



Fernando Pereira
(Coordenação)

Teoria e Prática da Gerontologia

Um Guia Para Cuidadores de Idosos

GERONTOLOGIA(S)



UMA

Título Original	Teoria e Prática da Gerontologia Um Guia para Cuidadores de Idosos
Autores	Fernando Pereira (Coordenação)
Copyright	2012, PsicoSoma
Paginação e Capa	Hugo Carvalho, Catarina Amaro- PsicoSoma
Impressão e Acabamento	Sá Pinto Encadernadores - Viseu

ISBN: 978-972-8994-34-1
Depósito Legal Nº: 342279 / 12

1ª Edição, Viseu, Abril de 2012

Reservados todos os Direitos para:
Psico & Soma - Livraria, Editora, Formação e Empresas, Lda.
Largo do Pintor Gata, Nº13
3500-136 Viseu
Portugal

Telefone: +351 232 431 060
FAX: +351 232 431 059

<http://www.psicosoma.pt>

editora@psicosoma.pt; info@psicosoma.pt
Telefone: +351 232 431 060 FAX: +351 232 431 059

ESTA OBRA É UM LIVRO TÉCNICO E DESTINA-SE AO ENSINO.

NENHUMA PARTE DESTA OBRA PODE SER REPRODUZIDA POR QUALQUER PROCESSO (INCLUINDO A FOTOCÓPIA),
TRANSMITIDA OU TRADUZIDA EM LINGUAGEM MÁQUINA SEM A AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO DO EDITOR.

Teoria e Prática da Gerontologia

Um Guia Para Cuidadores de Idosos

Teoria e Prática da Gerontologia

Um Guia Para Cuidadores de Idosos

Fernando Pereira (Coordenação)

ÍNDICE

I ANDAMENTO – ENQUADRAMENTO	11
Introdução	13
Capítulo 1 - Fenómenos estruturantes da pós-modernidade	15
Comunicação interpessoal na pós-modernidade	16
Institucionalização das atividades sociais	18
Rapidez de mudança social e tecnológica	19
Envolvimento e distanciamento	20
Ferramentas para a prática:	20
Referências:	21
II ANDAMENTO – GERONTOLOGIA E GERONTÓLOGOS	23
Capítulo 2 - Emergência da Gerontologia e do Gerontólogo	25
A construção da identidade profissional do Gerontólogo	27
Ferramenta para a prática:	33
Referências Bibliográficas:	38
Capítulo 3 - O Gerontólogo... um mediador no espaço gerontológico	39
Com a Grécia na Alma	39
O Étimo Como o Lugar do Desafio ou a renúncia à Idosogogia	41
significado de Gerontogogia?	42

Da Gerontogogia aos Gerontogogos	43
Através de uma Disciplina de Gerontogogia	45
O Método toma a Palavra e Define Estatutos	46
Gerontogogia- Objeto de Estudo e Ação no Terreno	48
Um problema como um desafio para o Gerontólogo	49
A Multidisciplinaridade ou um trabalho em “arena”	50
Que Métodos e Estratégias as da Gerontogogia?	51
Concluindo... Do Estatuto de Geronte	52
Ferramenta para a prática I:	53
Ferramenta para a prática II:	55
Referências Bibliográficas:	60
Capítulo 4 - o olhar do gerontólogo	63
O papel do gerontólogo	64
O gerontólogo nos cuidados domiciliários	65
O gerontólogo nas instituições de idosos	66
Serviços de pessoas para pessoas	68
Empreendedorismo social	69
O Gerontólogo enquanto terapeuta	70
O gerontólogo como consultor	71
O gerontólogo e o turismo sénior	73
Centros Gerontológicos	73
Síntese	74
Ferramenta para a Prática:	75
III ANDAMENTO – A RELAÇÃO COM A PESSOA IDOSA	77
<hr/>	
Capítulo 5 - Ética e humanidade no cuidado do idoso	79
Partindo do pressuposto da dignidade humana	80
Teorias éticas, princípios éticos e pareceres éticos	80
humanidade, uma filosofia de cuidar ao serviço dos idosos	84
Ferramenta para a prática I:	88
Ferramenta para a Prática II:	89
Referências Bibliográficas:	90
Capítulo 4 - A problemática dos estereótipos acerca das pessoas idosas	91
A Operacionalização Da Investigação Da Imagem Social Acerca Das Pessoas Idosas/Vel- hice/Envelhecimento	91
Idadismo: Repercussão Dos Estereótipos Sobre As Pessoas Idosas	95
Ferramenta para a prática:	97
Referências Bibliográficas	98

Capítulo 7 - O outono de Eros: sexualidade e envelhecimento	99
O Ciclo da Resposta Sexual Humana	101
Reflexos do processo de envelhecimento na sexualidade	103
A mulher idosa e a sexualidade	103
O homem idoso e a sexualidade	106
As disfunções sexuais nos idosos	106
A masturbação	108
A homossexualidade no idoso	109
Intervenção dos profissionais que trabalham com idosos	110
Síntese	110
Ferramenta para a Prática:	111
Referências Bibliográficas:	113
IV ANDAMENTO – O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES E DA FAMÍLIA	115
<hr/>	
Capítulo 8 - Sistemas de apoio aos idosos em Portugal	117
A sustentabilidade dos sistemas de apoio aos idosos	119
Ferramenta para a prática:	125
Referências:	126
Capítulo 9 - Respostas sociais para idosos em Portugal	127
Enquadramento	127
Origem das respostas sociais	130
Institucionalização	131
Caracterização das três principais respostas sociais	135
Caracterização dos recursos humanos	140
Evolução	142
Referências Bibliográficas:	144
Webgrafia:	145
Capítulo 10 - A institucionalização do idoso	147
Aportes teóricos sobre a socialização dos idosos	147
A idade da reforma como estágio de ressocialização intenso	148
As dificuldades da atual geração de idosos institucionalizados	151
Ferramenta para a prática I:	152
Ferramenta para a prática II:	154
referências	154
Capítulo 11 - Relações intergeracionais	155
Evidências da Prática	160
referências	161

