimento, mais saudável, gratificante e bem-sucedido”; ii. para

³⁶¹ Na expressão de W. Bion, o Gerontologista deverá cumprir a importante função de ser “continente” das emoções, angústias, medos e sofrimento do idoso. O idoso traz “um conteúdo de sentimentos contraditórios, difíceis, mas é um conteúdo” (D. Zimerman, 1996: 138 - 140). O que se pretende é alguém com a capacidade de se manter próximo e acolhedor do mundo interior e das expressões do idoso e “devolve-las de uma forma desintoxicada” permitindo ao idoso pensar, dar nome e sentido ao que vivencia.

os senescentes que vivem um envelhecimento “Bem sucedido” e que devem ser acompanhados para manterem a sua funcionalidade optimizada, bem como a sua saúde e bem-estar.

Nesta lógica, as funções do gerontologista socioeducativo deveriam sempre ter em conta o individuo no seu contexto, mas podem centrar-se mais no individuo ou mais no contexto, na comunidade:

A nível individualizado poderá:

- Consciencializar o senescente para a sua condição pessoal, colectiva e comunitária;
- Mediar as actividades, necessidades e recursos do idoso com o seu ambiente;
- Avaliar e facilitar o desenvolvimento das potencialidades dos senescentes, nomeadamente das competências comunicacionais, relacionais e estéticas;
- Facilitar o *empowerment* dos senescentes em termos individuais e em grupo para que se convertam em agentes e protagonistas no seu meio;
- Facilitar os processos de comunicação intrapessoais, interpessoais, sociais e comunitários;
- Promover a actividade física adequada, o sentimento de bem-estar físico e as capacidades funcionais;
- Facilitar o desenvolvimento social;
- Fomentar a educação e formação permanente;
- Oferecer a possibilidade do senescente desfrutar da cultura;
- Desenvolver atitudes críticas mediante a animação de grupos;
- Promover uma educação para a saúde direccionada para os estilos de vida (alimentação, actividades, ócio...);
- Possibilitar a abertura a outros grupos de Idade;
- Fomentar o sentido de utilidade e o voluntariado;
- Promover e “criar atitudes e meios para gozar a vida plenamente” (A. Requejo Osório, 2004: 158)
- Ser um interlocutor com quem o idoso poderá pensar o seu projecto: de vida, de actividades...

Tendo em consideração a proposta de A. Pastor (2005: 218) para os trabalhadores sociais, em termos da comunidade o gerontologista poderá:

- Fazer a recolha e interface de informações (projectos, programas e estudos...);
- Avaliar necessidades a nível da comunidade;
- Promover a participação e a animação comunitária;
- Estimular o voluntariado e envolvê-lo em processos educacionais activos;

4.3.1. Síntese da concepção da formação e a sua organização por ciclos.

O elemento principal desta formação é aumentar a sensibilidade pessoal e desenvolver no gerontologista a capacidade de identificar, aplicar ou inventar estratégias de intervenção para idosos com necessidades tão diferentes como: estar acamado ou em cuidados paliativos ou continuados; idosos deprimidos ou não envolvidos em actividades...; identificar possibilidades de risco e promover a autoresposta do idoso através do seu projecto; acompanhar o processo de conquista e de liberdade de um idoso ou de um grupo.

Em concreto, um gerontologista – mediador destaca-se pela sua capacidade para descobrir a “pedra de toque”, o ponto de força da alavanca que permita iniciar o processo (podem ser as aulas de ginástica, o grupo de psicodrama ou a visita sistemática do profissional). A partir daqui, e assumindo as estratégias sistémicas, a mudança num dos elementos pode fazer toda a diferença... Depois, em muitos casos a continuação de um envelhecimento bem sucedido ou o seu início depende, em muitos casos, da disponibilidade de alguém assumir as referidas condições rogerianas na relação.

Nesse processo o gerontologista – mediador funciona como “um terceiro”, alguém que não se situa nem como “advogado” do idoso nem como funcionário de uma qualquer entidade ou serviço. A sua função é a de acompanhar o processo e as necessidades do idoso, permitindo-lhe fazer a ponte entre os diversos discursos e contextos de existência. A sua função é facilitar as actividades próprias: auxiliar de gestão da informação, potenciar a mobilidade e explicitar as possibilidades e as escolhas.

Por último, e não menos importante, uma competência necessária ao gerontologista é a capacidade de interface entre os vários profissionais. Alguém que compreenda e traduza para a linguagem do idoso as perspectivas dos diversos profissionais, que explicita os seus sentidos e, simetricamente, facilite a comunicação e os interesses do idoso junto dos profissionais. Esta é a condição para uma “avaliação geriátrica exaustiva” (A. Cruz, 1999: 58). que exige uma equipa multidisciplinar com um profissional de interface e com formação nas técnicas e metodologias de projecto.

Em síntese, a formação do Gerontologista concebida a partir dos parâmetros anteriores configura uma formação pessoal e humanizada conjugada com perfis de formação que privilegiam as competências mais clínicas ou mais socioeducativas. Todavia, nenhuma das formações é adequada se o Gerontologista não dominar conhecimentos básicos do domínio complementar.

Quadro 4 – Os níveis de intervenção dos Gerontologistas.

Perfis e Competências do Gerontologista	Gerontologista Clínico ou de Cuidados Básicos	Gerontologista Socioeducativo
Formação em Ciências do Envelhecimento, Mediação & Atitudes		
Especialização em Cuidados Clínicos ou de Necessidades Básicas		
Especialização em Intervenção Socioeducativa		

Mas uma fase de formação mais técnica ou mesmo mais centrada na formação teórico-prática nas Ciências do Envelhecimento, próprias de um “perfil duro”, necessita ser completada por uma formação mais avançada.

Neste nível, as competências anteriormente adquiridas e a experiência profissional, são completadas por uma formação que implica adesão responsável e compromisso pessoal. A formação do gerontologista exige uma formação pessoal, uma responsabilidade, onde o gerontologista se implica numa agenda rogeriana que procura criar as condições necessárias e suficientes que permitam actualizar as potencialidades de vida e existência do idoso.

Neste contexto da formação avançada, o mediador – gerontologista não é apenas um técnico, alguém que adquiriu um conjunto de competências no contexto gerontológico. Tem de se empenhar num saber prático que o modifica (conhecimento como *πράξις*) e também filosófico que o tornam apto a compreender e a acompanhar os outros no seu processo de sentido para a morte³⁶², *ie*, de viver intensamente, em permanente actualização e em projecto (mesmo com alguma ou algumas dimensões diminuídas).

É óbvio que esta concepção de formação em Gerontologia precisa, numa lógica de investigação-acção, ser testada. Não basta fundir lógicas já bem aceites num novo contexto de actuação para que os resultados surjam. Mais ainda, qualquer modelo de formação precisa ser continuamente aperfeiçoado, tanto mais não seja pelo ajustamento entre os pedidos contextuais e as características dos formandos.

³⁶² Voltando ao Professor H. C. Silva, ainda permanece comigo a sua pergunta: que é mais importante, a vida ou a morte?”

Cap. 5

**O Perfil
do Idoso
em
Vila Nova de Gaia**

USC

Cap. V – O Perfil do Idoso em Vila Nova de Gaia.

A descrição do fenómeno do envelhecimento, a sistematização das teorias e as considerações sobre a Gerontologia Educacional completam-se com este capítulo sobre os dados empíricos recolhidos em Vila Nova de Gaia.

A escolha de Vila Nova de Gaia para este estudo prende-se com três factores: i. as características próprias do Concelho que, em muitas das suas características demográficas e geográficas, reproduz características nacionais; ii. ter iniciado actividade docente na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia; iii. ter sido então acolhida a proposta de trabalho apresentada pelos órgãos da Escola (Direcção, Conselho Científico e Conselho Pedagógico), o que permitiu envolver a Escola e os Alunos dos primeiros anos na preparação e na aplicação dos inquéritos.

A pergunta de partida deste estudo foi: “como vivem os idosos em Vila Nova de Gaia?”³⁶³. Naturalmente, a pergunta foi decomposta noutras que enquadraram um estudo realizado ao longo de três anos (2004 – 2006), fazendo o levantamento de Condições de Vida, Qualidade de Vida e Bem-Estar em pessoas com 65 anos ou mais, residentes em Vila Nova de Gaia.

Trata-se de um estudo descritivo, que procura identificar algumas características de uma amostra “quase - representativa” (cf. Nota de rodapé nº 337), analítico, dado que procura encontrar possíveis relações entre as variáveis, e transversal, apesar de ser simultaneamente uma componente de coorte.

Foi escolhido este tipo de estudo porque é adequado em termos exploratórios para avaliar alguns problemas de Saúde e Qualidade de Vida e permite descrever a distribuição de alguns factores de risco relacionáveis com outras características, bem como medir a frequência e caracterizar alguns factores de risco conhecidos.

Este capítulo subdivide-se em três partes: i. objectivos e processos metodológicos; ii. descrição dos resultados e comparação com outros estudos realizados em Portugal; iii. análises estatísticas.

5.1. Objectivos e Processos Metodológicos.

Neste parágrafo identificam-se os objectivos genéricos, os procedimentos empregues na sua preparação, durante a recolha de dados e no seu tratamento e os diversos actores envolvidos.

³⁶³ Esta é uma pergunta de partida que já integra as claras delimitações deste trabalho. De facto, as melhores perguntas seriam: i. Quem são os idosos em Vila Nova de Gaia? ii. O que significa envelhecer em Vila Nova de Gaia? A resposta à primeira – o Quem – implica um contacto directo, um conviver, uma abordagem etnológica que estava fora dos recursos materiais e temporais deste trabalho; a segunda pressupõe uma fenomenologia do envelhecimento que pressupõe não só a etapa anterior – partir das “coisas mesmas”, mas ainda as restantes fases do método fenomenológico que permitam chegar “às essências” e “à comunicação das essências”. Talvez um dia venha a ter as condições necessárias e suficientes para o realizar.

5.1.1. Objectivos Genéricos

Concebe-se que uma Gerontologia que procura intervir nos domínios socioeducativos e da saúde deve partir de um conhecimento fundamentado da realidade. Assim, os objectivos gerais deste trabalho empírico são: i. aceder à autopercepção dos idosos de Vila Nova de Gaia sobre a sua realidade; ii. descrever as condições de vida de uma percentagem significativa da população com mais de 65 anos de Vila Nova de Gaia, privilegiando as suas condições de habitação, saúde, actividades, preocupações e satisfação e ainda a sua Qualidade de Vida; iii. permitir uma formação prática em Gerontologia pelo contacto directo dos alunos dos primeiros anos dos cursos de saúde com população com mais de 65 anos, através da recolha de dados por questionário e por entrevista; iv. enunciar orientações para uma Gerontologia Educativa e Educacional considerando Vila Nova de Gaia.

5.1.2. Métodos de Inquirição

Na recolha dos dados empíricos estiveram envolvidos cerca de 650 alunos da disciplina de Trabalho de Campo Antropológico, do primeiro ano dos cursos de Análises Clínicas e Saúde Pública, Enfermagem, Dietética, Farmácia, Fisioterapia e Radiologia da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia. Estes alunos tiveram uma formação teórica prévia em Gerontologia Social, durante 4 horas, e em Métodos de Investigação, durante 40h, onde foram introduzidos às Técnicas de Pesquisa no Terreno, basicamente a Observação (participante e não participante), Entrevistas e recolha de dados através de inquéritos com uso de formulário e de questionários. Posteriormente, durante 30 horas, os alunos fizeram preparação prática com “desempenho de papéis”, psicodrama, treino de entrevista e aplicação de instrumentos. Durante a semana de Trabalho de Campo os alunos foram organizados em pares e em grupos entre oito e doze elementos distribuídos por zonas geográficas específicas em Vila Nova de Gaia.

Na preparação das semanas de Recolha de Dados foi feita uma comunicação e uma apresentação às entidades públicas (Administração Regional de Saúde – Norte, Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia e Juntas de Freguesia) e privadas (Stª. Casa de Misericórdia de Vila Nova de Gaia, Paróquias e outras Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS).

As zonas geográficas específicas foram negociadas com as freguesias que distribuíram mapas e chegaram a organizar alguns aspectos logísticos: espaço para refeições, meios de transporte, etc.

Os alunos foram acompanhados pelo professor que se deslocava entre os diferentes grupos e que promovia reuniões sistemáticas de acompanhamento e supervisão na escola e noutros locais, como nas sedes das Juntas de Freguesia ou nos Centros de

Saúde. Assim, a aplicação dos questionários, entrevistas, os relatos observacionais e as notas de trabalho de campo foram sendo acompanhadas. No final cada aluno elaborou um relatório que foi discutido com o professor. Nesse relatório, cada aluno descreveu as actividades próprias desenvolvidas em conjunto com o seu par, sejam as entrevistas e questionários, sejam as suas observações, bem como uma reflexão sobre a sua actividade, o seu contacto com os mais velhos e a sua aprendizagem. Neste exercício procurou-se aplicar, com os ajustamentos possíveis, duas técnicas propostas por Lincol e Buda (1985) sejam a “replicação” (duas pessoas acompanham-se na aplicação dos instrumentos e dialogam entre si permanentemente) e a “auditoria” feita pelo professor que procurou acompanhar e avaliar os processos de recolha e ainda o produto – notas de campo, transcrições de entrevistas, inquéritos entregues e a reflexão final dos inquiridores.

Neste processo, o primeiro ano (2004) foi uma etapa importante de aprendizagem. O primeiro “Trabalho de Campo” decorreu nas semanas de 23 de Março a 2 de Abril entre as 9 e as 17 horas, com interrupção no fim de semana, e envolveu os alunos dos Cursos de Fisioterapia, Dietética e Radiologia. Foram feitas mais de um milhar de entrevistas e inquéritos que permitiram identificar, em concreto, muitas das dificuldades sentidas pelos idosos e alunos na aplicação do instrumento. Em vários contextos institucionais, Centros de Saúde, Centros de Dia, Juntas de Freguesia e Lares o início das entrevistas e a aplicação dos questionários foi feito pelo professor e observado pelos alunos. Todo o processo de acompanhamento dos alunos permitiu perceber melhor as dificuldades decorrentes de um inquérito longo (30 a 45 minutos) e com algumas questões mais delicadas como as referentes à perda involuntária de urina, ou às questões que envolviam o sentimento de inutilidade/utilidade e felicidade/ infelicidade.

A actividade facilitou um processo de “encontro” entre avós e netos, embora tivessem existido resistências em ambos os grupos. As dificuldades e resistências mais frequentes entre os idosos foram tanto o “excesso” de colaboração (pelas necessidades de atenção do idoso), como “as dificuldades” de colaboração (desconfiança dos entrevistados e receio do que seria feito com a informação).

As dificuldades dos alunos tiveram a ver com as resistências habituais ao contacto com pessoas “estranhas”, o receio de recusa pelos idosos, a dificuldade em se centrarem na tarefa sem se dispersarem em relatos marginais, o embaraço perante algumas questões “que se não põem aos avós”, e algumas situações sociais graves³⁶⁴.

³⁶⁴ Um grupo de seis alunos do curso de enfermagem manteve durante quase duas semanas contacto diário com uma idosa, com quem partilharam alimentos, fizeram a higiene da casa e fizeram companhia. Estes alunos não só se viram confrontados com uma situação nova, como não entendiam o abandono e a falta de apoio social.

A experiência obtida no primeiro ano, permitiu melhorar vários aspectos e confirmar os que se mostraram eficientes e positivos. A formação dos alunos passou a contemplar com maior atenção as dificuldades de preenchimento dos questionários e a uniformização dos procedimentos, com a finalidade de incrementar a qualidade e fiabilidade dos dados, evitando assim enviesamentos na recolha, sua transcrição e posterior análise e interpretação. Trabalharam-se de forma mais cuidada os seguintes aspectos: i. contacto inicial e autoapresentação; ii. a apresentação das questões pelos alunos, para que a linguagem fosse a mais adequada e os ritmos respeitados; iii. o treino sobre a forma de centrar o inquirido na tarefa; iv. a compreensão do sentido das respostas e a sua transcrição para o formulário; v. a atenção aos aspectos comunicacionais não verbais, tais como o tom das perguntas ou os sinais de nervosismo ou impaciência (bater o pé, desviar o olhar, olhar o relógio...); vi. o treino sobre a avaliação das condições de resposta dos idosos e garantindo a sua capacidade de resposta.

Por outro lado, o instrumento de Recolha de Dados foi aperfeiçoado, para ser aplicado nos dois anos seguintes.

Outro aspecto trabalhado foi a expressão e o acolhimento das emoções dos inquiridos, mostrando as diferenças entre as atitudes relacionais mais comuns: simpatia (identificação com os sentimentos expressos pelo inquirido), antipatia (um sentimento contrário ao expresso pelo inquirido) e, mais difícil de conseguir, a atitude empática (a capacidade de sentir os sentimentos expressos pelo outro, mas sem identificação)³⁶⁵.

Os dados apresentados na Base de Dados foram recolhidos durante duas semanas nos dois anos consecutivos: entre os dias 14 e 18 de Março de 2005 e 16 e 19 de Maio de 2006³⁶⁶. Foram contempladas todas as vinte e quatro Freguesias de Vila Nova de Gaia apesar das dificuldades levantadas pelas suas diferenças em número de idosos, geografia e acessibilidades. Algumas freguesias têm os seus grupos populacionais muito concentrados enquanto outras estão muito dispersas. As condições de recolha também se diferenciam, sendo distinta a recolha de dados no domicílio, na rua ou em contexto institucional. A etapa seguinte, a elaboração da Base de Dados em SPSS (SPPS 10 e 11) e o lançamento dos dados na base de dados foram da responsabilidade do autor. A análise e tratamento dos dados fez-se já em 2007, com recurso ao SPSS 14³⁶⁷.

³⁶⁵ Um dos aspectos mais difíceis com que alguns alunos se defrontaram foi o sentimento de impotência perante o sofrimento em que vivem muitos idosos. Perante isso, muitos alunos fizeram uma identificação com os idosos ao ponto de evitarem fazer “as perguntas mais difíceis” (exemplos: sente-se útil? “Tem perda involuntária de urina?”), e, no pólo oposto, três alunos não conseguiram realizar a tarefa.

³⁶⁶ Para evitar duplicação de respostas, no segundo ano questionavam-se os inquiridos sobre uma eventual resposta no ano anterior.

³⁶⁷ Para se ter uma ideia do trabalho envolvido, calcula-se que o tempo necessário para recolher os inquiridos terá sido de 3000h (considerando cerca de 30 minutos por inquirido), tendo o autor dispendido mais de 1000h

5.1.3. Os sujeitos³⁶⁸ da investigação.

O concelho de Vila Nova de Gaia está dividido em 24 freguesias com enormes diferenças entre elas. Assim, segundo o *Census* de 2001 (INE), Mafamude terá mais de 38.600 habitantes e outras Freguesias como Seixezelo e Sermonde têm menos de 2.000 residentes, a que correspondem cerca de 370 e 570 unidades familiares, respectivamente. Algumas são exclusivamente urbanas, com comércio e serviços – a cidade de Vila Nova de Gaia é a terceira do país, outras têm um maior peso de actividades industriais e rurais, outras são predominantemente rurais e há ainda uma freguesia com actividade piscatória de peso. Outro aspecto importante é a diferença entre a orla costeira e o interior. É um concelho em grande crescimento e modernização.

Na enorme dificuldade que consistia em garantir uma amostra estatisticamente representativa³⁶⁹ e uma relativa homogeneidade, definiram-se três objectivos em termos de percentagens relativas aos idosos recenseados em 2001: i. que fossem inquiridos idosos de todas as freguesias; ii. que em nenhuma das freguesias fossem inquiridos menos de 10% de idosos recenseados; iii. que um valor óptimo, atendendo aos meios, seria de 20%. Em resultado (Cf. Tabela 6), apenas na freguesia de Avintes houve um valor inferior (9%), sendo Perosinho a segunda freguesia com menor percentagem de inquiridos relativamente à população, 15%. Em outras três freguesias obteve-se uma percentagem de 17% (Pedroso e Vilar Andorinho) e 18% em Seixezelo. Nas restantes freguesias foram obtidos valores superiores a 21% e numa freguesia mais de 70% (Afurada)³⁷⁰.

Em função do número de alunos, da densidade e da dispersão das freguesias, os alunos foram distribuídos no primeiro ano por dez freguesias de maior densidade populacional e no segundo ano pelas catorze seguintes, com menos população, mas mais dispersas.

Foram inquiridos pessoas com 65 ou mais anos, capacitados para responderem, cognitivamente orientados (capazes de identificarem pelo menos o local e data) e que, depois de informados sobre os objectivos do inquérito, responderam voluntariamente. Os inquéritos são anónimos por imposição da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) criada pela Lei 67/98 e que decorre da Directiva 95/46/CE ou teria de ser pedido a cada inquirido uma declaração que permitisse o uso dos dados.

no lançamento dos dados (cerca de 10 minutos por inquérito). Além destas horas houve ainda necessidade de preparação do inquérito, contactos com as entidades públicas e privadas e análise da Base de Dados.

³⁶⁸ Prefere-se falar em sujeitos do que indivíduos, porque se não tratam de dados de indivíduos isolados, mas de pessoas em interacção, do um encontro de subjectividades, onde a estranheza e a proximidade e até o encontro são possíveis.

³⁶⁹ O que implicaria o recurso a um processo de amostragem aleatória (e não por conveniência, como aquele que foi adoptado) garantindo dessa forma que todos os idosos teriam a mesma probabilidade de ser integrados na amostra.

³⁷⁰ Tal deve-se às características geográficas únicas desta freguesia com um bairro de pescadores bem delimitado e que foi integralmente coberto no decurso do Trabalho de Campo.

Nas zonas mais urbanas predominou o contacto na rua com os transeuntes enquanto nas zonas mais rurais se fez um contacto porta-a-porta, por unidade de alojamento. Alguns idosos foram contactados em serviços públicos (Clínicas e Centros médicos) ou em Lares e Centros de Dia para Idosos.

Em resultado, são apresentados os resultados dos inquéritos a 6.269 pessoas, o que corresponde a cerca de 18% dos 34.342 idosos recenseados em 2001 e distribuídos pelas 24 freguesias, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos, dos quais 46% são do Género Masculino e 54% do Género Feminino; 66% são casados ou equiparados, 27% são viúvos e 79% têm pensão de reforma.

5.1.4. A construção do instrumento de Recolha de Dados.

O instrumento passou por várias fases na sua concepção, tendo sido iniciado a partir das leituras prévias (Cf. Cap. 3, pontos 1.1 e 1.2) e, sobretudo, dos contactos directos com os senescentes.

A primeira versão foi concebida, partindo de uma Grelha de Qualidade de Vida (tema Central do trabalho) e com questões abertas cobrindo os domínios que na literatura consultada determinam “um bom envelhecimento”: alimentação saudável, actividade física e mental e participação social. A Escala escolhida tinha a vantagem única de permitir comparar os dados com os de estudos portugueses, que serão posteriormente referidos. Foi usada inicialmente no trabalho empírico no Trabalho de Investigação Tutelado em 2002 (J. Ferreira, 2002), sendo então aplicada a 32 idosos. Posteriormente, durante os anos de 2002 e 2003 foram inquiridos 35 idosos em espaços públicos, recorrendo a uma primeira formulação do questionário sobre Consumo de Bebidas e Alimentos, sobre Saúde Mental, Preocupações e Satisfação com a Vida, Grelha de Qualidade de Vida e Índice de Apgar Familiar. Também foram usadas algumas questões abertas sobre os temas objecto de estudo. Destes indivíduos, doze foram inquiridos em Macedo de Cavaleiros³⁷¹, catorze no Largo da Câmara Municipal de Matosinhos e onze na cidade do Porto (na zona da Ribeira).

A partir deste pré-inquérito, teve-se em consideração o modelo de Qualidade de Vida de Lawton (1983) e as recomendações específicas para a acção em Gerontologia emanadas pelas Assembleias sobre o envelhecimento (Requejo Osório, 2002: 62) que, com excepção das questões sobre o “meio ambiente”, acabaram por ser referidas. O instrumento construído foi depois sujeito ao parecer de vários especialistas de áreas distintas, nomeadamente ao Professor Doutor Agustín Requejo Osorio (no domínio da Formação e Educação de Adultos) e ainda aos membros dos Concelhos Científico e

³⁷¹ Com os quais passei uma tarde de “malha”, um jogo popular onde se tenta acertar num alvo usando uns discos de ferro. Este mostrou ser uma boa prática, porque permite conjugar convívio, jogo e exercício físico de precisão.

Pedagógico da Escola Superior de Saúde de Vila Nova de Gaia, nomeadamente dos Profs. Doutores Pereira Leite (Prof. Catedrático de Medicina, na especialidade de Obstetria e Ginecologia), Araújo Teixeira (Prof. Catedrático de Medicina, na especialidade de Cirurgia) e Lopes Vaz (Prof. Catedrático de Medicina, em Reumatologista).

Foi posteriormente ensaiado em “situação real” e alargada (na Av. da República em Vila Nova de Gaia, em Canidelo junto à praia e na Madalena) pelo autor e por alunos preparados nas aulas em Março de 2004. Neste processo, num esforço para melhorar a precisão dos instrumentos de medida, foi feita a avaliação das respostas: para alguns itens, sobretudo, os que resultaram de uma sistematização das questões abertas, procurou garantir-se a inteligibilidade da questão pelos inquiridos e a facilidade de registo pelos alunos para diminuir tanto quanto possível as variações decorrentes de deficits de observação ou registo; as restantes questões foram avaliadas em termos comparativos de forma a obter uma confirmabilidade dos dados (Lincoln e Guba, 1985). Em resultado desta avaliação, o formulário acabou por ser novamente aperfeiçoado através da eliminação de algumas questões abertas (o questionário revelou-se demasiado longo e cansativo) e pelo aperfeiçoamento de outras³⁷², para evitar algumas das dificuldades sentidas pelos alunos. De facto, as questões abertas foram inicialmente concebidas para se otimizar o formulário, inserindo temas centrais na óptica dos respondentes e cujas possibilidades de resposta fossem facilmente apreendidas e transcritas pelos inquiridores. Por outro lado, verificou-se que as questões abertas facilitam a dispersão do respondente por outros acontecimentos de vida que, embora importantes, se afastam dos objectivos propostos³⁷³. Por vezes, o idoso acabava por perder noção do tempo, cansava-se e acabava por nem completar o questionário, nomeadamente a Grelha de Qualidade de Vida que permite determinar o Índice de Qualidade de Vida (IQV). Entre as questões abandonadas pela resistência e dispersão que provocavam encontram-se questões sobre a prática religiosa, bem como sobre a mobilidade social e profissional. A melhor organização das categorias de resposta também permitiu transformar algumas questões abertas em fechadas. Dos resultados obtidos constitui-se o inquérito final aplicado nos dois anos seguintes e apresentado em anexo (Anexo 1).

³⁷² Dado que a Qualidade de Vida implica uma dimensão subjectiva evidente, o inquérito inicial tinha um número que se mostrou excessivo de questões de controlo, para garantir maior fidedignidade. Todavia, a repetição de questões semelhantes ou cujas nuances não eram claras implicavam maior desconforto para inquiridos e inquiridores. Logo, para minimizar ao máximo a sensação de repetição, mantiveram-se um número mínimo de questões redundantes para os domínios onde se encontrou maior resistência e diversidade de respostas. Estas questões foram ainda redistribuídas pelo instrumento.

³⁷³ As questões eliminadas prendiam-se com aspectos como: i. mobilidade social e profissional, seja do próprio idoso ao longo da vida, mas ainda relativamente aos ascendentes e descendentes; ii. freguesia de origem; iii. confissão religiosa...; iv. identificação de grupos de medicamentos consumidos; v. melhor discriminação dos alimentos consumidos (por exemplo, entre os diferentes tipos de pão...)

A versão final do instrumento usado é um formulário de hetero-preenchimento que tem a vantagem imediata de possibilitar a resposta dos analfabetos ou de quem tem baixa literacia, o que se mostrou adequado.

Em resultado deste processo, chegou-se a um formulário que se divide em 5 partes: 1ª Caracterização Genérica; 2ª Habitação: habitação, condições de habitabilidade e bens de consumo; 3ª Saúde: alimentação, bebidas e tabaco; estado de saúde, saúde mental, consumo de medicamentos e serviços, cirurgias, dores, peso e altura; 4ª Actividades, incluindo Actividades de Vida Diária (AVD), exercício físico, lazer, actividade laboral e actividade comunitária; 5ª parte: Qualidade de Vida e Bem-Estar, incluindo um questionário sobre satisfação e preocupações com a vida e ainda dois instrumentos padronizados (Índice de Apgar Familiar adaptado de Smilkstein, 1978 e 1982 e a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso da Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, 1993). Todavia, existem distribuídas algumas questões de *controlo* em partes distintas. Por exemplo, relativamente aos rendimentos e respectivas fontes, que as pessoas tendem a omitir, estes são indirectamente avaliadas a partir da “fonte de rendimentos”, dos “bens de consumo”, da “percentagem de rendimentos gasta em medicamentos” e apenas surge uma pergunta directa na Grelha sobre Qualidade de Vida³⁷⁴.

5.2. A justificação das questões incluídas, a sua operacionalização e principais resultados:

A extensão do inquérito (mais de 140 variáveis) obrigou a que se ensaiassem várias formas de apresentação. Primeiro, fez-se uma apresentação mais sistemática, distinguindo entre a apresentação das variáveis, a sua justificação e operacionalização, e a descrição dos dados obtidos, os respectivos comentários e a sua comparação com outros estudos. Todavia, verificaram-se algumas dificuldades na leitura, nomeadamente pela previsível dificuldade do leitor em acompanhar simultaneamente a descrição das variáveis e os respectivos resultados. Em resultado, optou-se por uma descrição mais sintética, para facilitar a leitura e a inteligibilidade do texto.

Neste caso mostrou-se necessário anteceder a descrição das variáveis e dos resultados com dois pontos prévios. No primeiro faz-se referencia aos estudos que são considerados em termos comparativos; no segundo, é apresentada uma caracterização de Vila Nova de Gaia.

5.2.1.1. Primeiro ponto prévio: os dados recolhidos e a referência aos estudos comparativos.

³⁷⁴ Segundo a cultura portuguesa: “primeiro, não se fala de dinheiro com estranhos, segundo, porque as pessoas têm tendência a esconder ou a omitir a informação” (L. Sousa, 2004: 35).

Apresentados os objectos do trabalho empírico e as suas diversas fases porque passou a sua construção, indicam-se os instrumentos e as variáveis, os resultados apresentados e os respectivos comentários. Neste processo tomam-se em particular consideração quatro estudos já realizados: i. o Estudo da Qualidade de Vida do Idoso (DGS, 1995) – onde se apresenta o instrumento de avaliação de Qualidade de Vida usado também neste estudo, bem como os resultados de aplicação desse instrumento a 2.137 indivíduos; ii. uma Observação dos Cidadãos Idosos no Princípio do Século XXI (2001) do Observatório Nacional de Saúde (ONSA) – que procurou fazer uma caracterização dos Idosos no início do século; iii. um estudo sobre a Qualidade de Vida do idoso no distrito de Bragança (L. Gonçalves, 2002) que também utilizou o mesmo instrumento de avaliação da Qualidade de Vida usado neste estudo e (iv) os mais recentes dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005, recentemente apresentados.

Para que se tenha uma melhor ideia das possibilidades e limites das comparações entre os quatro estudos, faz-se uma sistemática (Quadro 7) destes em termos de seis características: dimensão da amostra, género, idade, tipo de recolha, distribuição geográfica e Grelha de Qualidade de Vida do Idoso.

Assim, nos dois primeiros estudos predominam os indivíduos do género feminino (62 – 59%), com uma média de idades superior. Nos dois seguintes a distribuição dos géneros é mais uniforme. Dois estudos são suportados por entidades públicas, a Direcção Geral de Saúde (DGS) e o Observatório Nacional de Saúde (ONSA) e procuram dar uma perspectiva nacional. Os outros dois são realizados no âmbito de teses de doutoramento e procuram caracterizar uma região. À excepção do estudo Mocecos, os restantes usam a Grelha de Qualidade de Vida do Idoso.

Quadro 5 – Sinopse dos vários estudos usados para comparação.

Características Estudos / ano publ.	n	Género (%)		Média de Idades		Tipo de Recolha	Âmbito Geográf.	Grelha IQV
		♀	♂	♀	♂			
GQVI, DGS (1995)	2137	61,9	38,1	74,8	73,5	Inquérito em C. Saúde e Domicílios	Alargado Centro e Sul	Sim
SQVI – (2002)	979	59,2	40,8	75,5	74,5	Inquérito em C. Saúde, de Dia e Lares	Distrito de Bragança	Sim
Mocecos / ONSA (2001)	692	53,6	46,4	73*		Entrevista Telefónica	Alargado (Nacional)	Não
PIVNG – Tese (2007)	6229	53,8	46,2	73	72	Trabalho Campo	Vila Nova de Gaia	Sim

* Este estudo não discrimina a média por géneros.

A apresentação e respectivos comentários faz-se numa ordem que segue a organização do instrumento aplicado, ie, seguindo sequencialmente as cinco partes consideradas.

5.2.1.2. Segundo ponto prévio: caracterização sumária de Vila Nova de Gaia, indicação da cobertura de cada freguesia.

Para situar o Concelho de Vila Nova de Gaia recorreu-se à caracterização feita pelo INE na sua última actualização (20 de Junho de 2007) relativa aos dados de 2005. Com uma superfície de 168,7 km² e uma população residente em cidades de 178.255 indivíduos, para um total de 297.296 habitantes, tem uma densidade populacional média (n de indivíduos / km² por local de residência) de 1.804,1, mas que é muito variável entre as várias freguesias. Em termos de equipamentos de saúde, existem dois hospitais (um público e outro privado) e 4 centros médicos do Serviço Nacional de Saúde que se distribuem ainda por mais 19 extensões.

Na caracterização³⁷⁵ da amostra verifica-se que foram obtidos dados em todas as 24 freguesias. Assim, dos 34.347 idosos recenseados pelo Censos de 2001 em Vila Nova de Gaia, foram inquiridos 6.229³⁷⁶ idosos, o que corresponde a 18 % do total de idosos recenseados nesse Censur.



Fig. 16 – Mapa do Concelho de Vila Nova de Gaia, representando todas as Freguesias (Fonte: ANMP Associação Nacional dos Municípios Portugueses)

Este valor é relativizado pelo facto de o número de idosos ser em 2005 e 2006, os anos de recolha de dados, provavelmente mais elevado do que em 2001. Além disso, a

³⁷⁵ Nesta descrição o uso de gráficos e tabelas faz-se em função da facilidade de percepção dos dados, fazendo-o na sequência com que são respondidos no Inquérito.

³⁷⁶ De facto foram recolhidos 6.402 questionários, todavia, foram rejeitados 173 por razões como: considerarem indivíduos com menos de 65 anos, estarem insuficientemente preenchidos e apresentarem indicações nesse sentido pelos inquiridores.

população de Vila Nova de Gaia tem crescido continuamente, sendo que o número de habitantes em 2001 seria de 271.900 habitantes, sendo os menores de 15 anos 47.000; já em 2005 seria de 297.296 e o número de menores de 15 anos de 49.841 e em 2006 seriam 300.868, dos quais 49.911 menores de 15 anos (Fonte: ANMP, 2007)³⁷⁷.

Outra constatação relevante é, e considerando os dados do Census 2001, de apenas numa das freguesias a percentagem de idosos inquiridos ser inferior a 10% (8,9) e numa das freguesias chega mesmo a atingir os 79 %. A Geografia justifica esta distribuição diferente, dado que a malha urbana e densa facilita a acessibilidade aos inquiridores e, por outro lado, a dispersão rural apresentava maiores dificuldades, seja no acesso a casas mais isoladas, seja pelo contacto dos residentes nos campos e jardins no interior das casas e propriedades.

Tabela 6 – Distribuição do número de inquiridos por freguesias

Freguesias	Nº de Cidadãos com ≥ 65 anos (Census 2001)	Nº de Cidadãos inquiridos ≥ 65 anos	% de Cidadãos inquiridos
Vila Nova de Gaia	34347	6229	18
Sermonde	141	30	21
Seixezelo	220	39	18
Crestuma	346	81	23
Lever	355	81	23
Perozinho	784	103	13
Avintes	1545	138	9
Sandim	696	153	22
Olival	549	154	28
Serzedo	847	191	23
Vilar de Andorinho	1267	215	17
Gulpilhares	1065	230	22
Canelas	1046	246	24
Grijó	1182	252	21
S. Pedro da Afurada	340	267	79
Madalena	1232	273	22
Vilar do Paraíso	1352	305	23
São Félix da Marinha	1400	312	22
Valadares	1255	317	25
Arcozelo	1561	339	22
Pedroso	2096	358	17
Canidelo	2264	461	20
Oliveira do Douro	2755	483	18
Santa Marinha	4502	577	13
Mafamude	5547	625	11

Fonte – Census 2001 (INE) e os dados obtidos no inquérito.

³⁷⁷ Todavia este enorme aumento de habitantes é de gerações mais jovens e concentra-se nas áreas de maior densidade urbana e é residual nas freguesias de interior e rurais.

5.2.2. Primeira parte, a caracterização genérica dos inquiridos:

Na sequência do que já foi dito apresenta-se de forma sequenciada apresentam-se as variáveis, o seu tratamento, a descrição dos dados obtidos e respectivos comentários.

- **Freguesia de Residência** ³⁷⁸ - Vila Nova de Gaia oferece uma enorme diversidade geográfica, económica e social. Nas suas 24 freguesias encontramos núcleos urbanos densamente povoados onde predominam serviços e comércio, zonas rurais extensas, zonas industriais, núcleos piscatórios e zonas de lazer e veraneio; procurar-se-á encontrar possíveis variações interfreguesias, nomeadamente, no Índice de Qualidade de Vida.

Distingue-se entre a Freguesia de Residência e o lugar de recolha da informação, dado que muitos idosos necessitam deslocar-se das suas casas para os locais de serviços, nomeadamente administrativos e de saúde. Nos dados apresentados apenas se apresentam as Freguesias de Residência pela dificuldade dos inquiridores identificarem correctamente os lugares, devido à difícil delimitação das respectivas áreas.

No segundo ano de recolha de dados os inquiridos foram naturalmente questionados sobre uma eventual resposta anterior, pelo que o inquérito poderia ser substituído por uma entrevista³⁷⁹ se o potencial entrevistado se mostrasse disponível³⁸⁰.

- **Género [A1] e Idade [A2]** – fazem parte da caracterização padronizada, sabendo-se pelos diversos estudos do peso relativo destas variáveis nas condições de Vida e na Qualidade de Vida do Idoso.

Por exemplo, os vários estudos consultados indicam diferenças de resultados nas Escalas de Qualidade de Vida, por Género e por Idade e pela conjugação de ambos (o género feminino tem uma maior longevidade que é associada a perdas na Qualidade de Vida).

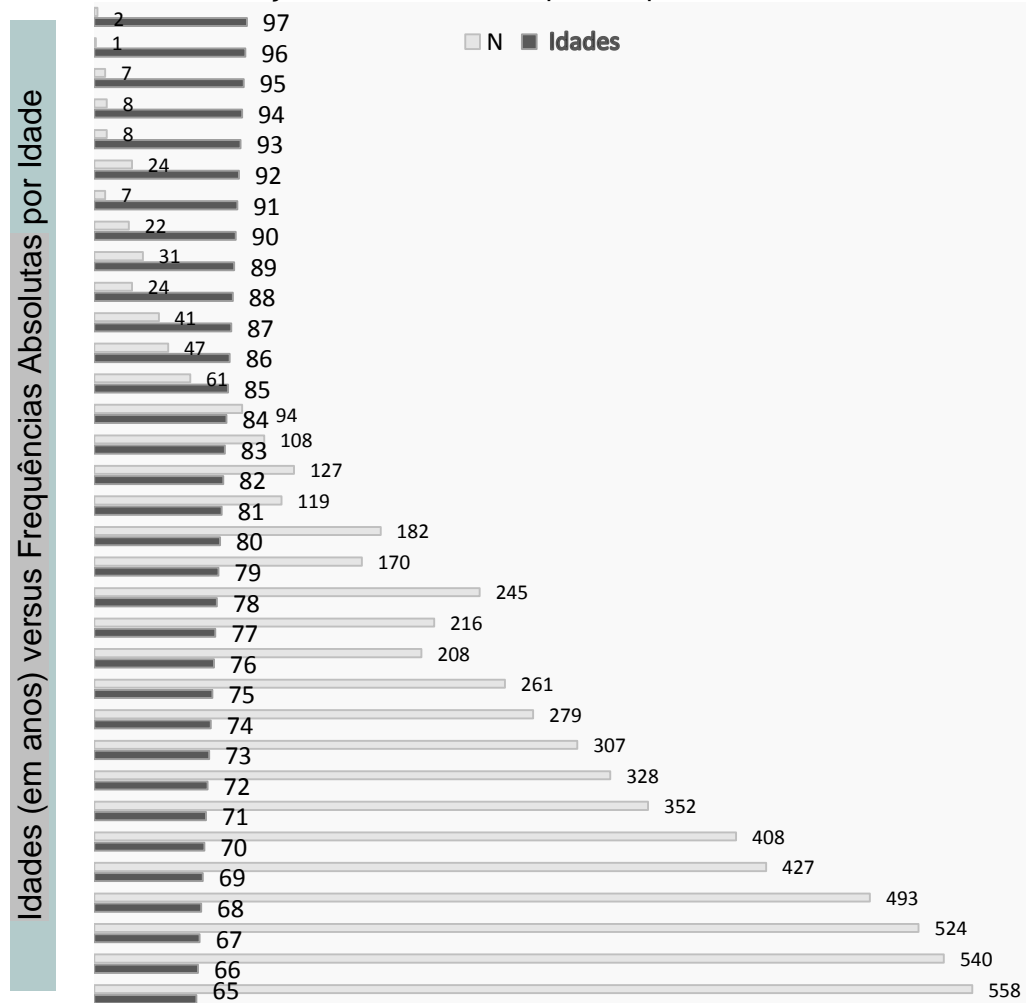
Relativamente às idades, encontramos a seguinte distribuição nos dados recolhidos:

³⁷⁸ Para facilitar o acompanhamento do formulário e dos resultados coloca-se á frente de cada variável designada o seu respectivo código. Por exemplo: Freguesia (O1); Género [A1] e sucessivamente.

³⁷⁹ Dessa forma evitava-se que o inquirido que se dispunha a responder tivesse, de algum modo, a sensação de menor utilidade. O Material recolhido nas entrevistas não é considerado neste estudo.