Capítulo 12 - A família provedora de cuidados ao idoso dependente	163
O CUIDADO AO IDOSO EM FAMÍLIA	165
Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos	170
Ferramenta para a prática	172
Referências Bibliográficas	173
Capítulo 13 - Mapa mínimo de Relações do idoso: Uma Ferramenta para avaliar rede de suporte social	175
Um breve panorama sobre a abordagem com redes sociais	175
A Rede de Suporte Social do Idoso	177
Apoio comunitário	177
Amigos	178
Vizinhos	179
Família	179
A avaliação da Rede de Suporte Social do Idoso	181
Referências Bibliográficas	187
Capítulo 14 - Autoeficácia do cuidador informal de idosos	189
Autoeficácia como elemento fundamental da teoria Social Cognitiva	190
Autoeficácia do Cuidador Informal de idosos	195
Ferramenta para a prática:	202
Referências Bibliográficas:	204
V ANDAMENTO – O IDOSO COMO RECURSO	205
Capítulo 15 - A ideia de vida ativa	207
A ideia de vida ativa em lugar da ideia de envelhecimento ativo	209
Ferramenta para a prática:	213
Referências	213
Capítulo 16 - Inclusão social dos idosos	215
A inclusão social do idoso: a perspectiva da intervenção em saúde	216
A inclusão social do idoso: a perspectiva da intervenção social	219
Idosos, família e comunidade: contornos de uma solidariedade frágil e imprescindível	221
Contributos para intervenção social com idosos: perseguindo um envelhecimento ativo e produtivo.	223
intervenção familiar e pessoal	223
equilíbrio pessoal e emocional	224
desenvolvimento de recursos	224
Ferramenta para a Prática	225
Referências Bibliográficas:	226

Capítulo 17 - Trabalhar bem, viver melhor, envelhecer com qualidade	227
Determinantes da Capacidade para o Trabalho	229
Fatores Sociodemográficos	230
Estilos de Vida	231
Saúde	232
Educação e Competência	233
Trabalho	233
Considerações Finais	234
Referências Bibliográficas:	236
Capítulo 18 - Sabedoria Popular: Um contributo no envelhecimento ativo	239
O idoso e o s seus saberes	241
Provérbios: um saber transmitido pela oralidade	242
Ferramenta para a prática I:	246
Referências Bibliográficas:	249
VI ANDAMENTO – TEMÁTICAS COMPLEMENTARES	251
<hr/>	
Capítulo 19 - Coaching na intervenção gerontológica	253
O processo de coaching	254
a atitude de coach na prática gerontológica	257
Síntese	259
Referências Bibliográficas:	259
Capítulo 20 - Exercício físico no Idoso	261
Terminologia específica do exercício físico	262
Alterações fisiológicas do processo normal de envelhecimento	263
Benefícios do exercício físico	267
Ferramenta para a Prática:	270
Referências Bibliográficas:	272
Capítulo 21 - Educação emocional, um contributo para a gerontologia	275
Porque gosto...	275
Que contributos poderia ter a Emoção?	277
A Emoção como um atribuidor de sentido	278
Da Emoção para a Aprendizagem	280
Referências Bibliográficas:	285
Capítulo 22 - Sabedoria, Conhecimento e Espiritualidade no idoso	287
Introdução	287
sabedoria	288
O Modelo de Sabedoria de Berlim – A Sabedoria como um Conhecimento “Expert”	290

A Compreensão da Sabedoria Baseada na Personalidade	294
A Dinâmica Emocional da sabedoria	294
Modelo que relaciona as condições e consequências da resiliência do Eu e da personalidade nos idosos	296
Uma teoria Integral (Ken Wilber, 2005)	298
Conclusões	302
Referências Bibliográficas:	303

NOTAS BIOGRÁFICAS DOS AUTORES	305
-------------------------------	-----

Autor:	306
Colaboradores:	306

I ANDAMENTO – ENQUADRAMENTO

INTRODUÇÃO

Fernando Pereira

“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”

Mahatma Gandhi

Este pensamento de Gandhi reserva ao Homem uma responsabilidade ao mesmo tempo simples e imensa. Simples, porque exorta a fazer o que está ao alcance da nossa esfera pessoal. Sem desculpas. Imensa, porque nos responsabiliza, dado que, em grande medida, fazer o bem ou o mal depende do nosso cometimento.

A construção de uma sociedade mais humana, mais segura, mais agradável, mais sustentável passa, necessariamente, pela consciencialização dos fenómenos societários que trespagam e determinam as condições de vida atual, as condições da pós-modernidade. O fio condutor das ideias, ideias tão só, emana do diálogo entre interação e estrutura, isto é, do reconhecimento de que a subjetivação do indivíduo e a matriz dos contextos sociais, ambas contam.

A presente obra é uma compilação de um conjunto de textos apresentados pelo autor em conferências que têm como denominador comum a questão do envelhecimento, dos idosos e dos cuidadores formais e informais. Algumas dessas conferências foram sustentadas em estudos empíricos, outras resultam tão só da reflexão sobre os temas e as problemáticas sociais envolventes. Para além deste contributo pessoal, foram convidados a participar com os seus valiosos conhecimentos vários autores nacionais e estrangeiros, facto que enriqueceu bastante esta obra que se pretende abrangente e interdisciplinar.

Esta obra é também produto do trabalho desenvolvido pelos docentes e investigadores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança desde que foi criado o curso de gerontologia em 2004. Mais recentemente, em 2008, com a criação do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso, o qual coordeno, o esforço de investigação foi intensificado, sendo que muitos dos contributos desta obra resultam exatamente desse esforço de investigação e de intervenção no campo do envelhecimento e do cuidado ao idoso.