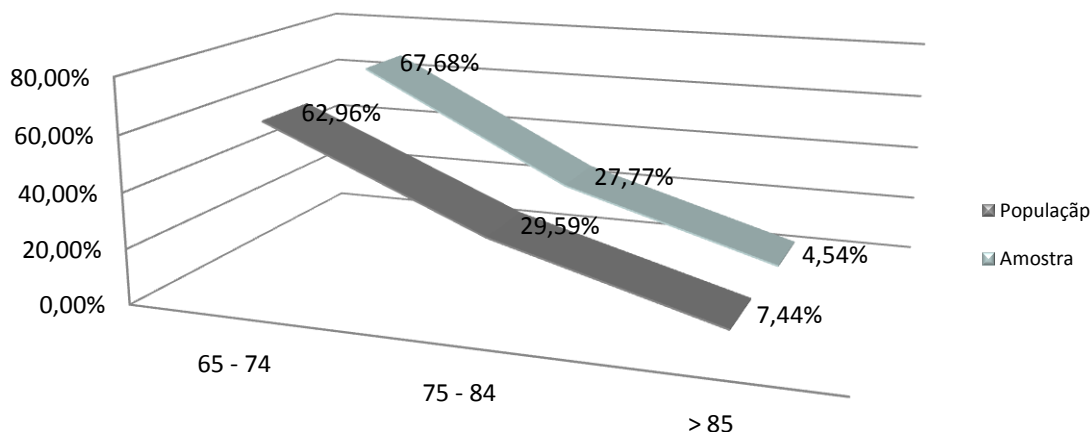
³⁸⁰ Nestas entrevistas apareceu com maior frequência as perguntas sobre a utilidade e a finalidade da tarefa. Até porque muitos idosos se questionavam sobre com os dados recolhidos em muitos inquéritos para que são solicitados. Ora, o facto de muitas vezes não haver nem feedback nem resultados óbvios tende a criar naturalmente alguma resistência para as respostas.

Gráfico 2 – Distribuição do número de inquiridos por Idade.



Usando os conceitos de Envelhecimento Primário, Secundário e Terciário foi feita uma comparação entre os dados obtidos e a População que corresponde aos dados obtidos pelo Census 2001. Verifica-se que para o total da população recenseada (34.347) a classe dos 65 aos 74 anos, tem 21.625 indivíduos (63%), a dos 75 aos 84, tem 10.164 indivíduos (29,6%) e a dos indivíduos com mais de 85 anos, corresponde a 2.556 (7,4%). Nos dados obtidos para este trabalho (n= 6.229) a primeira classe tem 4.216 inquiridos (67,7%), a segunda 1.730, correspondendo a 27,7% e a dos maiores de 85, 283, correspondendo a 4,6%. Assim, tal como se esperava pela pirâmide das idades (INE) o grupo etário dos 65-74 anos foi dominante. Todavia, os inquiridos neste estudo são relativamente mais jovens do que a população. Acresce ainda que ao longo dos anos que medeiam entre a recolha dos dados pelo INE (2001) e os anos de recolha dos dados deste estudo, a população aumentou certamente a sua tendência para o envelhecimento, com o aumento acrescido dos mais longevos.

Gráfico 3 - Comparação entre a População e a distribuição por Idade dos inquiridos.



Fonte - Census (2001) e dados obtidos no inquérito (2005-2006).

Apesar da proximidade evidenciada pelo gráfico comparativo das percentagens das Idades por classes, verifica-se uma curva crescente favorável às gerações mais jovens nos dados recolhidos para este trabalho. Estas diferenças podem ser justificadas pelos métodos de recolha usados: o INE fez um inquérito extensivo a todas as unidades habitacionais e a todos os membros do agregado, enquanto nos dados recolhidos para este trabalho a esmagadora maioria dos inquiridos reportam-se a idosos nas suas actividades diárias: compras, passeios, trabalho, uso de serviços de saúde, etc., cognitivamente orientados e, sobretudo, que aceitaram responder voluntariamente.

O número de idosos inquiridos na habitação é minoritário (estimado em 20%) e provém, sobretudo, das zonas rurais, onde o inquérito se faz muitas vezes no jardim.

Relativamente às duas variáveis consideradas verificamos os valores médios da idade para ambos os géneros. Para o género feminino, a idade oscila entre os 65 e os 97 anos, com um valor médio de 73 anos para 3.351 inquiridos (53,8%). Para os 2.877 inquiridos (46,2%) do Género Masculino, a idade média é 72, oscilando entre os 65 e os 95 anos. Para ambos os Géneros o Desvio Padrão é de 6 anos. Estes valores representam uma ligeira predominância dos indivíduos do sexo feminino, num valor próximo ao do Observatório Nacional de Saúde (53.6%).

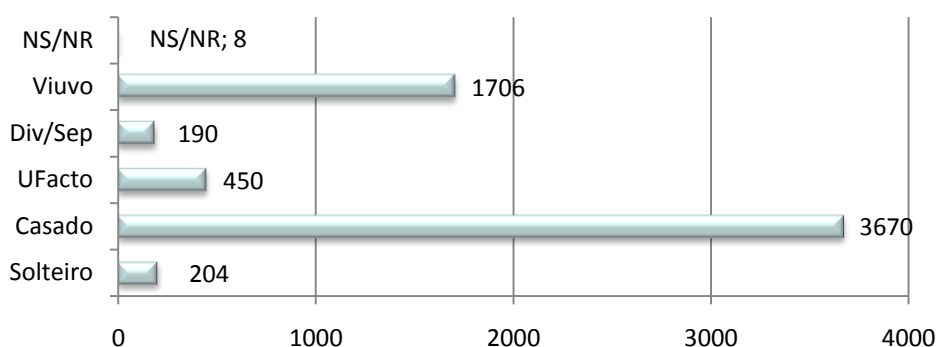
- **Estado Civil [A3]** - em termos do Estado Civil distinguiram cinco condições (Solteiro, Casado, União de Facto, Divorciado ou Separado ou Viúvo) podendo ainda o idoso não se reconhecer em nenhuma destas condições ou, simplesmente não responder.

A distinção entre o Casado e a União de Facto, resulta de se ter encontrado, ao longo da recolha de dados, razões económicas para muitos idosos se manterem não casados, maioritariamente por efeito do risco de perda da pensão de “viuvez”. Por outro lado, o

facto de o idoso viver sozinho por ser solteiro, divorciado ou separado ou viúvo, cobre situações existenciais distintas.

Relativamente ao **Estado Civil [A3]**, as respostas em Vila Nova de Gaia revelaram uma distribuição onde a maioria dos idosos são casados (3.670, 59%), havendo ainda 450 que afirmam viver em União de Facto³⁸¹ (7%), o que significa que 66% dos idosos vivem maritalmente. O número de inquiridos Viúvos é de 1.706 (28%), havendo ainda 394 idosos Solteiros, Divorciados ou Separados, que correspondem a 6% da amostra.

Gráfico 4 - Distribuição da Amostra por Estado Civil.



Os dados do Observatório Nacional de Saúde (2001) indicam uma maior percentagem de indivíduos com Estado Civil *casado ou equivalente* (70,3%), *uma percentagem mais baixa de viúvos* (24,8%) e uma menor percentagem de idosos solteiros, divorciados ou separados (4,9%).

Outro estudo referido da Região de Bragança (L. Gonçalves, 2002: 182), apresenta apenas 49,2% dos idosos casados ou equiparados e 39,5% são viúvos, sendo esta percentagem particularmente marcada por diferenças de género, dada a percentagem de viúvas representar 51,3% da amostra. A percentagem de indivíduos solteiros ou separados/divorciados é a mais elevada dos três inquéritos (11,2%).

A comparação entre os três estudos, revela uma grande proximidade entre os resultados nacionais e em Vila Nova de Gaia e resultados díspares no nordeste do país, com distribuições extremadas: há menos indivíduos a viverem maritalmente e, inversamente, mais indivíduos isolados, seja mais viúvos e solteiros ou separados.

Tais diferenças podem ser parcialmente explicadas pela emigração interna (a deslocação dos trabalhadores para o litoral português), principalmente para Lisboa e zonas limítrofes³⁸², região do Porto³⁸³, mas também para o estrangeiro. Muitas vezes ficavam as

³⁸¹ Muitas destas pessoas, sobretudo mulheres, optam por este regime de comunhão por razões económicas, para poderem manter um regime de pensão anteriormente adquirida.

³⁸² Foi o caso da família do autor que, entre os anos cinquenta e sessenta, se deslocou quase toda para Lisboa.

³⁸³ Dos 29% de idosos provenientes de outros concelhos, a percentagem dos provenientes de Trás-os-Montes, maioritariamente vinham de Bragança, e não chegavam aos 2% (cf. pág.199).

mulheres nas aldeias com os filhos e com os terrenos, regressando os homens em férias, por doença ou reforma.

- **Escolaridade [A4]** - sabia-se antecipadamente subsistirem muitos idosos sem escolaridade e que os níveis de escolaridade são muito baixos. Em termos das categorias de escolaridade e das respectivas designações verificaram-se, sobretudo nos últimos 40 anos, muitas mudanças, pelo que se discriminaram as categorias que melhor identificam as várias designações e mudanças que foram acontecendo no ensino português, seja em termos de anos de escolaridade seja em termos de designação³⁸⁴. Assim, teve-se particular atenção na preparação dos inquiridores para que não aplicassem as suas actuais categorias à escolaridade dos idosos. Todavia, como se previa que um número indeterminado de idosos tivesse feito estudos posteriores, já adultos, o inquérito apresenta simultaneamente as designações mais antigas e actuais. Assim, distingue-se entre os que: i. “Não sabem ler, nem escrever” (não tiveram qualquer contacto com a Escola ou foi muito fugaz); ii. os que soletram ou “sabem ler” apesar de não terem uma certificação formal; iii. os que têm o “Ensino Primário” (3 ou 4 anos de escolaridade) e que agora se designa agora como “Ensino Básico – 1º Ciclo”, o antigo “5º ano” de Escolaridade e que corresponde à actual Escolaridade Obrigatória³⁸⁵ (9 anos); iv. os que fizeram o Liceu ou o actual Ensino Secundário e, por último, Ensino Superior / Universitário.

Neste estudo o **deficit de escolaridade [A4]** da população com mais de 65 anos, é evidente: apenas 3.852 indivíduos (61,9%) declaram ter completado uma formação escolar. Destes, 3.200 (51,4%) fizeram uma formação entre 3 e 4 anos e apenas 656 (10,6%) ultrapassaram esse nível. Pelo Ensino Secundário, incluindo o actual 3º Ciclo do Ensino Básico, passaram 333 (5,4%) da população e apenas 98 (1,6%) têm formação universitária. Mas é ainda mais desolador quando verificamos existirem 1.267 (20,3%) de analfabetos, aos quais se juntam mais 1.106 (17,8%) de idosos que aprenderam a ler e a escrever a partir das necessidades do quotidiana ou apenas frequentaram parcialmente a escola primária.

Num estudo sobre a Qualidade de Vida de Idosos elaborado no Nordeste do país (L. Gonçalves, 2002) a taxa de analfabetismo (“Não sabe ler”) foi de 45%, com um valor para o Ensino Primário Básico de 51% (idêntico ao encontrado para Vila Nova de Gaia) e 2,6% para o Ensino Secundário.

³⁸⁴ Por exemplo, para muitos dos idosos portugueses a escolaridade mínima era de apenas três anos, havendo lugar a um exame final de 3ª Classe. A 4ª classe era considerada já um acréscimo de formação que muitos pais não valorizavam ou que permitiam apenas aos rapazes.

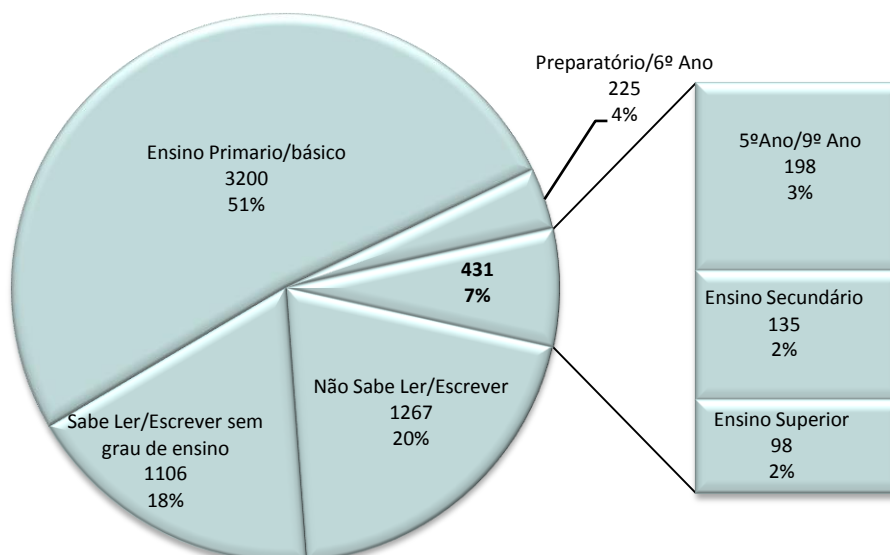
³⁸⁵ Houve ainda uma etapa intermédia que foi integrada nesta e que considerava 6 anos de formação, que se teve outras designações e que identifica no presente como Ensino Básico, 2º Ciclo.

Os valores obtidos pelo ONSA - Observatório Nacional de Saúde (2001:18) indicavam para Portugal 20,7% de idosos que “não sabem ler ou escrever”, 61,9 % que “só sabe ler e escrever ou tem o ensino básico”; por outro lado, 15,8% “tem ensino médio ou equivalente” e 2,2% “tem ou frequenta o Ensino Superior”.

Nota-se uma grande proximidade dos resultados, sendo que as aparentes diferenças resultam de interpretações diferentes, nomeadamente se se considera que indivíduos que sabem soletrar ou assinar o nome, mas não têm grau de ensino, deverão ser classificados como analfabetos (L. Gonçalves, 2002) ou se deverão ser considerados junto com os que apresentam escolaridade mínima (ONSA / Vila Nova de Gaia).

De qualquer modo, todos os estudos evidenciam que o nível de instrução/escolaridade é muito baixo, sendo que o número de indivíduos com quatro anos de escolaridade ou nenhuma, varia entre os 82,6% nacionais, os 89% em Vila Nova de Gaia e os 96% em Bragança. Isto significa que as informações para este segmento da população devem privilegiar a oralidade e a imagem em detrimento de textos, sobretudo se a sua legibilidade e inteligibilidade apresentarem alguma exigência, sob o risco da sua interpretação ser apenas acessível a um grupo relativamente restrito. Estes dados também confirmam a vantagem da opção tomada em termos deste instrumento de recolha de dados, *ie*, tratar-se de um instrumento heteropreenchido³⁸⁶.

Gráfico 5 – Escolaridade dos inquiridos.



Um resultado particularmente interessante é a correlação entre a variável escolaridade com muitas das restantes variáveis, nomeadamente os vários Índices de Qualidade de

³⁸⁶ Os valores reportados por A. Requejo, relativamente à década anterior em Espanha, são igualmente exemplificadores das deficiências de escolaridade na península, sobretudo nas zonas mais pobres: “Cerca de três quartos da população com mais de sessenta anos não tem estudos primários... Destes, uma quarta parte não sabe ler. Só cinco por cento da população total tem estudos médios ou superiores” (A. Requejo, 1997: 259),

Vida e Apgar Familiar, bem como o facto de ser um dos componentes seleccionados para a definição dos clusters. Assim, foram estabelecidas correlações usando-se o coeficiente de correlação de Kendall's tau b, entre a variável Escolaridade com as seguintes variáveis: Tipo de residência (-0,140) - as pessoas com mais escolaridade tendem a viver em moradias; Regime de propriedade (-0,124) – as pessoas com escolaridade ou mais escolaridade têm maior probabilidade de terem casa própria. A Escolaridade ou uma maior escolaridade também está correlacionada com maior frequência de consumo de álcool (0,106) e tabaco³⁸⁷ (0,080), chá e café (0,069)³⁸⁸; hortaliças e legumes (0,073) e frutas frescas (0,085). Em termos de saúde, também se verifica uma correlação entre a Escolaridade e uma melhor autoavaliação do estado de saúde geral (0,183), do estado de saúde comparado com os pares (0,164), do coeficiente de provável saúde mental e bem-estar (0,164), de uma menor percentagem de rendimentos gasta com medicamentos (-0,103), menor frequência do Centro de Saúde (-0,093) e menos dores (-0,109). Também se encontra uma correlação positiva entre a Escolaridade e a satisfação com a família (0,149), com a situação financeira (0,239), com a saúde (0,212) e com os amigos (0,122), bem como com a funcionalidade familiar pelo Índice de Apgar Familiar (0,059) e coma Qualidade de Vida através do Índice de Qualidade de Vida (0,097).

Todavia estas correlações nem sempre são evidentes ou adequadamente estabelecidas. Por exemplo, num estudo recente estabelece-se a associação entre a Escolaridade e deficiências auditivas³⁸⁹. Os autores aduzem razões, tais como uma maior exposição ao ruído ou um maior número de infecções na infância. De facto, esta parece ser a hipótese mais comum: que as pessoas com menos escolaridade tendem a viver com menos condições ao longo da vida, originando um quadro mais negativo no envelhecimento por efeitos da acumulação e do somatório das perdas. Assim, com os anos as desvantagens podem ser agravadas. Todavia, a conclusão mais efectiva é a necessidade de estudos mais ajustados a esta realidade verificada.

Por último, e tal como já foi anetriormente referido, o facto de a maioria da população estar afastada do recurso “Capital Escolar”, diminuiu significativamente o poder deste grupo face aos mais novos e também torna mais relativa a vantagem económica conseguida ao longo da vida. Este facto, pode ainda explicar o modo como “aparentemente” muitas das pessoas entrevistadas se sentem desprotegidas perante os abusos dos mais novos (filhos e netos) por quem distribuem as pensões e reformas.

³⁸⁷ Neste aspecto há um efeito também de género, porque os homens tendem a ser mais escolarizados e também a terem maior consumo de álcool e tabaco.

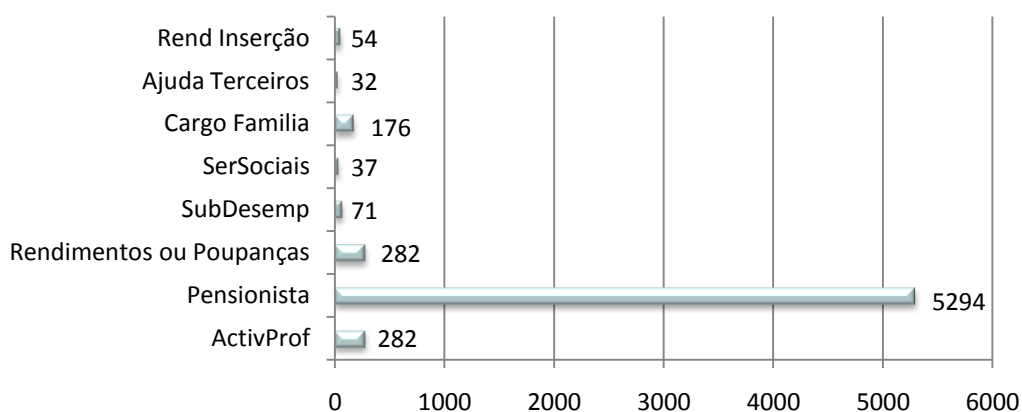
³⁸⁸ Esta maior frequência no consumo poderá estar associada ao facto de ser maioritariamente feito por homens que também predominam no cluster de melhor Qualidade de Vida.

³⁸⁹ “No conjunto dos dois sexos, a prevalência de incapacidade auditiva diminuiu com o aumento do grau de escolaridade. Este facto verificou-se em todos os grupos etários do sexo masculino e na maior parte deles, no sexo feminino. Estes resultados sugerem que a incapacidade auditiva afecta, com mais frequência, as classes sociais mais baixas”. (Sofia Almeida e J. Falcão, INSA, 2007)

- **Principal Fonte de Rendimentos [A5]** - muitos idosos podem manter várias actividades, embora não resultem de todas rendimentos explícitos, como é o caso dos que recebem pensões e mantêm actividades agrícolas que não são apenas de subsistência. A economia paralela também desempenha aqui um papel importante. Nestas circunstâncias, procurou-se identificar a fonte de Rendimentos que os inquiridos definem como sendo “a Principal”. Sabe-se que a maioria dos idosos vivem de pensões de reforma, mas procurou-se identificar exaustivamente as possíveis fontes de rendimentos seja pelo trabalho, sociais e privadas. Distinguiu-se entre quem tem rendimentos mais ligados ao trabalho: a “Actividade Profissional”, quem vive de “Pensões” (sem especificar o regime) ou de “Subsídio de Desemprego”; da ajuda de outros ou de solidariedade: a “Cargo da Família”, “Serviços Sociais”, “Rendimento de Inserção” ou “Ajuda de Terceiros”; ou vive de “Rendimentos e Poupanças”.

Verificamos neste estudo que a grande maioria dos inquiridos (5.294, 85%) indicam que a **Pensão³⁹⁰ é a sua principal fonte de rendimentos**. Destes, 201 recebem pensões sociais que não resultam da Reforma, mas da morte de familiar. Por outro lado, 282 idosos (4,5%) continuam a ter no exercício profissional a principal fonte de rendimentos e 71 (1%) dizem fazer uso do subsídio de desemprego. As poupanças ou os proveitos dos rendimentos são a principal fonte de rendimento de 4,5% dos inquiridos, 282 pessoas. Por último, 299 inquiridos dizem viver a cargo da família, da ajuda de terceiros e dos Serviços Sociais, correspondendo a 5% da amostra.

Gráfico 6 - Principal Fonte de Rendimentos da Amostra



No estudo Mocecos – ONSA (2001) também se verifica “que a grande maioria dos idosos estudados são reformados (85%)”. Porém, mesmo sem considerar a actividades domésticas, os autores concluem que “cerca de um quarto dos idosos (21,5%)

³⁹⁰ Vimos anteriormente que se configuram vários tipos de prestações sociais, sendo todas genericamente designadas como “pensões”.

desenvolve actividade à qual poderá, eventualmente, ser atribuído valor socioeconómico” (2001: 29).

Outro aspecto interessante é que tanto no estudo em Vila Nova de Gaia como no estudo Mocecos / ONSA, cerca de 4,5/4,6% declaram viver dos rendimentos de salário. Se considerarmos cumulativamente os idosos que declaram receber salário e os que têm reformas, esse valor é de 10% a nível nacional e 15% para Vila Nova de Gaia.

Já as percentagens encontradas no inquérito em Bragança indicam que 98,8% estão Reformados e apenas 1,2% “estão ainda no activo” (L. Gonçalves, 2002: 185). Outro dado interessante é que também neste estudo 4,5% dos idosos referem a ajuda dos filhos (idem, 187).

Situação Profissional [A6] - distingue-se entre quem ainda exerce actividade profissional (associada a duas questões de controle **[E5;IQV 3]**), quem desenvolve tarefas domésticas e quem está desempregado ou procura trabalho. Quanto aos regimes de pensões, preferiu-se à designação de pensionista (mais aplicável ao regime não contributivo) a de “Reformado” (mais comum) e distinguindo-se entre Reforma por Limite de Idade, por Invalidez ou Antecipada.

Os resultados indicam que 5.093 (82%) idosos declaram receber pensões por Reforma, seja por Invalidez (10%), Antecipada (13%) ou por Limite de idade (59%)³⁹¹. Outro dado diz-nos que 702 (11%) idosos mantêm Tarefas Domésticas, embora não resulte claro³⁹² quantos o fazem nos cuidados domésticos próprios ou o fazem como serviço profissional remunerado, o que daria um valor a acrescer aos 315 idosos (5%) que declaram manter actividade profissional. Ora, pelas resistências de muitos idosos em responderem a esta questão³⁹³, nomeadamente por medo de perderem as suas reformas³⁹⁴, usaram-se ainda mais duas questões de controlo, em dois momentos diferentes do inquérito, cujos resultados foram: 649 idosos (10,5%) declaram que tinham actividade profissional e identificaram-na (83 na agricultura, 186 em trabalhos indiferenciados – auxiliares, higiene e serviços domésticos, 34 ligados ao sector da pesca, 141 no sector do comércio, 135 em

³⁹¹ No já referido estudo no Distrito de Bragança, 11% dos idosos declaram terem sido reformados antes dos 57 anos, 68,8% entre os 57 e os 65 anos e apenas 20,2% por limite de idade (L. Gonçalves, 2001: 183). Esta disparidade pode ser eventualmente explicada pela emigração, nomeadamente, pela aplicação de uma política de reformas antecipadas e rescisão de contratos de trabalho em vigor em alguns países para facilitar o retorno dos emigrantes ao país de origem.

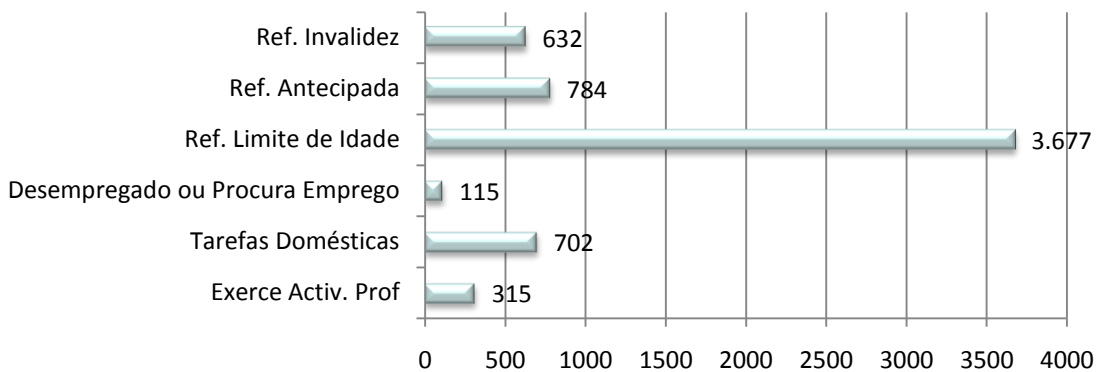
³⁹² Esta é uma deficiência do inquérito que deveria permitir uma melhor discriminação.

³⁹³ Nos nossos contactos com idosos verificamos que existem claramente uma economia paralela que usa esta mão-de-obra, nomeadamente para não terem de pagar encargos sociais. Este facto foi alimentado pela facilidade com que, durante mais de uma década, se recorreu às reformas antecipadas. Um dos idosos que entrevistei recebia a sua retribuição por meio da apresentação de papéis de despesa tais como combustível e alimentação.

³⁹⁴ Dois idosos entrevistados tinham tido graves problemas com a Segurança Social por terem tido um acidente de trabalho enquanto recebiam uma pensão por invalidez. Além do receio da perda da Reforma, muitos idosos suspeitam de quem os questiona sobre dinheiro ou recursos.

vários domínios técnicos ou de trabalho especializado e, como última categoria identificada, 49 indivíduos declaram manter profissões liberais ou afirmam ser empresários); já uma das últimas questões, no Índice de Qualidade de Vida, nos dá um valor ligeiramente mais baixo, com 621 pessoas (10% da amostra) a declaram ter uma actividade ocupacional remunerada.

Gráfico 7 – Situação profissional dos idosos.



Encontramos ainda 115 (2%) que se declaram desempregados ou à procura de emprego, um valor superior aos 71 indivíduos que declaram receber o subsídio de desemprego. Podemos comparar estes dados com os obtidos pelo Observatório Nacional de Saúde (M. Branco, 2001), onde 85% dos idosos se declararam “reformados” e apenas 4,6% declaravam viver dos rendimentos de salário. Depois, 5,8% declaram estar reformados e mantêm actividades laborais.

Comparativamente aos outros dois estudos, são os idosos em Vila Nova de Gaia quem mantêm uma actividade profissional por mais tempo, tendência que tenderá a alargar-se progressivamente à medida que as pressões para se adiar a idade de reforma se intensificarem. As diferenças encontradas podem ser parcialmente justificadas quer pelas diferenças económicas e nas actividades, quer ainda pelos cinco anos de diferença entre as recolhas de dados. Outro dado interessante, são os 23% dos idosos que se viram reformados muitas vezes em condições inesperadas e de forma precoce, nomeadamente por efeito da deslocalização das empresas e outras alterações dos sectores produtivos.

- **Última actividade profissional exercida ou em exercício [A6.1]** – é reconhecida a importância da actividade profissional em termos de identidade do adulto e, simultaneamente, os efeitos negativos resultantes da perda dessa actividade.

Optou-se por permitir uma resposta aberta para evitar previsíveis dificuldades de codificação pelo inquiridor, depois com a passagem do questionário para a Base de dados as respostas foram codificadas segundo a proposta de R. Gonzaga (1994: 152–153) que distinguiu entre: *Profissões Superiores* (correspondem “ao nível socioeconómico mais elevado, com vencimentos relativamente elevados e correspondendo

frequentemente a indivíduos com cursos superiores”); *Profissões médias* (formação média, gestores de vendas, posições médias de chefia e de funcionalismo); *Trabalhadores Especializados*, divididos em dois grupos: os trabalhadores não manuais, mas com competências especializadas, como em contabilidade, comércio e serviços; os trabalhadores manuais especializados, nomeadamente na indústria, tais como soldadores, caldeireiros, afinadores...); *Trabalhadores com um Grau Mínimo de Preparação*, tal como os motoristas e carteiros; *Trabalhadores Indiferenciados*, porteiros, serviços de higiene e limpeza, e auxiliares; Para as actividades rurais seguiu-se a distinção entre Proprietários, Rendeiros e Trabalhadores agrários; Semelhantemente, para o sector piscatório, distinguiu-se entre Armador, Patrão e Pescador.

Consideraram-se ainda as categorias de Desempregado e de Emigrante, embora estas não identifiquem nenhuma profissão, nem um nível socioeconómico específico.

Existem ainda profissionais não classificados como os que seguiram as carreiras militares que, neste caso distribuímos entre: Grau Mínimo de Preparação (soldados e cabos), Profissões Médias (Sargentos e Oficiais Subalternos) e Superiores (Oficiais).

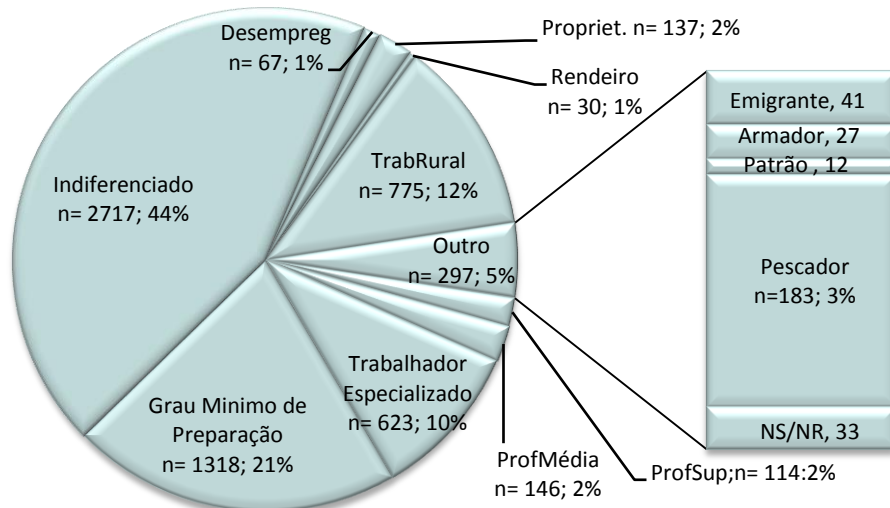
Outra dificuldade já referida por R. Gonzaga (*idem*) é o das “mulheres casadas que exercem alguns tipos de actividade profissional”, tendo sido seguida a metodologia proposta de “atribuir geralmente às chamadas “domésticas” o grupo socioprofissional a que pertence o marido”.

Os dados mostram algumas categorias claramente dominantes, tais como os trabalhadores indiferenciados que são 2.717 (44%) e os trabalhadores com alguma preparação (1.318, 21%). Em oposição, os profissionais com formações especializadas são 883 (14%). Sectores tradicionais como a pesca e a agricultura ainda têm um forte peso em Vila Nova de Gaia, pois 1.206 indivíduos, 19% da amostra, indicam ter estado ou ainda estarem ligados profissionalmente a estes sectores.

A maioria dos inquiridos trabalhou em sectores de mão-de-obra intensiva, com baixas qualificações e remunerações. Embora isso não tivesse sido considerado de forma mais explícita no inquérito, muitos dos idosos tiveram a reforma anteriormente ao limite de idade, por mudanças na empresa ou no posto de trabalho³⁹⁵. Quando não foi possível determinar esta caracterização, foram classificados como “Outro”.

³⁹⁵ Na verdade, as próprias reformas por invalidez foram usadas, durante alguns anos, como um mecanismo de facilitação para as empresas renovarem a sua mão-de-obra ou fazerem redução de custos.

Gráfico 8 – Última Actividade Profissional exercida ou ainda em exercício.

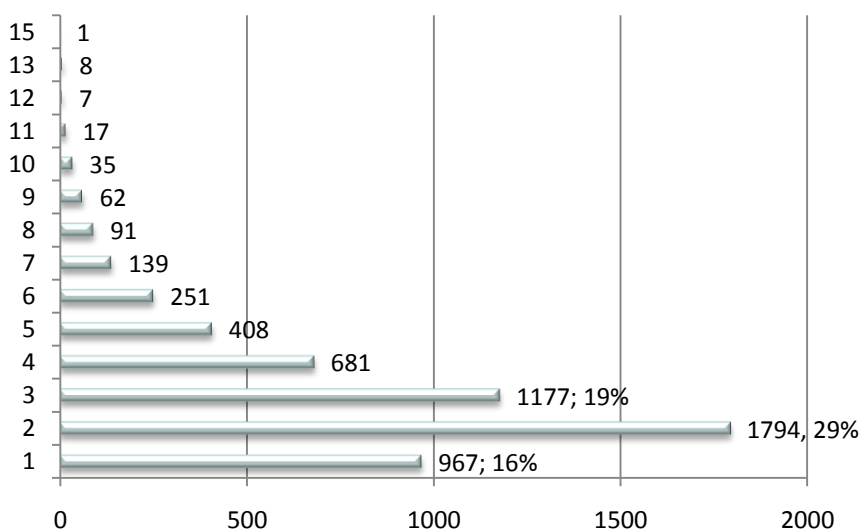


- **Nº de Filhos [A7] e Agregado familiar [A8]** - procura definir o agregado familiar dos idosos, sobretudo, para se avaliar um possível isolamento do idoso.

Em termos de descendentes, procurou saber-se o número de filhos criados pelo idoso e, se possível, as suas idades (o formulário permite o registo da idade até ao 5º Filho). Procurou-se ainda estimar a média de descendentes por pessoa o que, embora de forma grosseira, nos poderá dar uma indicação do número médio de filhos por casal. Poder-se-á ainda saber a média de idades dos filhos, particularmente dos primogénitos. Indirectamente, indica ainda a eventual perda das capacidades mnésicas dos inquiridos. O número de filhos também é um indicador de risco para a saúde da mulher, nomeadamente para as perdas urinárias.

Questionados sobre os descendentes e o seu número, constata-se que 3.317 pessoas, mais de 53%, declararam não terem filhos (9%) ou terem menos de 2 filhos.

Gráfico 9 – Frequência de número de filhos por casal.



Se considerarmos **o número de filhos [A7]** que cada indivíduo afirmou ter, obtemos uma média de 3,8 filhos por pessoa, o que corresponderá apenas a 1,54 por casal. Estão, pois, abaixo do limiar de rejuvenescimento da população (2,1 filhos por mulher). Além disso, estes idosos têm já os seus primogénitos na meia-idade, com a média de 43 anos³⁹⁶.

- **Em termos do Agregado familiar [A8]** – trata-se de um dado que complementa o estado civil e os dados sobre os descendentes, procurando-se saber qual a organização de vida, ou “os modos de vida” dos idosos em Vila Nova de Gaia, sabendo que “com quem e onde vivem - são componentes críticos do envelhecer bem sucedido, porque eles determinam o ambiente físico e social onde ocorre o envelhecimento” (J. Wilmoth, 2002: 136).

Os idosos foram então questionados se viviam sozinhos, caso contrário com quem viviam ou ainda se viviam num Lar. A questão sobre com quem viviam era aberta e foi posteriormente codificada nas seguintes possibilidades: viver com o cônjuge ou equiparado, co – reside com os filhos, com o cônjuge e filhos, com outros familiares, com amigos ou vizinhos e num Lar. Neste caso a distribuição é próxima da que foi identificada por J. Wilmoth (idem).

Viver só, em fases mais frágeis da vida é um risco, pelo que se procurou recolher dados que permitissem avaliar comparativamente vários parâmetros de saúde e bem-estar entre os que vivem mais isolados ou com maior apoio social.

Uma das questões mais importantes para os idosos é a presença de alguém, a comunicação com outros e, pela negativa, a solidão ou essa ameaça. Nesse sentido o inquérito procurou indagar o **agregado familiar [A8]**. Basicamente quis-se saber se **o respondente vivia sozinho**, caso contrário com quem ou se vivia num Lar. As respostas obtidas mostram-nos como característica positiva que 4.736 idosos (76%) vivem acompanhados, dos quais 4.078 (67%) com os cônjuges ou equiparados, 1.470 (24%) vivem com os filhos, ou com cônjuges e filhos, 277 (4,5%) com outros familiares e 38 com amigos ou vizinhos. O número de idosos que declaram viverem sozinhos é de 1.322, 21% da amostra. Por último foram ainda inquiridos 150 idosos institucionalizados, pouco mais de 2% da amostra.

Os valores publicados pelo Observatório Nacional de Saúde (2001) indicam que apenas 11,5% referiram viver sozinhos, um valor bem mais favorável que os valores para Vila Nova de Gaia (21%). Todavia, o número de idosos a viverem sós (1.322) é um valor

³⁹⁶ Estes são os filhos do baby boom dos anos 60 (cf. pág. 50). No fim da década e anos setenta inicia-se o retrocesso da natalidade. Já nos anos sessenta muitos casais oriundos dos meios operários, serviços e pequena burguesia decidem limitar intencionalmente o número de filhos. É nesta época que surgem os “filhos únicos” em Portugal.

idêntico ao que foi estimado por E. Pereira (1999: 3) para a percentagem de idosos que viveriam sós em Portugal, 2,5% da população total, Já a percentagem de idosos que vive com outra pessoa em 2001 (52,4%) é maior do que os 43% que viviam com apenas mais uma pessoa em 2005/06. Estas diferenças de 10% poderão não corresponder exactamente a diferenças na população, mas poderão ser explicadas com as diferentes técnicas de recolha de dados, pois os dados obtidos pelo Observatório Nacional de Saúde são obtidos através de “um inquérito por entrevista telefónica. O questionário foi aplicado a uma amostra constituída pelas pessoas de 65 e mais anos residentes nas unidades de alojamento que integram a amostra ECOS” (M. Branco, 2001: 11).

Nos resultados de Vila Nova de Gaia confirmam-se as observações do INE (1999: 20) para quem 97,5% da população idosa viveria “em famílias clássicas” (família unipessoal ou em grupo “com relações de parentesco de direito ou de facto entre si”).

- **Nacionalidade [A19] e Naturalidade [A10]** – sabe-se que um número razoável de idosos são oriundos de zonas do interior, pelo que se procura identificar a sua nacionalidade, especificamente o distrito de origem.

Devido ao retorno de emigrantes e familiares, nomeadamente da Europa e, nos anos 70, de África, procurou-se identificar a sua nacionalidade e naturalidade.

Em termos de Nacionalidade, distinguiu-se entre os nacionais, os nascidos nos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOPS) e na Europa. Em termos da Naturalidade, e devida aos movimentos migratórios internos de deslocação de pessoas para o litoral ao longo das últimas décadas e ao efeito atrator de Vila Nova de Gaia, procurou-se saber quantos dos naturais portugueses nasceram em Vila Nova de Gaia ou em que Distrito. Esta questão foi propositadamente aberta, sendo as respostas organizadas na Base de Dados por Distritos.

Os resultados não indicam grandes impactos da emigração crescente, porque 99% se declarou de nacionalidade portuguesa. Em segundo lugar, 4.407 (71%) já nasceram no Concelho de Vila Nova de Gaia, tendo aí as suas raízes. Os 1.777 (29%) restantes são oriundos maioritariamente de outros concelhos a Norte do distrito do Porto, sobretudo Braga, mas também do interior (Viseu) e a Sul (Aveiro).

5.2.3. Segunda Parte: caracterização da Habitação e Bens de Consumo (incluindo electrodomésticos);

A habitação é um dos aspectos mais importantes na vida quotidiana³⁹⁷, fornecendo protecção e segurança. Prova disso é o forte investimento que as pessoas fazem na sua

³⁹⁷ “A casa é uma das dimensões chave dos recursos materiais de um indivíduo e da sua qualidade de vida” (T. Fahey, 2004: 15).

habitação, num esforço para a transformarem em Casa ou Lar e, simultaneamente, garantirem um bem patrimonial aos herdeiros.

Neste inquérito distingue-se entre:

- **Tempo de permanência na habitação [B1]** – é pedido o número de anos que o idoso habita na sua actual residência. Indica se este teve ou não de mudar recentemente o seu lar ou se se trata de um lugar com raízes e memória para o idoso;

Cerca de metade dos idosos **vive na sua actual residência [B1]** desde 1972 (32 anos) com um desvio padrão de 18 anos. Isto significa que muitos idosos vivem em casas antigas, não sendo raro encontrar pessoas que nasceram e vivem na mesma casa.

- **Tipo de residência [B2]** – trata-se um parâmetro objectivo da tipologia preenchido pelo inquiridor, mas quando o inquérito é feito longe da habitação, depende directamente da descrição do idoso. Por “tipo de Residência” definem-se as possibilidades seguintes: Apartamento (habitação predominantemente urbana), Moradia (casa isolada ou em banda com uso de jardim ou quintal), Parte de Casa (uso partilhado de uma casa, habitualmente em regime de aluguer), Casa Degradada (em algumas zonas encontramos “ilhas” de casas degradadas) e Residência para Idosos/Lar.

Dos inquiridos, 4.120 (66,5%) afirmam viver em moradias, 943 (15,2%) em Apartamentos e outros 900 (14,7%) em partes de casa ou habitações degradadas. Ora, é neste último grupo que encontramos quase todos os inquiridos que se confessam insatisfeitos com a sua habitação.

- **Satisfação (Global) com a residência [B3]** – indica a valorização global e unicamente binária (Insatisfatória ou satisfatória) do inquirido relativamente à sua residência. É um parâmetro frequentemente influenciado por vários factores tais como o regime de propriedade ou as memórias;

Quando questionados sobre a sua Satisfação com a sua residência [B3], 5.298 (85%) estão satisfeitos e estão insatisfeitos 879 idosos (14%) enquanto os restantes ou não responderam ou estão institucionalizados³⁹⁸.

- **Estado de Conservação da Residência [B4]** – um dos problemas das habitações, sobretudo, quando têm mais tempo de construção e menos assistência, é referente às condições de salubridade. Infiltrações, mau isolamento térmico e acústico, contaminação biológica ou química, ventilação deficiente ou insolação insuficiente, criam

³⁹⁸ A Autora apresenta dados relativamente a Bragança que poderiam ser comparados, mas as suas percentagens de resposta consideram mais de 20% de idosos institucionalizados o que é muito diferente dos 2% deste estudo.

habitats patogénicos que representam um risco ainda maior para indivíduos com imunorresistências diminuídas.

O Estado de Conservação é avaliado pelo idoso em termos dos adjectivos “Degradado”, “Suficientemente Conservado” e “Bem Conservado”.

Os resultados mostram que 3.123 idosos (50%) acham a sua residência bem conservada, 2.229 (36%) suficientemente conservada e 787 idosos (13%) consideram que as suas casas estão degradadas³⁹⁹.

- **Acessibilidade (do ponto de vista do Idoso) [B5]** – indica eventuais condições agravadas para situações de deficiência de mobilidade, como possíveis riscos para a saúde (riscos de quedas) e influência a Qualidade de Vida dos idosos (desconforto ou inibição nas deslocações); é pedida aos idosos que indiquem sua percepção de acesso à sua residência em termos dos adjectivos “Dificuldade, Alguma dificuldade e Facilidade”; Relativamente a este aspecto, 4.188 (67%) dos inquiridos avaliaram o acesso à sua habitação como fácil, enquanto 1.525 (25%) encontram alguma dificuldade e 364 (6%) acham difícil.

Um dos problemas de Vila Nova de Gaia foi o seu crescimento rápido até ao presente⁴⁰⁰, com grande pressão sobre o território, sem conveniente enquadramento. Agora, as dificuldades que as pessoas encontravam quando mais adaptáveis, tendem a tornar-se em obstáculos difíceis de vencer: barreiras arquitectónicas, com escadas e divisórias pequenas, prédios em altura e sem elevadores e más alternativas de transportes.

- **Regime de Propriedade [B6]** – o regime de propriedade é um indicador económico e, frequentemente, de sucesso. O facto de a casa ser propriedade do idoso tem influência na sua própria satisfação com a residência, seja pelo sentido de propriedade seja ainda porque é tido para muitos idosos como um património a deixar aos descendentes.

O “Regime de Propriedade” é aqui apresentado em três condições: “Própria” (o idoso é proprietário da sua habitação, embora se não faça aqui distinção se esta está ou não sob regime de hipoteca), “Arrendamento” (muitos idosos beneficiam de arrendamentos antigos muito favoráveis devido a um regime de congelamento de rendas) e “Casa de familiares ou amigos” (o que pode definir um regime de empréstimo).

³⁹⁹ Embora em retrocesso acelerado, ainda subsistem na zona do Porto e em Vila Nova de Gaia as designadas “ilhas” – pequenos aglomerados com casas antigas e degradadas mas de rendas baixas, com pequenas divisórias, muitas vezes insalubres, com sanitários colectivos – que foram ficando circunscritas à medida que a pressão urbana foi crescendo. Resultam do aproveitamento de espaços por trabalhadores e famílias pobres que vão ficando nas cidades e se não deslocam para as periferias.

⁴⁰⁰ É significativo verificarmos que Vila Nova de Gaia teve um aumento demográfico entre 2001 e 2006 de 10% da sua população, quase 30.000 novos residentes. Entre 2005 e 2006, esse aumento foi de 3572 pessoas (Cf. pág. 189)

Verifica-se que 3.739 (60%) declaram habitar em casa própria, um valor 8% mais baixo que os dados Europeus (Europa a 25) com uma elevada percentagem de idosos com casa própria (68%), dos quais 70% em meio rural e 53% em meio urbano (T. Fahey, 2004: 19). O número deve ainda ser relativizado porque 588 (9%) ainda mantêm empréstimos de pagamento e hipotecas. 1.340 inquiridos (22%) vivem em casas arrendadas e os restantes em casas de familiares e amigos (5%) ou em Lares (2%).

Procurou saber-se quais dos itens considerados (Acessibilidade, Regime de Propriedade e Estado de Conservação) estavam mais correlacionados com a Satisfação com a habitação. Pelo coeficiente de Pearson verificaram-se valores significativos entre a Satisfação com a Residência e o Regime de Propriedade (-0,128), a Acessibilidade à Residência (-0,213) e ao Estado de Conservação da Residência (0,559). No primeiro e segundo itens as correlações são negativas porque os proprietários e o que têm as habitações com melhores acessos são os menos insatisfeitos e inversamente. No caso, as correlações mais fortes com a Satisfação são a Conservação e as Acessibilidades e não o Regime de Propriedade.

- **Condições de Habitabilidade [B7]** – as condições são aqui definidas em função da existência de água canalizada, electricidade, saneamento, sanitários, banho, cozinha e telefone. Referem-se a características de conforto, salubridade e bem-estar da própria habitação.

A supressão de cada uma destas condições resulta necessariamente numa perda de Qualidade de Vida e até de risco agravado para a saúde. Por exemplo, a inexistência de água canalizada e saneamento básico representam uma condição de miséria inaceitável e um risco agravado de doenças, nomeadamente infecciosas. Lembremo-nos do papel destes factores na melhoria significativa dos indicadores de saúde ao longo do século passado. Obviamente que a ausência da cozinha representa uma perda na qualidade da alimentação. Mesmo o telefone é um instrumento de contacto imprescindível para esta população.

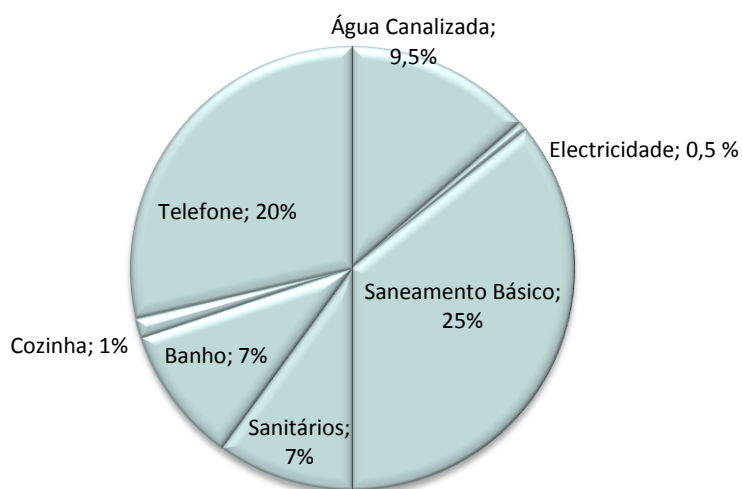
No estudo, verificamos os seguintes dados, organizados na forma de tabela:

Tabela 7 - Condições de Habitabilidade

Condições de Habitabilidade	Não Tem	%	Tem	%
Água Canalizada	588	9,5	5570	90,5
Electricidade	34	0,5	6124	99,5
Saneamento Básico	1559	25	4589	74
Sanitários	434	7	5677	93
Banho	435	7	5710	93
Cozinha	48	1	6108	99
Telefone	1254	20	4869	80

Estes resultados configuram um quadro que evidencia claramente algumas necessidades que são patentes no gráfico seguinte:

Gráfico 10 – Deficits de Condições de habitabilidade.



Apesar do investimento em infraestruturas ao longo dos últimos trinta anos, verificamos um preocupante *deficit* na rede de saneamento básico que exclui 1.559 (25%) dos inquiridos. Em termos de saúde pública, o facto de 588 idosos (13%) não ter fornecimento de água potável é agravado pelos *deficits* de saneamento, pelo que muita da água consumida não deverá ter as condições necessárias para o consumo directo, para os alimentos ou para as higiènes⁴⁰¹. Outro facto importante é o número de domicílios sem telefone o que, atendendo às dificuldades de mobilidade ou ao isolamento, é um factor de risco. O número de habitações sem electricidade é ainda confirmado por aquelas onde não existem electrodomésticos, sobretudo os mais comuns: televisão e frigorífico.

Considerando-se os **bens de consumo [B8]** mais comuns numa habitação hodierna, verificam-se os seguintes resultados:

Tabela 8 – Posse de Electrodomésticos

Bens de Consumo	Não Tem	%	Tem	%
Máquina de Lavar Louça	1676	27	4467	73
Máquina de Lavar Roupa	1364	22	4793	78
Frigorífico	105	2	6055	98
Aspirador	1515	25	4367	75
TV	106	2	6054	98
Som / Rádio	737	12	5421	88

⁴⁰¹ A comprovação desta afirmação deve-se ao facto de terem sido encerradas quase todas as fontes públicas do Concelho. De facto, uma fossa sanitária pode contaminar veios freáticos a muitos km de distância. Neste momento o autor está a elaborar um estudo que permita definir com rigor os contornos deste problema

Novamente se constata que 106 (2%) dos idosos estão excluídos dos dois bens mais democratizados (televisão e frigorífico). Por outro lado, a Máquina de Lavar Roupa não está acessível a cerca de 22% dos idosos.

Numa era dominada pelas comunicações e que tem como um dos símbolos o veículo automóvel, obtiveram-se os seguintes resultados: 835 inquiridos afirmam ter um computador pessoal em casa, a maioria dos netos, mas já não foi possível determinar quantos usam essa ferramenta; em termos de veículo automóvel, 2.242 inquiridos (39,2%) dizem possuir esse bem de consumo próprio.

Em síntese, embora sem números anteriores que permitam a comparação, tem-se a convicção que a qualidade de habitação e o acesso aos bens de consumo da população a partir dos 65 anos tem vindo a melhorar. Todavia, os dados são também esclarecedores de um dos maiores problemas da sociedade portuguesa: enormes diferenças sociais e económicas, com franjas da população a viverem claramente em condições precárias.

Se olharmos para os aspectos positivos, e tomarmos como referência dois bens (casa e automóvel próprios) amplamente desejados no contexto cultural português⁴⁰², verificamos que foram alcançados por 60% (habitação) e 39% (automóvel) dos respondentes.

A casa própria ganha ainda particular relevo porque é, para muitos idosos, a “herança”, pelo que a sua conquista e até utilidade como valor de troca (L. Pimentel, 2001), só pode contribuir para uma clara apreciação positiva.

Em síntese, e quanto à qualidade das habitações verificamos uma série de dados muito positivos, reveladores do investimento dos idosos neste bem: 85% estão satisfeitos com a sua habitação, 60% são proprietários da sua habitação, 50% acham a sua habitação “bem conservada”, 66% vivem em moradias/vivendas, 67% têm um acesso facilitado à habitação, entre 75 a 99% têm as necessárias condições de habitabilidade (Água Canalizada, Electricidade, Saneamento Básico, Sanitários, Banho e Cozinha), 80% tem telefone, em 75% das habitações há os necessários bens de consumo (Máquina de Lavar Roupa e Louça, Frigorífico, Aspirador, Televisão e Som/Rádio).

Por outro lado, podemos considerar a perspectiva deficitária em que vivem muitos dos idosos, assim: 14% estão insatisfeitos com a sua habitação, 13% acham a sua habitação “degradada”, 15% vivem em partes de casa ou em habitações degradadas, 31% têm um acesso dificultado à habitação, entre 7 a 25% não têm as necessárias condições de habitabilidade (Água Canalizada, 9,5%; Electricidade, 0,5%; Saneamento Básico, 25%; Sanitários, 7%; Banho, 7% e Cozinha, 1%). Numa perspectiva de sobrevivência podemos

⁴⁰² São frequentemente a conquista mais visível de uma vida de trabalho. São bens de difícil acesso: o primeiro implica assumir uma dívida longa que ainda está ser suportada por 9,6% dos respondentes; o segundo, por efeito dos impostos, é claramente dispendioso na aquisição, uso e manutenção. Todavia, em locais mais afastados do concelho, mal servidos de transportes públicos, o automóvel é um recurso muito útil.

questionar a necessidade de alguns bens de consumo que, contudo, tendem a ser considerados básicos. Todavia, a sua inexistência numa habitação é não só um indicador de baixo poder de compra como uma perda do conforto adequado⁴⁰³. Nos inquiridos observou-se que 20% não têm telefone, entre 2 a 75% das habitações não há: Máquina de Lavar Roupa e Louça (22 e 27%), Frigorífico (2%), Aspirador (25%), Televisão (2%) e Som/Rádio (12%).

Numa lógica funcionalista das necessidades poder-se-á afirmar que para uma percentagem de cerca de 15% de idosos (o valor oscila de acordo com os itens) as questões da habitação merecem uma atenção cuidada e urgente, não apenas pelo seu efeito negativo sobre conforto e bem-estar, mas ainda pelo seu efeito patogénico. As casas, que deveriam ser um lugar seguro, podem-se tornar em ambientes agressivos (perigos de quedas, ambiente físico hostil e contaminação biológica e química).

5.2.4. Terceira Parte: caracterização dos inquiridos em termos de Alimentação (incluindo álcool e tabaco), Saúde e consumo de bens de saúde.

Nesta parte do questionário que considera mais especificamente aspectos ligados à saúde, foram introduzidos vários temas incluindo o consumo de alimentos e bebidas, a auto-percepção dos inquiridos sobre a sua saúde, consumo de bens de saúde incluindo medicamentos, consultas, tratamentos e cirurgias, bem como queixas de perda involuntária de urina, dores, peso e altura.

Partiu-se da constatação empírica do facto de se observar, em termos gerais, que a prevalência de doenças crónicas aumenta com a idade e independentemente do sexo (INS, 2007:4).

(i) O consumo de Alimentos e de Bebidas (incluindo álcool) [C1] e Tabaco [C2].

Introduziu-se o consumo de alimentos, álcool e tabaco na parte do questionário relativa à saúde, porque uma alimentação ajustada às necessidades é um dos factores determinantes da expectativa média de vida⁴⁰⁴, embora sejam necessário estudos que completem o desconhecimento sobre o modo como “os factores de alimentação... e o status nutricional aceleram ou atrasam o processo de envelhecimento, saúde e a funcionalidade” (O. Moreiras, 1999: 379). Já o consumo de álcool e tabaco representam claramente factores de risco.

O uso dos questionários de frequência alimentar é um dos métodos mais simples e rápidos de aplicar embora não seja o melhor e mais rigoroso para descrever hábitos e consumos alimentares, tanto mais não seja pelo limite apresentado pelo uso de “uma lista fixa de alimentos, do recurso à memória...” (C. Lopes, 2007: 17).

⁴⁰³ Até porque estes idosos estão, na maioria dos casos, aculturados pela televisão onde há um apelo contínuo ao consumo destes bens, aumentando a sensação de perda e diminuição.

⁴⁰⁴ “A percentagem de anciãos malnutridos aumenta paralelamente com a idade, o que determina que este seja um problema sócio sanitário de grande envergadura” (M. Lázaro del Nogal, 1999: 252)

Procurou-se identificar o consumo de alimentos por grandes grupos e considerando sempre a memória da semana anterior. Como não se esperava uma descrição exaustiva, contou-se com um efeito de redundância da memória pelo respondente, dando-nos assim a sua consciência de consumo.

Foi feita a distinção entre o consumo não diário (semanal) e diário, diferenciando entre uma frequência de 1 – 2 vezes ou igual ou maior do que três vezes. Os alimentos ou grupos de alimentos considerados foram: Produtos Lácteos (leite, queijo e iogurte), Carnes, Peixes, Óleos e Gorduras, Pão, Cereais e Tubérculos, Hortaliças e Legumes, Fruta fresca, Doces e Bolachas; relativamente às Bebidas consideraram-se a Água, Café e Chá, Refrigerantes e bebidas com Álcool.

Quanto ao consumo de tabaco, distingue-se entre “Não Fumador”, “Fumador Ocasional” e “Fumador Diário”, sendo que neste caso se encontraram quatro classes: até 5 cigarros; entre 6 a 10; de 11 a 19 cigarros e um maço de cigarros ou mais.

Outro aspecto importante é a ingestão hídrica, havendo uma diminuição da sensação de sede o que pode conduzir a estados de desidratação em pessoas incontinentes ou que consomem diuréticos. No inquérito questiona-se a frequência do consumo por tipos de bebidas, o que não oferece indicações precisas sobre a quantidade de líquidos consumidos. Por outro lado, procurou-se ter uma indicação do consumo de bebidas estimulantes, açucaradas e com álcool.

Relativamente ao etanol considerou-se ainda que o seu consumo, sobretudo se for diário, representa um risco para a saúde pela perda das enzimas álcool desidrogenase (responsáveis pela metabolização do etanol) a partir dos 60 - 65 anos (M. Mercês de Melo e J. Barrias, 1986). Por isso procurou-se saber-se da frequência do consumo diário ou mesmo múltiplo durante o dia.

O consumo de tabaco é um factor de risco (J. Gestal, 1999: 273 – 295) que é potenciado quando associado a outros factores tais como a baixa actividade física, hipertensão, obesidade, diabetes e consumo de álcool.

Os inquiridos foram questionados sobre o consumo de **alimentos [C2] e bebidas[C1]** durante a semana anterior, tendo como ponto de partida identificar padrões de consumo e a sua “influência na expectativa média de vida...” (O. Moreira, 1999: 379).

Para sintetizarmos as respostas obtidas faz-se a apresentação dos resultados através de uma tabela de frequências dos consumos indicados:

Tabela 9 - Consumo de bebidas na semana anterior

Consumo de bebidas na semana anterior	Diariamente				Semanalmente ou Raramente		Nunca	
	≥ 3 Vezes		1 - 2 Vezes		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Água	1421	23	3780	61	659	11	351	6
Café / Chá	269	4	3822	62	1629	26	489	8
Refrigerantes e sumos adoçados	-	0	468	8	1178	19	4563	74
Bebidas com álcool	179	3	2817	45	606	10	2607	42

Constata-se que a maioria (84%) dos idosos declara beber água diariamente, dos quais 62% o fazem 1 a 2 vezes por dia; quanto ao consumo de estimulantes (Café e Chá) os valores mostram que apenas 8% não o consomem, sendo que 66% o fazem diariamente. Todavia, este valor é relativizado pelo facto de muitos idosos tenderem a confundir o café com as “cevadas” e outras misturas sem estimulantes. O consumo de refrigerantes e sumos açucarados é restrito, dado que apenas 19% indicam ter consumido durante a semana anterior e apenas 8 % os consomem diariamente.

Um deficit deste estudo é não determinar o consumo hídrico. Resta-nos uma estimativa indirecta que pode ser feita se se considerar que um copo “normal” tem 20cl, pelo que 62% dos idosos deverão consumir menos de 0,5 litro /dia e outros 23% consumirão mais do que 60cl / dia. Claro que o consumo de água pode ser completado pelo consumo de outras bebidas e é sempre completado pela água dos alimentos.

Por último, no que diz respeito ao consumo de bebidas com álcool durante a última semana, verifica-se pela medida “Direccional Eta”, uma associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o género (0,315), tendo-se construído a tabela 12.

Tabela 10 – Consumo de Bebidas alcoólicas por Género.

Género e Consumo de Bebidas com Álcool (n & %)	Bebidas com álcool				Total
	Nunca	Semanalmente	1 - 2 Dia	> 3 Dia	
Masculino	769; 29,8%	253; 8,7%	1697; 59,1%	148; 5,1%	2867
Feminino	1838; 55%	353; 10,6%	1119; 33,5%	31; 0,9%	3341
Total	2607; 42%	606; 9,7%	2816; 45,3%	179; 3%	6208

É evidente que a percentagem de pessoas abstémias durante a última semana (42%) é maioritariamente constituída por indivíduos do género Feminino (70,5%); os 10% de consumidores não diários têm resultados mais uniformes entre os géneros, mas com predomínio feminino. Já no consumo diário, as percentagens maiores são claramente do género masculino, com 59,2% da amostra a consumir álcool entre uma a duas vezes por dia. De facto, 67,4% dos homens consomem álcool pelo menos uma vez por dia.

O 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) também considera o consumo nacional de álcool, mas tem uma abordagem muito diferente dado que pergunta se o respondente consumiu nos últimos 12 meses alguma das bebidas indicadas (vinho, cerveja, bagaço/ aguardente / brandy, vinho do Porto/martini/licores e whisky/gin/vodka). Com base nesta questão, os valores de abstinência de 43,5% para a classe dos 65 aos 74 anos, 53% para a classe seguinte e 65% para a classe dos indivíduos com 85 anos ou mais. As diferenças por género são mais evidentes na primeira classe etária na qual 61,2% das mulheres foram abstémias, contra apenas 21,4% do género masculino.

Sendo o inquérito nacional muito mais rigoroso em termos da abstinência (considerada pelo não consumo de qualquer bebida das bebidas indicadas), não é de estranhar que tenha resultados de abstinência mais baixos, sobretudo, para o género masculino.

Outro aspecto importante do consumo de bebidas com álcool é a percentagem de tóxico consumido. Pela enorme dificuldade em obter respostas ajustadas ao consumo real, procuramos estimar esse valor. De facto sabemos, pela padronização das bebidas, que a ingestão de álcool por toma oscila entre as 10–15 g de álcool. Assim, 3% dos inquiridos terão um consumo diário igual ou superior a 40 g /dia, enquanto 45% terão um consumo estimado entre 15 – 30 g de álcool por dia (sem discriminar sexos).

Relativamente ao consumo de álcool, o seu consumo diário, sobretudo nestas idades, pode ser excessivo, mas já é claramente excessivo que seja feito três ou mais vezes.

A literatura indica que “a sensação de sede diminui com a idade” (O. Moreiras, 1999: 382) o que tende a alterar a homeostasia. O processo é ainda mais alterado quando há consumo de álcool, diuréticos ou incontinência.

Nestas circunstâncias é útil um acompanhamento aos idosos para definir com maior rigor as suas necessidades hídricas e acompanhar uma necessária gestão muito cuidadosa no consumo de bebidas com teor alcoólico, quase numa lógica de medicamento, tal como propõe F. Jiménez (1999: 308 – 309).

Quanto ao consumo de alimentos verificamos que 96% dos idosos consumiram produtos lácteos durante a semana anterior, sendo que 84% o fazem diariamente. Quanto ao consumo de carnes, 43% mantém um consumo diário e 55% fizeram-no com maior ou menor regularidade durante a semana anterior. O consumo diário de pescados nesta faixa etária é superior ao consumo de carnes, 58% versus 43%, embora os dados sejam invertidos quando se considera o consumo semanal, dado que o número de idosos que declara que apenas consome pescado algumas vezes por semana é menor do que o daqueles que dizem consumir carnes apenas algumas vezes por semana.

Quanto aos óleos e gorduras têm um consumo mais restrito, sendo evitados por 16% e consumidos diariamente 1 a 2 vezes por 43%.

O tipo de alimento mais democratizado e fonte essencial de calorias são os cereais, nomeadamente na forma de pão, arroz e tubérculos, maioritariamente a batata. Cada um destes alimentos é consumido 1–2 vezes por dia por 89% da população.

O consumo de Hortaliças e Legumes é menor do que de cereais, dado que 76% fazem-no pelo menos 1 a 2 vezes por dia e 21% de forma mais esporádica (semanalmente). Curiosamente, 3% declaram não consumir legumes. Talvez este valor se deva, pelo menos parcialmente, a uma clara deficiência do inquérito pelo teria sido vantajoso distinguir entre o consumo de sopa (mais tradicional) e o de saladas com vegetais crus.

As frutas frescas têm frequências de consumo maiores do que os vegetais com 83% a afirmarem com consomem diariamente pelo menos uma peça de fruta. Por outro lado, são o tipo de alimento mais consumido em termos de frequência: 23% declaram comer 3 ou mais vezes diariamente.

Quanto aos alimentos açucarados (Doces e Bolachas) apenas 9 % declaram não os ter consumido e 73% fizeram-no diariamente.

Tabela 11 - Consumo de alimentos na semana anterior

Consumo de alimentos na semana anterior	Diariamente				Semanal -mente		Nunca	
	≥ 3 Vezes		1 - 2 Vezes		n	%	n	%
	n	%	n	%				
Lácteos (Leite, queijo e iogurtes)	843	14	4344	70	803	13	220	4
Carnes	67	1	2594	42	3437	55	101	2
Pescados	-	0	3618	58	2466	40	107	2
Óleos e Gorduras	-	0	2668	43	2572	42	965	16
Pão, Cereais e Tubérculos	662	11	5536	89	-	0	-	0
Hortaliças e Legumes	683	11	4018	65	1305	21	203	3
Frutas Frescas	1449	23	3732	60	989	16	40	1
Doces e Bolachas	1319	21	3558	57	770	12	585	9

Procurou-se em seguida comparar os dados descritos com os resultados de um trabalho específico sobre consumo de alimentos e estimativa de consumo de nutrientes feito pelo Serviço de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no “Inquérito Alimentar do Porto” (C. Lopes, 2006)

Nesse estudo foram recolhidos dados por entrevista, entre 1999 e 2003, junto de uma amostra de 2489 indivíduos, com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos. Relativamente aos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, a amostra foi constituída por 342 mulheres e 247 homens.

Deste estudo, e considerando apenas o consumo diário (1 ou mais vezes ao dia) os resultados, para cada grupo de alimentos considerados, em percentagem e por géneros foram:

- i. Produtos Lácteos: 88,5% das mulheres e 87,8% dos homens;
- ii. Carnes: 35,7% das mulheres e 52,4% dos homens;
- iii. Pescados: 31,3% das mulheres e 37% dos homens;

- iv. Óleos e gorduras: 57,5% das mulheres e 46,3% dos homens;
- v. Cereais, derivados e tubérculos: 100% para ambos;
- vi. Hortaliças e Legumes: 78,5% das mulheres e 79,7% dos homens;
- vii. Frutas frescas: 91,7% das mulheres e 88,2% dos homens;
- viii. Doces e Bolachas: 75,8% das mulheres e 82,1% dos homens;

Torna-se evidente a proximidade de consumos dos indivíduos com mais de 65 anos em ambos os lados do Rio Douro, com excepção evidente no consumo de pescados (maior a Sul, até pelo efeito da actividade piscatória em Vila Nova de Gaia), de frutas (menor em Vila Nova de Gaia, apesar de ter produção própria nas suas zonas rurais) e de óleos e gorduras (menor em Vila Nova de Gaia). O grupo dos “Cereais, derivados e tubérculos” faz o pleno em ambas as amostras. O consumo de carnes, Doces e Bolachas e Produtos lácteos é praticamente igual.

Relativamente ao consumo de bebidas os resultados obtidos no Porto são:

- i. Refrigerantes, sumos e néctares: 3,5% das mulheres e 4,1% dos homens;
- ii. Bebidas com álcool: 27,1% das mulheres e 72,8% dos homens;

Verifica-se um aumento para o dobro de consumo de refrigerantes em Vila Nova de Gaia, relativamente ao Porto. Tal diferença não deverá ser justificada pela evolução de consumos no espaço de tempo entre as recolhas de dados. Todavia, a maior diferença verifica-se no consumo de bebidas alcoólicas, onde a percentagem de indivíduos do género masculino consumidores diários é muito maior no Porto (+ 8,7%) e, inversamente, o consumo percentual das mulheres é maior a Sul do Douro (+7,3%).

Já quanto aos valores de consumo de álcool etílico o estudo do Serviço de Epidemiologia estima uma média de consumo de 30,2 g/dia para os homens e 7 g/dia para as mulheres. Assim sendo, muitas das conclusões presentes no relatório relativo ao “Inquérito Alimentar do Porto” (C. Lopes, 2006) também se aplicam a Vila Nova de Gaia, nomeadamente a estimativa de a ingestão energética total poder oscilar entre as 1.226 Kcal/dia para o percentil 5 da População Feminina e as 3.206 Kcal/dia para o percentil 95 da População Masculina.

Se compararmos os dados do inquérito em Vila Nova de Gaia com os do estudo SENECA (Survey in Europe on Nutrition and Elderly Action) verificamos que se confirma neste estudo um padrão alimentar “mediterrâneo” (O. Moreira, 1999: 385) com alto consumo de cereais, verduras, frutos e pescado e com certo consumo de vinho maioritariamente pelos homens. Todavia, neste estudo emergiram dois novos padrões de consumo, ambos com elevada frequência: o consumo de “produtos lácteos” e o de “doces e bolachas”. Quanto aos primeiros, podemos entender a evolução do consumo

pelas campanhas sobre a necessidade de ingestão de cálcio⁴⁰⁵ e pelos preços baixos do leite e derivados. Já o consumo de doces e bolachas não terá a mesma explicação embora também estes alimentos sejam, em alguns casos, uma fonte relativamente barata e cômoda de energia.

Neste quadro, mais do que campanhas de informação, torna-se importante o trabalho atento, empenhado e informado do gerontologista, fazendo a mediação entre uma realidade alimentar fortemente condicionada por hábitos, campanhas de mercantilização e diferentes necessidades de corporalidades em mudança. Uma das estratégias possíveis passa pelo gerontologista socioeducativo acompanhar o idoso no seu consumo alimentar, traçar o seu “padrão alimentar” (C. Lopes, 2006: 105) e tornar o idoso mais consciente da sua própria alimentação. Em casos mais graves o gerontologista clínico pode acompanhar o idoso de forma complementar à acção do médico ou do nutricionista. Nos nossos inquiridos 87,5% afirmam-se **não fumadores [C3]**. Dos restantes que responderam afirmativamente encontramos 152 que o dizem fazer ocasionalmente e 163 são grandes fumadores, fumando mais do que 20 cigarros por dia. A moda contudo situa-se nos consumidores de entre 10 a 20 cigarros diários (3% dos inquiridos).

Porque se verificou, através do teste de Correlação de “Spearman rho” uma correlação negativa (-0,106) entre Idade e consumo de tabaco (os mais velhos fumam menos), apresenta-se uma tabela com os resultados por grupos etários:

Tabela 12 – O consumo de tabaco por Grupos Etários

Consumo de tabaco por Grupos Etários	Fumadores		Não Fumadores
	Diários	Ocasionais	
65 – 74	n= 496 (8%)	n= 112 (1,8%)	n= 3589 (57,9%)
75 – 84	n= 148 (2,4%)	n= 33 (0,5%)	n= 1567 (25,3%)
≥ 85	n= 18 (0,3%)	n= 7	n= 265 (4,3%)
Totalidade	10,7%	2,3%	87%

Um aspecto interessante, e que mostra como a tolerância social ao consumo de tabaco está a diminuir “pela consciência da sua perigosidade” (J. Gestal, 1999: 274) foi a resistência de vários idosos em assumirem o seu consumo real de tabaco, dizendo que já não fumavam ou indicando valores muito baixos, quando mostram sinais evidentes de consumo (tom dos dentes, das falangetas e unhas dos dedos indicador e médio, etc.)⁴⁰⁶.

O 4º INS (2005 – 2006) indica que o consumo de tabaco tende a decrescer nos homens e a aumentar nas mulheres (INS, 2007: 10). Dá-nos dados sobre a prevalência dos

⁴⁰⁵ Claro que muitas destas campanhas não dizem que o aumento do consumo de produtos com cálcio (incluindo os leites adictivados) é ineficaz sem uma ajustada exposição solar. E, para isso, não basta ter muitas horas de exposição solar, como se comprova pelos baixos valores de vitamina D nos iberos (Cf. O. Moreira, 1999: 383).

⁴⁰⁶ Dois dos idosos inquiridos deram conta de um dos mitos ligados à suspensão do consumo de tabaco: ambos conheciam alguém que, quando os familiares e médicos os obrigaram a deixar de fumar, morreram. Assim, ambos justificavam o seu consumo.

consumos na população com mais de 65 anos. Os resultados, relativamente aos fumadores e por grupos etários, mostram que entre os 65 e os 74 anos, 0,5% da amostra são fumadores ocasionais e 7,1% fumam diariamente; relativamente ao grupo entre os 75 e os 84 anos, as percentagens são de 0,7 e 3,5% e nos maiores de 85 anos, a totalidade da amostra que fuma (2,2%) fumam diariamente. Um dado interessante do 4º INS e a indicação dos ex-fumadores, dando os valores 19%, 17,9% e 12,3% para os três grupos etários referidos⁴⁰⁷.

Em conclusão, os resultados Nacionais e em Vila Nova de Gaia corroboram a ideia de termos uma percentagem de cerca de 10% da população, maioritariamente masculina, que corre riscos com o consumo próprio de tabaco (não são aqui considerados os riscos para os fumadores passivos⁴⁰⁸).

O facto do decréscimo verificado no consumo de tabaco a partir dos 45 anos (INS, 2007:10), e as taxas de ex-fumadores, reforçam a ideia de uma Política Nacional Antitabágica que promova a saúde e a temperança antes do efeito “ameaça” se impor.

(ii) Autoavaliação do estado de saúde geral [D1] e comparativamente com os pares [D3] - a saúde percebida é um parâmetro importante quer do ponto de vista dos técnicos quer dos próprios idosos (A. Cruz, 1999: 51 – 52) tal como se verifica pela sua inclusão na maioria das instrumentos de avaliação sobre Qualidade de Vida e Saúde, nomeadamente na SF –36, European Quality of Life Survey Questionnaire ou EASY care. É um parâmetro também incluído nos inquéritos nacionais de saúde, seja em Espanha (ENS, 1995) ou em Portugal (INS 1998 – 1999; 2005 – 2006).

A percepção do estado de saúde pelo próprio idoso também tem sido considerada por alguns autores como um “bom indicador de risco de mortalidade e independentemente da morbilidade dos idosos” (M. Anderson, 1998).

Foi pedido aos inquiridos uma autoavaliação da sua saúde, definindo-a em termos de “Muito Boa”, “Razoável ou Suficientemente Boa” e “Má ou Deficiente” e “Muito Má”.

A maioria das escalas usadas tem um ponto intermédio de resposta, definido como Razoável (no INS, português) e Regular (no ENS, espanhol). Todavia, verificou-se durante a fase de preparação do instrumento que se verificava com frequência o risco indicado na literatura de, em caso de dúvida, a pessoa optar pelo ponto médio ou neutro (Fortin, M-F, 2003: 257; S. Oliveira, 2001: 167). Neste caso o objectivo não era que os respondentes se aproximassem de um ponto “zero”, mas que a pessoa se definisse a si mesma no par saúde / doença. Em resultado, optou-se por uma escala binária, oscilando

⁴⁰⁷ Curiosamente, os valores estão próximos aos identificados para os ex fumadores em Espanha para o Inquérito Nacional de Saúde (1997): “Em 1996 confessaram-se ex fumadores 19,7% das pessoas dos 65 – 74 anos e 26,1% de 75 ou mais anos” (J. Gestal, 1999: 275).

⁴⁰⁸ Embora se reconheça que “os efeitos que o fumo do tabaco produz no fumador passivo são essencialmente os mesmos, ainda que em menor escala, que produz no fumador activo” (idem, 292).

as respostas entre a apreciação positiva (Muito Boa ou Razoável ou Suficientemente Boa) e negativa (Má ou Deficiente e Muito Má).

Relativamente ao estado de saúde comparativamente com as pessoas da mesma idade [D3], foi pedida uma avaliação com recursos aos advérbios comparativos “Melhor” (mais bem), e “Pior” (mais mal) e do adjectivo “Igual”.

As respostas obtidas foram: 506 (8 %) dos inquiridos adjectivam globalmente a sua saúde como “Muito Má” e 1.967 (32%) como “Deficiente ou Má”⁴⁰⁹. Por outro lado, 2.589 (42%) avaliam a sua saúde como “Razoável ou Suficientemente Boa” e mais de 1.000 indivíduos (16%) como “Muito Boa”.

Os dados deste trabalho vão no sentido dos dados do relatório preliminar do INS de 2005 – 2006 (publicados a 3 Agosto de 2007), apesar de serem usadas categorias diferentes, embora equivalentes:

Tabela 13 - Distribuição da população residente por auto-apreciação do estado de saúde (%), sexo e grupo etário para o Continente.

Homens e Mulheres	Mau ou muito mau	Razoável	Muito bom ou bom
65 a 74 anos	38,1%	46,4%	15,5%
75 a 84 anos	47,7%	41,2%	11,1%
≥ 85 Anos	40,4%	46,4%	13,2%

Fonte – INS (2005) Relatório provisório.

Estes dados são muito díspares dos dados obtidos dez anos antes no Inquérito Nacional de Saúde em Espanha (1995), a saber:

Tabela 14 – Autoavaliação do Estado de Saúde segundo o ENS (1995) e cit. por A. Cruz (1999: 53).

Homens e Mulheres	Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom
65 a 74 anos	3,3%	15	43%	35,2%	3,4%
75 a 84 anos	6,8%	15,1	40,9%	34,6%	2,6%

Independentemente das questões metodológicas e de se usarem escalas com diferentes atribuições é óbvio que se observam grandes diferenças nas categorias extremas entre os dados obtidos no Inquérito feito em Vila Nova de Gaia e nos dados do INE referentes a Portugal Continental (2007) e os dados referentes à população na Restante Península em meados dos anos 90.

⁴⁰⁹ No estudo de L. Gonçalves (2002: 192) encontra-se uma percentagem idêntica de indivíduos que avaliam a sua saúde como má (32,2%) e uma enorme diferença naqueles que avaliam a sua saúde como Muito Boa (apenas 2,2%).

Isto reforça a necessidade de se seguirem em Portugal e em Vila Nova de Gaia políticas mais ajustadas à promoção da saúde e bem-estar, que permitam atingir valores mais próximos das restantes regiões ibéricas⁴¹⁰.

Fizeram-se ainda alguns testes de Correlação e de Associação, procurando estimar a relação entre as variáveis Estado Civil, Género, Escolaridade e Idade, com a Autoavaliação do Estado de Saúde.

Atendendo a que Estado Civil e Género se tratam de variáveis nominais aplicou-se um Coeficiente de Associação, com o algoritmo ETA do que resultaram os valores de associação respectivos de 0,167 e 0,55. Tal associação é posteriormente confirmada na análise de *clusters*, observando-se uma autoavaliação mais positiva nos homens e nos casados. Confirma-se, pois, uma relação de associação entre as referidas variáveis.

Relativamente às variáveis Idade e Autoavaliação do Estado de Saúde foi feita a correlação de Spearman que obteve o valor de -0,101, o que significa uma correlação negativa entre as variáveis: a maior idade está correlacionada uma menor Autoavaliação do Estado de Saúde⁴¹¹.

Foi ainda aplicado o teste de correlação de Kendall's tau_b entre a variável Escolaridade e Autoavaliação do Estado de Saúde. O resultado de 0,183 indica uma correlação significativa. Logo, os mais escolarizados ou mais escolarizados tenham uma autoavaliação mais positiva.

Assim, a Autoavaliação do Estado de Saúde está relacionado claramente com estas quatro variáveis de caracterização, como é confirmado ainda na análise de *clusters* (Cf. págs.235-237).

Pela correlação da auto-avaliação do estado de saúde com as restantes variáveis associadas, obtiveram-se os seguintes valores: Estado de saúde comparado com os pares (0,456), Coeficiente de Saúde Mental e Bem-Estar (0,242), Satisfação com a Saúde (0,499) e Preocupação com a Saúde (-0,255). Assim, verifica-se uma consistência nas respostas sobre a saúde, incluindo uma correlação negativa entre valores mais positivos na auto-apreciação do Estado de saúde geral e a preocupação com a saúde.

Já na apreciação comparativa da sua saúde com os pares, 750 idosos (12%) acham a sua saúde “Pior”, 56% “Igual” e 1.969 (32%) acham a sua saúde “Melhor” que a dos pares.

(iii) Provável Saúde Mental e Bem - Estar [D2] – estes conceitos são aqui tomados num sentido amplo, dado que o objectivo do estudo é perceber as condições de vida quotidiana dos inquiridos. Ora, toda a existência supõe um equilíbrio entre as exigências

⁴¹⁰ Todavia, segundo o mesmo relatório do INS (2007: 2) verificam-se melhorias nos resultados comparativamente a 1998 – 1999.

⁴¹¹ Para a aplicação do teste foram verificados os possíveis *outliners*, bem como a relação linear entre as variáveis (Pearson, - 0,092) e a normalidade da sua distribuição pelo teste Kolmogorov Smirnov Z.

e as capacidades de resposta dos indivíduos. Se as capacidades forem as necessárias ou suficientes, o indivíduo lida (*coping*) adequada e saudavelmente com as situações, mas se for ultrapassada a banda adaptativa de cada indivíduo, criam-se e instalam-se desequilíbrios que podem ser destrutivos (cf. pág. 109). Assim, neste grupo de questões o objectivo é saber se os inquiridos gerem satisfatoriamente, e do seu ponto de vista, as dificuldades do dia-a-dia, tal como as levantadas pela saúde.

Existem vários instrumentos padronizados que procuram avaliar a Saúde Mental e o Bem-Estar do idoso, nomeadamente pelo despiste de sintomas de ansiedade – o Inventário de Beck (A. Beck, 1961) ou a Escala de Ansiedade Hamilton (cit. por J. Spar e A. La Rue, 1998) – ou ainda várias Escalas para Avaliação da Depressão.

Para este instrumento mais exploratório seleccionaram-se alguns sintomas e sinais recorrentes na literatura e foi tomada como referencia a Escala de Depressão Geriátrica usada por J. Barreto na Faculdade de Medicina do Porto (J. Spar e A. La Rue, idem:171 – 172).

Todavia, por o autor não ser especialista na área nem usar um instrumento já existente, considera os resultados apontados com particulares cuidados, adjectivando os resultados como “prováveis”. Assim, as respostas poderão dar um resultado provável de “Bem-estar”.