O primeiro andamento desta obra é dedicado ao enquadramento da temática na qual estão plasmados alguns dos fenómenos estruturantes das sociedades pós-modernas, os quais são incontornáveis e influenciam as relações pessoais e profissionais. O segundo andamento dá conta da importância crescente da gerontologia como ciência e como atividade

profissional e aborda as questões da identidade e da cultura profissional do gerontólogo. Merece destaque ao capítulo “O Olhar do Gerontólogo, uma reflexão pessoal de um gerontólogo sobre a sua experiência profissional, escrita na primeira pessoa, sem recurso a referências bibliográficas, a qual pensamos poderá ser da maior utilidade para os colegas mais novos que iniciam a sua atividade profissional. A obra continua com o terceiro andamento dedicado aos valores do cuidado da pessoa idosa, na qual se abordam a ética e a humanidade no cuidado gerontológico, assim como a problemática dos estereótipos e da sexualidade do idoso. O quarto andamento, que reputamos de importância mister é dedicado aos diferentes sistemas de apoio aos idosos, designadamente o papel da família e da institucionalização. No quinto andamento é abordada a questão fundamental do idoso enquanto ator social e enquanto recurso. Por fim, no sexto andamento apresentamos alguns temas complementares ao trabalho com idosos, designadamente: duas ferramentas práticas - o *coaching* e o exercício físico; e dois temas desenvolvidos em profundidade e atuais – a educação emocional e a sabedoria do idoso.

Foi intenção do autor, assim como do editor, que a obra tivesse um caráter pedagógico. Dedicamo-nos a esta tarefa com satisfação e naturalidade dado que, em cerca de duas décadas dedicadas ao ensino e investigação, tivemos sempre como referencial primeiro falar e escrever para os nossos alunos. O timbre da redação situa-se ao nível de uma linguagem própria da escrita científica, contudo, com a preocupação de ser entendível por um público mais vasto. Alguns elementos lexicais e conceptuais mais apurados são, tanto quanto o possível, explicados sucintamente e exemplificados. Elemento essencial do carácter pedagógico da obra reside na preocupação de encerrar cada capítulo com uma proposta, denominada *Ferramenta para a Prática*, que possa de algum modo ajudar o leitor a atuar no terreno, que suscite a reflexão, o aprofundamento da temática, ou a simples implicação através da invocação da sua experiência pessoal.

Em toda a obra os idosos são referenciados pelas formas neutras e consagradas na língua e cultura portuguesa de idoso ou de pessoa idosa. Evitamos as designações como: velhos, maiores, seniores, gerontes, entre outras, porque, de forma consciente ou inconsciente, frequentemente, as mesmas podem dar origem a estereótipos inadequados e eticamente inaceitáveis.

Não é necessário ler o livro todo. O leitor pode, se assim o desejar, ler apenas as partes que são do seu interesse mais imediato. Porém, é nossa expectativa, que a leitura de um capítulo suscite a curiosidade de ler mais. Aliás, foram incluídas notas e referências que convidam o leitor a fazer isso mesmo.

CAPÍTULO 1 - FENÓMENOS ESTRUTURANTES DA PÓS-MODERNIDADE

Fernando Pereira

É nossa intenção neste capítulo introdutório chamar a atenção para alguns dos fenómenos estruturantes da pós-modernidade que julgamos ser de importância maior na abordagem ao envelhecimento e ao cuidado dos idosos. Algumas desses fenómenos quando não devidamente considerados e controlados podem ser corruptores das relações sociais conducentes a uma melhor humanidade e podem constituir-se como dificuldades acrescidas ao desempenho profissional. Todavia, também é verdade que esses mesmos fenómenos estruturantes encerram oportunidades de inovação nos laços sociais e nas práticas profissionais.

A pós-modernidade designa o conjunto de circunstâncias que caracterizam e moldam a vida dos indivíduos nas sociedades ocidentais contemporâneas. Esse conjunto de circunstâncias levou a uma evolução muito marcada, em alguns casos uma rutura, com as instituições da modernidade. Embora não só, a pós-modernidade é resultado dos fenómenos globalizantes (globalização) de natureza tecnológica, económica, política, social e cultural e afetam a sociedade como um todo (Giddens, 2000). Em Portugal, nos últimos 30 anos, registaram-se profundas alterações que importa aqui referenciar, como sejam: as alterações verificadas nas formas comunicacionais; a institucionalização

dos serviços no campo da educação, da saúde e do apoio aos idosos; a rapidez de mudança nas sociedades de hoje. Outras alterações, igualmente importantes, serão abordadas nos respectivos capítulos desta obra aos quais dizem respeito, é o caso das mudanças verificadas no sistema familiar (predominância da família nuclear sobre a família alargada tradicional) e o fenómeno da alteração do papel social da mulher, conducente à maior paridade de género, ambos os assuntos tratados no capítulo das relações intergeracionais familiares.

COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL NA PÓS-MODERNIDADE

A comunicação interpessoal na pós-modernidade é alvo de profundas alterações, tais como: a globalização dos contextos dos códigos comunicacionais, a diversificação das fontes de ruído, o silêncio e a gestão do silêncio e a volubilidade da mensagem. Vejamos, sumariamente, cada um deles.

Os contextos socializantes da pós-modernidade, enquanto referenciais da construção do *self*, são contextos globais; a articulação do espaço-tempo consubstanciado na localidade e na perenidade intergeracional, própria da modernidade, perdeu importância (Giddens, 2001). Estamos “conectados” a vários interlocutores e não apenas aos presenciais, isto é, aquelas pessoas que temos na nossa presença. Os referenciais de escolhas, os modelos identitários, os cenários de vida, são globais, determinando aquilo a que Berger, citado por Giddens (2001) chama “pluralização dos mundos de vida”; esta pluralização alarga o leque dos possíveis e dos recursos disponíveis para a elaboração de argumentos que justificam as identidades e os processos de identificação dos indivíduos (Mendes, 2001).