Especificamente, consideraram-se os seguintes itens:

- i. *Dificuldade em se concentrar no que está a fazer* – questiona-se sobre as dificuldades “em manter voluntariamente a atenção durante um período de tempo enquanto se está numa tarefa com um objectivo definido” (D. Leigh, 1981: 46), sendo um dos sinais de dificuldades momentâneas ou um dos primeiros sinais demenciais;
- ii. *Dificuldade em adormecer* – com o envelhecimento verificam-se alterações no ritmo circadiano, com consequências no atraso do sono (dormir pela madrugada) ou sono e sonolência nos períodos diurnos ou alterações nos ritmos vigília / sono (M. Lázaro del Noga, 1999: 252), com insónias⁴¹² (dormir pouco ou mal) (F. Jiménez, 1999: 257 – 272; J. Spar e A. La Rue, 1998: 153 - 155);
- iii. *Sentimento próprio de utilidade e (iv.) a percepção do idoso sobre a valorização dos outros relativamente à sua utilidade* – estas duas questões reportam-se a comentários de idosos relativamente frequentes sobre a inutilidade da sua existência, em frases como “não sei o que ando cá a fazer, já não sirvo para nada”. Por outro lado, retoma-se a proposta de W. Glasser (1965) da “Terapia pela Realidade” para quem a necessidade de “ser útil e de sentir que os outros o acham útil” seriam, cada uma delas,

⁴¹² Os dois primeiros critérios para diagnóstico da Insónia Primária ou Precoce da DSM IV são: i. dificuldade em iniciar ou manter o sono, ou sono não reparador, pelo menos durante um mês; ii. perturbação do sono (ou fadiga diurna associada) que causa sofrimento ou déficits de funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas.

uma necessidade psicológica humana fundamental a par da necessidade de “amar” e de “se sentir amado”. Por outro lado, sentir-se útil pela participação em tarefas do quotidiano que implicam empenho subjectivo, autonomia e prazer são essenciais para que o Idoso encontre sentido para a sua existência e o seu espaço próprio (C. Dejours, 1997; A Merlo, 2002). Todavia, o sentimento próprio de utilidade implica também interlocutores que reconheçam essa utilidade e alimentem essa percepção subjectiva. Sobretudo, se houver valorizações negativas, o individuo tende a retrair-se sentindo-se “Inútil” e “Sem valor”. Assim, é compreensível que esta seja uma questão que surge nas Escalas de Depressão Geriátrica;

v. *Tensão e preocupações constantes* – por tensão entende-se um estado de pressão nos grupos musculares voluntários, sendo um dos componentes dos estados de ansiedade que, por sua vez, identifica um estado emocional desagradável e que provoca aflição. Nos idosos, estados de ansiedade a alterações dos estados do humor, têm tendência verificarem-se com o avançar da idade. Todavia, como afirmam J. Spar e A. la Rue (1998: 7) “a depressão e ansiedade poderão ser considerados normais em pessoas idosas com doenças graves do foro médico”. Contudo, a partir de um certo nível, e se não forem convenientemente acompanhados, as tensões e preocupações podem evoluir para irritabilidade e ansiedade crescentes, cefaleias e depressão.

vi. *Dificuldade em resolver os problemas que enfrenta* – tenta-se perceber a autoavaliação do inquirido sobre a sua capacidade ou dificuldade para resolver os seus problemas;

vii. *Gosto pelo quotidiano* – ter vontade de viver cada dia, retirando prazer e reconhecendo sentido na existência;

viii. *Autoconfiança* – implica o reconhecimento do individuo da sua capacidade para se aplicar e implicar no seu quotidiano, resolvendo satisfatoriamente as suas necessidades e objectivos;

ix. *Autodesvalorização* – implica o autoreconhecimento da sua incapacidade para a realização de uma tarefa ou na resposta à generalidade das dificuldades. Pode resultar de uma experiência de fracasso prévia ou de um sentimento progressivo de perda de autonomia e insegurança;

x. *Sentimento global de felicidade* – procurou-se uma expressão da satisfação global do individuo para com a Vida. Refere-se mais às emoções que o inquirido sente na sequencia das respostas do que dos aspectos mais cognitivos, que seriam questionados se a questão fosse “Qual a sua satisfação com a vida em geral?” (P. Böhnke, 2005: 13). Por último, diversos autores fazem referência à relação entre saúde e felicidade (M. de Lima, 2004: 47).

Em termos da distribuição das questões a opção foi: as duas primeiras questões prendem-se com possíveis sintomas de ansiedade; as duas seguintes (iii. e iv.) prendem-se com o sentimento de utilidade; as três seguintes (v., vi. e vii.) sobre os problemas do quotidiano, a sua resolução e a satisfação; a viii. e ix. sobre a autoconfiança; a última sobre o sentimento global de felicidade. A resposta pedida era binária: sim ou não (ou não sabe / não responde). Como as várias questões estão associadas entre si, considerou-se que estas dez questões podem ser pontuadas como uma Escala, com os valores limite entre 0 e 10. Cinco questões são formuladas positivamente, sendo pontuadas as respostas positivas com um valor (1) (questões iii., iv., vii., viii. e x); são igualmente pontuadas com um valor (1) as respostas negativas às questões: i., ii., v., vi. e ix.

Se considerarmos que a pontuação ideal seria de 10, a que corresponderia o Melhor valor em Saúde Mental e em Bem-Estar, então, uma valorização inferior corresponde a uma perda que, se multiplicada por 10, dá um valor percentual.

Considera-se neste caso que, em paralelo com o que foi estimado para a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida (DGS, 1995: 13) que os indivíduos que apresentem no primeiro quartil de distribuição terão um pior Bem-Estar Psicológico. Inversamente, os indivíduos acima do percentil 75 terão um provável Bem-Estar Psicológico otimizado.

Assim, à pergunta “Tem tido dificuldade em se concentrar no que está a fazer?” 2.462 idosos (42%) responderam positivamente e outros 5% não responderam à questão; 3.143 (51%) dizem ter “tido dificuldades em adormecerem”⁴¹³; 3.189, 52% têm-se sentido “em tensão e preocupações constantes”; 2.198 (36%) declaram que se sentem incapazes “de resolver os problemas que enfrentam”; em termos da autovalorização, 1.274 inquiridos (21%) declaram que se têm sentido sem valor; em termos da satisfação com “o que faz no dia-a-dia” 731 (12%) responderam negativamente⁴¹⁴; em termos de autoconfiança, 1.222 (20%) não têm uma apreciação positiva; questionados sobre o sentimento próprio de utilidade, 927 idosos (15%) declaram não se sentirem úteis e igual percentagem também acham que os outros os não acham úteis⁴¹⁵. Por último, foi pedida uma

⁴¹³ No estudo de Paixão, Branco e T. Contreiras (2006) sobre a prevalência de perturbações de sono, além de confirmarem a “tendência decrescente da prevalência do número de horas de sono com a idade”, concluíram que 33 % dos inquiridos com mais de 65 anos, têm alterações do sono.

⁴¹⁴ No inquérito do Observatório Nacional de Saúde (2001) um dos itens perguntava, através de uma Escala de Likert, sobre a autoapreciação da vida em termos de “modo de vida” distinguido, nos extremos, entre “Muito Mau” e “Completamente Satisfatório”, sendo que 47,5% e declaram satisfeitos ou muito satisfeitos e 47,5% como “Não muito satisfatório” e 4,9% declaram o seu modo de vida como “Muito mau”. Se considerarmos a globalidade de respostas, a percentagem de respostas negativas é muito superior no inquérito em Vila Nova de Gaia (12%), embora a intensidade da insatisfação seja distinta nos inquéritos considerados.

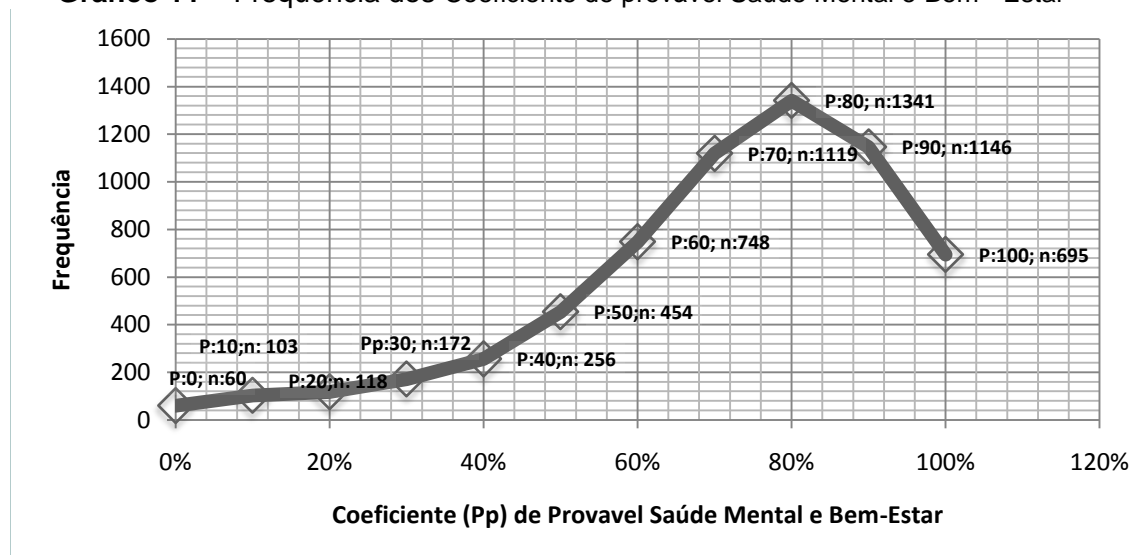
⁴¹⁵ As expressões linguísticas que melhor identificam estes sentimentos são do tipo: “não valho nada” e “não ando cá a fazer nada... já não faço falta”. Esta sensação torna-se trágica quando o idoso se reconhece de tal modo impotente que só lhe resta a espera da morte, mais um que lhe virá a acontecer, mas que também não controla.

apreciação global sobre o sentimento de felicidade, respondendo negativamente 630 respondentes (10%)⁴¹⁶.

No estudo de L. Gonçalves (2002: 196) foram considerados três destes indicadores, verificando-se que 57,6% dos idosos tinham dificuldades em adormecerem, outros 37% “em se concentrarem” e 36,6% afirmaram “sentirem-se ansiosos e com tristeza”. Comparativamente, os idosos em Vila Nova de Gaia parecem adormecer melhor, mas há uma maior percentagem de idosos com dificuldades “de concentração” e “em tensão / ansiedade”

Considerou-se ainda que seria possível estimar um valor percentual de provável de Bem-Estar Psicológico (Pp). Para tal fez-se o somatório das respostas ideais que, no limite máximo, poderá ser de 10 (100%). Assim, com os resultados obtidos no inquérito obteve-se o gráfico seguinte:

Gráfico 11 – Frequência dos Coeficiente de provável Saúde Mental e Bem - Estar



Os testes de normalidade mostram uma distribuição aproximadamente normal, mas que tende a alongar-se à esquerda, nas percentagens mais baixas, e se concentra à direita. Verifica-se que a média da Escala é 70% e a moda e mediana é de 80%. Por outro lado, o limite do primeiro quartil situa-se nos 60% de provável Bem-Estar Psicológico, estando nestas condições 748 idosos (12% dos inquiridos). Assim, verifica-se que 25% dos idosos se situam abaixo dos 60%, tendo pior Bem-Estar e, simetricamente, no último quartil estarão inquiridos com mais de 90% de provável Bem – Estar Psicológico otimizado.

Os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde dão-nos um quadro sobre o provável sofrimento psicológico da população, do qual se salienta a seguinte afirmação “Da análise ressalta o aumento da frequência de provável *sofrimento psicológico* com o

⁴¹⁶ Este valor é muito próximo aos 9,6% de idosos que responderam sentirem-se “Nada felizes” no inquérito promovido pelo Observatório Nacional de Saúde (2001). Depois, nesse mesmo inquérito, 61,7% declaram-se “Muito” ou “Bastante” felizes, enquanto 28,7% se declaram pouco felizes.

aumento da idade. As pessoas com idades acima dos 55 anos apresentam percentagens mais elevadas, principalmente a população com idades entre os 65 a 74 anos (40,8%) e os 75 a 84 anos de idade (42,5%). Os homens com idades entre os 75 e os 84 anos registaram o valor mais elevado (31,2%), enquanto nas mulheres este ocorreu nos 65 a 74 anos (51,9%)” (INE, 2007:6).

Há, pois, uma diferença de pouco mais de 10% entre os valores de provável sofrimento psicológico do 4º Inquérito Nacional de Saúde e os dados obtidos neste Coeficiente de Provável Bem – Estar Psicológico.

Aplicaram-se testes de correlação e de associação entre o Coeficiente de Provável Bem – Estar Psicológico e as variáveis Estado Civil, Género, Idade e Escolaridade.

Atendendo a que Estado Civil e Género se tratam de variáveis nominais e de o Coeficiente de Provável Bem – Estar Psicológico ser uma variável intervalar, aplicou-se um Coeficiente de Associação, com o algoritmo ETA do que resultaram os valores respectivos de 0,163 e -0,193. A associação entre as variáveis é ainda refoçada na análise de *Clusters* (Cf. págs.235 – 237).

Relativamente às variáveis Idade e Percentagem de Provável Bem – Estar Psicológico procurou-se se saber se estas estavam relacionadas em função de uma determinada ordem. Verificados os possíveis *outliers*, a relação linear entre as variáveis (Pearson, -0,148) e a normalidade da sua distribuição pelo teste Kolmogorov Smirnov Z, foi feita a correlação de Spearman que obteve o valor de -0,124, o que significa uma correlação negativa entre as variáveis: a maior idade está correlacionada uma menor Percentagem de Saúde Mental e Bem-Estar.

Foi ainda aplicado o teste de correlação de Kendall's tau_b entre a variável Escolaridade e a percentagem de Provável Saúde Mental e Bem-Estar. O resultado de 0,164 indica uma correlação positiva e significativa para um nível $p= 0,01$: a escolaridade, ou mais escolaridade, maior percentagem de Provável Saúde Mental e Bem-Estar.

(iv.) Consumos de serviços de saúde [D4–D11] – foram considerados vários elementos que caracterizassem o consumo de serviços de saúde pelos inquiridos. A introdução destes parâmetros teve a ver com os cursos ministrados na escola de saúde e com os próprios interesses dos alunos que aplicaram o inquérito. Assim, o consumo de medicamentos teria maior interesse para os alunos do Curso de Farmácia, o de serviços de Fisioterapia, para os do Curso de Fisioterapia e os de Radiologia, para o Curso de Radiologia.

Neste item procurou-se quantificar para este grupo de idosos um dado previamente assente na literatura: “cabe dizer que o grupo de pessoas de mais de 65 anos, no seu conjunto, é um grupo que utiliza em maior medida os serviços de saúde e consome mais

fármacos, que é mais vulnerável às enfermidades e que é um grupo de atenção preferencial nas questões relacionadas com a saúde” (J. Yanguas, 2006: 74).

Os parâmetros considerados foram:

i. **O consumo de medicamentos [D4;D5]** - a polimedicação, por vezes reforçada pela automedicação, é muito frequente nos idosos. Seria preferível ter ideia dos grupos terapêuticos consumidos e do número de tomas. Todavia, para evitar erros e porque o questionário se mostrou longo, optou-se por questionar apenas se *“No último mês, que se lembre, tem tomado medicamentos diariamente?”* pedindo-se uma resposta binária: Não e Sim.

Também se procurou saber do peso relativo dos medicamentos nos rendimentos, perguntando pela percentagem dos rendimentos gastos em medicamentos no último mês [D5]. As respostas podiam ser enquadradas nas seguintes percentagens: até 10%, entre 11 e 25%, entre 26 e 50% e mais do que 50%.

Relativamente à percentagem de idosos que **consumiram medicamentos diariamente** durante o último mês obteve-se um valor de 6.554 idosos (89%). Por outro lado, 171 pessoas (2,8%) não responderam.

Sobre a **percentagem de recursos gasto em medicamentos [D4]**, as respostas indicam que 518 (8,3%) idosos gastam 50% ou mais dos seus rendimentos em medicamentos, 1.318 (21,2 %) dizem ter gasto entre 26 a 49%, 2.321 (37%) gastaram entre 11 e 25% e 1.690 (27,1%) dizem ter gasto 10% ou menos dos seus rendimentos. Um número significativo não conseguiu responder, 210 pessoas (3,4%) enquanto 172 pessoas não responderam de todo (2,8%).

Estes valores parecem excessivos, mas o elevado número de idosos que consumiram medicamentos pode ser parcialmente explicado por efeitos da sazonalidade. De facto, as pessoas reportam as suas respostas ao mês anterior, Fevereiro, que se encontra no período de Dezembro a Março (DGS, 2007: 23) onde a sintomatologia gripal mais se manifesta. Por exemplo, no ano de 2005, a semana 5 teve a taxa máxima de incidência (mais de 200 casos por 100.000 habitantes) e manteve-se elevada em Fevereiro, tendo apenas decaído na semana em que decorreu precisamente o inquérito (idem, 25).

Outro dado curioso é que a percentagem dos que dizem não terem ido a nenhuma consulta nos últimos três meses é de 21, quase o dobro da percentagem dos que disseram não terem consumido medicamentos. Uma das possibilidades de resposta poderá ser a automedicação, dado que uma medicação para patologias crónicas ou mesmo de prevenção (tal como o ácido acetilssalicílico para a hipertensão arterial) pressupõe acompanhamento médico.

ii. **Número de consultas no Serviço Nacional de Saúde (ou em qualquer dos subsistemas) nos últimos 3 meses [D6]** - a ida de idosos aos Centros de Saúde apresenta valores muito díspares, porque alguns idosos farão uma eventual sobre utilização (um uso para lá dos quadros de doença agudos, das consultas de seguimento e de reposição de medicação), enquanto outros não têm qualquer acompanhamento durante anos. As categorias de resposta são: Nenhuma consulta; Uma consulta; Duas ou mais consultas; Semanalmente; Não sabe/Não Responde.

Relativamente ao número de consultas que cada inquirido teve **nos Serviços Médicos [D6]** de Assistência Públicos ou integrados no Sistema Nacional de Saúde nos últimos três meses. As respostas foram esclarecedoras e estão sistematizadas na tabela seguinte:

Tabela 15 – Distribuição da frequência às consultas e tratamentos por Idade e Género nos últimos três meses.

Idade e Gen. Freq. C.S.	65 – 74 anos		75 – 84 anos		≥ 85 anos	
	Masculino (n & %)	Feminino (n & %)	Masculino (n & %)	Feminino (n & %)	Masculino (n & %)	Feminino (n & %)
Nenhuma cons	495; 28,6%	433; 19,1%	174; 21,6%	145; 16,5%	27; 26%	33; 22,8%
1 consulta	655; 37,8%	615; 35,5%	262; 32,5%	246; 28%	26; 25%	40; 27,6%
≥ 2 consultas	589; 34%	922; 53,2%	271; 33,6%	372; 42,3%	44; 42,3%	61; 42%
Semanalmente	115; 6,6%	200; 11,5%	59; 7,3%	109; 12,4%	7; 6,6%	11; 7,6%
Totais	1732	2198	774	880	108	155

Assim, globalmente, apenas 1.307 (21%) afirmaram não ter recorrido aos Serviços de Saúde, 1.844 (30%) fizeram-no uma vez, 2.260 (37%) dizem tê-lo feito mais do que duas vezes e 501 pessoas (8%) declaram fazê-lo semanalmente. Curiosamente, constaou-se que 230 pessoas (3,7%) não souberam ou não quiseram responder à questão,

Torna-se claro que o consumo de consultas e tratamentos é, à excepção de uma categoria (na população com mais de 85 anos com duas ou mais consultas), maior nos indivíduos do género feminino do que no masculino. De salientar ainda que a percentagem de indivíduos que diz ter recorrido semanalmente a consultas ou tratamentos é percentualmente maior do género feminino, mas relativamente constante em todos os grupos etários (cerca de 7% nos homens) e entre os 12% (65 – 84 anos) e 8% a partir dos 84 anos.

Os dados publicados pelo INE relativamente a 2005, permitem concluir que “a frequência aumenta com a idade. A proporção de mulheres que utilizou consultas médicas é mais elevada do que a dos homens. Em ambos os inquéritos a população com 65 e mais anos foi a que registou valores mais elevados (superiores a 70%).” (INS, 2007: 6).

Apesar de haver diferenças entre o número de consultas podemos verificar vários valores percentuais muito próximos entre os valores estimados para a população portuguesa no 4º INS (2005 – 2006) com os obtidos no estudo em Vila Nova de Gaia no mesmo período. Para se estimar melhor a proximidade dos dados, consideraram-se valores próximos aqueles que coincidem tendo em atenção as médias e os coeficientes de variação e distintos os restantes⁴¹⁷.

Com este critério verifica-se que apenas no valor relativo a uma única consulta dos indivíduos do género masculino no grupo etário dos 65 aos 74 anos se verificam diferenças: diferenças entre os 38% em Vila Nova de Gaia e 29,7% para o país, sendo o coeficiente de variação obtido 6,13%. Assim, em todos os outros valores a amostra de Vila Nova de Gaia segue valores próximos aos dados nacionais estimados.

No trabalho anteriormente referido de L. Gonçalves (2002: 197) procurou identificar-se junto dos inquiridos os motivos de consulta. Trata-se de uma questão complementar e reproduzem-se as conclusões: o primeiro motivo indicado é sentirem-se doentes (47,3%), fazem-no por controlo de rotina (39,7%), 6,8% fazem-no anualmente para fazerem exames e 6,1% para obterem receituário que lhes permita descontos em medicamentos habituais.

Se cruzarmos os dados dos vários estudos e excluirmos os cerca de 20% que não foram a nenhuma consulta nos últimos três meses, 30% fizeram-no uma vez e 8% fizeram uma utilização semanal dos serviços. Os restantes 42% poderão corresponder aos 47,3% de idosos que recorrem aos serviços “quando se sentem doentes”, *ie*, de forma inesperada, em episódios agudos, saturando as urgências hospitalares e os serviços de atendimento.

iv. **Hospital de referência [D7]**- existem em Vila Nova de Gaia dois hospitais (um do sector público e outro privado), mas muitos dos idosos recorrem, até por facilidade de transportes, a outros hospitais, nomeadamente do Porto. Procurou saber-se as suas preferências através de uma questão aberta.

Quando têm de **recorrer a um Hospital [D7]** a resposta é quase unânime, 86% (5359) recorreram ao Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, 8 % aos Hospitais Centrais do Porto (Sto. António e S. João) e apenas 139 (2%) recorrem a um Hospital Privado.

v. **Recurso a serviços médicos privados [D8]** - sobretudo em episódios de urgência (seja para consulta ou até cirurgias), o recurso a dispendiosos serviços privados é uma necessidade. Foram usadas as seguintes categorias de resposta⁴¹⁸ para avaliar a

⁴¹⁷ Um factor que não é aqui referido é a sazonalidade. Existem alturas de picos de morbilidade, nomeadamente nas estações de transição: Primavera e Outono. No caso de Vila Nova de Gaia lembramos que os dados foram recolhidos na Primavera.

⁴¹⁸ Foram identificadas categorias de resposta no inquérito porque este é um dos temas que tenderia a criar dispersão do inquérito, com o deslocamento do discurso do idoso para outros domínios.

frequência do uso dos serviços privados: Não recorreu; Recorreu: 1 / 2 vezes; Mensalmente; Frequentemente; NS/NR.

Dos inquiridos, 2.491 (39%) afirmam que nunca recorreram a serviços privados, 869 (14%) recorreram uma única vez, 1.699 (28%) raramente o fez e apenas 1.115 (18%) o fazem frequentemente. Portugal tem um Serviço Nacional de Saúde relativamente recente dado que o Estado Providencia é recente. Define-se como tendencialmente gratuito, mas apresenta níveis de morosidade e desconforto (na marcação de consultas no serviço público e em longas listas de espera para cirurgias e tratamentos) que implicam despesas acrescidas em serviços médicos privados caros.

vi. **Recurso a serviços de Fisioterapia no último ano [D9]** - este é um dos recursos terapêuticos a que estas pessoas mais recorrem, tendo sido estabelecidas as categorias de resposta em função das indicações terapêuticas mais comuns indicadas pelos fisiatras, a saber: Nunca; 1 a 5 Sessões; 6 a 10 Sessões; 11 a 20 Sessões; 21 Sessões ou mais.

Durante o ano anterior, verificou-se que 4.181 idosos (72%) não recorreram a **serviços de Fisioterapia**, enquanto 447 (7%) fizeram reabilitações ligeiras, entre 1 – 5 sessões, 278 (5%) entre 6 – 10 sessões, 440 (7%) entre 11 e 19 sessões e, 479 pessoas (8%) fizeram-no durante 20 ou mais sessões. Apesar de não terem sido encontrados estudos comparativos, estes resultados não surpreenderam os dois especialistas consultados.

vii. **Recurso a serviços de Radiologia no último ano [D10]** – pediu-se apenas uma resposta binária: *Não e Sim*.

Já em termos de Radiologia **[D10]** durante o último ano, 49% disseram ter recorrido a esses serviços. Apesar de não ter encontrado estudo comparativos, ficou-se com a sensação, após consulta de alguns especialistas, de haver uma sobre utilização destes meios complementares de diagnóstico, preferindo alguns médicos uma maior utilização de exames mais clínicos.

viii. **Submissão a cirurgia no último ano e objecto da cirurgia [D11]** – questionaram-se os inquiridos sobre eventual cirurgia e o órgão ou sistema onde foi aplicada. O início da questão é binária (Não e Sim), mas a segunda pergunta era aberta e foi possível identificar as seguintes categorias a partir das respostas dos inquiridos: Cirurgia Cardiovascular; C. Gástrica; C. Ginecológica e Urológica; C. Neurológica; C. Oftalmológica; C. Ortopédica; Outras; Não Sabe ou Não Responde (NS/NR).

Verificou-se alguma confusão nas respostas entre o que teria sido uma cirurgia feita no último ano ou anteriormente. De todo o modo, as respostas obtidas indicam que 1.142 idosos (18%) foram submetidos a pelo menos uma cirurgia. As perguntas do inquérito eram abertas, mas as respostas foram codificadas em sete categorias, com a seguinte

distribuição: 305 pessoas (27% das cirurgias) fizeram algum tipo de cirurgia gástrica, igual percentagem (303) fizeram cirurgia ortopédica, 151 (13%) cirurgia ginecológica ou urológica, 142 pessoas (13%) cirurgia oftalmológica e 110 (10%) cirurgia cardiovascular. Os restantes 11% dos inquiridos distribuem-se por cirurgias menos específicas.

(v) Saúde física – pela literatura e pelo parecer de especialistas considerou-se importante considerar a perda involuntária de urina [D12] e respectivo acompanhamento médico [D12a], a manifestação de dores [D13], a sua localização [D13a] e os seus efeitos nas Actividades de Vida Quotidianas [D13b], e medidas antropométricas: Altura [D14] e Peso [D15].

i. **a perda involuntária de urina(PIU)[D12] e respectivo acompanhamento médico [D12a]** – este item foi introduzido por recomendação do Prof. Doutor Pereira Leite e revela-se de particular interesse do ponto de vista da saúde dos idosos “pelo importante retraimento na vida social quotidiana, que leva à depressão ou ao afastamento de muitos anciãos” (J. Rodríguez, 1999: 465), bem como pelos seus elevados custos económicos (idem).

Os dados que surgem na literatura resultam habitualmente de estimativas e são muito diversos, nomeadamente para as mulheres “Os estudos sobre a prevalência da IUE nas mulheres não são unânimes. Enquanto alguns apontam valores de 8,2% (Iosif et al., 1981) outros sugerem valores acima dos 40% (Scott, 1969; Nishimura, 2002) (Cf. A. Pascoal, 2005).

Com idosos, os dados epidemiológicos mais fidedignos são, contudo, obtidos em internamento.

Questionou-se a memória de perda involuntária de urina, considerando os últimos meses e a sua eventual frequência através da seguinte escala de resposta: Não / Nunca teve; Teve Algumas Vezes; Tem Frequentemente; NS/NR.

Relativamente à ajuda médica, apenas se procurou se o inquirido já teria alguma vez pedido ajuda médica.

Quanto aos dados obtidos, verificou-se, antes de mais, uma evidente resistência à pergunta, pelo que os dados obtidos são necessariamente desajustados. Mesmo assim, 17% (1016 pessoas) declararam ter perda involuntária de urina e outras 29% não responderam⁴¹⁹. Por outro lado, um número significativo destas pessoas não recorre à ajuda médica, 360 pessoas, mais de 6 %.

⁴¹⁹ De facto, alguns idosos sentiram-se muito incomodados com a questão e reagiram tão negativamente que, vários alunos deixaram de por a questão, o que acabou por tornar impreciso o valor. Todavia, tal valor não deve ter ultrapassado seguramente 10% dos inquéritos. Apesar disso os dados existentes são muito dispersos, dado que se estima que “Em Portugal, as estatísticas não são conhecidas, apesar de se estimar que mais de 50% das mulheres acima dos 50 anos já teve ou tem episódios de incontinência urinária.” (A. Pascoal); outro autor refere “acredita-se que a prevalência desta doença entre a população acima dos 60 anos se situa entre os 15% e 30% e que aumenta com a idade (M. Silva e M. Pires). Em artigo de revisão,

Os resultados trazem-nos três evidências: i. apesar deste estudo ter sido feito em contexto comunitário, o valor de pessoas que confirmam ter perda involuntária de urina é ligeiramente superior aos 15,3% idosos que se encontravam incontinentes no estudo feito em Madrid em idosos institucionalizados e citado por J. Rodríguez, 1999: 467; ii. verifica-se plenamente os comentários do autor citado para quem “a cultura actual não admite com facilidade a perda do controle mictório, pelo que quando aparece este descontrole (incontinência) no ancião, este apresenta uma atitude de vergonha e sente-se excluído da sociedade, isto claramente se vê em muitas entidades de internamento que não aceitam os internados com incontinência” (idem: 467 – 468); iii. o facto de 6% dos idosos que declaram ter incontinência urinária não terem acompanhamento médico está de acordo com o facto de os idosos “tardarem em ir à consulta 4,8 anos desde o início dos sintomas (ibidem: 470) e ainda da relativa desatenção dos médicos para este problema (ibidem: 468).

ii. **A manifestação de dores⁴²⁰ [D13], a sua localização [D13a] e o seu efeito sobre actividades de vida quotidiana⁴²¹ [D13b]** - o impacto da dor na vida quotidiana é salientado frequentemente na literatura (T. Kauffman, 2001: 297 – 301).

Os inquiridos foram questionados sobre manifestações de dor durante “a última semana”, a sua localização e sobre o efeito destas dores nas actividades quotidianas. A questão sobre a localização das dores era aberta e as respostas foram sistematizadas nas seguintes categorias: *Cabeça; Generalizadas (órgãos internos); Osteo-articulares Generalizadas; Membros Superiores; Membros Inferiores; Tronco / Coluna; Outras; Não Sabe ou Não Responde (NS/NR)*.

As respostas dadas mostraram a seguinte prevalência⁴²²: 49,8% (3075) dos idosos declararam **padecerem de dores [D13]** que se distribuem de forma localizada pelos membros inferiores (25%), pelo tronco e coluna (29%), pelos membros superiores (5%) e pela cabeça (5%)⁴²³. Além destas, outras 1.180 pessoas (36%) queixam-se de dores generalizadas, das quais 14 % referem-se a dores osteo-articulares. Apesar de muitas

R. dos Reis *et al.* (2003) concluem que os “Estudos revelam que a prevalência da incontinência urinária no idoso varia de 8 a 34% segundo o critério ou método de avaliação”. Assim, apesar do impacto desta patologia para a Qualidade de Vida do Idoso, parecem ser muito evidentes os sinais de negação e mal-estar detectados durante o inquérito.

⁴²⁰ Foi considerado o 5º Sinal Vital pela Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003, sendo que é dor “aquilo que a pessoa que está a sentir diz que é, ocorrendo em qualquer lugar que a pessoa diz que está” (McFerry, cit. por F. Valgôme e A. Martins, 2005)

⁴²¹ Metzger *et al.* (2002) identifica 11 factores que permitem caracterizar a dor. Todavia, não foi possível integrá-los todos e optou-se por se considerar apenas “a sua repercussão sobre as actividades de vida diária e qualidade de vida”.

⁴²² Estes dados identificam o número de pessoas com a condição específica pretendida (a dor) num ponto específico no tempo, o da semana do inquérito.

⁴²³ Nos inquéritos e nas entrevistas as queixas subjectivas contêm muito mais informação sobre como vivem as pessoas quotidianamente. Habitualmente usam expressões como “dói-me tudo, sobretudo os joelhos” (o que em linguagem médica indica cervicalgias, lombalgias, dorsalgias e gonalgias), ou “tenho muitas vezes formigueiros” (parestesias nas extremidades inferiores e superiores) e ainda “as dores nos ossos não me deixam levantar de manhã” (rigidez articular matinal).

destas pessoas se habituarem às dores crónicas, 2.838 (42%) afirmam que as dores são de algum modo restritivas das suas actividades. No estudo publicado pela Escola Nacional de Saúde Pública (S. Rabais, 2003) 73,7% dos idosos inquiridos afirmam ter dores, sendo que 49,6% têm mais do que um tipo de dores.

iii. **A altura [D14], o peso [D15] e o Índice de Massa Corporal (IMC)** – a altura e o peso são duas dimensões antropométricas que indicam aspectos diferentes, sendo a primeira mais associada a condições de vida e a determinismos genéticos e a segunda mais reveladora de condições de vida próximas dos indivíduos (Ferreira, 1997). Ambos os valores permitem estimar Índice de Massa Corporal⁴²⁴ que é usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como indicador de risco de peso excessivo ou mesmo de obesidade e morbidade, como é o caso de valores entre os 25 e os 40kg/m². Pelos valores presentemente adoptados atribui-se um risco normal a quem tem um valor que se situa entre os 18,5 e os 24,9, excesso de Massa Corporal para valores entre os 25 e os 29,9 e obesidade para valores iguais ou superiores a 30. Relatividade à Obesidade, está distinguida-se em três Graus (Grau I: entre 30 e 34, Grau II entre 35 e 39 e Grau III acima de 40).

Nesta lógica assume-se que valores superiores a 25 na relação entre a altura e o peso corporal [Peso (kg) / Estatura ² (m)] identificam níveis de risco, seja para doenças cardiovasculares, seja ainda por efeito do sobrepeso sobre as articulações.

Outros indicadores antropométricos dariam valores muito mais precisos tais como o simples perímetro de cintura (considerando-se genericamente como risco valores acima dos 102 cm de perímetro) ou o somatótipo, dando-nos a composição corporal.

A primeira constatação que retiramos dos dados (e do contacto directo) é que 622 (10%) das pessoas não conseguem descrever a sua altura⁴²⁵ e 512 (8,1%) o seu peso⁴²⁶. Nestas condições, os dados do **IMC**⁴²⁷ resultam incertos. Todavia, apesar dos limites referidos, apresentam-se os dados obtidos:

⁴²⁴ Não se trata em rigor de um indicador de massa corporal, mas apenas da relação entre o peso (em Kg) pelo quadrado da altura. Tem, contudo, a vantagem de ser relativamente fácil de obter.

⁴²⁵ Consta-se que em termos de alturas os valores, por comparação com as tabelas antropométricas de S. Pheasant (1988) revelam enormes diferenças que não devem ser consistentes. Assim, os dados encontrados para a população inglesa com mais de 65 anos foram: para o género Masculino, média de 1640 e o desvio padrão de 77 e, para o género feminino a média de 1515 e o desvio padrão de 70. Ora, um estudo comparativo anterior do autor (Ferreira, 1997) mostra diferenças entre crianças com 4 e 5 anos de idade, entre a população portuguesa e inglesa, sendo maiores as crianças inglesas. Nestas condições não seria de esperar esta diferença favorável à população portuguesa. Estas diferenças resultam de os inquiridos se referirem habitualmente aos valores do Bilhete de Identidade que são tomados de forma displicente e na juventude.

⁴²⁶ Se quanto à primeira dimensão se percebe a dificuldade porque a altura diminui com a idade (S. Pheasant, 1988) e a sua medida não é muito acessível, já é mais difícil de compreender o desconhecimento do peso que é uma dimensão essencial.

⁴²⁷ Inicialmente desenvolvido por Quetelet (1883) este indicador (IMC) resulta da Massa Corporal reduzida à variável Peso (kg) dividida pelo quadrado da Estatura (m). Todavia este valor não nos dá a Massa Corporal, sendo apenas um indicador da relação entre o Peso e a Estatura.

Tabela 16 – Distribuição comparativa por género das Alturas, Pesos e IMC.

Estatísticas	Altura		Peso		IMC	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Média	1590	1690	67	75	26	26
Desvio Padrão	64,7	65,7	10,6	10,2	4	3,2
Percentil 05	1500	1590	50	60	20	22
Percentil 25	1550	1650	60	69	24	24
Percentil 75	1630	1730	73	80	29	28
Percentil 95	1700	1800	85	92	33	32

A variável estatura é um bom indicador da qualidade de vida da população (S. Pheasant, 1988; Ferreira, 1997) indicando alterações biossociais na população. Já a variável peso é fortemente determinada pelas condições de vida imediatas, nomeadamente alimentação e exercício físico. Assim, a estatura é um indicador fiável sobre uma alteração consistente da qualidade de vida da população num período relativamente longo, enquanto o peso nos dá indicações sobre condições de vida mais próximas.

O controlo periódico do peso é não só mais fácil de adquirir como pode ser um bom instrumento regulador da saúde do idoso.

Quanto ao valor de IMC constata-se que as médias dos valores por idades são de 26,47 para os idosos entre os 65 e os 74 anos, 26,21 para os idosos entre os 75 e 84 anos e 28,54 para a classe de quem tem 85 anos ou mais. Isso significa que 65% têm peso excessivo ou obesidade, dos quais 50% têm peso excessivo e os 15% restantes são obesos.

Estes valores são muito superiores aos estimados para a população portuguesa no 4º INS (2005 – 2006) dado que as percentagens de população com peso excessivo ou obesidade e para as três classes etárias são “apenas” 46,8%, 41,2% e 30%.

Tais discrepâncias podem ter origem em dois factos: i. dos dados resultarem das memórias dos inquiridos; ii. de não haver uma preocupação adequada de vigilância de peso e até das perdas de estatura que resultam das compressões interdiscas e acentuação das curvaturas da coluna e ainda de perdas da densidade óssea.

Todavia, a melhor conclusão a retirar destes dados é que os próprios inquiridos não têm sobre si mesmos uma ideia precisa destas duas dimensões pelo que seria interessante a futura medição de uma amostra representativa, e até a definição do seu somatotipo.

5.2.5. Quarta Parte: caracterização de diversas Actividades.

O conceito de “actividade” é muito amplo. Este inquérito foi construído de forma identificar os grandes domínios de actividade em que habitualmente os idosos se comprometem, bem como aquelas que, pela literatura, devem ser prioritariamente consideradas.

Desde logo podemos distinguir entre actividades “básicas”⁴²⁸, “instrumentais”⁴²⁹ ou “actividade física”⁴³⁰. Todavia, todos estes conceitos se centram positivamente no conceito de *funcionalidade* e, negativamente, nas incapacidades funcionais que, no limite, conduzem ao designado *síndrome de imobilidade*⁴³¹.

Obviamente que por Actividades necessárias se não entende o mero activismo. Por vida activa entende-se a continuação de actividades e relações já existentes ou a sua criação, nomeadamente, pelo alargamento da rede de relações, contactos com outras organizações e diversificação de interesses. Todavia, esse processo deve ser feito no limite das potencialidades dos idosos, *ie*, sem subestimar nem sobrestimar essas possibilidades, pelo que a avaliação multidimensional do idoso é particularmente importante.

Existem várias classificações sobre o que são as actividades necessárias e recomendadas em cada contexto pelo que resultam diferentes escalas, tais como as de Lawton, Kats ou Plutchik. Todas estas escalas procuram avaliar o grau de autonomia ou de independência relativamente a tarefas diárias essenciais, de forma a organizar os melhores serviços de apoio.

Neste instrumento, questionam-se os inquiridos, e relativamente ao último mês, sobre:

- **A autoapreciação do Idoso relativamente à sua autonomia [E1] e sobre a necessidade de ajuda** - valorizaram-se a auto-apreciação da autonomia (*cuida de si mesmo?*), bem como a autoindicação pelos inquiridos dos domínios nos quais necessitam ser compensados através de pergunta aberta. Em relação a esta pergunta as categorias de resposta encontradas foram: Higiene Pessoal, Higiene de Casa, Vestir/Calçar, Andar e dificuldades Generalizadas.

O número de indivíduos que se consideram autónomos é de 5.465 (88,9%), havendo 682 idosos (11,1%) que se não consideram autónomos dos quais 623 indicam como domínios de ajuda necessários: a higiene pessoal (220, 35%), ajudas à locomoção (75, 12%),

⁴²⁸ Indicam as capacidades dos idosos para realizarem as acções quotidianas necessárias para satisfazerem as necessidades vitais essenciais à manutenção da vida, tal como levantarem-se ou deitarem-se na cama, vestirem-se, alimentarem-se, andarem dentro e fora da habitação, higiene, etc.

⁴²⁹ Indicam as capacidades dos idosos para realizarem tarefas instrumentais para satisfação de necessidades comuns, como compras, gestão de dinheiro, transportes ou telefone.

⁴³⁰ Corresponde a qualquer exercício físico, preferencialmente dinâmico, que implique um gasto energético acima do metabolismo basal. Implica desde a actividade física espontânea (como manter as posturas) ou por actividade física voluntária e que pode representar, nas pessoas mais sedentárias, apenas 5 – 10% das calorias gastas diariamente ou podem chegar aos 50 – 60% nas pessoas mais activas.

⁴³¹ A imobilidade promove uma série de efeitos patogénicos sobre os principais sistemas de órgãos e funções (F. Jimenez, 1999: 311- 323; T. kauffman, 2001: 266 – 269)

cuidados à habitação (49, 8%), ao vestir / calçar (75, 12%) e outras dificuldades ou dificuldades generalizadas (211, 33,9%).

A discriminação por grupos etários mostra que no grupo dos 65 aos 74 anos, a percentagem de indivíduos que se declara como não autónomo é de 9,3%. Nos indivíduos entre os 75 e os 84 anos passa para 16,87% e, acima dos 85 é de 39,19%.

No estudo realizado em Bragança (L. Gonçalves, 2002) também se confirma que as actividades onde os idosos têm tendencialmente maior perda de autonomia são a higiene pessoal / “tomar banho” e na locomoção / “andar na rua” e “subir e descer”. Todavia, os dados obtidos neste estudo são mais favoráveis que os valores descritos nesse estudo para a faixa etária dos 65 aos 69 anos onde 34,8% dos idosos “referem necessidades de ajuda para algumas actividades da vida” (idem: 198).

De igual modo os dados obtidos com idosos com 75 ou mais anos em Vila Nova de Gaia por M. Rodrigues (2007) também não se confirmam neste estudo, dado que a autora verificou que “mais de metade da amostra é completamente incapaz de realizar o trabalho doméstico ou necessita de alguma ajuda” (M. Rodrigues, 2007:60).

- **Execução de tarefas instrumentais [E2]** - questiona-se o idoso, através de uma resposta positiva ou negativa, acerca de actividades instrumentais (se no último mês tem feito compras, tratado dos dinheiros ou telefonado).