Os códigos comunicacionais são, simultaneamente, produtos e fatores das condutas sociais, são conjuntos de símbolos ou signos indutores de significados, que carecem de ser partilhados e interiorizados. A comunicação verbal e não-verbal está em profunda alteração. Na atualidade, é difícil, quando não impossível, a partilha e o entendimento dos códigos. A superficialidade da expressão dos afetos e das emoções sobrevêm. A indexicalidade, isto é, o sentido profundo e único das práticas sociais, que é conferido pela vivência do momento e das circunstâncias particulares em que essas práticas ocorrem, está muitas vezes comprometida. Por exemplo, a utilização do ícone expressivo (*emoticon*) coração encarnado do *messenger* para se dizer a alguém que se a ama, sobretudo quando usado sempre da mesma maneira rotineira e estupidificante, não possui a mesma carga emocional que a palavra dita pessoalmente ou até manuscrita em papel. Estes dispositivos

comunicacionais são relativamente pobres, não permitindo a partilha da informação complexa (implícita) contida veiculada pela postura corporal dos interlocutores, pelos seus gestos, as expressões faciais, as pausas, as entoações de voz, etc.

As fontes de ruído, por seu turno, são os elementos imediatos, ou mediatos, do contexto da vida na pós-modernidade que perturbam a comunicação interpessoal. Neste sentido, ao contrário dos meios convencionais de comunicação, o ruído não tem uma natureza sonora mas sim emana das diferenças socioculturais, etárias e de interesses e estilos de vida dos interlocutores. Isto é, as pessoas compreendem-se mal porque possuem léxicos e quadros conceptuais distintos e diversos, não se preocupando muitas vezes em desenvolver estratégias de interconhecimento dos mesmos. O efeito *generation gap*, que nas sociedades de hoje tende a acentuar-se, tem neste âmbito uma importância muito grande. São exemplos de fontes de ruído, nestes termos, as interrupções de uma conversa presencial para atender o telemóvel ou então a prática de fazer as refeições em família com o televisor ligado.

O silêncio e a interpretação dos silêncios, por sua vez, são outro elemento da comunicação em profunda alteração. Na comunicação interpessoal o silêncio é uma forma de reserva e de reflexão para a interação. Com a facilidade proporcionada pelos meios comunicacionais atuais, sobretudo a internet e as comunicações móveis, frequentemente, os momentos de silêncio são mal interpretados. Silêncio é entendido como uma não-resposta, como ausência de comunicação ou, pior, como uma punição. Estamos a ser socializados em contextos de ruído intenso, por isso, frequentemente, somos incapazes de ouvir o silêncio, ou de parar para pensar. Por exemplo, a situação em que um par de namorados têm uma pequena zanga, e em consequência disso se separam por algum tempo; uma hora após a separação ambos começam a pensar que o outro ainda não ligou a pedir desculpa; passam mais umas horas e começam a suspeitar que afinal não faziam assim tanta falta um ao outro; e passam mais umas horas e começam a pensar que se calhar o amor que diziam ter um ao outro não era assim tão forte e assim sucessivamente... O afastamento temporário e o silêncio, em vez de ser interpretado como um tempo de reflexão necessário, é entendido como um tempo de rutura e de intensificação de ressentimentos.

Por fim, a volatilidade da mensagem. A grande questão dos dias de hoje é, afinal, que mensagem passar? O que é que está certo e o que é que está errado? Como valorizar as incontáveis fontes de informação e conhecimento disponíveis? Como escolher entre a imensa diversidade de modelos identitários, ideias e sonhos e interesses disponíveis?

Como destriçar entre o que é efêmero (modas) e o que deve ser perene e estrutural (padrões de cultura; referenciais filosóficos; valores da natureza, da liberdade e da cidadania na vida dos indivíduos)? Como otimizar a plasticidade do *self* sem cair no risco da sua desintegração? Como conciliar interesses intergeracionais? A resposta a estas e outras questões residem, pensamos nós, na salvaguarda dos valores fundamentais da humanidade, isto é, nos valores da natureza, liberdade, cidadania, cultura, ética, conhecimento e espiritualidade. A forma, ou as formas, de conseguir essa salvaguarda é que constitui o grande desafio civilizacional da pós-modernidade, que a todos deve incumbir.

Em síntese, hoje, os processos de interação e de comunicação (processos de socialização em que supostamente deviam ser aprendidos os papéis sociais essenciais de gênero, de parentesco, de profissionalidade, etc.) encontram-se, para o bem e para o mal, altamente diversificados. As pessoas, nas suas vidas, têm de encontrar tempo e espaço para interagir e comunicar. É necessário que se partilhe a vida. Crianças, jovens, adultos e idosos, são todos deste tempo, logo devem aprender a interagir e a comunicar com os vários meios disponíveis para o efeito, os tradicionais e os pós-modernos. Importa recriar as formas de interação e comunicação, todos têm algo a fazer.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES SOCIAIS

Os fenómenos da pós-modernidade vieram revolucionar a gestão do tempo e das atividades quotidianas da maioria das pessoas. A educação das crianças e jovens, o cuidado prestado aos doentes, o acompanhamento dos idosos e outras pessoas desfavorecidas, são exemplos de práticas que são cada vez mais institucionalizadas. Ironizando, a via-sacra da institucionalização passa, sucessivamente, pelas seguintes estações: berçário, infantário, pré-escola, escola, universidade e, mais tarde, lar de idosos.

A institucionalização tem um lado bom e tem um lado mau. O lado bom consiste no acesso, cada vez mais democratizado, das pessoas aos benefícios do conhecimento científico e técnico. A institucionalização é um veículo privilegiado para o bom uso social da ciência e, nesse sentido, é um dos ganhos inequívocos da pós-modernidade. O lado mau da institucionalização emerge quando ela se substitui, em demasia, quando não completamente, aos contextos tradicionais de socialização, como sejam: a família, os grupos de amigos na infância ou na terceira idade; o convívio intergeracional espontâneo; as formas de educação não-formal, entre outros. A aprendizagem dos papéis sociais de gênero, de parentesco, de pertença geracional, até de cidadania, carece das experiências

vividas, face a face, nos contextos tradicionais de socialização. A institucionalização, como foi dito, é um desiderato da pós-modernidade. É incontornável, existe, condiciona as nossas vidas e vai condicionar ainda mais no futuro. O objetivo será a busca do equilíbrio entre a institucionalização e os espaços e tempos de socialização tradicionais.

RAPIDEZ DE MUDANÇA SOCIAL E TECNOLÓGICA

Uma das mudanças mais profundas da pós-modernidade, embora nem sempre percebida em toda a sua magnitude e influência, é a velocidade de ocorrência dos eventos quotidianos. O mundo pós-moderno é um mundo desenfreado (Giddens, 2001). Apesar da plasticidade do *self*, apesar do esforço de atualização, apesar de vivermos apressados, os acontecimentos têm lugar a uma cadência impossível de ser interiorizada pelos indivíduos. Isto resulta da dessincronização dos ritmos biológicos, sociais e tecnológicos. É observável que, comparativamente, enquanto sistema biológico evoluímos muito pouco em relação à evolução dos sistemas sociais e, literalmente nada, em relação à evolução dos sistemas tecnológicos. A “caducidade” é verbalizada de diversas formas e a todos afeta de forma mais ou menos intensa. As formas de reação de cada um também são distintas, há quem perceba isso como uma contingência normal e há quem, de forma desenfreada, por vezes ridícula e quase sempre equivocada, se dedique a apanhar a última onda das novidades tecnológicas e negligencie outros aspetos essenciais da sua vida social. Um exemplo de dessincronização consiste no facto de continuarmos a precisar de dormir uma média oito horas por dia, apesar das redes sociais eletrónicas exigirem a nossa atenção pela noite dentro, o resultado é dormir menos e andar com sono (fatura biológica a pagar), ou dormir de manhã e faltar aos compromissos matinais (fatura social a pagar).

A autoimagem e a autoestima (a forma como olhámos para nós próprios) é suscetível a esta dessincronização, assim como também o são a forma como os outros nos veem a nós (alo-imagem e a alo-estima) e a forma como vemos os outros. Enfim, é toda a interação social que é trespassada por esta dessincronização. São os ritmos de aprendizagem e de interiorização das práticas sociais que não são nem compreendidos nem respeitados. As instituições sociais, elementos essenciais da estrutura social, carecem de tempo para serem construídas, interiorizadas e partilhadas. É necessário atender à escala humana do desenvolvimento (Shumacher, 1980) e, como também dizia Mahatma Gandhi (2008) a vida das pessoas merece algo mais do que apenas o aumento da sua velocidade.¹

¹ Uma excelente e detalhada discussão sobre o lugar da rapidez e da lentidão nas atividades sociais é oferecida por Wendy Parkins em “Out of Time: Fast Subjects and Slow Living” (2004).

ENVOLVIMENTO E DISTANCIAMENTO

Nas condições da pós-modernidade, seja no âmbito das relações pessoais ou das relações profissionais uma questão crucial se coloca, que é a de encontrar o equilíbrio entre o envolvimento e o distanciamento. Norbert Elias (1997), justamente na sua obra denominada *Distanciamento e Envolvimento*, enfatiza a importância de perante processos críticos nos distanciarmos o suficiente para refletir e teorizar por referência a figuras mais complexas. Elias dá como exemplo o conto de Edgar A. Poe “Os Pescadores no Turbilhão de Maelstrom”, em que um dos três irmãos pescadores naufragados, observando a dinâmica do turbilhão que sugava a embarcação para o fundo do mar, libertando-se do medo que o afligia, observou que os objetos cilíndricos e mais pequenos se afundavam mais lentamente, decidiu, por isso, atar-se a um barril e salvou-se. Hoje, no tempo da pós-modernidade, à escala mundial, são bem evidentes as características da sociedade de risco (*The Risk Society*) imaginada e teorizada por Ulrich Beck (2000). Os riscos, segundo este autor, resultam de processos de desenvolvimento sem a necessária reflexão, que originam consequências imprevisíveis, muitas delas negativas para o bem-estar e segurança das pessoas, das instituições e das nações. Beck designou estes processos como “modernização reflexiva” em que o adjetivo reflexiva surge no sentido de imprevisível e incontrolado das suas consequências.

O tempo da pós-modernidade é um tempo de turbilhão, um tempo de naufrágios e de salvamentos. O grande naufrágio a evitar, na sociedade de risco em que vivemos, é o desconhecimento dos outros. Conhecer os outros (envolvimento) é o caminho a percorrer para tomarmos conhecimento da nossa própria humanidade. Por outro lado também é necessário encontrar a dose exata de distanciamento de modo a promover a individualidade, mas sem cair no individualismo. Assim, pensamos, o sentido mais profundo da expressão envolvimento e distanciamento, cunhada por Elias, ao invés de serem vistos como antagônicos nos seus fins, devem ser vistos como dois caminhos para melhor conhecer os outros e a nós mesmos. São dois caminhos para alcançar a humanidade plena. Aquelas pessoas que revelam, em vida, uma extrema humanidade continuarão a ser lembradas depois da sua morte e, neste sentido, alcançam o céu. Céu é ser lembrado pela sua humanidade, inferno é ser lembrado pela sua desumanidade ou, simplesmente, esquecido.

FERRAMENTAS PARA A PRÁTICA:

Coisas simples que podemos fazer para potenciar a nossa
humanidade e melhorar a nossa relação com os outros:

- Melhorar as nossas capacidades comunicacionais quer as mediatizadas quer as presenciais; arranjar tempo para melhor conhecer os interlocutores, controlar os ruídos, reaprender a gerir os silêncios, adequar os códigos e as mensagens.
- Respeitar diferenças de género, de raça, de cultura, de classe social, de classe etária, de capacidades cognitivas, entre outras.
- Cuidar do espaço público: eliminar obstáculos físicos; criar locais que abriguem da chuva, do vento, ou do sol excessivo; reabilitar os locais de encontro espontâneo no exterior; não sujar; não falar demasiado alto só para ter uma prova da sua própria existência; não protagonizar situações indecorosas em público, entre outras.
- Encontrar tempo para si e para os outros rejeitando ideias como não tenho tempo para comer; não tenho tempo para dormir; obviamente, não tenho tempo para amar.
- Recriar os tempos e os espaços de socialização informal e intergeracional compensando efeito da institucionalização.
- Mediar socialmente comportamentos e atitudes, nossos e dos outros, evitando e minimizando conflitos.