Questionados sobre a realização de **actividades no meio [E2]** (compras e gestão quotidianos, telefone...) 1.131 (18,4%) não se consideram pessoas activas, no universo dos 6.157 respondentes. As pessoas sem estas actividades correspondem aos 924 idosos que precisam da ajuda de outros para as suas actividades e ainda de alguns dos que realizam as suas actividades com ajudas técnicas, e cuja comunicação se centra no domicílio 1.054.

- **Execução de tarefas domiciliárias [E3]** - questiona-se o idoso sobre a execução genérica das tarefas domiciliárias (cozinhar, arrumar, limpar... ou equivalente) durante o último mês, pedindo-se meramente uma resposta positiva ou negativa.

Questionados especificamente sobre a realização de **tarefas domésticas [E3]**, 2.118 dizem não executar essas actividades.

Neste quadro podemos claramente encontrar uma determinação cultural por género. Os dados obtidos permitem estimar a seguinte tabela:

Tabela 17 - Género e Execução de tarefas domésticas

Género & Tarefas Domésticas		Execução de tarefas domésticas		Total
		Não tem Actividade	Tem Actividade	
Género	Masculino	1593	1250	2843
	Feminino	524	2799	3323
Total		2117	4049	6166

Neste domínio as mulheres mantêm-se mais facilmente em actividades 2.799 (84,3%). Tal é facilitado por uma cultura que entrega o cuidado e o domínio do lar à mulher.

- **Actividades físicas específicas a terem sido desenvolvidas no mês anterior e a sua identificação [E4]** – neste caso questiona-se sobre actividades físicas planeadas, estruturadas e de prática sistemática e intencional. Também foi considerada a prática de uma actividade física integrada num sistema que contemple algum modo de competição e com regras, como é o caso de prática desportiva em grupo. De qualquer modo, o mais importante foi identificar os idosos que têm o objectivo específico e intencional de manterem ou aumentarem a sua aptidão física.

A questão pedia ainda a indicação da(s) actividade(s) tendo sido possível organizar as seguintes categorias de resposta encontradas: Andar, Caminhar, Desportos Individuais, Desportos em Grupo e Ginástica.

Os dados obtidos revelam que 860 (14%) dizem manter actividade física específica. Todavia, destes apenas 838 identificaram a actividade obtendo-se os seguintes resultados: 350 (42%) dos respondentes dizem andar ou caminhar, 295 (35%) praticam ginástica dedicada, 170 (20%) praticam desportos individuais (*jogging*, bicicleta...) e 23 praticam desportos em grupo (futebol).

- **Actividade profissional [E5] e a sua identificação** – é uma questão conjugável com as questões sobre “a situação profissional” [A6] e ainda com a “Actividade ocupacional Remunerada” [IQV3]. Tem associada uma questão aberta, para identificação da(s) actividade(s). As respostas dadas puderam ser enquadradas nas seguintes categorias: agricultor, auxiliar de educação ou da saúde, indiferenciado, comércio, pescador/peixeira, trabalhador especializado / técnico e profissão liberal/empresário.

Perder ou manter a **Actividade profissional [E5]** após a idade de reforma pode significar coisas muito diferentes. Para uns a continuação da actividade é vantajoso e positivo, mas para outros é um peso. O mesmo ocorre com o período pós-laboral.

Neste estudo, 645 pessoas (10% dos respondentes) dizem manter actividade profissional. O mesmo valor é reafirmado no **Índice de Qualidade de Vida [IQV3]** quando 637 pessoas responderam que mantinham actividade ocupacional remunerada, o que é explicado pelo número de idosos que não responderam à parte final do inquérito. Quanto ao tipo de Actividade Profissional destas pessoas que se mantêm activas, a mais comum é o trabalho indiferenciado ou de auxiliares feitas por 187 pessoas (30%), Comércio (22%), Trabalho especializado ou técnico (21%), Agricultor e Trabalhador Rural ou Pesca (19%) e Actividade liberal ou empresário (8%).

- **Actividades de Lazer e Recreação [E6]** pedindo-se às pessoas para as identificarem – foi pedido aos inquiridos para confirmarem ou infirmarem as suas

actividades de lazer e, se afirmassem tê-las, para as identificarem. As respostas encontradas permitiram construir as seguintes categorias: passeatas e outras actividades ao ar livre (pesca); agricultura e jardim; ler e artes; actividades em grupo, voluntariado e apoio a netos; rendas e artesanato; cartas, futebol e outros jogos em grupo; passeios e viagens; televisão e outros.

Esta questão serve ainda de controlo ao quinto item da grelha de Qualidade de Vida **[IQV4]** relativa a “actividade lúdica”.

Constata-se que apenas 2.346 inquiridos (36,6%) declaram manter actividades de lazer e recreação⁴³². Procurou-se classificar as várias respostas e obtiveram-se as seguintes classes: rendas e artesanato 476 (20,9%); caminhada e desporto predominantemente físico 436 (19%); Actividades em grupo, voluntariado e apoio a netos 412 (18,1%); Visionar TV 276 (12%); com 197 (9%) a Agricultura e Jardim; com 8,2% dos respondentes temos duas categorias: 186 declaram jogar cartas, assistir a futebol e outros jogos (actividades mais masculinas) e 187 leitura e actividades artísticas; Passeios e viagens recolhem a preferência de 108 (5%).

Os resultados obtidos nesta questão foram confirmados na Grelha de Qualidade de Vida, onde 3.874 pessoas (63%) afirmaram não terem actividade lúdica.

No estudo de L. Gonçalves em Bragança (2002) surgem duas categorias de lazer predominante: a televisão (49,7%) e actividades de sociabilidade (conversar, conviver, jogar cartas...) com amigos e vizinhos (51,2%). Mais importante é a afirmação segundo a qual “as actividades de lazer não são simples divertimento, mas estão condicionadas pela falta de saúde e baixo rendimento” (L. Gonçalves, 2002: 211). No caso de Vila Nova de Gaia, o contexto sócio-familiar é claramente integrado como “lazer” pelos idosos que indicam como actividades recreativas algumas que parecem ser de cariz mais utilitário, como é o caso do “apoio aos netos”. De igual modo, muitas das actividades no jardim referem-se a pequenas agricultura de subsistência que muitos mantêm em complemento da reforma.

Uma das conclusões a retirar destes resultados é a necessidade de investir neste domínio da existência com ofertas que se não confundem com a “ocupação dos tempos livres” mas que, considerando as condições dos idosos (biografia, recursos culturais e físicos, interesses e condições sócio económicas), facilitem a actualização das suas potencialidades (C. Rogers, 1961).

⁴³² Todavia, constata-se diferenças na resposta à questão sobre “Actividades lúdicas” do Índice de Qualidade de Vida, onde apenas 2.181 responderam afirmativamente. Assim, cerca de centena e meia de idosos deram respostas contraditórias, eventualmente por não descodificarem correctamente as questões, dado que conceitos como “lazer e recreação e lúdico” não são comuns na linguagem e podem não ter sido suficientemente explicitados pelos inquiridores.

- **Viagens durante o último ano [E7]** – uma das actividades de preferência dos idosos e que também é bem recebida e frequentemente financiada pelos autarcas e responsáveis, são as viagens. Muitos inquiridos, sobretudo os que tiveram menos possibilidades de viajarem, consideram também como “viagens” pequenas deslocações. Nesse sentido, foi pedido para serem consideradas apenas distâncias a mais de 50Kms. Os locais de destino identificados foram sistematizados nas seguintes categorias: Alentejo; Algarve e Ilhas; Centro e Lisboa; Fátima; Douro, Minho e Trás-os-Montes; Espanha (Santiago Compostela e Sul); Outros países da Europa; Outras partes do Mundo.

Verificou-se que 1.876 (30,2%) pessoas declaram que viajaram, durante o último ano, a uma distância superior a 50km da sua casa. Os destinos mais comuns identificados foram: Santuário de Fátima 391 (21,2%); Alentejo, Algarve e Ilhas 363 (20%); Espanha, maioritariamente a Santiago de Compostela e Sul 330 (17,9%); Centro de Portugal e Lisboa 265 (14,3%), outros países da Europa, maioritariamente por efeito da emigração (11%), Douro, Minho e Trás-os-Montes 165 (8,9%) e outros países do Mundo (7%).

No estudo de M. Rodrigues (2007) a autora identificou “os passeios” como as actividades de lazer destinadas aos idosos preferidas pelos autarcas. Ora, nos dados obtidos confirma-se a razoabilidade desta concepção porque 3.325 (52%) dos idosos de ambos os géneros declaram “que gostariam de viajar”. Trata-se da segunda actividade mais pretendida pelos respondentes e de “êxito” garantido para os autarcas. Todavia, este é um recurso necessariamente pontual e complementar a uma actividade satisfatória quotidiana. No caso das viagens de maior distância, muitas deles são feitas para pontos de emigração onde os idosos têm laços familiares, nomeadamente na Europa e América do Sul.

Torna-se óbvio o predomínio dos destinos religiosos, sobretudo Fátima, bem com as viagens aos locais de origem ou onde residem os familiares, como é o caso de muitos que se deslocaram a países europeus.

- **Ainda relativamente às actividades físicas [E8]**, procurou-se ainda identificar, tendo como referencia a última semana, a *actividade física [E8]* descriminada entre *Vigorosa* (Levantar objectos pesados, cavar, andar rápido de bicicleta...), *Moderada* (Transportar objectos leves, andar de bicicleta...) e a *Caminhada* (Ir às compras, andar em ritmo de passeio...), procurando identificar os tempos de exercício.

Os dados obtidos indicam que 63% (3.835) dizem ter feito actividade física Leve ou Caminhada; 26% (1.569) dizem ter feito actividade física Moderada e 12% (744) actividade física Vigorosa.

Quanto aos tempos de actividade, pode haver alguma confusão entre os tempos diários e o total dos tempos semanais. Daí que os resultados deverão ser menos consistes do que o pretendido, embora sejam apresentados. A média de tempo de exercício é de 1:00h, 1:23h e 1:48h para as actividades físicas Vigorosas, Moderadas e Leves respectivamente. Quanto aos percentis para a actividade moderada são de 0:45h (P50) e 1:30h (P75), sendo para o tempo de Caminhada ou exercício Leve de: 0:30h (P5), 1:00h (P50) e 2:00h (P75).

- **Visionamento de televisão [E9]** - a actividade eventualmente mais comum e que mais tempo ocupa os idosos é o visionamento de TV, pelo que foi questionado o tempo de visionamento diário, a partir dos seguintes tempos de visionamento: Não Vê; até 1h; entre 2 a 3h; 4h ou mais.

Verifica-se que apenas 266 (4,3%) idosos disseram não verem televisão. Dos restantes, 1.424 (22,9%) disseram ter visto entre 0 e 1h diária, 2.493 (40,1%) entre 2 e 3 horas por dia e 2.027 (32,6%) durante 4 ou mais horas por dia. Para comprovar este sucesso televisivo, esta é uma das questões que regista menor número de não respostas, apenas 19 (0,3%).

Não parecem existir diferenças em função das idades (Sperman's rho: 0,45), mas a correlação entre Género e tempo de visionamento obteve valores mais expressivos (Kendall's tau b: 0,085), que corresponde a uma maior percentagem de indivíduos do género feminino. Os dados publicados pela Marktest Audimetria (2006 e 2007) indicam que são as pessoas com mais de 64 anos que vêem mais televisão, numa média nacional de mais de mais de 4 horas, e que predomina o género feminino.

O sucesso do meio televisivo tem, desde logo, dois factores determinantes para o seu sucesso neste grupo populacional: oferece uma informação plurissensorial (audição e visão em redundância) e as informações surgem relativamente simples e directas, com forte conteúdo emocional. Complementarmente não nos podemos esquecer que foi neste grupo etário que apareceu a televisão em Portugal, seguindo-se um processo de conquista e habituação.

É claramente uma área a ser investida numa lógica não comercial (como se verifica nos programas matinais actuais das televisões portuguesas), podendo ser aproveitada esta audiência para fomentar a participação social, fornecer informações relevantes (sobre direitos e deveres e actividades) e promover boas práticas de saúde.

- **Participação em Instituições e Organizações [E10]** e a frequência dessas actividades – questionaram-se os inquiridos sobre actividades participativas em comunidades, associações ou organizações. Pediu-se ainda sua identificação dessas

organizações através de pergunta aberta e ainda a frequência da sua participação nessas actividades.

Apesar da dispersão de respostas, puderam ser encontradas as seguintes categorias: Associações Humanitárias e beneméritas; Associações Recreativas e Desportivas; Associações Culturais e Educativas; Associações Religiosas; Mutualistas, Políticas e Outras.

Pediu-se ainda aos inquiridos para identificarem a sua participação em termos de “Frequente”, “Com regularidade”, “raramente” e “Não sabe e Não responde”.

Questionados acerca da sua participação em associações [E10], igrejas ou outras instituições, apenas 1.840 (30%) se declaram nessas circunstâncias. Destes, 44% declaram-se membros de Igrejas ou comunidades religiosas, 24% de associações humanitárias ou voluntárias, 21% são membros de associações recreativas ou desportivas, 5% de associações com fins culturais ou educativos e 6% de associações políticas ou de apoio mutualista⁴³³. Procurou-se igualmente saber a frequência com participam nas actividades, sendo que 19% responderam que “raramente” participavam, 29% o faziam com “regularidade” e 53% “frequentemente”.

No referido estudo de M. Rodrigues (2007: 64) identificou apenas um autarca no seu estudo em Vila Nova de Gaia que referiu uma “maior participação” dos idosos como “uma necessidade”. De igual modo, no trabalho realizado pelo autor na freguesia de Grijó (Ferreira, 2002) e posteriormente nos contactos durante o Trabalho de Campo verificou-se que os autarcas vêem os idosos sobretudo como consumidores de recursos e não como produtores. Assim, são reforçadas as concepções deficitárias do envelhecimento porque os autarcas têm sempre a noção de não terem os recursos necessários e os idosos da sua impotência própria e dos recursos insuficientes do meio em termos de saúde, apoio social e económico.

- Por último, **consideraram-se as actividades que os respondentes gostavam ou gostariam de realizar [E11]**. Organizaram-se seis possibilidades de resposta (*Viajar, Repousar, Continuar a Trabalhar na mesma profissão, Ajudar os filhos, Ser útil ao próximo e Estudar*) que resultaram das respostas prévias obtidas nos estudos preparatórios a uma questão aberta sobre “Quais as actividades que mais gostaria de fazer?”

⁴³³ A instituição mutualista mais referida é a designada “Associação Funerária”. Na realidade a sua designação é “Caixa Económica do Porto” ou de “Beneficência Familiar”, criada em 1905, e com mais de 50.000 associados. Destacam-se nas suas actividades, um serviço bancário, um serviço de viagens ou “passeios” e um serviço de apoio para as “últimas despesas”.

Assim, numa lógica de promoção da participação, questionaram-se os inquiridos sobre o seu **interesse em** participarem [E12] em seis tipos diferentes de actividades. Podiam escolher na resposta qualquer actividade e as que entendessem.

Os resultados obtidos e apresentados por frequência de repostas foram:

Tabela 18 – Frequência e Percentagem de respostas por tipo de Actividade que os inquiridos gostariam de fazer.

Tipo de Actividade que gostaria de fazer...	n	% Total
... Ajudar os Filhos	3381	54
... Continuar a Trabalhar na minha profissão	1440	23
... Viajar	3325	52
... Repousar	2422	39
... Ser Útil	2097	34
... Estudar	461	7

“Ajudar os filhos” é a actividade mais pretendida, seguida pelo interesse em “Viajar”. Um número elevado de idosos (62% dos respondentes e 39% da amostra) escolheu “Repousar”. Por outro lado, menos 1.002 idosos responderam que gostariam de continuar a trabalhar na sua anterior profissão. Por outro lado, 2.097 (57% dos respondentes) declararam quererem “ser úteis”. Só 461 idosos (7%) da amostra declararam quererem “Estudar”.

Uma nova tabela com a distribuição da totalidade dos respondentes por Género, Frequência e Tipo de Actividade dá os seguintes resultados:

Tabela 19 – Frequência e Percentagem por Actividade do que gostariam de fazer.

Tipo de Actividade que gostaria de fazer...	Masculino		Feminino	
	N	%	n	%
... Viajar	1590	75	1635	75
... Repousar	1098	61	1323	63
... Ajudar os Filhos	1488	73	1893	78
... Ser Útil	917	49	1180	60
... Continuar a Trabalhar na minha profissão	736	48	704	43
... Estudar	214	16	247	17

Não se verificam diferenças percentuais entre géneros nas actividades “Viajar” e “Estudar”. Quanto a “repousar” encontramos uma diferença de mais 2% (225 pessoas) no género feminino, reforçada pelo facto de menos 5% dizer que gostaria de continuar a trabalhar na sua profissão⁴³⁴. Todavia, as mulheres são as que mais se voluntariam para “ajudar os Filhos” e, sobretudo, serem “úteis”, mais (11%). Esta maior disponibilidade das mulheres para o cuidado está implícita nos papéis sociais assumidos pela grande maioria

⁴³⁴ É de salientar que muitas destas mulheres mantiveram uma vida de enorme sobrecarga em termos de trabalho, associando os cuidados da casa e o trabalho. Nas entrevistas realizadas muitas destas pessoas falam dos cuidados aos pais, sogros e ainda aos netos. Contudo, este aspecto não foi questionado neste inquérito.

das mulheres ao longo da vida, passando de filhas a esposas e, depois, a mães. Por outro lado, o continuar a cuidar dos filhos e netos mantém um sentimento de vitalidade parcialmente perdido com o fim da fertilidade ou com a “síndrome do ninho vazio”.

A única categoria onde o género masculino se destaca é na vontade em “Continuar a trabalhar na minha profissão”. Tal facto reforça a importância da perda de trabalho para os homens e, por outro lado, a relativa protecção que a actividade doméstica permite, ao manter uma certa sensação de continuidade na vida.

Se lermos os resultados pelos dois modelos funcionalistas (desvinculação e continuação) verifica-se que cerca de (30%) dos inquiridos não mostraram interesse em participar em actividades. Por outro lado, 70% dos inquiridos desejam participar em actividades, sendo algumas mais centradas no indivíduo como “repousar” (39%), “viajar” (52%) e “ajudar os filhos” (54%). Todavia, também se verifica que 34% deseja “ser útil” e 23% “continuar a trabalhar na mesma profissão”. Isto abre um outro campo de intervenção, a identificação e organização destes recursos disponíveis.

5.2.6. Quinta Parte: avaliação da Qualidade de Vida, Funcionalidade Familiar e Preocupação e Satisfação com a Vida

i. **Relativamente à Satisfação e Preocupações com a Vida [F1;F2]** foram considerados os seguintes domínios: *Família, Amigos, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho e Futuro*. São áreas centrais da vida. Este domínio do inquérito reflecte algumas das questões mais comuns referidas pelos idosos nas questões abertas na fase de construção do instrumento, todavia o pressuposto não é a insatisfação ou demonstrar o elevado número de queixas dos idosos.

Exceptuando o último que tem objectivos próprios, os restantes funcionam em simetria, com valores que oscilam entre 0 – Não Sabe ou Não Responde e 1 – 4 (1, corresponde às valorizações claramente negativas - Muito Insatisfeito e Muito Preocupado; 2, corresponde a apreciações negativas mais moderadas – Insatisfeito e Preocupado; 3, corresponde a uma Satisfação ou a ausência de Preocupações; e 4 corresponde a apreciações claramente positivas – Muito Satisfeito e Nada Preocupado). Para tornar mais evidentes os resultados aplicou-se uma pontuação às diferentes possibilidades de resposta de forma a distinguir entre as apreciações extremas (Muito ou Nada) e intermédias (Preocupado e Satisfeito).

As respostas extremas foram pontuadas duplamente de forma positiva e negativa, respectivamente: “Muito Preocupado” e “Muito Satisfeito” (*2) & “Nada Preocupado” e “Muito Insatisfeito” (*- 2); A “Sem Preocupação” e Insatisfeito foi atribuída a pontuação de (*-1);

Foram ainda elaboradas um conjunto de questões sobre as **Preocupações [F2]** relativamente a Família, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho, Amigos e Preocupação com o Futuro. Com os resultados foi obtida a seguinte tabela:

Tabela 20 – A Preocupação com a Família, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho, Amigos e Futuro.

Itens de Preocupação	Muito Preoc.		Preocup.		Sem Preoc.		Nada Preoc.		NS/NR
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Família	1.981	32	1.681	27	1.473	24	898	15	2
Sit. Financeira	1.113	18	2.320	38	2.010	33	596	10	2
Segurança	831	14	2.680	43	2.072	34	417	7	3
Saúde	1.695	27	1.997	32	1.458	24	883	14	2
Trabalho	297	5	1.069	17	1.426	23	481	8	50
Amigos	750	12	2.556	41	2.188	35	383	6	5
Futuro	1.384	22	1.992	32	1.731	28	795	13	4

Uma leitura rápida da tabela mostra que, à excepção do Trabalho, que constitui uma categoria distinta dado que a grande maioria dos idosos já não se identifica com a actividade laboral (50% não respondeu), em todos os restantes itens a maioria dos inquiridos revela Preocupação.

De igual modo, uma observação directa da tabela revela que existem três itens com idêntica percentagem de respostas de Preocupação ou de Muita Preocupação: a Família, a Saúde e a Segurança, com uma percentagem conjunta de Preocupação de 57%.

Em termos comparativos, no estudo desenvolvido em Bragança a percentagem de idosos que expressou preocupação com o seu Estado de Saúde foi de 55,8% (L. Gonçalves, 2002: 210), um valor muito próximo ao obtido em Vila Nova de Gaia. Relativamente à Preocupação com a Família os valores encontrados em Bragança são muito inferiores aos encontrados em Vila Nova de Gaia, apenas 8,8%.

Todavia, é óbvio que resultam diferentes os valores quando discriminamos a Qualidade da Preocupação, dado que relativamente à Família a percentagem de Muito Preocupados é de 32% e para a Segurança é de apenas 14%. Assim, mais do que comparar as percentagens de resposta por item, considerou-se que deveriam ser pontuadas de forma distinta as respostas extrema (Muito e Nada Preocupado). Nesse sentido as respostas extremas foram pontuadas duplamente de forma positiva e negativa, respectivamente. Em resultado obtemos um quadro mais explícito sobre estes valores que se são designados como Itens de Preocupação Ponderados (IPP) e dos quais resulta uma percentagem ponderada entre os inquiridos que expressam “Preocupação” ou “Muita preocupação” e os que se expressam como “Nada preocupados” ou “Sem preocupação”. Assim, obteve-se a seguinte tabela:

Tabela 21 - Itens de Preocupação Ponderados (IPP).

Itens de Preocupação Ponderados	Muito Preoc. (*2)		Preocup. (1)		Sem Preoc. (*-1)		Nada Preoc. (*- 2)		Resul	
	n	%	= n	%	n	%	n	%	n	%
Família	3.962	64	1.681	27	-1.473	-24	-1.796	-30	2.374	37
Sit. Financeira	2.226	36	2.320	38	-2.010	-33	-1.192	-20	1.344	21
Segurança	1.662	28	2.680	43	-2.072	-34	-834	-14	1.436	23
Saúde	3.390	54	1.997	32	-1.458	-24	-1.766	-28	2.163	34
Trabalho	594	10	1.069	17	-1.426	-23	-962	-16	-725	-12
Amigos	1.500	24	2.556	41	-2.188	-35	-766	-12	1.102	18
Futuro	2.768	44	1.992	32	-1.731	-28	-1.590	-26	1.439	22

Nesta tabela Ponderada torna-se mais evidente que a Família (37%) e a Saúde (34%) são os itens que mais preocupam os idosos da amostra. A Segurança, a Situação Financeira e o Futuro têm resultados muito semelhantes e os “Amigos” destacam-se por serem um item referido maioritariamente nas categorias intermédias (Preocupado ou Sem Preocupações).

Quanto à **Satisfação [F1]** com a Família, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho e Amigos, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 22 - A Satisfação com a Família, Situação Financeira, Segurança, Saúde, Trabalho e Amigos.

Itens de Satisfação	Muito Satisf.		Satisfeito		Insatisf.		Muito Insat.		NS/NR
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Família	2.643	43	2.835	46	451	7	143	2	2
Sit. Financeira	464	8	3.603	58	1.666	27	350	6	2
Segurança	687	11	3.747	61	1.338	22	276	5	2
Saúde	535	9	3.510	57	1.626	26	412	7	2
Trabalho	401	7	1.817	30	459	7	139	2	54
Amigos	2.163	35	3.368	55	341	6	94	2	4

Podemos verificar que há uma Satisfação elevada relativamente à Família e aos Amigos (89 - 90% de Satisfação). Os resultados com a Segurança são ainda ligeiramente melhores do que a Satisfação com a Saúde e as Finanças, com resultados semelhantes (66% de Satisfação). Todavia, pelos mesmos motivos que identificamos para a Preocupação, considerou-se que deveriam ser pontuadas de forma distinta as respostas extrema (Muito Insatisfeito e Muito Satisfeito). Nesse sentido as respostas extremas foram pontuadas duplamente de forma negativa e positiva respectivamente. Em resultado obtemos um quadro mais explícito sobre estes indicadores, tal como se verifica na tabela seguinte:

Tabela 23 – Itens de Satisfação Ponderados (ISP).

Itens de Satisfação Ponderados	Muito Satisf. (*2)		Satisfeito(1)		Insatisf. (-1)		Muito Insat. (*-2)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Família	5.286	86	2.835	46	-902	-14	-286	-4
Sit. Financeira	928	16	3.603	58	-3.332	-54	-700	-12
Segurança	1.374	22	3.747	61	-2.676	-44	-552	-10
Saúde	1.070	18	3.510	57	-3.252	-52	-824	-14
Trabalho	802	14	1.817	30	-918	-14	-278	-4
Amigos	4.326	70	3.368	55	-682	-12	-188	-4

Resulta por esta tabela muito evidente que a maior satisfação dos inquiridos se situa nos itens “família” e “amigos”. O Item Segurança tem igualmente um resultado bastante positivo. Já os Itens “Situação Financeira” e “Saúde” se revelam muito mais frágeis. Por comparação entre ambas as tabelas torna-se evidente que os domínios relacionais estão no centro da Satisfação e das Preocupações da nossa amostra. Todavia, há uma vantagem clara no item “amigos” porque conseguem um melhor *ratio* entre Satisfação (109) e Preocupação (22) do que o item “Família” (114 e 37 respectivamente). Já na Saúde e na Situação Financeira os resultados evidenciam muito mais Preocupação do que Satisfação (Saúde: 34 – 9; Situação Financeira: 21 – 8). Se considerarmos o *ratio* entre os valores obtidos nas tabelas de Satisfação/Preocupação obtemos um quadro interessante: Amigos – 4,9; Família – 3,7; Segurança – 1,3; Sit. Financeira – 0,4 e Saúde – 0,3. Desta forma podemos ver que as áreas mais necessitadas de intervenção são a Saúde e a Situação Financeira e os domínios mais compensadores são os Amigos e a Família.

Assim, para os idosos de Vila Nova de Gaia o lugar da Família no apoio ao seu envelhecimento é inegável, devendo proporcionar segurança económica, ajuda às necessidades e suporte emocional. Por isso é simultaneamente o Centro das Preocupações e da Satisfação. Todavia, as pessoas parecem ter encontrado uma outra rede de apoio, “os amigos” onde encontram uma boa Satisfação e menos razões de Preocupação⁴³⁵.

O inquérito do Observatório Nacional de Saúde (2001) questionou os inquiridos sobre o papel dos “amigos”, verificando que “a grande maioria tem pelo menos um amigo com quem pode falar... [Existindo] contudo diferenças entre os sexos no número de amigos “chegados”. Os homens tendem a referir maior número de amigos, identificando, em média, cerca de quatro amigos, um a mais que as mulheres” (M. Branco, 2001: 39).

Outro aspecto que poderá ser estudado num estudo posterior seria saber a quem recorrem os inquiridos em caso de necessidade e quem lhes tem prestado ajuda em situações anteriores. De qualquer modo as redes de solidariedade, independentemente

⁴³⁵ “Cultivar as amizades, em conjunto com a actividade, são uma resposta gratificante para o reformado” (P. Casares, 2002: 158).

da família e das instituições, são um elemento central na satisfação e na segurança dos idosos.

ii. **Índice de Apgar Familiar**⁴³⁶ [IAF]. O *Family Apgar de Smilkstein* (1978, 1982) é um instrumento composto por cinco questões que permitem medir a satisfação dos indivíduos com a sua família em cinco componentes considerados básicos para o funcionamento de uma família: *Adaptation* (refere-se à satisfação de um membro familiar com os recursos familiares oferecidos em resposta a necessidades), *Partnership* (refere-se à satisfação do membro idoso da família com a reciprocidade nas comunicações e na solução de problemas); *Growth* (indica a satisfação do membro da família com crescimento ou desenvolvimento da pessoa associado à disponibilidade da família para as mudanças); *Affection* (refere-se à satisfação do membro da família com expressões e comunicação emocionais no contexto familiar); *Resolve* (indica a satisfação de um membro da família com a capacidade para resolver problemas numa família, o que implica preferencialmente o tempo compartilhado, mas também tem associado a partilha de bens e espaço).

Neste trabalho foi considerada a adaptação feita no Brasil por Y. Duarte (2001) que verificou a tradução e a sua adaptação para português e para idosos e seus cuidadores. Todavia, pelas diferenças entre o português de Portugal e do Brasil, verificou-se na fase de elaboração e de teste ao instrumento⁴³⁷, que a formulação das questões que em seguida se apresenta era a que obtinha uma resposta mais rápida e com menos hesitações pelos respondentes. Assim, as questões usadas foram:

- i. “Estou satisfeito(a) porque posso recorrer à minha família quando preciso de ajuda ou quando alguma coisa me incomoda ou preocupa.”
- ii. “Estou satisfeito(a) com a maneira como Eu⁴³⁸ e a minha família conversamos e compartilhamos os problemas.”
- iii. “Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apoia os meus desejos de iniciar ou procurar novas actividades e procurar novos caminhos ou direcções.”
- iv. “Sinto-me satisfeito(a) com a maneira como a minha família demonstra o seu carinho por mim e como reage às minhas emoções e sentimentos tais como irritação, mágoa ou amor.”⁴³⁹

⁴³⁶ Este Índice de Apgar é ainda relacionado com a caracterização inicial em termos de “Estado Civil”, da questão sobre a co-habitação e das questões sobre a Satisfação e Preocupação com a Vida.

⁴³⁷ Durante o teste, foi pedido a dez idosos do projecto “envelhecer com arte” (Ferreira, 2002) para comentarem cada uma das questões. Primeiro cinco, relativa a uma primeira versão, e depois, outros cinco desta mesma versão. Esta mostrou ser melhor aceite.

⁴³⁸ Na linguagem comum em Portugal a referência própria “Eu” antecede a referência aos outros (ao contrário da língua inglesa). Esta formulação centra mais o respondente no que o próprio sente sobre a sua família do que nas suas representações sobre a família, que terá de expressar perante um estranho que poderia ser seu neto.

- v. “Estou satisfeito(a) com a maneira como eu e a minha família passamos o nosso tempo juntos.”

As respostas obtidas distribuem-se pelas várias opções possíveis que podem ser de cinco possibilidades (0 – Nada, 1 – Raramente, 2 – Algumas vezes, 3 – Quase sempre, 4 – Sempre) ou uma mais simples de três (1 – Não ou Quase Nunca; 2 – Talvez ou Algumas vezes; 3 – Sim ou Quase sempre). Neste formulário, pareceu mais indicado usar uma escala mais compacta, mas acrescentando uma quarta, 0 – Não Sabe ou Não Responde.

Esta escala permite chegar a uma pontuação, sendo que as respostas podem oscilar entre 0 (quando o inquirido Não Sabe ou Não Responde) e 15, que corresponde à máxima satisfação com a família em todos os itens. No intervalo considera-se que entre 1 e 6 (4 + 2) haverá uma Elevada Disfunção Familiar, entre 7 e 10 haverá uma Disfunção Familiar Moderada e, por fim, entre 11 e 15 considera-se uma Boa Funcionalidade Familiar.

A importância da família foi redundantemente estudada com recurso ao Índice de Apgar familiar de Smilkson (1978) traduzido por Y. Duarte (2001) e adaptada a este formulário.

Os resultados obtidos foram:

Tabela 24 – Resultados Globais do Índice de Apgar Familiar.

Índice de Apgar Familiar	Não ou quase nunca		Talvez ou Algumas vezes		Sim ou Quase Sempre	
	n	%	n	%	n	%
Estou satisfeito(a) porque posso recorrer... quando preciso de ajuda	617	10	1.171	18,9	4.394	71,1
Estou satisfeito(a) com a maneira como Eu e a minha família conversamos...	792	12,8	1.605	26	3.786	61,2
Estou satisfeito(a) com a maneira como a minha família aceita...	1037	16,8	1.853	30	3.289	53,2
Sinto-me satisfeito(a) com a maneira como a minha família demonstra...	625	10,1	1.423	23	4.134	66,4
Estou satisfeito com... o nosso tempo...	702	11,3	1.323	21,4	4.157	67,2

Independentemente dos resultados do Índice podemos observar que os valores da coluna “Não ou Quase nunca” oscilam entre os 10% e os 16,8%: os inquiridos avaliam mais negativamente a disponibilidade familiar para aceitar as mudanças e os desejos dos idosos; 10% avaliam de forma claramente insatisfatória a ajuda recebida e a manifestação dos afectos e das emoções. No pólo oposto, “Sim ou Quase sempre” 71,1% dos inquiridos ficam satisfeitos com a ajuda que recebem das suas famílias; 66,4

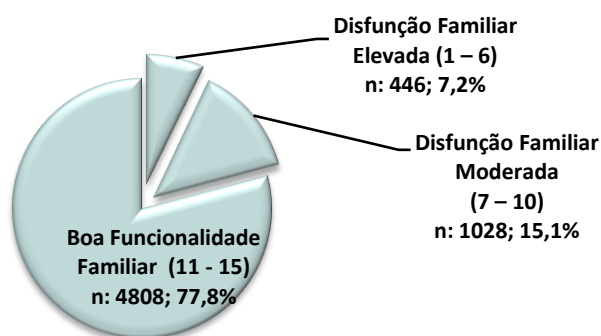
⁴³⁹ Inicia-se a pergunta com a referência directa à expressão de sentimentos do inquirido numa questão sobre as emoções e a sua expressão por parte da família.

% estão satisfeitos com as expressões emocionais e afectivas vividas na família e ainda com o tempo passado com os seus familiares; Uma percentagem menor está satisfeita com a discussão de problemas e partilha de soluções (61,3%) e apenas 53,2% estão satisfeitos com a forma como a sua família aceita o seu desejo de mudanças.

Estes dados evidenciam não só dificuldades dos idosos numa das áreas definidas por Azevedo e Matos (1999) como importantes para a funcionalidade familiar, mas também revelam as dificuldades dos idosos em se fazerem ouvir nas instituições sociais: na família e também na comunidade. Assim, é normal que o idoso se restrinja aos amigos (a melhor pontuação no *ratio* Satisfação / Preocupação) ou se isole em actividades solitárias mas abertas ao colectivo, como a televisão.

Este facto identifica uma perda de poder e de influência dos idosos que acabam por se sentirem excluídos dos processos de decisão e se vêm relegados para atitudes passivas.

Gráfico 12 – Distribuição da Funcionalidade Familiar dos inquiridos



É interessante verificar que a “Boa Funcionalidade Familiar” (77,8%) é superior à Satisfação com a família (57%), o que significa que esta permanece funcionante, mesmo quando alguns aspectos podem ser menos agradáveis aos olhos do idoso, nomeadamente na insatisfação com a ajuda prestada (28,9%), na participação nas discussões e nas soluções (38,8%), na aceitação familiar dos desejos e interesses do idoso (46,8%), na aceitação e na expressão dos afectos (33,1%) e no tempo passado com a família (32,8%). Verifica-se ainda que os factores que são menos agradáveis na relação familiar têm a ver com a rejeição das decisões dos idosos e a menor participação nas decisões de interesse comum.

À semelhança do que foi feito para outras variáveis, sujeitamos os resultados do IAF a alguns testes estatísticos, especificamente com as variáveis Estado Civil, Género, Escolaridade e Idade. Os resultados dos testes indicam quer uma associação, quer uma correlação muito baixas⁴⁴⁰, pelo que parece mais útil considerar os resultados uniformemente.

⁴⁴⁰ ETA: 0,81 e 0,48; Kendall's tau_b (0,081) e Pearson (-0,033).

Todavia, este índice é útil porque ajuda a definir uma estratégia de intervenção gerontoeducativa, porque estão identificadas áreas a serem desenvolvidas junto das famílias, onde, independentemente das ajudas pontuais ou sistemáticas, se devem conjugar tempos de escuta ao idoso e promover a sua participação nas discussões e nas decisões. Na verdade, este último aspecto é de equilíbrio difícil porque se instalam frequentemente conflitos de interesses, de cosmovisão e de poderes que podem frequentemente lembrar ao idoso a perda do seu poder dominante e a sensação de “não ser ouvido”. Neste contexto o gerontologista pode ser um facilitador da comunicação, nomeadamente pela “tradução” dos significados que os diferentes actores podem dar aos mesmos acontecimentos.

O domínio que apresenta menos respostas negativas corresponde às ajudas prestadas / recebidas em condições de necessidade. Verifica-se que este domínio é mais gratificante que a expressão emocional e do que a satisfação com o tempo passado em conjunto. No limite, isto poderá indicar que as funções instrumentais da família são avaliadas pelos idosos de modo mais satisfatório do que as emocionais e afectivas. Ora, tal facto pode ser associado a uma certa valorização social do apoio material e em função das necessidades efectivas, deixando o tempo em conjunto, o diálogo e a partilha para segundo plano. Até porque as gerações dos filhos vêm-se frequentemente divididas entre o suporte aos pais e aos filhos.

iii. Caracterizar dos Inquiridos com recurso à Grelha **de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso [QVI]**. Esta Grelha foi elaborada por um grupo de trabalho constituído na então Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) e foi divulgada em 13.01.93 em Circular Informativa. Segundo os autores do relatório, a criação da Grelha deve-se à “inexistência, até então, de um instrumento que permitisse avaliar, de forma rápida e eficaz, as necessidades de apoio global à pessoa idosa e que pudesse servir de modelo de abordagem permitindo identificar imediatamente as prioridades de intervenção e monitorizar a evolução de cada indivíduo e dos resultados obtidos pela intervenção” (DGS, Estudo sobre a Qualidade de Vida do Idoso, 1995: 6). Os seus componentes foram avaliados a partir da sua aplicação em “diversas áreas geográficas e sócio - culturais do país.” (idem). Os autores desta Grelha partiram de uma definição explícita de Qualidade de Vida, entendida como “a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência” (Idem, 1995:10). A Grelha organiza-se a partir de sete componentes básicos para a vida adulta, a saber: i) Isolamento / Comunicação Afectiva e Social; ii) Mobilidade; iii) Actividades da Vida Diária; iv) Actividade Ocupacional; v) Actividade Lúdica; vi) Relação familiar; e vii) Recursos económicos.

Estes sete componentes (básicos), que constituem sete variáveis, são subdivididos em classes, com pontuação que varia entre 0 e 8. Constituindo-se a Grelha da seguinte forma:

Tabela 25 – Grelha para avaliação da Qualidade de Vida do Idoso

1. Isolamento / Comunicação Afectiva e Social:	Valores
Sem comunicação	0
Com comunicação centrada no domicílio	2
Com comunicação centrada na envolvente habitacional	5
Com comunicação alargada ao mundo exterior	7
2. Mobilidade:	Valores
Sem mobilidade	0
Com mobilidade com a ajuda de outros	2
Com mobilidade através de ajudas técnicas	4
Mobilidade sem ajuda	7
3. Actividades de Vida Diária:	Valores
Sem actividades	0
Actividades com a ajuda de outros	2
Actividades através de ajudas técnicas	5
Actividades sem ajuda	7
4. Actividade Ocupacional:	Valores
Sem actividade	1
Com actividade esporádica	4
Com actividade regular	6
Actividade Ocupacional Remunerada	1
5. Actividade Lúdica:	Valores
Sem actividade	0
Com actividade regular	5
Com actividade que dê resposta aos seus anseios	7
6. Relação familiar:	Valores
Sem relação familiar	1
Com participação familiar	4
Com integração familiar funcional	8
7. Recursos Económicos:	Valores
Insuficientes	1
Suficientes para as necessidades básicas	4
Para além das necessidades básicas	7

Assim, esta Grelha, em função do desdobramento dos componentes acaba por apresentar 25 classes ou conceitos que tiveram de ser compreendidos pelos inquiridores para a mais conveniente observação e explicitação aos inquiridos. Assim, distinguindo por componentes encontramos os seguintes conceitos:

- i. Componente Isolamento / Comunicação Afectiva e Social e que implica as classes: “*Isolamento*”, ausência de comunicação; “*Comunicação Afectiva*” definida pelas relações afectivas que se estabelecem e desenvolvem entre o idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos; “*Comunicação Social*” definida pelas relações não afectivas com pessoas lugares ou acontecimentos, quer por contacto directo quer através dos meios de comunicação social; “*Domicílio*” entendido como o Local actual de residência; “*Envolvente Habitacional*” entendida como o ambiente arquitectónico e social que circunda o domicílio e, por último, o “*Mundo Exterior*” entendido como “o que fica para além da envolvente habitacional”.
- ii. Componente *Mobilidade* entendida como “a capacidade de mudança da posição corporal e de deslocação de um lado para o outro” e que implica saber discriminar entre a

Mobilidade com a Ajuda de Outros e as “*Ajudas Técnicas*”. Estas referem-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência e que seja especialmente produzido ou disponibilizado para prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar a incapacidade;

iii. Componente das “*Actividades da Vida Diária*” entendidas como as acções quotidianas que necessitam serem realizadas para satisfazer as “*Necessidades Humanas Básicas*” (necessidades vitais que são comuns a todos os seres humanos e que são essenciais à manutenção da vida e estejam ao alcance do indivíduo em razoável Bem-Estar);

iv. Componente “*Actividade Ocupacional*” refere-se a tarefas ou actividades de natureza profissional que podem ser esporádicas ou regulares, voluntárias, sem remuneração ou pagamento em dinheiro ou remuneradas.

v. Componente “*Actividade Lúdica*” é entendida como “actividade cultural, recreativa ou de lazer que proporciona divertimento, distração ou passatempo”.

vi. Componente “*Relação familiar*” que implica os seguintes conceitos: a *Família* como o conjunto de pessoas que coabitam, independentemente da existência de parentesco; a *Relação Familiar* como relação afectiva e social entre idoso e os elementos da família; a *Participação Familiar* entendida como “ligação afectiva e social implicando relação de ajuda entre os elementos da família e o idoso”; a *Integração Familiar Funcional* entendida como a “inserção do idoso num núcleo familiar da qual resultam laços familiares gratificantes”.

vii. Componente “*Recursos Económicos*” que se refere ao “quantitativo mensal fixo para satisfazer as necessidades básicas”, distinguindo entre Recursos Insuficientes (quando o quantitativo não permite satisfazer as necessidades com relativa facilidade), Suficientes (quando permite satisfazê-las) e “para além das necessidades básicas”.