Construir relações puras de amor, amizade, parentesco, vizinhança, profissionais. Relações puras são relações internamente referenciais, em que as satisfações ou recompensas emanam espontaneamente da sua vivência (Giddens, 2001).

REFERÊNCIAS:

- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (2000). *Modernização Reflexiva: Política, Tradição e Estética no Mundo Moderno*. Oeiras: Celta.
- Elias, N. (1997). *Envolvimento e Distanciamento. Estudos Sobre a Sociologia do Conhecimento*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Gandhi, M. (2008). *Mahatma Gandhi Autobiografia - Historia de Mis Experiencias com la Verdad*. Madrid: Arkano Books.
- Giddens, A. (2000). *As Consequências da Modernidade* (4ª ed.). Oeiras: Celta.
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Mendes, J. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?* (pp. 489-523). Porto: Edições Afrontamento.
- Parkins, W. (2004). Out of Time: Fast Subjects and Slow Living. *Time & Society*, 13(Nº 2/3), 363-382.
- Shumacher, E. (1980). *Small is Beautiful: Um Estudo de Economia em que as Pessoas Também Contam* (Vol. 65). Lisboa: Publicação Dom Quixote.

II ANDAMENTO— GERONTOLOGIA E GERONTÓLOGOS

CAPÍTULO 2 - EMERGÊNCIA DA GERONTOLOGIA E DO GERONTÓLOGO

Fernando Pereira & Helena Pimentel

A questão essencial que se coloca a uma nova profissão é a sua pertinência social real e simbólica no contexto das profissões e ocupações já existentes. A pertinência social da gerontologia está ligada aos fenómenos demográficos do envelhecimento nas sociedades ocidentais, assim como à exigência crescente da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa. Nestas sociedades a proporção de idosos e muito idosos aumenta constantemente, atingindo, na atualidade, valores próximos dos 20% em muitos países da EU, incluindo Portugal, sendo igualmente previsível que esses valores se aproximem dos 30% no ano 2050 (Giannakouris, 2008). Esta problemática tem, entre outros, contornos políticos, económicos, culturais, psicossociais, médicos e humanos. Sendo igualmente certo que das culturas que valorizam e respeitam os idosos pela sua sabedoria, às culturas e ritmos de vida ocidentais que reservam aos idosos o estatuto de improdutivos e de inúteis, todas elas enfrentam a necessidade de cuidar dos seus idosos.

Na sociedade portuguesa o apoio aos idosos esteve até, digamos uma década atrás, entregue aos cuidados informais, baseados em laços de família, amizade e de vizinhança. Existe assim um capital, real e

simbólico, inerente aos cuidados informais de idosos que importa preservar e aproveitar, tanto mais porque o apoio aos idosos, passa, incontornavelmente, pela adequação destas formas de cuidados informais aos desafios dos dias de hoje e, outrossim, pela sua sinérgica articulação com os sistemas de cuidados formais. Cuidadores formais e cuidadores informais carecem de encontrarem plataformas de entendimento e atuação sinérgica (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

Com a crescente incapacidade de resposta dos sistemas de cuidados informais às necessidades dos idosos (cada vez em maior número e exigindo mais cuidados especializados), emergiu, muito naturalmente a necessidade de conceber e desenvolver estruturas de apoio e de acolhimento aos idosos, assim como, a necessidade de formar e qualificar recursos humanos qualificados. Ganhou assim conteúdo, forma e relevância social a Gerontologia.

Paralelamente, a Gerontologia foi também ganhando contornos de disciplina académica. Segundo Lowenstein (2004) a Gerontologia, desde os anos 90, evidencia um quadro de valores próprios, um caráter interdisciplinar operando tecnologias específicas e é suportada por programas académicos reconhecidos internacionalmente. Já antes, porém, Bramwell (1985) havia considerado a Gerontologia como uma disciplina académica ao assinalar as seguintes características: um tema central distinto que é o estudo do envelhecimento humano na perspetiva do ciclo de vida; metodologias de investigação próprias como sejam o estudo de marcadores biológicos da idade (no campo da bioquímica e ciências afim) e metodologias qualitativas e fenomenológicas (no campo das ciências sociais e humanas); uma comunidade académica ativa e organizada e; por último, uma atividade intelectual contínua plasmada em inúmeras publicações científicas periódicas e não periódicas.¹

Na Europa, o aparecimento de programas de estudo da área da Gerontologia dá-se através de programas de especialização e de pós-graduação. Esta particularidade permitiu manter a um nível relativamente baixo a problemática inerente ao aparecimento de novas profissões e de novos profissionais. Estes programas foram, e continuam a ser, muito frequentados por profissionais como: psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros. De facto, embora especializados ou pós-graduados em Gerontologia, o capital real e simbólico desses profissionais continuava a ser dado pelas suas formações académicas iniciais, total ou

1 No entanto, de acordo com Park (2008) o aparecimento de Gerontologia como um campo científico multidisciplinar é bastante anterior, tendo tido lugar nos Estados Unidos da América (EUA), muito pelo trabalho fundador de Edmund Vincent Cowdry, um citologista canadiano-americano, pertencente à Escola de Chicago. Este cientista editou, em 1939, a obra "Problems of Ageing", a qual reúne de forma articulada contributos das ciências biológicas, do comportamento e sociais. A perspetiva de Cowdry foi inspirada pelos graves problemas sociais resultante da grande depressão económica de 1929 nos EUA, que afetavam toda a população e muito particularmente os idosos, devido à enorme dificuldade de emprego e à ausência de qualquer apoio social.

parcialmente, reconhecidas no campo das ciências sociais e da saúde.

Em Portugal, o aparecimento de programas de bacharelato e de licenciatura (cursos de primeiro ciclo na nomenclatura de Bolonha) em Gerontologia dá-se na última década. Portugal é mesmo pioneiro a este nível, com duas instituições de ensino superior a facultarem estes programas de formação académica inicial. Assim, na atualidade, estão a sair para o mercado de trabalho os primeiros gerontólogos, sendo legítimo esperar reajustamentos ao nível do capital real e simbólico dos profissionais acima referidos que de alguma forma estejam envolvidos nas questões dos idosos e do envelhecimento. Também na atualidade, acompanhando o reconhecimento crescente do envelhecimento demográfico e da necessidade de qualificar recursos humanos na área, outras instituições de ensino superior oferecem cursos de primeiro ciclo em Gerontologia e em Gerontologia Social.

A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO GERONTÓLOGO

O conceito de identidade pela sua pregnância e versatilidade assume um lugar central no campo das ciências sociais. Identidade é um termo polissémico que reflete a sua génese e operacionalidade transversal a diferentes ciências sociais e humanas. Neste capítulo centramos a nossa atenção no conceito de identidade social e no conceito de identidade profissional. A identidade social, ou melhor dito as identidades sociais, são simultaneamente produto e fator dos diferentes papéis sociais desempenhados pelos indivíduos na sociedade (papéis de género, parentalidade, profissionais, grupais, entre outros). As identidades sociais emanam de um processo de construção dinâmico em que a identidade é socialmente distribuída, construída e reconstruída nas interações sociais (Mendes, 2001). Para Dubar (1997), as identidades resultam de um duplo processo: pela atribuição de identidade pelas instituições e atores em interação direta com o indivíduo que origina a identidade social “virtual” e pela interiorização ativa da identidade pelos próprios indivíduos, que dá origem à identidade social “real”; quando identidade “virtual” e identidade “real” não coincidem impõe-se o ajuste através de um processo complexo de negociação identitária entre o indivíduo e as instituições e atores significativos. Este processo ocorre através de três mecanismos simultâneos: a interação com os outros significativos; a interiorização intrapsíquica das experiências de interação e a combinação de ambos os mecanismos. As identidades sociais de um indivíduo são assim sempre instáveis e transitórias, constroem-se no e pelo discurso, em lugares históricos e institucionais específicos, em formações prático-discursivas específicas e por estratégias enunciativas precisas (Mendes,

2001). O necessário sentido de coerência e de continuidade é dado pelo *self* (sujeito) que está relacionado com a identidade pessoal que são marcas biográficas importantes como o nome ou a aparência e a identidade de ego que resulta da percepção subjetiva que cada indivíduo faz de si próprio.²

A identidade profissional é uma identidade social particular (entre outras identidades sociais do indivíduo), que decorre do lugar da profissão e do trabalho na estrutura da identidade pessoal e estilo de vida de um ator (Lopes, 2001). A construção identitária resulta do jogo entre o profissional, enquanto portador de desejos de identificação e de reconhecimento, e as institucionalizações (estatutos, categorias e formas diferenciadas de reconhecimento) que a organização “tem” para oferecer. O desejo de conhecer os elementos significativos da identidade de um grupo é, muitas vezes, desencadeado pela necessidade de conhecer as suas dinâmicas, tensões, conflitos, representações e transformações.

O processo pelo qual se constrói a identidade profissional está intimamente ligado ao estatuto e papel social da profissão e dos profissionais que a desempenham. O contexto político e social, bem como o grupo de pertença, são fatores decisivos nesse processo. A construção das identidades pelo trabalho e no trabalho engloba todos os atores considerados como fazendo parte da vida ativa, espaço vital onde normalmente decorre grande parte da vida dos indivíduos. Os locais de trabalho são, essencialmente, na nossa sociedade, núcleos agregadores de pessoas, consideradas população ativa, que lutam pelo bem-estar económico e por um estatuto socioprofissional compatível com a formação inicial e contínua. Esta é por assim dizer um fator condicionante, em que serão mais autónomos e responsáveis os profissionais que possuem mais saberes (Carapinheiro, 1993).

A identidade está também ligada aos símbolos públicos da profissão, dado que a sociedade reconhece e valoriza uma profissão em função dos símbolos que possui. O reconhecimento profissional conduz-nos a um saber, a uma competência partilhada tendo em conta as características do contexto organizacional. O reconhecimento deverá ter por base uma adequação entre as necessidades expressas pela sociedade e a natureza dos serviços prestados. Depende não somente da qualidade e complexidade da profissão mas sobretudo da dinâmica do grupo profissional em termos de partilha de conhecimentos e de responsabilidades e, como assinala Sainsaulieu (1985), do processo de aprendizagem cultural das relações de poder, que são em larga medida determinantes.

Nesta linha de pensamento, o espaço de formação está associado à construção de identidades, assim como o espaço de trabalho está ligado

à consolidação de uma identidade especializada. As configurações identitárias podem ser associadas, segundo Dubar (1997), a momentos privilegiados de uma biografia profissional ideal: um momento de construção da identidade que corresponde tradicionalmente à formação inicial; um momento de consolidação da identidade ligado à aquisição progressiva da qualificação e um momento de reconhecimento da identidade marcado pelo acesso às responsabilidades. Cada configuração, por sua vez, está associada a um tipo de saber privilegiado que ajuda a estruturar a identidade: (1) os saberes teóricos que derivam essencialmente do conhecimento abstrato de origem científica e filosófica, que orientam a racionalidade do profissional e lhe conferem um poder discursivo, interpretativo e justificativo das suas práticas (Caria, 2002) e que estruturam um tipo de identidade marcada pela instabilidade com tendência à autonomia e acumulação de diferenças culturais, associadas a uma lógica de reconversão permanente; (2) os saberes práticos resultantes do conhecimento experiencial que resultam diretamente da experiência de trabalho e estão associados a uma lógica instrumental; (3) saberes profissionais que implicam a articulação entre saberes práticos e saberes teóricos, associados a uma lógica de qualificação e reconhecimento no trabalho, que lhe conferem competências organizacionais, comunicacionais e de cuidado (Pereira, 2008).