Com este instrumento para medir a Qualidade de Vida do idoso é possível obter um Índice de Qualidade de Vida (IQV), também denominado TOTAL. O Índice IQV, oscila entre 3 e 50. Os autores consideram existir qualidade de vida, para valores iguais ou superiores a 23, em função dos seguintes aspectos: i) o somatório das pontuações atribuídas às classes imediatamente a seguir à classe “base”, tomada como referencia, e onde já existe alguma atitude positiva (comunicação, mobilidade, etc.), é de 23; ii.) a distribuição global do IQV faz com que o primeiro quartil se situe abaixo dos 25, logo, muito próximo do valor atrás encontrado. Assim, os autores consideraram este primeiro quartil de distribuição IQV, aquele que, engloba os indivíduos com pior qualidade de vida⁴⁴¹.

⁴⁴¹ Nos resultados obtidos o primeiro quartil da distribuição é 28 pelo que podemos questionar se os limites de Qualidade de Vida inferior não podem ser superiores.

Existirá, portanto, segundo os autores, uma “consistência entre o valor 23, obtido pelo somatório da pontuação, e a distribuição do QVI” (Estudo sobre a Qualidade de Vida do Idoso, 1995: 13)

Neste estudo, a variável Qualidade de Vida é considerada tanto ao longo do inquérito e através da Grelha de Qualidade de Vida. É uma variável dependente e latente que funciona como “*carrefour*” das diferentes forças e vectores que influenciam determinam o fenómeno que se designa como envelhecimento.

Nos dados recolhidos do Índice de Qualidade de Vida (IQV) [cuja pontuação se situa entre 3 e 50 pontos] a média é 32,18 pontos e o desvio padrão de 8,7. Mais importante ainda é que apenas 16,5% dos inquiridos têm um IQV inferior a 23, ou seja o limite a partir do qual se define uma inferior Qualidade de Vida. Quanto aos resultados por cada item encontramos a seguinte distribuição:

Tabela 26 – Distribuição dos resultados de frequência e percentagem de respostas por componentes na Grelha de Qualidade de Vida do Idoso.

Componentes	Indivíduos	
	n	%
1. Isolamento / Comunicação Afectiva e Social:		
Sem comunicação	67	1,1
Com comunicação centrada no domicílio	987	16
Com comunicação centrada na envolvente habitacional	2022	32,9
Com comunicação alargada ao mundo exterior	3078	50
2. Mobilidade:	n	%
Sem mobilidade	23	0,4
Mobilidade com a ajuda de outros	410	6,7
Mobilidade através de ajudas técnicas	616	10
Mobilidade sem ajuda	5105	83
3. Actividades de Vida Diária:	n	%
Sem actividades	25	0,4
Actividades com a ajuda de outros	924	15
Actividades através de ajudas técnicas	475	7,7
Actividades sem ajuda	4730	76,9
4. Actividade Ocupacional:	n	%
Sem actividade	3106	50,4
Com actividade esporádica	1636	26,6
Com actividade regular	1412	22,9
Actividade Ocupacional Remunerada	635	10,3
5. Actividade Lúdica:	n	%
Sem actividade	3874	63
Com actividade regular	1778	28,9
Com actividade que dê resposta aos seus anseios	502	8,2
6. Relação familiar:	n	%
Sem relação familiar	594	9,7
Com participação familiar	3026	49,2
Com integração familiar funcional	2534	41,2
7. Recursos Económicos:	n	%
Insuficientes	1167	19
Suficientes para as necessidades básicas	4074	65,8
Para além das necessidades básicas	940	15,3

Esta tabela mostra a percentagem de população com resultados francamente positivos nos diferentes itens considerados: 82,9% têm uma comunicação afectiva e social em torno do seu habitat (quarteirão ou lugar) onde o idoso encontra forma de satisfazer as suas necessidades comunicacionais junto dos amigos, vizinhos e familiares. Para a maioria esta comunicação pode ser mesmo alargada a espaços mais distantes, o que pode envolver visitas, encontros e até viagens a países estrangeiros. Em termos negativos, 67 idosos estarão em sofrimento por estarem objectivamente isolados ou sentirem-se isolados; outros 924 estão restritos às suas habitações e portanto numa posição passiva e dependentes das disponibilidades dos familiares, amigos, vizinhos ou serviços de apoio social ou de saúde.

Mais de 83% dos idosos afirmam ter uma capacidade de deslocação satisfatória, não precisando de ajudas técnicas ou da ajuda de terceiros. Isto tem a vantagem de permitir uma auto-mobilidade que deve ser promovida através de exercícios físicos indicados para as debilidades, nomeadamente estados dolorosos na coluna e membros inferiores (cf. pág. 215). Os 1.026 (16,7%) idosos identificados como precisando de ajudas para a sua mobilidade exigem cuidados mais específicos, nomeadamente através de melhores acessibilidades aos espaços dos serviços de saúde onde recorrem com elevada frequência.

Em termos da auto-suficiência nas Actividades de Vida Diária parece estar assegurada em 84,6% dos idosos, embora 7,7% o façam com recurso a instrumentos, produtos ou equipamentos de ajuda ou protésicos.

Já 924 (15%) dos idosos necessitam de cuidados de outros para satisfazerem as suas necessidades humanas básicas.

Nas duas componentes seguintes é avaliado o terceiro tipo de dependência identificado por Baltes e Silvenberg (1995), a dependência comportamental. Nesta perspectiva temos um quadro claramente negativo porque 50,4% dos idosos reconhecem que não mantêm actividades ou tarefas que entendam como de “trabalho” ou de “Ocupação”. Todavia, este é um conceito de difícil interpretação pelos idosos, porque muitos estão fixos ao seu passado “activo”, pelo que tendem ou gostariam de manter actividades próximas às anteriores. Por isso, as mulheres continuam a manter as tarefas domésticas e os homens “os biscates” ou a pequena horta ou jardim. Neste quadro, nem sempre lhes é fácil distinguir essas actividades como trabalho ou ocupação ou como lazer. Em resumo, apenas se pode dizer com rigor o número dos que assumem manter uma actividade ocupacional regular, seja ou não directamente remunerada. Assim, 1.412 (22,9%) dos inquiridos afirmam manter uma actividade ocupacional ou de trabalho de forma regular, sendo que destes 635 (10,3%) dizem receber salário pelo seu trabalho.

O quadro genericamente mais negativo obtém-se nas actividades recreativas, culturais ou de lazer. De facto, apenas 8,2% dos inquiridos declaram ter uma actividade que “responde aos seus anseios”, *ie*, que permite diversão e prazer claramente sentidos como compensatórios. É obvio que a esmagadora maioria dos idosos manteve uma vida de trabalho num país pobre, politicamente opressivo e com acontecimentos marcantes tais como a emigração e as guerras. Com uma formação muito elementar, com fontes de informação muito restritas, o Estado Novo, regime onde a maioria destas pessoas viveu durante mais de metade da sua vida, privilegiava a obediência às autoridades, o Trabalho em pequenas unidades, a Família e a Religião. Os prazeres e diversões acabam por se centrarem oficialmente no Futebol (a adesão a um Clube), a ida a Fátima que, conforme já vimos, continua a ser o destino preferido dos idosos, e o Fado que canta a saudade, a perda e o destino...

Nestas condições, muitos dos recursos de lazer e prazer estão longe dos interesses destas pessoas, sendo até resistentes a muitas inovações nesta área, como reconhecem muitos que tentaram processos de animação em Lares, residências e Centros de Dia. De facto, o 25 de Abril permitiu claras mudanças nas condições de vida, nomeadamente pela criação do Estado Social dos últimos 20 anos, mas ainda não houve “a libertação dos medos” (J. Gil, 2005).

Muitos dos inquiridos mantêm-se em “actividades regulares” (28,9%) que são satisfatórias porque permitem manter o ritmo da existência (ver televisão, tarefas quotidianas, fazer malha, tomar uma refeição) ou permitem colmatar algumas dificuldades dos outros (tomar conta dos netos), mas que, infelizmente, não respondem muitas vezes aos seus “anseios”. Por outro lado, a maioria silenciosa de 63% dos inquiridos reconhece simplesmente “não ter actividades”. Isto significa que se trata de uma área a investir, não apenas na atribuição de espaços “oficiais” de lazer, mas na investigação de recursos e interesses destes inquiridos e na organização de um plano de actividades que inclua a dimensão lúdica e estética.

Em termos positivos temos 8,2% com “actividades que respondem aos seus anseios”. Verificou-se ainda que as duas actividades que mais contribuem para esta apreciação são as “Actividades de Grupo, voluntariado a apoio a netos” e “caminhada e Desporto”.

Em termos familiares, a apreciação global que os inquiridos fazem sobre si e as suas famílias indica que 90% reconhece manter uma relação afectiva e social com os elementos da sua família, embora apenas resulte claro que os esses laços familiares são claramente gratificantes no momento do inquérito para 40%. Tal pode ser ainda melhor compreendido por dois dados anteriores do inquérito: i. pela dualidade entre Preocupação e Satisfação que muitos inquiridos expressaram (cf. págs. 222 – 225); ii. se

atendermos aos dados relativos a “disfunção familiar moderada”, verifica-se que estão envolvidos quase 50% destes idosos apenas com “participação familiar”.

Já em termos negativos, 594 (9,7%) dos idosos encontram-se “Sem relação familiar”, o que é um valor ligeiramente superior aos 446 idosos que apresentam “Disfunção Familiar Elevada” no Índice de Apgar Familiar. Teremos, pois, cerca de 8% dos inquiridos numa situação familiar grave, com graves riscos de Isolamento Afectivo e Social⁴⁴².

Por último, a Grelha considera os Recursos económicos e verifica-se agradavelmente que 81% dos idosos sentem que têm, pelo menos, “o quantitativo mensal fixo capaz de satisfazer facilmente as necessidades básicas”.

Inversamente, 1.167 (19%) dos inquiridos reconhecem não terem os recursos suficientes para as suas necessidades básicas. Verifica-se que este valor é muito próximo dos cerca de 20% de idosos que se estima que vivam abaixo do “limiar de pobreza”, *ie*, com menos de 300 Euros por mês (Cf. nota de rodapé 248).

Após a descrição dos idosos de Vila Nova de Gaia procurou-se comparar os dados verificados com os dados recolhidos nos dois estudos comparativos já referidos (cf. Quadro 7, pág. 186), o estudo da DGS (1995)⁴⁴³ e o levantamento de L. Gonçalves em 2000-2001⁴⁴⁴. Um aspecto a referir nesta comparação é que as populações avaliadas não são as mesmas, o que não permite ver a evolução nos componentes da Qualidade de Vida ao longo de 13 anos. Assim, acabamos por comparar dados de três áreas geográficas distintas e em três períodos diferentes. Outros aspectos igualmente distintos são os inquiridores, os contextos de recolha e as informações complementares dos Estudos. Assim, o estudo da Direcção Geral de Saúde teve finalidades públicas e procurou fiabilizar um instrumento; o estudo em Bragança cruzou a Grelha de Qualidade de Vida com questões sobre a Saúde e o Apoio Social e, neste estudo, procurou-se tecer um quadro onde se cruza a Grelha de Qualidade de Vida com seis domínios fundamentais para a saúde e bem-estar destes grupos populacionais. Por outro lado, um aspecto positivo é que podemos complementar os dados anteriormente obtidos com os de um Concelho amplo, diversificado e com características que em muitos aspectos se identificam às nacionais.

⁴⁴² Durante o Trabalho de Campo foram detectados vários casos de coação, medo e mesmo violência física de filhos e netos sobre os idosos, todavia há muito poucos casos relatados de agressão intra-familiar (cf. J. Barra da Costa, 2007: 86). Em oposição, constatamos que as pensões de reforma tornam os idosos em alvos preferenciais e fáceis para muitos. Do mesmo modo L. Sousa constatou: “... este é um momento da vida susceptível a conflitos entre pais e filhos, principalmente, centrados nas heranças, relações com os membros por afinidade (genros, noras...) e expectativas dispares” (2004: 35).

⁴⁴³ No estudo desenvolvido pela DGS (1995) os resultados foram obtidos em 1993 e 1994 por recolha feita por médicos em Centros de Saúde, através de questionário, junto de 2.137 de indivíduos de ambos os sexos de 11 ficheiros médicos de Centros de Saúde do Centro e Sul do país (13). Os dados foram recolhidos quer nos Centros de saúde, quer ainda em visitas domiciliárias.

⁴⁴⁴ Este estudo foi feito também para a tese de Doutoramento da Autora, sendo feito em Centros de Saúde, Lares e Centros de Dia.

Para tornar mais evidentes as semelhanças e diferenças apresenta-se a tabela nº 28:

Tabela 27 – Dados do Índice de Qualidade de Vida comparativos entre os três estudos: Centro e Sul do País (1993 – 1994), Bragança (2001) e Vila Nova de Gaia (2005 – 2006)

Regiões e datas de Recolha	C&Sul 1993 - 1994	Brag. 2000 - 2001	VNG 2005 - 2006
Componentes			
Média do IQV	29,8	30,4	32,2
% de ≥ 23	79,1	77,6	83,3
% de ≤ 22 (Qualidade de Vida inferior)	20,8	22,4	16,7
1. Isolamento / Comunicação Afectiva e Social:			
Sem comunicação	2,8	0,5	1,1
Comunicação centrada no domicílio	18,7	23,4	16
Comunicação centrada na envolv. habitacional	30,7	36,2	32,9
Comunicação alargada ao mundo exterior	47,8	39,9	50
2. Mobilidade:			
Sem mobilidade	0,8	0,3	0,4
Mobilidade com a ajuda de outros	7,8	11,3	6,7
Mobilidade através de ajudas técnicas	10,6	17,4	10
Mobilidade sem ajuda	79,5	71	83
3. Actividades de Vida Diária:			
Sem actividades	-	0,9	0,4
Actividades com a ajuda de outros	16,1	21	15
Actividades através de ajudas técnicas	2,5	10,9	7,7
Actividades sem ajuda	78,7	67,1	76,9
4. Actividade Ocupacional:			
Sem actividade	71,3	55,3	50,4
Com actividade esporádica	17,1	25,7	26,6
Com actividade regular	11,6	17,9	22,9
Actividade Ocupacional Remunerada	6,7	1,1	10,3
5. Actividade Lúdica:			
Sem actividade	59	39	63
Com actividade regular	33,5	58,7	28,9
Com actividade que dê resposta aos seus anseios	7,5	2,2	8,2
6. Relação familiar:			
Sem relação familiar	14,3	10,5	9,7
Com participação familiar	59,9	44,7	49,2
Com integração familiar funcional	25,8	44,7	41,2
7. Recursos Económicos:			
Insuficientes	33,2	42	19
Suficientes para as necessidades básicas	51,4	51,8	65,8
Para além das necessidades básicas	15,4	6	15,3

Seleccionaram-se na Grelha os componentes que são, em cada um dos estudos, comparativamente mais favoráveis. Assim, a média obtida no Índice de Qualidade de Vida tem vindo a aumentar, bem como a percentagem de pessoas com Índice superior de Qualidade de Vida. Segundo estes resultados, e salvaguardando as características específicas de cada estudo, observou-se em Vila Nova de Gaia uma evolução de 2,8% relativamente aos dados publicados pela DGS (com 11-12 anos de diferença) e 1,8%

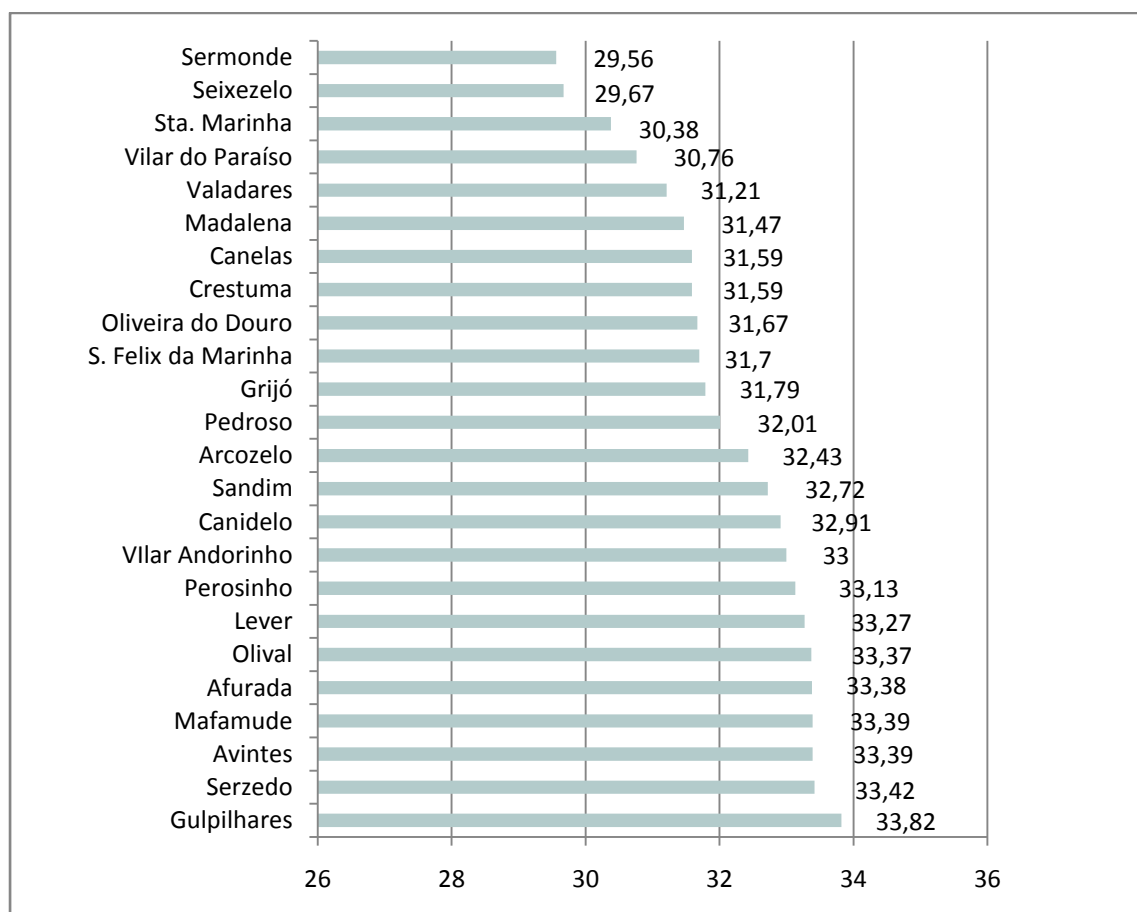
(com 4 – 5 anos de diferença) relativamente aos dados de Bragança.

Todavia, embora os resultados sejam genericamente melhores em Vila Nova de Gaia, nos componentes “Actividade Lúdica” e “Relação familiar” os resultados são mais favoráveis no Distrito de Bragança. Quanto à “Actividade Lúdica”, tal pode ter a ver com uma melhor cobertura dos Centros de Dia, permitindo uma actividade “regular” onde muitos dos inquéritos foram recolhidos. Todavia, este valor superior na “ocupação regular” não têm correspondência na qualidade da ocupação, porque apenas 2,2% declaram verem Satisfeitos os seus anseios. Já relativamente à “Relação familiar”, a convivência em meios pequenos, onde predomina a solidariedade mecânica, e os sistemas de parentesco nas comunidades rurais, pode justificar este resultado.

Fez-se ainda uma análise sumária dos dados com recurso a uma medida de associações e a uma tabela de correlações entre o Índice de Qualidade de Vida e as freguesias, Idade, Género, Escolaridade e Auto percepção do Estado de Saúde.

O gráfico seguinte mostra as médias obtidas no Índice de Qualidade de Vida por freguesia.

Gráfico 13 – Média do Índice de Qualidade de Vida por Freguesia



Atendendo a que se tratam de uma variável nominal (Freguesias) e de uma intervalar (Qualidade de Vida) foi aplicado um Coeficiente de Associação ETA do que resultou o valor 0,122 indicando uma associação entre as variáveis.

Procurou-se encontrar algum tipo de organização entre as freguesias, distinguindo entre mais rurais versus mais urbanas ou mais industriais, ou entre freguesias do interior versus marítimas, mas os resultados não foram suficientemente explicativos. Apesar de tudo a diferença entre as duas freguesias do interior com menos de 30 pontos e Gulpilhares com 33,83 é significativa, correspondendo a mais de 10% da média. Curiosamente, a freguesia de Pedroso tem a média que mais se aproxima da média obtida no concelho e está igualmente no Centro geográfico do Concelho⁴⁴⁵.

Relativamente às variáveis Idade e Qualidade de Vida procurou-se saber se estas estavam relacionadas em função de uma determinada ordem. Verificados os possíveis *outliers*, o coeficiente de correlação linear entre as variáveis (Pearson, - 0,149) e a normalidade da sua distribuição (pelo teste Kolmogorov Smirnov Z), verificou-se uma correlação negativa entre as variáveis: a maior idade está correlacionada uma menor qualidade de vida. Este valor é ainda concordante com os resultados de correlação da Idade com o Coeficiente de Provável Bem – Estar Psicológico.

Também se verificou uma correlação estatisticamente significativa (embora com valores muito baixos) entre a Qualidade de Vida e a auto percepção do Estado de Saúde através Kendall's tau_b (0,084). Essa relação é referida na literatura (C. Paúl e M. Fonseca, 1999), onde a auto percepção funciona como preditor de um bom envelhecimento, como ainda da experiência empírica: a sensação de doença mobiliza os recursos para essa resposta e, sobretudo em situações crónicas, tende a desviar recursos de outras áreas igualmente importantes.

A correlação entre a Escolaridade e a Qualidade de Vida também é significativa, embora muito fraca, pelo Kendall's tau_b (0,097). Consta-se claramente a diferença entre os idosos não escolarizados e os escolarizados, principalmente os que foram além dos 4 anos de escolaridade. Tal facto foi igualmente verificado no estudo realizado em Bragança (L. Gonçalves, 2002: 258)

A relação entre a Qualidade de Vida dos idosos e o Estado Civil também se mostrou significativa pelo Coeficiente de Associação de Eta, embora o valor seja fraco (0,128). Este resultado está de acordo com os dados do estudo de L. Gonçalves (2002) e da DGS (1995) onde se verificou que a média da Qualidade de Vida dos casados é superior à dos não casados (divorciados, solteiros e viúvos).

⁴⁴⁵ Este item do inquérito, tal como outros resultados, será explorado em trabalhos posteriores sobre Vila Nova de Gaia.

Uma correlação entre os Géneros e a Qualidade de Vida mostrou-se pelo teste Kendall's tau_b (-0,037) significativa, embora praticamente nula, verificando-se uma média menor nas mulheres, tal como foi verificado por L. Gonçalves (2002: 257) e DGS (1995: 17).

5.2.7. Síntese dos dados sobre a Qualidade de Vida e os dois perfis de idosos identificados.

Os resultados globais permitem concluir que em 5 dos 7 componentes analisados pela Grelha de Qualidade de Vida é melhor envelhecer em Vila Nova de Gaia em meados desta década, do que no início da década em Bragança e do que nas zonas Centro e Sul do país em meados da década passada.

Todavia, também se revelam através desta Grelha dois grupos com necessidades diferentes:

i. Perfil de idoso com necessidades em cuidados básicos: 1.054 (17,1%) dos idosos não têm comunicação ou esta está centrada no seu domicílio; 433 (7,1%) não tem mobilidade ou têm de recorrer à ajuda de outros; 949 (15,4%) não têm actividades ou precisam da ajuda de outros; 3.106 (50,4%) não têm actividade ocupacional; 3.874 (63%) não têm actividade lúdica; 594 (9,7%) declaram não ter relação familiar e 1.167 (19%) declaram que não têm recursos suficientes;

ii. Perfil do idoso com necessidades socioeducativas: estão incluídos neste grupo os restantes idosos, embora se tenha de diferenciar entre os que têm “Qualidade de Vida” ainda que apresentem algumas áreas deficitárias, e os que podem usufruir de serviços que optimizam e prolongam as suas capacidades e competências. Assim, temos 2.022 idosos (32,9%) com comunicação centrada no seu envolvente habitacional; 616 (10%) que são autónomos, mas precisam de ajudas técnicas para a sua mobilidade; 475 (7,7%) desempenham as suas Actividades de vida Diária com recursos a ajudas técnicas; 1.636 (26,6%) têm apenas uma actividade ocupacional esporádica; 1.778 (28,9%) têm uma actividade lúdica regular, mas que não os satisfaz plenamente; 3.026 (49,2%) têm participação familiar, mas com algumas dificuldades num ou vários aspectos, nomeadamente em na aceitação dos seus desejos e projectos (Cf. Tabela 26). Os restantes idosos, apresentarem valores óptimos de qualidade de vida, com valores iguais ou superiores a 41 no Índice de Qualidade de Vida, correspondem ao percentil 85, cerca de 15% da população.

Temos assim empiricamente identificados dois grupos / perfis de idosos, com distintas necessidades, e para os quais se justificam dois perfis de formação: o gerontologista clínico e o gerontologista socioeducativo. O primeiro, poderá intervir com o objectivo de promover a Qualidade de Vida e a Saúde, diminuindo as percentagens dos idosos com

IQV mais baixos; o segundo, pela promoção e manutenção dos níveis de Qualidade de Vida dos restantes.

5.2.8. Análise estatística dos resultados com a definição de “Cluster Profiles”

Após a descrição dos dados obtidos e de se terem estabelecido algumas Associações e Correlações entre as variáveis, foi difícil proceder a uma análise estatística que incluía tantas variáveis (L. Sousa *et al*, 2003: 368). Por outro lado, pareceu útil estabelecer uma *Análise de Clusters* para, como se pretendia inicialmente, definir perfis caracterizadores dos inquiridos, considerando um grupo de dados e as semelhanças que poderiam definir classes pela comparação entre os indivíduos. Assim, ao invés de outras análises, como a Análise Fatorial, que privilegia as relações entre as variáveis, por esta técnica procurou-se identificar as relações e semelhanças entre os indivíduos.

Selecionaram-se as seguintes variáveis para a análise de *clusters*: Idade, Género, Estado Civil e Escolaridade e os Índices de Qualidade de Vida, Saúde Mental e Bem-Estar, Saúde Geral, Frequência de Recurso ao Centro de Saúde e Índice de Apgar familiar. Os valores obtidos na matriz de componentes foram: Idade (0,737), Género (0,726), Estado Civil (0,655), Escolaridade (0,571) Saúde Geral (0,759), Frequência de Recurso ao Centro de Saúde (0,809) e os Índices de provável Saúde Mental e Bem-Estar (0,391), Índice de Qualidade de Vida (0,824) e Índice de Apgar familiar (0,832).

Num primeiro passo, e de acordo com os outputs do, verificaram-se os coeficientes de Correlação (Spearman's) ou de Associação (Kendall's tau_b) que indicaram valores de correlação baixos ou fracos, mas indicados como significativos pelo Programa estatístico SPSS, para um nível de significância de $p=0,01$, tal como se mostra na tabela seguinte:

Tabela 28 – Tabela com os valores de correlação e associação significativos.

Estado Civil	0,178	0,212						
Escolaridade	-0,180	-0,168	-0,157					
Saúde Geral	-0,141	-0,079	-0,128	0,183				
SM&BE	-0,156	-0,091	-0,103	0,164	0,242			
IAF	-0,017*	-0,024	-0,048	0,59	0,64	0,073		
IQV	-0,037	-0,104	-0,62	0,097	0,084	0,097	0,279	
FCS	0,111	0,059	0,091	-0,093	-0,203	-0,081	-0,045	-0,060
	Género	Idade	E. Civil	Escolar	S. Geral	SM&BE	IAF	IQV

Legenda: Índices de Qualidade de Vida (IQV), Escolaridade (Escolar.), Provável Saúde Mental e Bem-Estar (SM&BE), Autoavaliação do Estado de Saúde Geral (S. Geral), Frequência de Recurso ao Centro de Saúde (FCS) e Índice de Apgar Familiar (IAF), Estado Civil (E. Civil), * valor não significativo.

Da computação directa resultaram dois *clusters* cujas características se apresentam em tabela:

Tabela 29 – Percentagem de cada variável por Cluster.

Variáveis	Cluster 1	Cluster 2
n= / %	3.517 / 58,2%	2.531 / 41,8%
Idade	Média: 73,88 (dp 6,5)	Média: 70,38 (dp 4,9)
Género	Feminino: 70,8 %	Masculino: 56,6 %
Estado civil	Casado: 34,7% Viúvo: 100% U. Facto: 80,7%	Casado: 65,3% U. Facto: 19,3%
Escolaridade	Ensino Primário: 49,2% Não sabe Ler: 85,9% Sabe Ler S/Grau: 68,9 %	Ensino Primário: 50,8 % 5º Ano: 80,5 % Secundário: 70%
Índices de Qualidade de Vida	30,96 (dp 9)	33,96 (dp 8)
Saúde Mental e Bem-Estar	6,59 (dp 2,3)	7,94 (dp 1,6)
Saúde Geral	Mau: 100% Comprometedor: 94,1 %	Bom: 62,4% Óptimo: 77%
Frequência de Recurso ao Centro de Saúde	Semanalmente: 78,7% 3-6 vezes: 70,5% 1 – 2 vezes: 58,2% Não Recorreu: 30,3%	Não Recorreu: 69,7% 1 – 2 vezes: 41,8%
Índice de Apgar familiar	12,29 (dp 3)	13,01 (dp 2,6)

Em resumo, temos dois perfis de idosos bem definidos. No primeiro enquadram-se 3.517 (58,2%) dos inquiridos e, no segundo, 2.531 (41,8%). Os inquiridos em cada um dos perfis terão as seguintes características:

- **Perfil 1:** tem 73,9 anos de idade, é do género feminino, será muito provavelmente viúva ou em união de facto, não é Escolarizada, tem um valor médio no Índice de Qualidade de Vida (30,9 em 50), tem pouco mais de 66% no coeficiente de provável Saúde Mental e Bem-Estar, avalia o seu estado de saúde como mau, nos últimos três meses foi semanalmente ao Centro de Saúde e tem funcionalidade familiar.

- **Perfil 2:** tem 70,4 anos, é do género masculino, casado, tem no mínimo a Escolaridade básica, tem um valor médio no Índice de Qualidade de Vida (34 em 50), tem quase 80% no coeficiente de provável Saúde Mental e Bem-Estar, avalia o seu estado de saúde como Óptimo ou Bom, não foi ao Centro de Saúde nos últimos três meses e tem funcionalidade familiar.

Pode-se concluir que é factualmente sólida a convicção que o autor foi tendo ao longo do trabalho de campo e do contacto com a população de que temos um envelhecer em Vila Nova de Gaia muito desigual. São grupos diferentes que exigem respostas diferenciadas,

nomeadamente pela formação de gerontologistas que desenvolvam competências para responderem a estes diferentes grupos;

Estes dados tornam-se mais evidentes com recurso à seguinte representação:

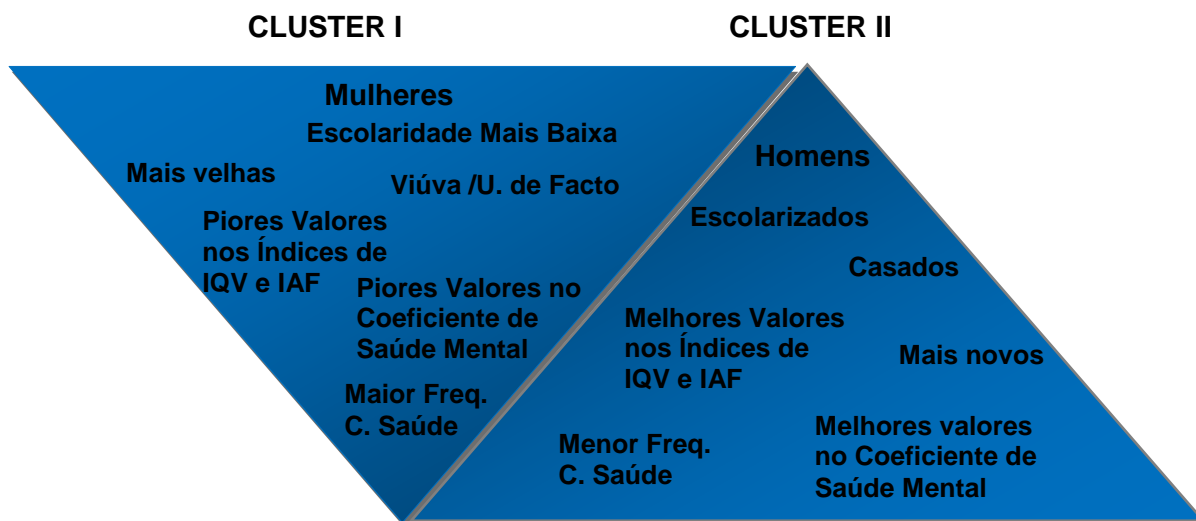


Figura 17 – Representação gráfica dos perfis dos Cluster 1 e 2.

Neste resultado, não apenas se confirma tese do desenvolvimento diferencial para cerca de 18% dos idosos em Vila Nova de Gaia, como ainda se justifica a visão dualista que vai sendo criada na sociedade: a dos velhos – jovens, bem sucedidos e apreciando as vantagens da idade e os velhos doentes, pobres e necessitados. Isto apesar de saber que resposta não é a opção “psicótica” por um dos lados, mas assumir ambos com igual empenho e dignidade, sem criar uma “gerontologia dos pobres” e outra dos “ricos”⁴⁴⁶.

⁴⁴⁶ Qualquer coisa próxima da medicina grega, onde existiam médicos para os escravos, a quem os médicos administravam uma terapêutica sem explicar os princípios, e uma medicina dos cidadãos, a quem o processo era explicado e do qual os doentes se assumiam participantes. Curiosamente, a mesma realidade é hoje evidenciada quando estudos recentes mostram que quando os doentes são informados e envolvidos no seu processo, então têm mais Qualidade de Vida (Jaime Correia de Sousa, Jornal Notícias, 2007). No inverso, num mundo onde os idosos não são chamados a participarem, não é de admirar que 47% venha admitir as vantagens da eutanásia (Público, 2007).

Conclusão

**Educação,
Envelhecimento,
Qualidade de Vida
e Saúde
em Vila Nova de Gaia**

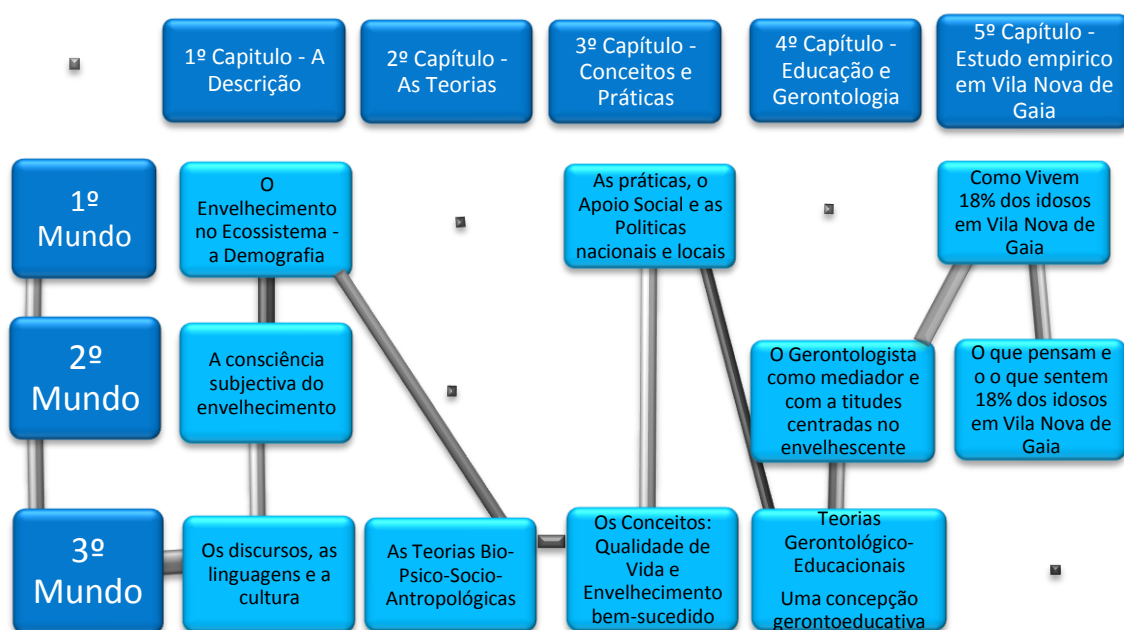
USC

CONCLUSÃO:

Este trabalho corresponde a um caminho feito através dos múltiplos espaços da Gerontologia. Trata-se de um percurso onde o autor procurou colocar-se nas diversas posições, experienciando-as “como se... tivesse uma certa idade, género, condição, ambiente, cultura...”. Para isso contribuíram os anos de trabalho directo com os mais idosos em psicodrama, nas entrevistas e nos inquéritos. Mas, também foi um percurso de descoberta através dos autores, seja de quem escreveu sobre o “seu envelhecimento” (Proust, Ruben A. ou Herman Hess) ou de quem, confrontado com a realidade, procurou construir teorias e modelos explicativos para os vários envelhecimentos (P. Baltes, U. Leher ou F. Glendenning).

As afirmações e conclusões que em seguida se apresentam obedecem a duas lógicas: primeiro, a uma lógica dialéctica entre a realidade empírica (tal como foi observada pelo autor) e as ideias, discursos e teorias expostos ao longo do trabalho; segundo, recuperando a linguagem popperiana (1989) organiza-se em função dos três mundos⁴⁴⁷.

Fig. 18 – Síntese gráfica do percurso ondulatório e dialéctico entre os mundos.



⁴⁴⁷ O primeiro mundo, empírico, corresponde ao mundo físico e material onde vivemos e envelhecemos; o segundo, corresponde aos estados de consciência [sobre o envelhecimento] - as percepções, emoções e sentimentos e pensamentos; o terceiro mundo refere-se aos conteúdos culturais (não materiais), às linguagens, às teorias e produções científicas sobre a vida e o envelhecimento.

Neste processo, a primeira etapa foi uma tentativa, essencialmente descritiva, de situar e tomar consciência dos fenómenos do envelhecimento aos vários níveis e antes de quaisquer teorias explicativas.

Verificou-se que o fenómeno estudado se decompõe em múltiplos envelhecimentos que se cruzam e se alimentam mutuamente: o envelhecimento a nível micro transfere-se e alimenta o orgânico e corporal, concretizando-se em indivíduos que envelhecem num certo contexto social, cultural e económico que integra de forma distinta quem envelhece. Por outro lado, o próprio contexto onde a vida ocorre, as condições de vida e existência, também implicam factores de protecção ou de risco acrescido que se impõem aos níveis micro. Assim, vai sendo necessário deslocar o olhar por estes vários níveis, sabendo que o que ocorre num dos níveis tem impacto nos seguintes. Por exemplo, já está integrado no colectivo que uma pessoa deverá ajustar a sua dieta em função de parâmetros bioquímicos alterados, porque, apesar dos diversos órgãos, se aceita que o corpo funciona como um todo.

Contudo, relativamente ao envelhecimento social e à medida que a proporção de idosos aumenta nas sociedades - e isso é um indicador de conquista de bem-estar e desenvolvimento – ainda persistem nas concepções mais comuns um discurso centrado nos indivíduos ou em pequenos grupos. Paradoxalmente, à medida que a consciência do envelhecimento social aumenta, muitas pessoas tendem a regredir aos velhos conceitos e estratégias do envelhecimento individual. Todavia, um fenómeno social obriga as respostas ao mesmo nível e são estas que podem enquadrar os níveis inferiores.

Este processo faz-se sempre em presença de dois sentimentos que induzem conflitos: a ambiguidade e a diversidade. A primeira, tanto se encontra nos discursos individuais (“É bom chegar a velho, mas envelhecer é uma perda”) como sociais (“O envelhecimento é uma conquista, mas com efeitos muito perigosos”). Já a diversidade invoca outro tipo de atitudes, oscilando os olhares, de acordo com os interesses e cosmovisão, para os quadros deficitários do envelhecimento ou para o não – envelhecimento, de quem manifesta uma juventude inesperada. O desafio situa-se na capacidade colectiva e individual de reconhecimento de ambos os sentimentos, na vivência do conflito e numa espécie de neoromantismo perante o envelhecimento e a morte.

Em resumo, uma das primeiras conclusões deste trabalho é a constatação de o fenómeno do envelhecimento se verificar aos vários níveis da escala humana, o que implica que se não situe a resposta ao nível intraindividual (e muito menos orgânico). Verificou-se que as lógicas internas em cada nível se reproduzem nos restantes. Por outro lado, as próprias dificuldades sentidas subjectivamente para reconhecer e aceitar o envelhecimento próprio, também se verificam no envelhecimento social: as instituições e

a cultura tendem a adiar o inevitável ocultando os sinais ou remetendo-os para apenas uma parte de si – é um problema de alguns que sempre existiu.

Todavia, ao longo do século vinte, sobretudo na segunda metade, esta tendência para o envelhecimento social levou ao desenvolvimento de diversas teorias, considerando quase todos os campos científicos. Destas teorias dois aspectos parecem relevantes: primeiro, a evolução das concepções deficitárias para as que privilegiam as potencialidades reconstrutivas; segundo, a necessidade e a eficácia dos mecanismos de redundância, seja em compensação de perdas, seja para complemento das funções em contextos de maior exigência. Assim, a evolução das teorias nas diversas ciências e campos disciplinares no domínio dos envelhecimentos, convergem no sentido de aceitarem, em todos os níveis, que subsistem potencialidades que, quando convenientemente actualizadas, permitem manter um razoável equilíbrio funcional até idades bastante avançadas, comprimindo claramente a morbilidade e permitindo uma vida intensa e enriquecedora.

Neste caso, o envelhecimento não é uma ilusão de retorno à juvenilidade, nem sequer a ausência de perdas, mas uma sensação equilibrada de existência, com compensações associadas à aceitação das perdas.

Também se verifica que as teorias que foram sendo construídas não estão isentas dos contextos socioculturais em que emergiram e, por isso, é natural que se tenham desenvolvido teorias aparentemente opostas. Nestas condições é útil fazer uma arqueologia das concepções sobre o envelhecimento e dos seus pressupostos epistemológicos. Até porque muitas das actuais e futuras respostas estarão assentes em alguns destes modelos que pendularmente tendem a ressurgir e a imporem-se alternadamente.

Ainda “no terceiro mundo” questionaram-se dois conceitos: o de Qualidade de Vida aplicado ao envelhecimento e o de Envelhecimento Bem Sucedido. O primeiro é mais polissémico, tem uma história mais longa e é particularmente útil porque deu origem a vários instrumentos de avaliação, definindo qualidades a serem consideradas, nomeadamente na relação com a saúde e actividades de vida diárias. O conceito de Envelhecimento bem-sucedido é mais recente, mas tem a enorme vantagem de ser claramente teleológico, questionando especificamente sobre os objectivos e finalidades do envelhecimento.

A grande vantagem destes conceitos e das discussões que lhes estão associadas é a procura de consensos sobre as possíveis atribuições do envelhecimento, permitindo estabelecer metas e processos comparativos – avaliativos. Mas, sobretudo o conceito de envelhecimento bem sucedido tem a grande vantagem de tornar evidente como os últimos estádios de vida são cumulativos relativamente ao que foi vivido o longo da vida.

Com este conceito, também é claramente admitido que as condições óptimas e os recursos disponíveis são insuficientes para garantir o sucesso na última parte da vida. Estes podem apenas ser pontualmente auxiliares a um percurso de vida que, sendo responsável e saudável, permite antever com optimismo e esperança todos os tempos da existência.

Estes conceitos, por outro lado, herdaram a ilusão iluminista e positivista. Acredita-se que é mais provável - o senso comum prefere dizer "possível" - conseguir um melhor futuro desde que projectado e construído racionalmente, senão mesmo, economicamente, ao longo da vida⁴⁴⁸.

Por outro lado, estes conceitos também herdaram os preconceitos pragmatistas e conquistadores das ciências. Das Ciências que estudam o envelhecimento, e para lá dos laboratórios, nomeadamente no contexto da saúde, resultam consequências evidentes para os indivíduos: a promoção da crença de que quem coexiste, voluntaria ou involuntariamente, em condições de risco (estilos de vida, sujeição a condições precárias, exposição a factores de risco, baixa escolaridade, baixa capacidade de *coping* e poucos contactos sociais) fica em melhores condições para fazer um mau envelhecimento. Porém, também subsiste uma cultura científico-publicitária que propagandeia os intensos esforços para compensar os mecanismos afectados por tais riscos, sejam os propagados antioxidantes, as vacinas, os exercícios terapêuticos dedicados, os estudos nutricionais, os exercícios de " *brain fitness* " (que até já vêm nas consolas de jogos dos netos, quais Nintendo intergeracionais), ou complexos exercícios de socialização. Assim, as indústrias dos cuidados acabam por usarem as tecnologias e múltiplos técnicos para emparcelarem o envelhecimento e distribuem os seus benefícios. E, contudo, qualquer olhar sério para os conhecimentos actuais revela que, para lá de alguns retoques estéticos, o grande segredo do envelhecimento bem-sucedido está numa conjugação de factores centrados no factor humano e no seu ambiente.

Uma apreciação global do envelhecimento também tem de referir que esta lógica científico-positivista-naturalista, também pode ser espiritualmente estéril, no sentido que pode forçar o idoso a um afã activista, mas que não responde às suas necessidades de significação e sentido. Portanto, é necessário abrir a realidade a uma dimensão que transcenda a multiplicidade do "aqui" e "agora".

De regresso ao primeiro mundo, à realidade, procurou-se ainda perceber quais as respostas sociais para Vila Nova de Gaia. Percebe-se que existem as respostas institucionais que vêm sendo aperfeiçoadas e que se pretendem alargadas: Lares,

⁴⁴⁸ Esta concepção começa a tornar-se claramente dominante nos discursos médicos que, numa época recente da ... se defende a defesa e a protecção contra a osteoporose desde a infância.

Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia, Serviços de Saúde e de Acção Social e ainda uma Universidade Sénior financiada pela Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia. Existem ainda várias associações locais, nomeadamente Instituições de Solidariedade Social frequentemente apoiadas por comunidades religiosas ou Juntas de Freguesia. Todavia, todas estas iniciativas locais desenvolvem-se sem haver um diagnóstico local que vai sendo feito pela Rede Social. Pior, nem ainda se conseguiu elaborar um Plano Gerontológico Nacional, embora se tomem frequentemente medidas avulsas tanto na área da saúde (Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas) ou do apoio social (Plano Apoio Integrado a Idosos). Assim, as soluções políticas propostas para o envelhecimento são parcelares, sectorizadas e não sistémicas.

À partida, é óbvio que muitos discursos oficiais são marcadamente simplistas: trata-se simplesmente de criar condições para que as actuais respostas que cobrem um número limitado de utentes possam ser mantidas no futuro, face a um número previsivelmente maior de utentes. Nesta lógica é preciso entender que o horizonte temporal de muitos decisores políticos, sobretudo a nível local, é de apenas 4 anos. Orientam-se necessariamente para o imediato (garantir consultas, transporte, apoio social) e, num país tão centralizado em Lisboa, as decisões a médio e longo prazo resultam de Lisboa. Esta atitude mostra que os decisores, e a sociedade, ainda não perceberam que, tal como é preciso que cada idoso prepare antecipadamente o seu envelhecimento, também a sociedade precisa preparar hoje as respostas adaptativas futuras. Todavia, o maior desafio não é simplesmente assegurar no futuro o mesmo padrão de recursos que existem nos actuais níveis de envelhecimento da população, mas criar as condições necessárias e suficientes para a autoresposta de uma sociedade demograficamente envelhecida. São novos padrões de vida e sociabilidade que têm de ser criados e isso implica essencialmente mudanças culturais e nas estruturas de poder.

A ausência de respostas para o futuro e o receio de se perder o que se tem, inunda os discursos quotidianos. Deste modo apenas se potencia o medo. O medo de envelhecer dos que já reconhecem os sinais e a inevitabilidade, e o daqueles que já hoje estão suficientemente conscientes do futuro. Criam-se assim as condições para que as pessoas procurem respostas meramente individuais, nomeadamente pela compra de serviços de economia e de segurança.

Na falta de uma estratégia mais adequada, a pretensa resposta económico-preventiva é agora a resposta ideológica oficial. Já nem os filhos, nem as terras (ou as casas próprias) são a segurança de outros tempos. Todos são chamados para se a prepararem para a falência “inevitável” do ainda jovem Estado social português (segundo uma estimativa publicada no início de 2007 pela Comissão Europeia, o PIB *per capita* português, que em 2004 se situava em 68% da média da UE a Quinze,

ficará exactamente com o mesmo valor em 2050, colocando Portugal na cauda da Europa alargada).

A vantagem deste estado de coisas é o aumento da consciência subjectiva para os riscos, mas pode tornar-se fatal se não se reconhecerem e facilitarem as capacidades adaptativas das próprias sociedades envelhecidas. Ora, o melhor meio que a espécie humana encontrou para resolver estas questões foi a criação de civilizações alicerçadas na educação.

Nesta tese defende-se que a resposta se encontra no Plano Educacional. Todavia, não se trata de um Plano industrializado em Escolas oficiais, mas numa actuação conjunta de todos os actores sociais numa actualização das competências de aprendizagem de todos.

Desta forma, o quarto capítulo da tese é aquele onde se condensam e ganham sentido as ideias anteriores, e está organizado em função de quatro ideias centrais:

Primeiro – há um fundamento antropológico para a educabilidade dos idosos, sendo que esta assenta na incompletude humana e corresponde perfectibilidade. Culturalmente os olhares tendem a fixarem-se na perfectibilidade dos jovens, na sua capacidade de aprendizagem e, inversamente, nas perdas e *deficits* dos mais velhos. Ora, uma educação gerontológica reafirma a neotenia (essa capacidade retomada ao longo da vida de adquirir novas competências), e ainda a defectibilidade do Idoso (reconhecendo-o como imperfeito), a sua perfectibilidade (tem potencialidades que podem ser actualizadas) e plasticidade (ainda se pode adaptar às mudanças).

Segundo – os gastos e os recursos disponibilizados com a educação têm retorno, contribuindo não só para a longevidade mas sobretudo para a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido propõe-se o conceito de EDQUALYs, *ie*, o desenvolvimento de um método que permita quantificar os ganhos sociais e económicos alcançáveis por um programa ajustado de investimentos em serviços educacionais. No quotidiano parece relativamente fácil justificar os ganhos que resultam do investimento em cuidados de saúde, porém falta conquistar a maioria para as vantagens económicas da educação para a vida e para o envelhecimento, sobretudo em grupos populacionais que abandonaram a vida activa. E, contudo, num universo dominado pelas relações económicas, este parece ser o instrumento que melhor permite justificar racionalmente uma nova perspectiva de uso de recursos: a actualização dos recursos de uma sociedade envelhecida;

Terceiro – uma educação centrada no envelhescente e nos processos de mediação. Uma *Gerontobioantropossociologia* exige uma concepção educacional que parta dos recursos, interesses e capacidades dos educandos. Mas, de igual modo, a educação não é um acto isolado, é intersubjectiva, pelo que exige interlocutores – mediadores. Trata-se de

uma educação que oscila entre o que se passa em indivíduos concretos, no seu modo próprio de envelhecer, e os sistemas nos quais se organizam as redes que gerem o processo e que vão desde o nível microbiológico ao nível socioantropológico. Cada envelhescente tende a fixar-se no seu percurso, na sua biografia, quando a sua realidade é mais ampla e o que se passa consigo também é resultado do que se passa fora de si, no mundo onde se situa. Por isso, a validade da proposta artística grega: não se trata de formar, de inventar uma nova forma com o material existente, mas de retirar a carga que ao longo da vida se foi sobrepondo às capacidades efectivas do sujeito. Desta forma, o educador gerontológico é o meio pelo qual o educando se vai libertando a si mesmo e pode experimentar outros modos de ser que também pode construir em si. A educação é o processo de libertação das potencialidades ainda não actualizadas, compensando outras que deixam de ser usadas ou se perdem. A Educação centrada baseia-se no reconhecimento do próprio e dos outros, na expressão dos mundos potenciais que são, dessa forma, actualizados. Os exemplos práticos são muitos: a redescoberta do corpo pela dança; a redescoberta da curiosidade pela internet; a redescoberta de outros egos pelo psicodrama; a passagem das perguntas feitas pelos outros, às perguntas dos próprios.

Quarto – A formação em gerontologia educativa, nesta perspectiva, não é dispersante, mas aglutinadora. Isto significa que tal como o idoso não pode ser espartilhado em múltiplos objectos, mas é uma totalidade, também não resulta ajustado ser avaliado, acompanhado e cuidado por uma multiplicidade de especialistas, de linguagens e de estratégias. Por isso se propõem dois perfis de formação de gerontologistas. Trata-se de profissionais de *interface*, que estão na proximidade mas que se reconhecem numa rede. Também se concebem dois planos mais evidentes de intervenção, assim para situações de maior exigência em termos sociais ou de saúde, o gerontologista de referência permite simultaneamente a identidade, o reconhecimento, a sensação de “estar com” ao idoso e, simultaneamente, o recurso ajustado aos serviços especializados. Nos restantes casos, o gerontologista funciona como interface entre os envelhescentes e o sistema e como facilitador dos processos individuais de actualização de potencialidades.

As considerações anteriores sobre os discursos e teorias sobre o envelhecimento, bem como a concepção de um modelo em Gerontologia Educacional numa perspectiva *Gerontobioantropossociologica*, precisavam de justificação empírica. Foi neste sentido que foi feita a extensa Recolha de Dados em Vila Nova de Gaia.

Os resultados vieram confirmar as expectativas. O envelhecimento é diferencial, mas independentemente das variações individuais, é possível encontrar dois grupos com características específicas: no primeiro, onde os inquiridos estão em maior número

(58,2%), os indivíduos são em média mais velhos 3,5 anos, são maioritariamente do género feminino, incluem 34,7% dos casados e todos os viúvos, têm menor escolaridade (incluem a grande maioria dos não escolarizados), têm uma auto-apreciação do seu estudo de saúde muito negativa, recorrem mais vezes ao Centro de Saúde, têm valores mais baixos de provável Saúde Mental e Bem-estar, no Índice de Apgar Familiar têm um valor ligeiramente mais baixo bem como uma pontuação média no Índice de Qualidade de Vida inferior em 3 pontos relativamente ao segundo grupo; no segundo, estão incluídos 41% dos inquiridos, maioritariamente homens, casados, mais escolarizados (relativamente poucos não escolarizados e com a maior percentagem dos escolarizados, sobretudo acima do nível primário), com melhores valores no Índice de Qualidade de Vida (mais 3 pontos), com melhores valores no Coeficiente de Provável Saúde Mental e Bem-Estar, apreciação claramente mais favorável na Autoavaliação da Saúde, menor frequência ao Centro de Saúde e Índice de Apgar Familiar com valores ligeiramente melhores.

Estes resultados empíricos vieram reforçar novamente a sensação de ambiguidade: um grupo substancial de idosos parece encontrar condições de existência optimizadas e coabitam com outros que, apesar de terem idades próximas, estão distantes em termos de Qualidade de Vida, Saúde e Bem-Estar.

Ora, um dos factores que melhor diferencia entre estes grupos é a Escolaridade. Circularmente, voltamos à Educação. Esta parece traçar um destino que separa, discrimina e condiciona. Em resultado, nesta tese defende-se um investimento na Educação. Obviamente que se não trata de um retorno a uma Escolaridade perdida, mas ao início de uma Educação crítica e libertadora, para um período de transição, onde as pressões demográficas, económicas e sociais ainda não estão culturalmente integradas. Para se alcançar esta educação é preciso vencer os dois obstáculos identificados por P. Bourdieu (1996): a ilusão dos que procuram “coisificar” o fenómeno do envelhecimento ou ainda personalizá-lo. Os primeiros procuram as “Leis do envelhecimento” (localizam, medem, identificam e tratam) e os outros “os indivíduos” que envelhecem (a sua interioridade, singularidade e consciência). E, contudo, se o envelhecimento for entendido de um e de outro modo, de forma disjuntiva (Morin, 1991), o resultado é a perda da interacção. Porém esta é a única instância que permite compreender os processos individuais que se organizam num campo. O envelhecimento é claramente um fenómeno que evidencia a inter - relação entre *habitus*⁴⁴⁹ e *campus*⁴⁵⁰, entre as ciências e as pessoas, entre a racionalidade e os afectos.

⁴⁴⁹ É uma estrutura que conjuga no corpo (incorpora) o social, através da aprendizagem, sendo pois uma “estrutura estruturada” (P. Bourdieu, 1979: 191).

Neste contexto, a resposta educativa é a mais válida por duas razões: i) porque é o domínio privilegiado da interface Eu/Tu; Corpo/Espírito (*Mind*); Indivíduo/Sociedade; ii) porque, e em especial para o envelhecimento, se trata de manter ou recriar a “ilusão” em cada um para se comprometer até ao fim “no jogo da vida”, crendo no seu sentido e significado (P. Bourdieu, 1996). A morte na vida, ou simplesmente a morte é o problema antropológico⁴⁵¹ que exige os necessários mediadores⁴⁵² que permitam a cada um “o seu envolvimento no jogo da vida”. Aqui ganha particular lugar a Filosofia: i. porque reflecte sobre a vida e a morte; ii. é naturalmente educativa porque permite pensar e é no pensar que o absurdo da morte ganha as suas proporções próprias. Novamente, isto significa que não existe uma resposta meramente individual, é um processo dialógico, dialogante, onde a “ilusão” ganha o sentido comum que a justifica.

A resposta educativa em Gerontologia formula-se complementarmente às tradicionais respostas sociais e geriátricas. Os gerontoeducadores podem ser profissionais que estarão na linha da frente a apoiar os que têm um envelhecimento “normal”, com programas de manutenção da saúde, bem - estar e das competências dos sistemas superiores (autonomia, projecto e imaginação). Depois, teremos os gerontologistas clínicos, mais dedicados aqueles para quem as perdas associadas à idade e ao envelhecimento os arrastam para uma vida pobre, sem esperança e de sofrimento. Sejam os que se sentem morrer, sejam ainda os outros que partilham essa morte vivendo-a duplamente: pela morte do Outro e pela sua. De facto, só quem se situa na intersubjectividade, ou mesmo no sistema, pode dar sentido à experiência subjectiva.

Assim, o mediador – gerontologista não é apenas um técnico, alguém que adquiriu um conjunto de competências no contexto gerontológico. Tem de se empenhar num saber prático que o modifica (conhecimento como *πράξις*) e também filosófico, que o tornam apto a compreender e a acompanhar os outros no seu processo de sentido para a morte⁴⁵³, *ie*, de viver intensamente, em permanente actualização e em projecto (mesmo com alguma ou algumas dimensões diminuídas).

Foi esta mesma atitude que orientou este trabalho ao longo dos últimos seis anos. A maioria dos objectivos e dos problemas propostos foram resolvidos, porque se tratou essencialmente de um trabalho intenso, aplicado e sistemático. Todavia, o objectivo menos conseguido, na perspectiva do autor, foi a descrição dos envelhecimentos. De

⁴⁵⁰ Trata-se de um reconhecimento do ambiente na consideração de qualquer objecto reconhecendo-se que não está isolado de um conjunto de relações das quais retira o essencial das suas propriedades” (idem, 27)

⁴⁵¹ “O homem é um ser sem razão de ser” (P. Bourdieu, 1996: 48).

⁴⁵² “É a sociedade, e somente ela, que atribui, em graus diferentes, as justificações e as razões de existir.” (idem)

⁴⁵³ Voltando ao professor H. C. Silvas, quando no meu tempo de aluno do Curso de Filosofia, ainda permanece comigo a sua pergunta: que é mais importante, a vida ou a morte?”

facto, o humanismo naturalista que se evidencia neste trabalho não contempla as dimensões mais transcendentais do fenómeno. A consciência da morte faz emergir nos homens sentidos e riquezas que aqui não são contemplados, mas que precisam ser considerados numa “educação para a morte”, dado que não basta dizer ao envelhescente “que pode viver melhor!” Ficou, pois, esta tese nos limites da razão e da experiência quotidiana, sem entrar, devido aos limites do autor, na “terra prometida”.

Nestas condições, o Gerontologista-educador, para lá dos discursos, teorias e práticas, deve saber que está implicado numa missão que tem necessariamente um fim e cujo sentido exige “lucidez”, sem condenação nem desânimo, com a responsabilidade de “quem entra no jogo sem ilusões, por uma resolução consciente e deliberada” (P. Bourdieu, 1996: 51).

Por último, a continuidade “ideal” desta tese, das suas propostas e resultados, seria a experimentação de um modelo de formação em Gerontologia e Educação que parta das propostas apresentadas e, em complemento, a extensão do estudo empírico realizado noutras comunidades.

Bibliografia

Adorno, T. (1995). *Educação e Emancipação*. S. Paulo: Paz e Terra.

Agra, C. (1986). *Science, maladie mentale et dispositifs de l'enfance, du paradigme biologique au paradigme systemique*. Lisboa: JNIC.

Alarcão, M. (1998). Família e Redes Sociais. Malha a malha se tece a teia. *Revista Interacções*, 7, 93 – 102.

Albarracín, D. e E. Muchnik (1994). Redes de Apoio Social y Envejecimiento Humano. In: Buendia, J. (Org). *Envejecimiento Y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.

Allardt, E. (1993). Having, Loving, Being: an alternative to the Swedish model of welfare research. In: Nussbaum, M. e A. Sen (Ed). *The Quality of Life* (p. 88 – 94). Oxford: Clarendon Press.

Almeida, S. e J. Falcão (2007). *Incapacidade auditiva auto-declarada na população*. Lisboa: INSA.

Alves, P. (2002) O nervoso. In: Coimbra Jr. e M. Minayo (Org). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Amarilho, C e S. Carlos (2005). O executivo – Empreendedor, a sua Aposentadoria e o Processo de Afastamento do Trabalho. In: *Textos sobre Envelhecimento*, UnATI / UERJ 8, 1 - 12.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV - TR*. Washington: APA.

Anderson, M. et al (1998). Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. In: *Textos sobre envelhecimento*, UnATI / UERJ, 1, 1 – 44.

Anzola-Perez, E. (1985). El envejecimiento en América Latina y el Caribe. In: *Organización Panamericana de la Salud. Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana para a Saúde, 9 – 24.

Anzola-Perez, E., Wallace, R., Restrepo, H., e Colsher, P. (1993). *Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela*. Cuaderno Técnico N.º 38. Washington: OPAS.

Aschenbaum (ed.). (S/ data). *The Changing Contract Across Generations*. New York: Aldine.

Atcheley, R. (1989). A Continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183 – 190.

Atlan, H. (1979). *Entre la Cristal et la Fumé. Essai sur l'Organization du Vivante*. Paris: Seuil.

Attias-Donfut, C. (2004). Paradoxo do envelhecimento feminino. In: Peixoto, C. (Ed) *Família e Envelhecimento*. Editora da Fundação Getúlio Vargas

Ayéndez, M. (1994). El apoyo social informal. In: Elías Anzola-Peréz & cols. (Org.). *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington, D.C.: Organización Panamericana para a Saúde, 360 – 368.

Augé, M. (1994). Não- lugares: introdução a uma antropologia da sobremodernidade. Lisboa: Ed. Bertrand.

Azevedo, A. (2001). *Velhice e seus processos sócio-históricos*. Lisboa: Argumento.

Ballesteros, S. (2004). *Gerontología. Un Saber Multidisciplinar*. Madrid: Ed. Universitas.

Baltes, P., Reese, H. e L. Lipsit (1980). Life-span development psychology. *Annual Revue of Psychology*, 31, 65-110.

Baltes, M. & Silveberg, S. (1995). A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: A.L. Neri (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papyrus. p. 73-110.

Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-696.

Baltes, P. e M. Baltes (1990). Psychological Perspectives on sucessfull aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P. e M. Baltes (Ed). *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. N.Y.: Cambridge University Press, 1 – 34.

Baltes, P. (1991). The many faces of human ageing: toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837-854.

Baltes, P. (1995). Prefácio. In: Neri, A. L. (Org) *Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente*. Campinas: Papyrus. p. 9-12.

Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), p.366-380.

Baltes, P. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In: W. Damon & R. Lerner (Orgs.). *Handbook of Child Psychology*. Vol. 1 (p. 1029 – 1144). Theoretical Models of Human Development. Texas: John Wiley & Sons.

Baltes, P., Staudinger, U. e U. Lindenberger (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annu. Rev. Psychol.*, 50, 471.507.

- Barra da Costa, J. (2007). *O Idoso e o Crime*. Lisboa: Colibri.
- Barreto, J. (1988). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. *Psicologia*, (vi), 2, 159 – 170.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo Social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Barth, B-M (1996). Construire Son Savoir. In: Bourgeois, E. (Org). *L'Adulte en Formation*. Bruxelas: De Boeck & Larcier, 19 – 36.
- Basaglia, F. e G. Bignami (1994). Medicina / Medicalização. In: Enc. Einaudi. (Vol. 34, pp. 399 – 441). Lisboa: INCM.
- Bateson, G. (1984). *La Nature et la Pensée*. Paris: Seuil.
- Beauvoir, S (1970). *La Vieillesse*. Paris: Gallimard.
- Bech, W. (1991). Célula. In: *Enc. Einaudi*. (Vol.19, p.11- 32). Lisboa: INCM.
- Bech, W. (1991). Envelhecimento. In: *Enc. Einaudi*. (Vol. 19, p. 197 – 211). Lisboa: INCM.
- Bech, W. (1991). Imunidade. In: *Enc. Einaudi*. (Vol. 19, p. 168 – 196). Lisboa: INCM.
- Becker, G. (1976). *The Economic Approach to Human Behavior*. Chicago: Chicago University Press.
- Bee, H. e S. Mitchel (1984). *A Pessoa em Desenvolvimento*. São Paulo: Harbra.
- Bellier, S. (1999). *La Competence*. In: Carré, P. e P. Caspar (Org). *Traité des Sciences et des Techniques de la Formation*. Paris: Dunod.
- Belloc, N. e L. Breslow (1972). Relationship of Physical Health Status & Health Practices. *Preventive Medicine*, 5, 409 – 421.
- Belmont, N. (1997). *Velhice*. In: Enc. Einaudi. (Vol. 36, p. 152- 165). Lisboa: INCM.
- Belsky, J. (2001). *Psicologia del Envejecimiento*. Madrid: Thomson.
- Bengston, V., Burgess, E. e T. Parrot (1997). Theory, explanation, and a third generation of a theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology*, 52B(2), 172 – 187.
- Bengston, V. e K. Schaie (Org). (1999). *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer.
- Berger, L e D. Mailloux-Poirier (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Berger, P. e T. Luckmann (1966). *The Social Construction of the Reality*. New York: Doubleday & Company.

Bermejo, L. (2005). *Gerontología Educativa. Como diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Berquó, E. (1996). *Algumas considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Sobre o Envelhecimento Populacional: uma agenda para o fim do século. Brasília: Brasil.

Binstock, R. e L. George (Ed.). (1996). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. California: Academic Press.

Binstock, R e E. Shanas (Ed.). (1976). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Birchfield, P. (1999). Saúde dos Idosos. In: Stanhop, M. e J. Lancaster (Org.). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (p. 635 – 656). Lisboa: Lusociência,

Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*. Ed. Hora: Barcelona.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and Method*. Prentice Hall: Nueva Jersey.

Böhnke, P. (2005). *First European Quality of Life Survey: Life Satisfaction, Happiness and Sense of Belonging*. Luxembourg: Office of Official Publications of the European Communities.

Borges dos Reis, R. et al (2003). Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 18 (Supl 5), 47 – 51*.

Bosi, E. (1994). *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras.

Bourdelaís, P. (1993). *L'âge de la vieillesse*. Paris: Ed. Odile Jacob.

Bourdieu, P. (1979). *La Distinction*. Paris: Ed. Minuit

Bourdieu, P. (1980). *Questions de Sociologie*. Paris: Ed. du Minuit.

Bourdieu, P. (1996). *Lição sobre a Lição*. V.N.Gaia: Estratégias Criativas.

Bourdieu, P. (s/data). *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel.

Bourgeois, E. (Éd). (1996). *L'Adulte en Formation*. Bruxelas: De Boeck & Larcier.

.

- Bouvier, P. (2000). *La Sócio – Anthropologie*. Paris: Armand Colin.
- Branco, M., Nogueira, P. e C. Dias (2001). *MOCECOS - Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Bruner, J. (1991) ... *Car la culture donne forme à l'esprit*. Paris: Eshel.
- Buendía, J. (Ed.) (1997). *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buettner, D. (2006). *Segredos para Viver Mais*. National Geographic Portugal, 58, 2 – 27.
- Bugalho, M. (2005). *Situação dos idosos em Portugal e apoios do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social* - Instituto da Segurança Social, I. P. Vila Real, 29 de Novembro de 2005. Arquivo capturado em 17 de Junho de 2006
- Butler, R. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. New York: Harper & Row.
- Cacabelos, R. (2000). Bases Biológicas del Envejecimiento Cerebral. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Gerontología Social* (p. 105 – 152). Madrid: Pirâmide.
- Carreira, H. (1996). *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carretero, M., Palácios, J. e A. Marchesi (Org.). (1991). *Psicologia Evolutiva: Adolescência, Madurez e Senectud* (Vol. III, p. 239 – 256). Madrid: Alianza.
- Casares, P. (2002). *Ancianos. Problemática y propuesta educativa*. Madrid: San Pablo.
- Catalo dos Anjos et al (2005). Cuidar em Enfermagem: a pessoa idosa institucionalizada. *Nursing*, 205, 12 – 19.
- Châtelet, F. (1993). A Democratização foi uma Gigantesca sabotagem. A. Kechikian (Ed.). *Os Filósofos e a Educação* (p. 21 – 25). Lisboa: Colibri.
- Chauí, M. (1994). Os trabalhos da Memória. In: Bosi, E. (Org.). *Memória e Sociedade: lembranças de velhos* (p. 17-36). São Paulo: Companhia das Letras.
- Cícero, M. (1997). *Saber envelhecer e a amizade*. Porto Alegre: L & PM.
- Cordeiro, M. (1999) A Avaliação da Saúde em Gerontologia. In: Vários. *O Idoso, Problemas e Realidades* (p. 53 – 61). Coimbra: Formasau.
- Correia de Campos, A. (2001). O Envelhecimento da População e os gastos com a Saúde. *Rev. Portuguesa de Saúde Pública*, 19, 1, 25 – 27.
- Costa, E. (1998). *Gerontodrama: velhice em cena*. S. Paulo: Agora.

Costa, M. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In Vários. *O idoso: problemas e realidades* (p. 7-22). Coimbra: Formasau.

Costa, M. (2002). Cuidar Idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros. Coimbra: Formasau.

Cowgill, D. e L. Holmes (1972). *Aging and Modernization*. New York: Appleton C. Crofts.

Cowley, M. (1980). *The View from Eighty*. New York: The Viking Press.

Cruz, A. (1999). Enfermedades Prevalentes en Edades Avanzadas. In: Vários. *Salud Pública y Envejecimiento* (p. 49 – 55). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza.

Cruz, I. (2002). Genética do Envelhecimento, da Longevidade e Doenças Crónico-Degenerativas Associadas à Idade. In: Freitas, E. V. & Cols. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (p. 20 – 31, 32-45). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cumming, E. e W. Henry (1961). *Growing old, the process of disengagement*. New York: Basic Books.

Cyrulnik, B. (1999). *Un Merveilleux Malheur*. Paris: Ondile Jacob.

Cyrulnik, B. e E. Morin (2004). *Diálogo sobre a Natureza Humana*. Lisboa: Inst. Piaget.

Dannefer, D e P. Uhlenberg (1999). Paths on the life course: a typology. In: Bengston, V. e K. Schaie (Org). (1999). *Handbook of Theories of Aging* (p. 306-343). New York: Springer Bengston,

Datan, N., Rodeheaver, D., & F. Hughes (1987). Adult development and aging. *Annual Review of Psychology*, 38, 153-180.

Dejours, C. (1997). *O Factor Humano*. R.J.: Fund. G. Vargas.

Del Prette, Z. & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Habilidades Sociais: terapias e educação*. Petrópolis: Vozes.

Delors, J. (1996). *Learning the Treasure Within*. Paris: UNESCO.

Deliberato, P. (2002). *Fisioterapia Preventiva*. S. Paulo: Ed. Manole.

Deschamps, C. (1994). *Normal / Anormal*. In: *Enc. Einaudi* (Vol. 34 p. 399 – 441). Lisboa: INCM.

Diário da República, Lei nº 17 /2000 de 08.08. Lei de bases do Sistema de Solidariedade e Segurança Social.

Diário Económico, 28 de Abril de 2006, nº 3874.

- Dias de Carvalho, A. (2001). *Filosofia da Educação: temas e problemas*. Porto: Afrontamento.
- Dias, I. (2004). A violência sobre as mulheres e os idosos. *Psicológica*, 36, p. 33-61.
- Dias, I. (2004). *Violência na família. Uma abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra os idosos*. Sociologia, n.º 15, Porto: Faculdade de Letras do Porto.
- Dinis, C. (1997). *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, Coimbra [s.n.],
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. In: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006491.pdf> Arq. capturado em 17/07/05
- Direcção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (2005) <http://www.deep.msst.gov.pt/cartasocial/Index.asp>
- Dowd, J. (1975). Aging as exchange: a preface to theory. *Journal of Gerontology*, 38, 5, 584-594.
- Drusini, A. (2000). Biología del Envejecimiento. Introducción a la Biogerontología. In: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Gerontología Social* (p. 79 – 102). Madrid: Pirâmide.
- Durkin, K. (1995). *Developmental social psychology*. Cambridge: Blackwell
- E. Hoebel e E. Frost (1976). *Cultural and social Anthropology*. New York: McGraw Hill.
- Pereira, E. (1999). *Portugueses com mais de 65 anos – breve caracterização estatística*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- E. Schrödinger (1998) *Mi Concepción del Mundo*. Barcelona: BM.
- Eckert, C. (2002). A cultura do medo e as tensões do viver a cidade: narrativa e trajetória de velhos moradores de Porto Alegre In: *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (p 73 - 102). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton.
- Erikson, E. (1978). *Adolescence et Crise: la quête de L'Identité*. Paris: Flammarion.
- Ermida, J. (2000). Envelhecimento e Exercício Físico. In: Ribeiro, C. et al (Org.). *Saúde e Exercício Físico* (p. 43-52). Coimbra: Quarteto.

Escarbajal, A. (2004). *Personas Mayores Educación y Emancipación. La importância del trabajo cualitativo*. Madrid: Dykinson.

Esteves, A. (1995). *Jovens e Idosos – Família, escola e trabalho*. Porto: Edições Afrontamento.

Expresso, 6 de Abril de 2007, Suplemento Economia, nº 1797

Federighi, P. (1994). Older Adults – from the problem to educational resources. In: *Vários. Older Adults as Helpers in Learning Process* (p. 15 – 19). Barcelona: EAEA.

Fericgla, J. (2002). *Envejecer. Una Antropología de la Ancianidad*. Barcelona: Herder.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerários de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.

Fernández, E. (2002). *Psicogerontología para Educadores*. Granada: U. de Granada.

Fernández – Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirâmide.

Fernández – Ballesteros, R. et al. (1990). *Evaluación y Intervención Psicológica en la Vejez*. Barcelona: Ed. Martinez Roca.

Fernandez-Ballesteros (1991). Hacia una vejez competente: uno desafio a la Ciência y la Sociedad. In: Carretero, M., Palácios, J. e A. Marchesi (Org.) *Psicologia Evolutiva: Adolescência, Madurez e Senectud* (p. 239 – 256). Madrid: Alianza, Vol. III.

Ferreira, A. e P. Matos (2000). O desenvolvimento duma Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21 (3), 243-253.

Ferreira, J. (1999). A Cultura na Ancianidade. *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol. III(2), 235 – 237.

Ferreira, J. (2002) *Intervenção Comunitária, Qualidade de Vida, Psicodrama e Envelhecimento*. TIT apresentado à Faculdade de Ciências da Educação, Programa de Doutoramento em Educação e Desenvolvimento Humano, USC, Santiago de Compostela

Ferreira, J. (1997). *Design e Ergonomia: aplicação à Ergonomia Escolar*. Dissertação de Mestrado de Engenharia da Universidade do Minho, Mestrado em Eng. Humana. U. Minho, Guimarães.

- Feuerstein, R. (1979). *The Dynamic Assessment of Retarded Performers: The Learning Potential Assessment Device, Theory, Instruments, and Techniques*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental Enrichment*. Baltimore: University Park Press.
- Feuerstein, R., Pnina, K. e T. Abraham (1991). *Mediated Learning Experience (MLE): Theoretical Pschosocial and Learning Implications*. England: Freund Publishing House Ltd.
- Figueiredo, D. e L. Sousa (2001) EASY Care: um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Rev. Geriatria*, 19 -23.
- Figueiredo, D. e L. Sousa (2001) Family care of older people Portugal, in: Ian Philp (ed.), *Family care of older people in Europe, Netherlands*, IOS Press, p.190-209.
- Figueiredo, D. e L. Sousa (2001). Portugal (January 2000). In: Philp, I. (Ed.). *Family care of older people in Europe* (p. 190-209). Netherlands: IOS Press.
- Filho, W e M. Netto (2000) *Geriatria – Fundamentos, Clínica e Terapeutica*. S. Paulo: Ateneu.
- Fisk, A., Rogers, W. (Ed.) (1997). *Human Factors & the Older Adult*. S. Diego: Academic Press.
- Fitch, V. (1985). The psychological tasks of old age. *Narope Institute Journal of Psychology*, 3, 90-106.
- Fonseca, A e C. Paúl (1999). A “passagem à reforma” como um momento de transição – uma abordagem desenvolvimental. *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol. III (2), 377 – 384.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Coimbra: CLIMEPSI Editores.
- Forest, F. e U. Forest-Streit (1980), Arquivo capturado em 16 Janeiro de 2005 <http://www.erudit.org/revue/smq/1980/v5/n2/030076ar.pdf#search=%22VIEILLISSEMENT%20DIFF%C3%89RENTIEL%20filetype%3Apdf%22>
- Freitas, E. et al (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Frenay, M. (1996). Le transfert des Apprentissages, In: Bourgeois, E., (Org.). *L’Adulte en Formation* (p. 37 – 56). Bruxelas: De Boeck & Larcier.
- Freud, S. (1987). *O Estranho* (1919) – Vol. XV. S. Paulo: Edição Standard Brasileira.

- Fries, J. (1989) The Compreension of morbidity: Near ou far?. *Milbank Quarterly*, 67,. 208 – 232.
- Fry, C. (Ed.) (1980). *Aging in culture and society: comparative viewpoints and strategies*. New York: Praeger.
- Fry, C. (ed.) (1996). Age, Aging, and Culture. In: Binstock, R., George, L. (Eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences* (p. 117-136), 4th edition. London: Academic Press Limited.
- García Arroyo, M. (2003). *Entrenamiento de Habilidades Psicocorporales en la Vejez*. Salamanca: Amarú.
- García, J. (Coord). (1997). *Educación de Adultos*. Barcelona: Ariel.
- García J. e A. Sánchez (1998) *Um Modelo de Educação en los mayores: la Interactividad*. Madrid: Dykinson.
- García, M. (1995). *Les images culturals de la vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social*. Tese doutoramento. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- Gatto, J. (2006). *Emburrecendo-nos cada vez mais: o currículo oculto da escolaridade obrigatória*. Porto: Porto Editora.
- Gil, J. (2005). *Portugal, Hoje: o Medo de Existir*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Glasser, W. (1965). *Reality Therapy: a New Approach to Psychiatry*. New York: Harper & Row.
- Glendenning, F. e D. Battersby (1990). Why We Need Educational Gerontology for Older Adults: a Statement of First Principles. In: Glendenning, F. e K. Percy (Org.). *Ageing, Education and Society. Readings in Educational Gerontology* (p. 219- 231). Staffordshire: AEG.
- Glendenning, F. (1990). The Emergence of Educational Gerontology. In: Glendenning, F. e K. Percy (Org.). *Ageing, Education and Society. Readings in Educational Gerontology* (p. 13-23). Staffordshire: AEG.
- Glendenning, F.(2000). Some Critical Implications. In: Glendenning, F. (Edit.) *Teaching and Learning in Later Life. Theoretical Implications* (p. 13-24). Hants: Ashgate,
- Goldstein, L. (1995). Stress e coping na vida adulta e velhice. In: Neri, A. (Org.). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus.
- Gómez, L. (2002). *Envejecer en Chiapas: etno gerontología zoque. Instituto de Estudios Indígenas – UNAM*. Chipas - México.

- Gonçalves, L. (2002). *Qualidade de Vida nos Idosos*. Tese de Doutoramento apresentada à Facultad de Educación. Badajoz. Ed. fotocopiada
- Gonzaga, R. (1994). *Regras Básicas da Investigação Clínica*. Lisboa: Inst. Piaget.
- Gore, AI (1993). *A Terra à Procura do Equilíbrio. Ecologia e Capital Humano*. Lisboa: Presença.
- Gottfries, C. (Ed). (1985). *Normal Aging, Alzheimer's Disease & Senile Dementia*. Bruxelas: Ed. Universidade de Bruxelas.
- Gracia, E., Herrero, J. e G. Musitu (1995). *El Apoyo Social*. Barcelona: PPU.
- Grande, N. (1994). Linhas mestras par uma política nacional de terceira idade. *Rev. Portuguesa de Medicina Geriátrica*. N.º 68, 6-10.
- Gregory, R. (1995). *Diccionario Oxford de la Mente*. Madrid: Alianza.
- Guerreiro, M. (2003). Pessoas sós: múltiplas realidades. *Sociologia. Problemas e Práticas*, n.º 43, 31-49.
- Guillemard, A. (1972). *La retraite, une morte sociale*. Paris : Mouton-La Haye.
- Guillemard, A. (1980). *La vieillesse et l'état*, Paris: PUF.
- Guillemard, A. (2004). Les sociétés à l'épreuve du vieillissement. Le défi de l'emploi en seconde partie de carrière". *Futuribles*, 299, 45-68.
- Guimarães, P. (1998). O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular. *Geriatrics*, Vol. 11, n.º 101, 11.
- Guimarães, P. (1999). Os direitos dos idosos. In: *Vários. Envelhecer, um direito em construção*. Lisboa.
- Gyll, J. (1998). Introdução à Geriatria. *Pathos*. 5, 9 - 18.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge & Human Interests*. Boston: Beacon.
- Haddad, E. (1993). *O direito à velhice: os aposentados e a previdência social*. São Paulo: Cortez.
- Hall, E. (1986). *A Dimensão Oculta*. Lisboa: Relógio de Água.
- Hall, E. (1996). *A Linguagem Silenciosa*. Lisboa: Relógio de Água.
- Havighurst, R. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1 (1), 8–13.
- Havighurst, R. (1961). The nature of value of meaningful free-time activity. In R. Kleemier (Ed.): *Aging and Leisure*. New York: Oxford University Press.

Havighurst, R. (1963). Successful aging. In: Williams, R., Tibbitts, C. and W. Donohue (Eds.). *Processes of aging, social and psychological perspectives, Vol. 1*. New York: Atherton.

Havighurst, R. (1968). Patterns of Aging. *The Gerontologist*, 8, 20-23.

Havingurst, R. (1951). *Development Tasks and Education*. New York: Longman Green.

Hayflick, L. (1996). *Como e por que envelhecemos*. R. Janeiro: Ed.Campus.

Hermann Hesse (2003). *Elogio da Juventude*. Lisboa: Difel

Hoebel, E. e E. Frost (1976). *Cultural and Social Anthropology*. New York: Mc. Graw Hill.

<http://www.antiaging-systems.com/profiles.htm>. Arquivo capturado em Julho de 2005

<http://www.cm-porto.pt/document/449218/482700.pdf>

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Primeiro_Ministro/Intervencoes/20060224_PM_Int_Debate_Mensal.htm, tal como foi obtida em 13 Out 2006 12:20:56 GMT

Illich, I. (1973). *Tools for Conviviality*. New York: Harper & Row.

INE (2002). *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica sócio-económica recente das pessoas idosas. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População*. www.ine.pt.

INE (2007) Estatísticas territoriais. In:

www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/ETerritoriais?Contexto=ut&selTab=tab3. Arq.

Capturado a 8 de Julho de 2007.

INS (2005) Relatório Preliminar. In:

www.insarg.pt/site/resources/docs/INS/INS_2005_2006_Principais_Indicadores_Quadros.xls. Arq. capturado a 13 de Agosto de 2007.

Instituto para o Desenvolvimento Social: Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2005) *Programa de Apoio à Adaptação e Remodelação de Habitações e Espaços circundantes*.

Izal, M. e I. Montorio (Ed.). (1999) *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Sínteses.

Kuypers, J. e V. Bergston (1973). Social Breakdown and Competence: a model of normal aging. *Human Development*, 16, 181 – 201.

Jäeger, W. (1979). *Paideia: a Formação do Homem Grego*. Lisboa: Editorial Aster.

Jacob, L. (2001). *A Velhice*, Dissertação de Mestrado. ISCTE, Lisboa.

- Jeckel-Neto, E. (2001). Tornar-se velho ou ganhar idade: O envelhecimento biológico revisitado. In: Neri, A. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (p. 39-54). Campinas: Papirus.
- Jiménez, F. et al (1999). *Salud Pública y Envejecimiento*. A Coruña: Fund. P. B. de la Maza.
- Jiménez, F. (1999) El Síndrome de Inmovilización. In: Vários. *Salud Pública y Envejecimiento* (p. 312 – 322). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza.
- Jiménez, F. (1999) Envejecimiento Demográfico Mundial. Situación y Perspectivas en Europa, España y Galicia. In: Vários. *Salud Pública y Envejecimiento* (p. 19 – 33). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza,.
- Jiménez, F. (1999) Transtornos del Sueño en el Anciano. In: Vários. *Salud Pública y Envejecimiento* (p. 257 – 272). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza.
- Jornal de Notícias (2007) *Informar o doente dá qualidade de vida*. In: http://jn.sapo.pt/2007/10/01/sociedade_e_vida/informar_doente_qualidade_vida.html. Arquivo recolhido em 3/10/07.
- Jover, J. (2000.) *Ergonomía, Evaluación y Diseño del Entorno Visual*. Madrid: Alianza.
- Jung, K. (1978). *O Eu e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes
- Jung, K. (1984). *A Natureza da Psique*. Rio de Janeiro: Ed. Vozes.
- Kachar, V. (2003). Terceira Idade & Informática. Aprender revelando potencialidades. S. Paulo: Cortez Editora.
- Kalache, A. (1999). Active Ageing makes difference. *Bulletin of the World Health Organization, Geneva, 77(4)*
- Kanapaux, W. (2002). Healthy Aging: Confronting a Worldwide Challenge. *Geriatric Times, Maio/Junho, Vol. III*.
- Katz, S. et al (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA, 185, 914 -919*.
- Kauffman, T. (2001). *Manual de Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan.
- Kechikian, A. (1998). *Os Filósofos e a Educação*. Lisboa: Colibri.
- Kertzner, D., Keith, J. (Eds.) (1984). *Age and Anthropological Theory*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- King, M. (1990). Health is a sustainable state. *The Lancet, 336, 664-667*.

- Kleemier, R. (Ed.). *Age and Leisure*. New York: Oxford University Press.
- Laborit, H. (1989). Un Cerveau, ça peut servir a quoi? In: *Vários. Le Cerveau* (p. 42-62). Grenoble: J. Millon.
- Laslett, P. (1996) *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. London: MacMillan Press Limited.
- Lawton, M. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people". In: Lawton, M et.al, *Aging and the environment: theoretical approaches* (p. 33 – 59). New York: Spronger.
- Lawton, M. et al (1982). Research and service – oriented multilevel assessment instrument. *Journal of Gerontology*, 37, 91- 99.
- Lawton, M. (1983). Environmental and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 91- 99.
- Lawton, M. (1991). A Multidimensional View of quality of life in frail elderly. In: Birren, J. et al, *The Concept and Measurement os Quality of Life in the Frail Elderly* (p. 75 – 82). S. Diego: Academic Press.
- Lazaeta, C. (1994). Aspectos sociales del envejecimiento. In: Anzola-Pérez, E. et al (Orgs.) *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa* (p. 57-66). Washington, D.C.: Organização Panamericana para a Saúde.
- Lázaro del Nogal, M. (1999). Morbilidad en Pacientes com Enfermedad de Alzheimer. In: *Vários. Salud Pública y Envejecimiento* (p. 239 – 256). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza.
- Le Moigne, J-L. (1977). *La Théorie du Système Général – Théorie de la Modélisation*. Paris: PUF.
- Leher, U e H. Thomae (2003). *Psicología de la Senectude*. Barcelona: Herder.
- Lehr, U. (1999). A revolução da longevidade: Impacto na sociedade, na família e no indivíduo. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v.1, 7-35.
- Leigh, D. et al (1981). *Enciclopédia Concisa de Psiquiatria*. Lisboa: Roche.
- Leleu, M. (1998). *Misère et insolence de la vieillesse*. Bruxelles: Editions Labor.
- Leme, L. (1996). A Gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão histórica. In: Netto, M. (Org.). *Gerontologia* (p. 13 – 25). São Paulo: Atheneu.
- Lima, A. e S. Viegas (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: construção social da categoria da velhice. *Psicologia*, VI, 2, 149-157.

Lima, M. (2004). *Posso Participar. Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.

Lincoln, Y. e E. Guba (1985). *Naturalistic Inquiry*. Londres: Sage.

Luis Conde, J. (1997). Subjetivación y vinculación en el proceso de envejecimiento. U. Barcelona: *Anuario de Psicología*, 73,71-87.

López, F. e J. Olazábal (1998). *Sexualidad en la Vejez*: Madrid: Pirâmide.

Luft, L. (2003). *Perdas e Ganhos*. Rio de Janeiro: Record.

Mapa das Freguesias de Vila Nova de Gaia, In:

<http://anmp.pt/munp/mun/mun101w3.php?cod=M4400>, arquivo capturado a 23 / 06 / 2007.

Marchand, H. (2005). *A Idade da Sabedoria. Maturidade e Desenvolvimento*. Porto: Ambar.

Marktteste Audimetria, Aumento do consumo de televisão. In: www.marktteste.com/wap/a/n/id~f04.aspx, arquivo capturado em 4 de Outubro de 2007.

Marques Teixeira, J. (1993). *Toxicoddependência e Auto-Organização*. Lisboa: Inst. Piaget.

Marques, M. (2000). Auto-Regulação / Equilíbrio. In: *Enc. Einaudi*. (Vol. 34, p. 399 – 441). Lisboa: INCM.

Martín, A. e A. Requejo (2005) Fundamentos y Propuestas de la Educación no Formal con Personas Mayores. *Revista de Educación*, 338, 45 – 66.

Vizcaíno, J. (2000). *Envejecimiento y Atención Social*. Barcelona: Helder.

Martín, A. (1997). Jubilación y Educación de Adultos. In: García, J. (Coord). *Educación de Adultos*, (p. 217 – 254). Barcelona: Ariel.

Martín, A. (2000). Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitário y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de Educación*, 323, 161 – 182.

Martinez, F. (2002). *Demografía Gerontológica*. Sevilha: Ed. Segá.

Martins de Souza, A., Depresbiteris L. e O. Machado (2004). *A Mediação como princípio educacional – bases teóricas de Reuven Feuerstein*. São Paulo: Senac.

Martins, M. (S/ data) *Envelhecimento e políticas Sociais*. In: hppt.ipv/Millennium/Millennium.32/10.pdf. Arq. Capturado a 7/07/06.

Matos, A. e A. Ferreira (2000). Desenvolvimento da Escala de Apoio Social: alguns dados sobre a sua fiabilidade. *Psiquiatria Clínica* 21:3, 243 – 253.

Maturama, H. e S. de Rezepka (2000). *Formação Humana e Capacitação*. Petrópolis: Vozes.

Maturama, H. (1995). *A realidade: objectiva ou construída? Los fundamentos biológicos de la realidad*. Barcelona: Anthropos.

Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 171, 339-363.

Mayán, J. (2000). *Gerontología Social*. Santiago de Compostela: Sega.

Mendes, F. (2005). *Conspiração Grisalha. Segurança Social, Competitividade e Gerações*. Oeiras: Celta Editora.

Mercedes, M. e R. Magalí (1997). *Talleres de activación cerebral y entrenamiento de la memoria* (p. 37 – 56). Buenos Aires. Ed: Paidós.

Mercês de Melo, M. e J. Barrias (1986). Alcoolismo. In: Cordeiro, D. (Org.). *Manual de Psiquiatria Clínica* (p. 427 – 485). Lisboa: F. C. Gulbenkian.

Merlo, A. (2002). Psicodinâmica do Trabalho. In: M. Jacques e W. Codo (Eds) *Saúde Mental e Trabalho, Leituras* (p. 130 – 142). Rio de Janeiro.: Petropolis.

Metzger et al (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures: Lusociência.

Miguel, A. (1988). *Manual de Higiene e Segurança*. Porto: Porto Editora.

Ministério da Saúde (1995). *Sistema de Informações sobre mortalidade*. Brasília: Sistema Único de Saúde.

Minois, G. (1999). *História da Velhice no Ocidente*. Lisboa: Teorema.

Misrahi, R. (1993). Educar para a Alegria, não para o trabalho. In: A. Kechikian (Ed.). *Os Filósofos e a Educação* (p. 13 – 17). Lisboa: Colibri.

Monod, J. (1973) *Le Hazard et la Nécessité. Essai sur la philosophie naturelle de la biologie moderne*. Paris: Seuil.

Montejo, P, Montenegro, M e M^a de Andres (2004). Mejora y Mantenimiento de la Memoria en los Mayores. In: Vários, *Gerontología. Un saber Multidisciplinar* (p. 545 – 594). Madrid: Universitas.

Montorio, I. e M. Izal (Ed.). (2000). *Intervención Psicológica en la Vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.

Moody, H. (1998). *Aging. Concepts & Controversies*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.

- Moody, H. (1989). Philosophical presuppositions of education for old age. *Educational Gerontology, Barcelona, CEAC, 1-16.*
- Morangas, R (1991). *Gerontologia Social: Envejecimiento y calidad de Vida.* Barcelona: Herder.
- Monreal, M. (2004) Habilidades para la intervención con personas mayores. In: Pérez, G. (Coord). *Calidad de Vida en Personas Mayores* (p. 247 – 291). Madrid: Dykinson.
- Moreiras, O. (1999). Nutrición y Salud de las Personas de Edad Avanzada en Europa. In: Vários, *Salud Pública y Envejecimiento* (p. 379 – 386). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza.
- Moreno, E. (S/data). El dolor del anciano y su abordaje interdisciplinar, In: *Unidades del Dolor. Realidad Hoy, Reto para el Futuro.* Terrassa: Fundación Privada Presidente Torres Falguera.
- Morin, E. (1977). *La Méthode. I. La Nature de la Nature.* Paris: Seuil.
- Morin, E. (1980). *La Méthode. II. La Vie de la Vie.* Paris: Seuil.
- Morin, E. (1986). *La Méthode. III. La Connaissance de la Connaissance.* Paris: Seuil.
- Morin, E. (1991). *La Méthode. IV. Les Idées.* Paris: Seuil.
- Morris, D. (2000). *Doença e Cultura na Era Pós-Moderna.* Lisboa: Inst. Piaget.
- Mota, M., Figueiredo, P. e J. Duarte (2004). Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, vol. 4, nº 1, 81–110.*
- Myerhoff, B. (1984). Rites and signs of ripening: the intertwining of ritual, time and growing older. In: Kertzer, D. e J. Keith, (Eds.). *Age and Anthropological Theory* (p. 305-330). Ithaca, New York: Cornell University Press.
- Narro, N., Rico, M. e J. Moral (1995). *Introducción a la Gerontopsicología.* Valência: Prómolibro.
- Narrow, W. et al (2007). *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis A Research Agenda for DSM-V.* Washington: APA.
- Nartorp, P. (1912). *Kant und die Marburger Schule. Kantstudien, Vol. XVII.* Berlin: Verlag von Reuther und Reichard.
- Nazareth, J (1994). O Envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos “noventa”. *Geriatrics, VII(64), 5 – 17.*
- Nazareth, J (1999). O Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura, Vol. III(2), 239 – 252.*

Nazareth, J. M. (1999). Os grandes cenários de evolução do envelhecimento demográfico de Portugal no contexto da União Europeia até ao ano 2050, *População e Sociedade*, n.º 5.

Néri, A e M. Cachioni (1999). Velhice bem sucedida e educação. In: Néri, A. e G. (Org.). *Velhice e Sociedade* (p. 113-140). S. Paulo: Papirus.

Neri, A. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: Editora da Unicamp.

Neri, A. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidência de pesquisa. In: Neri, A. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura* (p. 9-55). Campinas: Papirus.

Néri, A. (1995). *Psicologia do envelhecimento*. Campinas: Papirus.

Néri, A. (Org.). (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e Sociológicas*. Papirus: Campinas.

Néri, A. (2002). Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In: Freitas, E. V. & Cols. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (p. 32-45). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

Néri, A. (2004). Envelhecer com Dignidade. *Jornal da UNICAMP*, 18 (247), 12.

Neri, A. (Org.) (1995). *Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas: Papirus.

Néri, A. e Freire, S. (Org.) (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.

Néri, A.e G. Debert (1999). *Velhice e Sociedade*. S. Paulo: Papirus.

Netto, J e L. Ramos (2005). *Geriatria e Gerontologia*. S. Paulo: Ed. Manole.

Netto, M. (1998). *Gerontologia e Velhice e o Envelhecimento*. S. Paulo: Editora Atheneu,

Netto, M. (2000). *Gerontologia: a Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.

Neugarten, B.(1969). Continuities and Discontinuities of Psychological Issues in to Old Life. *Human Development*, 12, 121 – 130.

Neugarten, B. e K. Weinstein (1964). The changing American grandparent. *Journal of Marriage and the Family*. 26, 199-206.

Neugarten, B. (Ed.). (1968). *Middle Age and Aging*. Chicago & London: The University of Chicago Press

- Neugarten, B., Havighurst, R. e S. Tobin (1968). Personality and Patterns of Aging. In: Neugarten, B. (Ed). *Middle Age and Aging*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Nicola, I. (1999). Formação de Recursos Humanos para uma acção educativa gerontológica. *Gerontologia*, 7 (4), p. 178-191.
- Nifle, R. (1995). Les Âges de la Vie. *Gestion Hospitalières*, 342, 20-22.
- Nogueira, P. (1996). *O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono?*. Monografia de fim de curso apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Noronha e Ferreira, L (2002). *Utilidades, QALYs e Medição da Qualidade de Vida. Doc. de trabalho ed. pela Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Arq. Capturado em Dezembro de 2005 em http://www.apes.pt/files/dts/dt_012002.pdf
- Nussbaum, M. e A. Sen (1996) Non-Relatives Virtues: an Aristotelian Approach. *Midwest Stud Phil*, 13, p. 28 – 49.
- O Sênior (2004). Julho, Universidade Senior de Espinho, p 19.
- Olivenstein, C. (2000). *A Arte de Envelhecer*. Lisboa: Ed. Notícias.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2 – 3 (12), 333 – 339.
- Ortiz Alonso, T. (2000). *La Psicología de la vejez*. Revista Multidisciplinar
- Papaléu Neto, M. (S/ data). *Gerontologia* (p.12-23). São Paulo: Atheneu,
- Paschoal, S. (2000) Epidemiologia do Envelhecimento. In: Netto, M. (Org.). *Gerontologia: a Velhice o Envelhecimento em Visão Globalizada* (p. 26 – 43). S. Paulo: Ateneu.
- Pascoal, A. (S/data). *Trabalho Abdominal e Incontinência Urinária de Esforço*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Departamento de Ciências da Motricidade. Laboratório de Anatomofisiologia. In: home.fmh.utl.pt/~gpascoal/Personal_page/Conferencias/Simp_Mulher_ABS.pdf. Arquivo Capturado a 23 de Junho de 2005.
- Pastor, A. (2005). *El Trabajador Social en el Ámbito Gerontológico*. Jaén: Alcalá.
- Paúl, M. & Fonseca, A. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre o envelhecimento em Portugal”. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2: 415-426.

Paúl, M. (1991). *Percursos pela Velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Dissertação de Doutoramento. ICBAS, Porto.

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Peck, R. (1968). Psychological developments in the second half of life. In: Neugarten, B. (Ed.). *Middle Age and Aging*. Chicago & London: The University of Chicago.

Peixoto, C. (2004). Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar, In: Peixoto, C. (Ed). *Família e Envelhecimento*. Editora da Fundação Getúlio Vargas

Pérez, G. (2004). Personas Mayores y calidad de vida. In: Pérez, G. (Coord.). *Calidad de Vida en Personas Mayores* (p. 19 – 50). Madrid: Dickinson.

Petrowsky, M. (1976). Marital Status, Sex, and Social Network of the Elderly. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 479-756.

Phillipson, C. (2000). Critical and educational gerontology: relationships and future developments. In F. Glendenning (Ed.). *Teaching and Learning in Later Life. Theoretical implications* (p. 25-37). Hants: Asghate.

Pimentel, L. (2001). O Lugar do Idoso na Família. Coimbra: Quarteto.

Pinto, A. (Coord.). (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Popper, C. (1989). *Em Busca de um Mundo Melhor*. Lisboa: Fragmentos.

Portugal, Ministério da Saúde (1998). *Os mais velhos: relatório de actividades*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal, Direcção Geral da Saúde (1995). *Estudo da qualidade de vida do idoso: aplicação de um instrumento de avaliação*. Lisboa: Direcção - Geral da Saúde.

Portugal, Ministério da Saúde (1998). *Os mais velhos: relatório de actividades*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

A realidade portuguesa: uma análise aos dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde. Lisboa: ONSA - Instituto Ricardo Jorge. p. 13-24.

Proust, M. (1909 – 1919). *Les Temps Retrouvés*. Paris: Gallimard.

Público, 6 de Fevereiro de 2007, ano VII, nº 6157: 2 – 3.

Puelles, M. et al (1974). *Teorías de la Educación*. Madrid: UNED.

- Quaresma, M. (1988). Política da velhice: análise e perspectiva. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia* (VI, 2)
- Quaresma, M. (Coord.). (2004). *O sentido das idades da vida. Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Edições Cesdet.
- Ramos, F. (1997). Psicología de la muerte y vejez. In: Buendía, J. (Ed.). *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales* (p. 169-182). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Relatório de Atualização PNAI 2005 - 2006 Instituto da Segurança Social, I.P.
- Remi-Lenoir (1985). L'effondrement de bases sociales du familialisme. In: *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 57 - 58.
- Remi-Lenoir (1985). Transformations du familialisme et reconversions morales. In: *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, p 59.
- Requejo Osório, A. (1997). Animación Sociocultural en la Tercera Edad. In: Trilla, J. (Org). *Animación Sociocultural. Teorías, Programas y Ámbitos*. Barcelona: Ariel.
- Requejo Osório, A. (2002). *Educación de Personas Mayores: presupuestos teóricos, contexto sociocultural y estudio comparado de programas educativos*. Santiago de Compostela: USC.
- Requejo Osório, A. (2003). *Educación Permanente y Educación de Adultos*. Barcelona: Ariel.
- Requejo Osório, A. (2004). Derechos Humanos, Calidad y Ética Profesional com Personas Mayores. In: Pérez, G. (Coord). *Calidad de Vida en Personas Mayores* (p. 133 – 164). Madrid: Dykinson.
- Rezende, A. (1998). Aspectos Epistemológicos na Psicanálise de Bion. In: Rezende, A. et al. *Bion Hoje* (p. 39 – 101). Lisboa: Fim de Século.
- Rezende, A. et al (1998). *Bion Hoje*. Lisboa: Fim de Século.
- Ribeiro, J. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, vol. 2 – 3, 179 – 191.
- Ribeiro, J. (1997). *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida em Pessoas com Doenças Crónicas*. In: Actas do IIº Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, p. 253 – 282. Lisboa.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA
- Ribeiro, J. (2005). *O Importante é a Saúde*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

- Riley, M. e E. Nelson (1976). *A Observação Sociológica: Uma Estratégia para um novo Conhecimento Social*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Riley, M. e Riley Jr., J. W. (1993). *Connections: kin and cohort*. In: Bengston, V. e A.
- Riley, M., Foner, A. e Riley jr. (1999). The Aging Society Paradigm. In: Bengston, V. e K. Schaie (Orgs). *Handbook of Theories of Aging*. NEW YORK.: Springer. p. 323 - 343
- Roberto, K. e J. Scott (1984). Friendship patterns among older women. *International Journal of Aging and Human Development*, 19, 1-10.
- Rochefort, R. (2000). *Vive le Papy-Boom*. Paris: Odile Jacob.
- Rodrigues, M. (2007). Percepção da Qualidade de Vida dos idosos maiores de 75 anos no concelho de Vila Nova de Gaia: estratégias educativas para a mudança. *Ser Saúde*, 6, 57 – 69.
- Rodriguez, A. (1994). *Dimensiones Psicossociales de la Vejez*, In: *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Rodríguez, J. (1999). *Incontinencia urinaria en los ancianos: impacto socioeconómico*. In: *Salud Pública y Envejecimiento* (p. 465 – 475). A Coruña: Fund. P. B. de la Maza,
- Rodriguez, P. (1998). *El Servicio de Ajuda a Domicilio*. Madrid: Ed. Médica Panaamericana.
- Rodriguez, P. et al. (1995). *Cuidados en la Verez: El apoyo Informal*. Madrid: Instituto National.
- Rogers, C. (1961). *On Becoming a Person: a Therapist's View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Rogers, C. e H. Freiberg (1994). *Freedon to Learn*. New Jersey: Prentice Hall.
- Rose, K. (1989). *O Corpo Humano no Tempo*. S. Paulo: McGraw - Hill.
- Rosnay, J., Servan-Schreiber, J-L, de Closets, F. e D. Simonnet (2005). *Une Vie en Plus*. Paris: Seuil.
- Rostow, W. (1998). *The Great Population. Spike and After: Reflections on the 21st Century*. New York: Oxford University Press.
- Roth, P. (2006). *O Animal Moribundo*. Lisboa: D. Quixote.
- Rowe, J. e R. Kahn (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Ruben, A. (2004). *As Cores do Crepúsculo*. Porto: Ed. ASA.
- Ruffie, J. (1982). *Traite du Vivante*. Paris: Flammarion.

Saez, J. (2004). Formas de vida en las personas mayores: propuestas educativas (p. 103 – 132). In: Pérez, G. (Coord). *Calidad de Vida en Personas Mayores* (p. 133 – 164). Madrid: Dykinson.

Salgado, et al. (2000). *Reflexiones sobre la vejez en el mundo contemporáneo miradas desde el principio de autonomía*. <http://www.aghu.org/vejez.htm>. Arquivo capturado em Julho de 2005

Sant'Anna, M. (1997). *UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil de seus usuários*. Em R.P. Veras (Org.). *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará: UnATI/UERJ. p. 75-102.

Santos, J. (2007). *Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Santos, P. (1995). *A depressão no idoso: factores pessoais e situacionais nos idosos internados em lares, utentes de centros de dia e residentes no domicílio*. Dissertação de mestrado, Universidade da Estremadura, Coimbra: [s.n.]

Sanz, L. (2002). *Manual de Gerontología*. Barcelona: Ariel

Savater, F. (2001). *El Valor de Educar*. Barcelona: Ariel.

Schalock, R e M. Verdugo (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

Schopenhauer, *Le Monde comme Volonté et comme Représentation* (livro XLI). Paris: PUF.

Schroots, J. (1995). Gerodynamics: toward a branching theory of aging. *Can. Journal of Aging*, 14, 74 – 81.

Schroots, J. (1995). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*. 36, 742 – 749.

Scrutton, S. (1992). *Ageing, healthy and in control: na alternative approach to maintaining the health of older people*. London: Champman and Hall.

Serapioni, M. (2000). Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Social em Saúde: algumas estratégias de integração. *Ciência Saúde Colectiva*, 5 (1), p. 187-192.

Serres, M. (1974). *Hermes III. La traduction*. Paris: Ed. de Minuit.

Sétien, M. (1993). Salud. In: *Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un Sistema de Medición Aplicado ao País Vasco* (133, p. 17 – 49). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Shanas, E. et al (1968). *Old People in Three Industrial Societies*. New York: Atherton Press.

Shipper, H. *et al* (1990). Definitions and Conceptual Issues. In: Splilker, B. (Ed). *Quality of Life Assesments in Clinical Trials*. New York: Raven Press.

Silva Rodrigues, A. (1999). O Doente Idoso e a Intervenção do Serviço Social na Equipa de Saúde Hospitalar. *Geriatrics, 1*, 12 – 17.

Silva, M e M Pires (s/ data). *Temas Urológicos: Incontinência Urinária*, In: www.apurologia.pt/temasurologicos7.htm, Arq. Capturado em 5 de Abril d 2007.

Simões, C. *et al* (1997). Avaliação do Estado Mental de Idosos num lar de Idosos. In: *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, 10 (94)*, p.14 – 21.

Singly, F. (1991). *La Famille – L'État des Savoirs*. Paris: Editions La Découverte.

Siqueira, M. (2002). Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: Viana de Freitas, E. *et al.* (Org). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (p. 47 – 57). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sokal, A. e J. Bricmont (1997). *Impostures Intellectuelles*. Paris: Ondile Jacob.

Souza, M. & C. Coimbra Jr. (Org.). (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Sousa, L. *et al* (2003). Qualidade de Vida dos Idosos. *Rev. Saúde Pública; 37(3)*, 364 – 71.

Sousa, L. Figueiredo, D. e M. Cerqueira (2004). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Sonnenfeld, J. (1990). Dealing with the Aging Work Force. *Harvard Business Revue, 112* – 118.

Spar, J. e A. La Rue (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: CLIMEPSI.

Steinmetz, S. (1988). *Duty bound. Elder abuse and family care*. California: Sage Publications.

Sternberg, R. (1995). Inteligencia. In: Gregory, R. (Ed.). *Diccionario Oxford de la Mente* (p. 604 – 608). Madrid: Herder.

Stevens-Long, J. (1979). *Adult Life: developmental processes*. Palo Alto, CA: Mayfield.

Strehler, B. (1977). *Time, Cells and Aging*. New York: Academic. Press.

Strieb, G. (1968). Are the Aged a Minority Group? In: B. Neugarten (Ed.). *Middle Age and Aging* (p. 35-46). Chicago: University of Chicago Press,.

Stroebe, W. e M. Stroebe (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Inst. Piaget.

Szilard, L. (1959). On the Nature of the Aging Process. *Proc. Nat. Acad. Sc. USA*, 45, 30-45.

T. Fahey, et al (2004). *Quality of life in Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Teaching and Learning in Later Life. Theoretical Implications. Hants: Ashgate, 13 -24.

Research Center on Quality of Life (2000) *Teaching and Learning in Later Life. Theoretical Implications*. Hants: Ashgate, 25-37. In: <http://home2.inet.tele.dk/felk/mq12.htm>, Arq. capturado em 17/04/03

Uchôa, E., Firmo, J. e F. Lima-Costa (2002). Envelhecimento e Saúde: Experiência e construção cultural. In: C. Minayo e A. Coimbra (Org). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 25-35.

Valgôme, F. e A. Martins (2005). O Mundo da Dor. *Nursing*, 199, 21 – 23.

Vargas, S. (1981). Aspectos Psicológicos e Psicopatológicos do Envelhecimento. *Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia*, (Vol.3, p. 97 – 104) 3-4,.

Vários (2007). *Pandemia da Gripe – Plano de Contingencia nacional para o Sector da Saúde*. Lisboa: D.G.S.

Vasconcelos, P. (2002). Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Análise Social*, n.º 163, 507-544.

Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Ed. Minerva.

Vaz Serra, A., (2000). A Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*, 2000, 21 (4), 261-278.

Vega, J. e B. Martinez (1995). *Desarrollo Adulto Y Envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

Velasco, H. (2004). La Vejez en las Sociedades Tradicionales y en las Sociedades Modernas. Una Aproximación Antropológica. In: Ballesteros, S. (Ed.). *Gerontología. Un Saber Disciplinar* (p. 420 – 457). Madrid: Ed. Universitas.

Veloso, E. (2004). *Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. UM.: Tese de Doutoramento em Educação.

Veras, R. (1994). *País Jovem com Cabelos Brancos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Viana de Freitas, E. et al. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan.

Viegas, S. e C. Gomes (2007). *A Identidade na Velhice*. Porto: Ambar.

Wall, K. (2001). *Family life and families policies in Portugal: Developments in the late nineties*, European Observatory on the Social Situation, Demography and Family. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Wall, K. et al. (2001). Families and informal support networks in Portugal: The reproduction of inequality. *Journal of European Social Policy*, vol 11(3), 213-233.

Watzlawick, P. (Org.). (1988). *L'Invention de la Réalité, contribution au constructivisme*. Paris: Le Seuil.

Woods, P. (1996). *Researching the art of teaching: ethnography for educational use*. New York : Roulledge.

WHO (1998). *Health promotion glossary*. Genève: WHO.

Williams, R.H., Tibbits, C. e W. Donohue (eds) (1963). *Processes of Aging, Social and Psychological Perspectives*, Vol. I. New York: Atherton.

Wilmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias, Porto Alegre*, 4, nº 7, 136 -155.

Wolf, D. e K. Pillemer (1989). *Helping elderly victims – The reality of elder abuse*. New York: Columbia University Press.

Yalom, I. (2006). *A Cura de Schopenhauer*. Lisboa: Ed. Saída de Emergência.

Yanguas, J. (2006). *Análisis de la Calidad de Vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO.

Yuste, N., Rubio, R. e M. Aleixandre (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

Zal, M. (1992). *A Geração Sanduíche. Entre filhos adolescentes e pais idosos*. Lisboa: Difusão cultural.

Zanelli, J. e N. Silva (1996). *Programa de Preparação para a Aposentadoria*. Florianópolis: Insular.

Zimerman, D. (1996). Bion: Aspectos Clínicos. In: Rezende, A. et al, *Bion Hoje* (p. 138 – 140). Lisboa: Fim de Século.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Ed.

Apresentação (Antes de ser pedida a colaboração, o inquirido deve ser informado sobre:)

1. A **identificação dos alunos** (Nome, Curso e Escola);

2. **Quem promove o inquérito** - foi preparado na Escola Superior de Saúde de V.N. de Gaia, na disciplina de Trabalho de Campo Antropológico, e é aplicado com o **conhecimento e apoio** da A.R.S. Norte, da C. M. de Vila Nova de Gaia e das Juntas de Freguesia;

2. Os **dois objectivos principais, a saber**: i. conhecer melhor alguns aspectos da vida dos residentes em Vila Nova de Gaia com mais de 65 anos; ii. facilitar a comunicação entre os alunos dos cursos de saúde da E.S.S. de V.N. de Gaia e a população;

3. As **condições de resposta, que são**: 1. **resposta voluntária**, após apresentação do questionário; 2. **anonimato**, porque não há identificação que permita saber quem respondeu; 3. Os resultados globais serão publicitados; 3. O respondente deve estar bem – orientado e compreender perfeitamente as questões.

Inquérito nº ____

Nº Aluno: _____ Freg. Resid.: _____ Lugar _____ Data: __04.06

Instruções: Deve ler cada questão para que o respondente perceba perfeitamente a pergunta e deve assinalar a resposta que lhe pareça a ajustada ou a mais ajustada ao exposto pelo inquirido.

Agradeça sempre a atenção do respondente, mesmo quando não aceita responder.

A1. Género: ♀ ♂

A2. Idade: _____ anos

A3. Estado Civil:

Solt. Casado UFacto Div/Sep. Viúvo Outro NS/NR

A4. Escolaridade:

Não sabe ler, nem escrever <input type="checkbox"/>	5º Ano / 9º Ciclo <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>
Sabe ler, sem grau de ensino <input type="checkbox"/>	Liceu / Secundário <input type="checkbox"/>	
Ensino primário / básico – 1º C. <input type="checkbox"/>	Ens. Superior <input type="checkbox"/>	

A5. Principal fonte de rendimentos:

Actividade Profissional <input type="checkbox"/>	A Cargo da Família <input type="checkbox"/>	Rendimento de Inserção <input type="checkbox"/>
Pensionista <input type="checkbox"/>	Serviços Sociais <input type="checkbox"/>	Rendimentos ou Poupanças <input type="checkbox"/>
Subsídio de Desemprego <input type="checkbox"/>	Ajuda de Terceiros <input type="checkbox"/>	NS/NR <input type="checkbox"/>

A6. Situação Profissional:

Exerce Actividade Profissional <input type="checkbox"/>	Reforma por:	Outra <input type="checkbox"/>
Tarefas Domesticas <input type="checkbox"/>	Limite de Idade <input type="checkbox"/>	_____
Desempregado ou Procura Trabalho <input type="checkbox"/>	Invalidez <input type="checkbox"/>	
NS/NR <input type="checkbox"/>	Antecipada <input type="checkbox"/>	

A6.1. Qual a última actividade profissional que exerceu ou que ainda exerce?

A7. Qual o nº de Filhos: _____ Idades: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ NS/NR

A8. Qual o nº de pessoas que compõem o agregado familiar (incluindo o próprio):

Vive: Sozinho Vive com: _____ Vive num Lar NS/NR

A9. Nacionalidade:

Português PALOPs C. Europeia Outra NS/NR

A10. Naturalidade:

V.N. de Gaia ; se não, qual o Distrito: _____ NS/NR

B. Habitação:**B1 Há quanto tempo vive na actual residência?** _____ Anos NS/NR **B2. Tipo de Residência:**Apartamento Moradia Parte de casa C. Degradada Lar NS/NR **B3. Qual a sua Satisfação com a sua residência:**Insatisfatória Satisfatória NS/NR **B4. Qual o Estado de Conservação da sua residência:**Degradada Suficient. Conservada Bem Conservada NS/NR **B5. Como acha o acesso à sua residência:**Difícil C/ alguma Dificuldade Fácil NS/NR **B6. Regime de propriedade:**Própria Arrendamento Familiares ou Amigos NS/NR **B7. Condições de Habitabilidade:**

C. de Habitabilidade	Tem	Não Tem	NS / NR	C. de Habitabilidade	Tem	Não Tem	NS / NR
Água Canalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electricidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cozinha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saneamento Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retrete / Sanitários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº de Divisões:	_____		

B8. Bens de Consumo (incluindo electrodomésticos):

Bens de Consumo	Tem	Não Tem	NS / NR	Bens de Consumo	Tem	Não Tem	NS / NR
Máquina Lavar Louça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina lavar Roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Som / Rádio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frigorífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Computador Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C1. Alimentação, Álcool e Tabaco:

Pense na semana passada, o que bebeu?	Diariamente		Semanalmente	Nunca	NS / NR
	1 - 2 Vezes	≥ 3 Vezes	1 - 6 Vezes		
Água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café / Chá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refrigerantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebidas com álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pense na Semana passada, o que comeu?	Diariamente		Semanalmente	Nunca	NS / NR
	1 - 2 Vezes	≥ 3 Vezes	1 - 6 Vezes		
Lácteos (Leite, Queijo e Iogurte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peixes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óleos e Gorduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pão, Cereais e Tubérculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hortalças e Legumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doces e Bolachas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Consumo de tabaco:

Não fumador Fumador Ocasional
 Fumador Diário: ≤ 5 cig. 6 - 10 11 - 19 ≤ 1 maço NS/NR

D. Sobre a Saúde:**D1. Em geral, acha que o seu Estado de Saúde é...**

Muito Bom Razoável V Suf. Bom Deficiente V Mau Muito Mau NS/NR

D2. Ultimamente, na última semana...**... tem tido ou tem-se sentido...**

		Sim	Não	NS / NR
i.	Tem tido dificuldade em se concentrar no que está a fazer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii.	Tem tido dificuldades em adormecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii.	Tem-se sentido útil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv.	Tem sentido que os outros o acham útil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	Tem-se sentido em tensão e preocupações constantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi.	Tem-se sentido incapaz de resolver os problemas que enfrenta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vii.	Gosta do que faz no dia-a-dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viii.	Sente confiança em si próprio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ix.	Tem-se sentido sem valor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x.	Apesar de tudo, continua a sentir-se feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3. Em comparação com as pessoas da sua idade, acha que o seu estado de saúde é...

Melhor Igual Pior NS/NR

D4. No mês passado, qual a percentagem dos seus rendimentos gasta em medicamentos?

< 10 % 10 - 25% 26 - 50% ≥ 50% NS/NR

D5. No último mês, que se lembre, tem tomado medicamentos diariamente?

Não Sim NS/NR

D6. Que se lembre, nos últimos 3 meses, quantas consultas teve no Centro de Saúde / SAMS / ADSE...

Não teve 1 Consulta 2 ou mais Cons. Semanal NS/NR

D7. Quando tem de recorrer a um Hospital, a qual costuma ir? _____**D8. Que se lembre, já alguma vez recorreu a um serviço médico privado (consultas, clínicas, etc.)?**

Não recorreu 1 / 2 vezes Mensalmente Frequentemente NS/NR

9. Que se lembre, no último ano recorreu a serviços de Fisioterapia?

Nunca 1 - 5 Sessões 6 -10 Sessões 11-20 Sessões ≥21 Sessões NS/NR

D10. Que se lembre, no último ano recorreu a serviços de Radiologia?

Não Sim NS/NR

D11. No último ano foi submetido a alguma cirurgia?

Não Sim Se foi, a que foi? _____ NS/NR

D12. Que se lembre, durante os últimos meses, tem tido perda involuntária de Urina?

Não / Nunca teve Teve Algumas Vezes Tem Frequentemente NS/NR

D12a. Já procurou ajuda médica por perda involuntária de urina?

Não Sim NS/NR

D13. Durante esta semana, tem sentido dores?

Não Sim Se sente, onde _____ NS/NR

D13A. As dores que tem sentido impedem-no de fazer alguma coisa?

Não Sim NS/NR

D14. Altura (aprox.) _____ NS/NR **D15. Último Peso (que se lembre) _____ NS/NR**

E. Actividades:**E1. Considera-se autónoma(o) (cuida de si mesmo?)**

Sim Não Se não, precisa de ajuda para: _____ NS/NR

E2. No último mês, tem sido activa(o) no seu meio (faz as compras, trata dos dinheiros, telefona...)?

Não Sim NS/NR

E3. No último mês, tem executado as tarefas domésticas (cozinhar, arrumar, limpar... ou equivalente)

Não Sim NS/NR

E4. No último mês, tem tido actividades físicas específicas (desporto, ginástica, etc.)?

Não Sim Se sim, qual? _____ NS/NR

E5. Exerce actividade Profissional?

Não Sim Se sim, qual? _____ NS/NR

E6. Tem actividades de lazer e recreação?

Não Sim Se sim, quais? _____ NS/NR

E7. No último ano, fez alguma viagem (deslocação maior do que 50 Kms)?

Não Sim Se sim, onde? _____ NS/NR

E8. Durante a última semana, fez...

Actividade física		Não Fez	Fez (horas)	Fez (min.)	NS/NR
Vigorosa	(Levantar objectos pesados, cavar, andar rápido de bicicleta...)	<input type="checkbox"/>	h	m	<input type="checkbox"/>
Moderada	(Transportar objectos leves, andar de bicicleta...)	<input type="checkbox"/>	h	m	<input type="checkbox"/>
Caminhada	(Ir às compras, andar em ritmo de passeio...)	<input type="checkbox"/>	h	m	<input type="checkbox"/>

E9. TV:

Não Vê Vê diariamente: 0 - 1h 2 - 3h ≥ 4h NS/NR

E10. É membro de alguma associação, igreja ou sociedade recreativa?

Não Sim Se sim, qual? _____ NS/NR

E10a. Nas actividades que frequenta, com que frequência o faz?

Frequentemente Com Regularidade Raramente NS / NR

E11. Que actividades gosta ou gostaria de realizar?

Viajar Repousar Continuar a trabalhar na minha profissão
 Ajudar os filhos Ser útil ao próximo Estudar NS / NR

F. Satisfação e Preocupações com a Vida:**F1. Durante o último ano, qual a sua satisfação relativamente aos seguintes aspectos da sua vida? Por exemplo, relativamente à sua família, tem-se sentido...**

Aspectos	Muito Satisf.	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisf.	NS / NR
Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situação Financeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. Durante o último ano, nos seguintes aspectos, quais o preocupam ou têm preocupado mais? Por exemplo, relativamente à sua família, tem-se ...

Aspectos	Muito Preoc.	Preocupado	Sem Preocup	Nada Preocup	NS / NR
Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situação Financeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IAF. Índice de Apgar Familiar (adaptado):

	Nunca ou Quase Nunca	Talvez ou Algumas Vezes	Sim ou Quase Sempre	NS / NR
Estou satisfeito(a) porque posso recorrer à minha família quando preciso de ajuda ou quando alguma coisa me incomoda e preocupa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito(a) com a maneira como eu e a minha família conversamos e compartilhamos os problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito(a) com a forma como a minha família aceita e apoia os meus desejos de iniciar ou procurar novas actividades e procurar novos caminhos e direcções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto-me satisfeito(a) com a maneira como a minha família demonstra o seu carinho por mim e como reage às minhas emoções e sentimentos, tais como irritação, mágoa e amor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou satisfeito(a) com a maneira como eu e a minha família passamos o nosso tempo juntos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice de Qualidade de Vida D.G.S. [IQV]

	Valores	NS / NR
1. Isolamento / Comunicação afectiva e Social:		
Sem comunicação	0	
Comunicação centrada no domicílio	2	<input type="checkbox"/>
Comunicação centrada na envolvente habitacional	5	
Comunicação alargada ao mundo exterior	7	
2. Mobilidade:		
Sem mobilidade	0	
Mobilidade com a ajuda de outros	2	<input type="checkbox"/>
Mobilidade através de ajudas técnicas	4	
Mobilidade sem ajuda	7	
3. Actividades de Vida Diária:		
Sem actividades	0	
Actividades com a ajuda de outros	2	<input type="checkbox"/>
Actividades através de ajudas técnicas	5	
Actividades sem ajuda	7	
3. Actividades de Ocupacional:		
Sem actividade	1	
Com actividade esporádica	4	<input type="checkbox"/>
Com actividade regular	6	
Actividade Ocupacional Remunerada	1	<input type="checkbox"/>
4. Actividade Lúdica:		
Sem actividade	0	
Com actividade regular	5	<input type="checkbox"/>
Com actividade que dê resposta aos seus anseios	7	
5. Relação familiar:		
Sem relação familiar	1	
Com participação familiar	4	<input type="checkbox"/>
Com integração familiar funcional	8	
6. Recursos Económicos:		
Insuficientes	1	
Suficientes para as necessidades básicas	4	<input type="checkbox"/>
Para além das necessidades básicas	7	
TOTAL:		_____

Informações complementares:

Dificuldade de preenchimento do questionário (assinale em crescendo de dificuldade): 0 1 2 3

Tempo aproximado de preenchimento: _____ m

Observações que julgue úteis referir:

O Aluno: _____