Em suma, as identidades profissionais e sociais encontram-se associadas às configurações específicas de saberes e são construídas através dos mais diversificados processos de socialização. No entanto, se considerarmos que o sujeito protagoniza um processo de desenvolvimento durante toda a sua vida, admitimos a existência de um processo de construção identitária que é continuamente objeto de alterações e mutações.

Tomando como referência Kocher (1992), as características inerentes a uma profissão poderão ser definidas do seguinte modo: a profissão determina a posse de um complexo e válido conhecimento transmitido através dum processo longo, dum treino formal e sistemático, dum controle sobre a educação e a prática; a maioria da legislação relacionada com a profissão é moldada pelos profissionais da mesma; a profissão confere uma remuneração, um poder e uma classe de prestígio, que exige autorregulação através de um organismo legal; a profissão é livre relativamente à sua avaliação e controle; a prática profissional está enquadrada por normas e os comportamentos profissionais regem-se por um código de conduta explícito ou implícito. Por conseguinte, a adesão de cada elemento ao grupo pode depender de vários fatores, de entre os quais podemos destacar: as funções desempenhadas, a satisfação

profissional, a posição na estrutura formal, assim como o prestígio que tal posição confere. São alguns destes fatores que podem fazer com que a adesão individual ao grupo seja forte, o que tornará o grupo coeso, permitindo-lhe reconhecimento e prestígio; ou, pelo contrário, fazer com que a adesão individual de cada elemento à profissão seja débil, o que a torna frágil e pouco coesa, e como tal, com poucas possibilidades de melhorar o seu reconhecimento social. Como afirma Tajfel (1982) um grupo social só pode preencher a função de proteger a identidade dos seus membros, se conseguir valorizar positivamente a sua singularidade em relação a outros grupos. Pinto (1991) comunga desta opinião ao afirmar que as profissões de estatuto profissional mais baixo possuem uma maior dificuldade em assumir a sua identidade. Nestes casos tendem a projetar-se em identidades socialmente mais reconhecidas de forma a diminuir o “complexo identitário”. Se, ao invés essa profissão tem um estatuto mais elevado, ela vai ser considerada poderosa, tornando-se por isso mesmo dominante. Identidades potencialmente fortes poderão condicionar ou diminuir a identidade de outras classes (mais frágeis).

Feito este preâmbulo pelas teorias da identidade centremos a nossa atenção no caso dos Gerontólogos. Canário (1997), tomando como referência trabalhos desenvolvidos no âmbito da saúde, assinala a “ineficácia” da formação inicial, fenómeno que, na opinião do mesmo autor, é comum à formação inicial de outros grupos profissionais, como é o caso dos professores. As razões deste fenómeno prendem-se com o desajustamento entre o que foi “ensinado” e “treinado” na formação inicial e as práticas profissionais observáveis. Isto acontece porque a prática profissional é encarada como um momento de aplicação caracterizada pela previsibilidade. Ora o que está em causa é, justamente, a descontinuidade entre a situação de formação e a situação de trabalho, “o que faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência” (p.138).

Tendo em vista evitar este desajuste, consideramos que a formação inicial deve ser capaz de promover a atividade cognitiva, desenvolver a capacidade de resolução de problemas de modo flexível e criativo, e inculcar nos diplomados a convicção da necessidade de continuarem a sua aprendizagem e atualização ao longo de toda a sua carreira. Em complementaridade a este cuidado, a formação inicial dos Gerontólogos tem subjacente a aquisição e desenvolvimento de valores morais e sociais e a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos. Este cuidado resulta da assunção de que, quer os pressupostos ideológicos que envolvem as conceções acerca da profissão, quer as estratégias de atuação desenvolvidas vão condicionar a sua autonomia e, conseqüentemente, a sua identidade.

A formação inicial dos gerontólogos começa nas escolas de saúde. Com 180 créditos curriculares, encontra-se organizada por áreas específicas que se interrelacionam e que funcionam como unidades estruturantes do saber desenvolvendo-se do geral para o específico, e sempre através de duas componentes: o ensino teórico (com cerca de 70%) e o ensino prático. O ensino teórico, sendo da responsabilidade e competência de professores com formação diferenciada, constituindo equipas multidisciplinares. O ensino prático, constituindo cerca de 30% da formação do aluno, decorre em diferentes contextos da atividade profissional dos gerontólogos institucionalizados e não institucionalizados, desenvolvendo-se sob a responsabilidade dos professores, com a colaboração de profissionais das instituições em que se realiza. Preconiza-se que este ensino seja organizado de forma a permitir um conjunto coerente nos domínios cognitivos, afetivo e psicossocial, com responsabilização progressiva. Aconselha-se a implementação de momentos de reflexão e análise de situações, conducentes a uma melhor interiorização dos princípios científicos. Através do ensino prático os estudantes integrados numa equipa, em contacto direto com o idoso, têm oportunidade de planejar, executar e avaliar cuidados globais de saúde a este grupo etário. Estas aprendizagens são particularmente importantes atendendo a que o quotidiano profissional dos gerontólogos é feito de problemas que exigem resposta em tempo oportuno e originam consequências práticas; de problemas complexos que exigem abordagens interdisciplinares; e, por fim, de problemas coletivos, pois são sempre parte do sistema social e resultantes da interação dos atores.

A filosofia implícita nos planos curriculares caracteriza-se por um sistema de aprendizagem de conteúdos, habilidades e um agir que permita a interiorização de funções específicas, compatíveis com as condições que enquadram a atividade profissional na atualidade e no futuro. É neste percurso de formação que o aluno se situa quanto às concepções, crenças e valores que organizarão o seu pensamento e a sua ação. Acredita-se, no quadro desta filosofia, que o universo das mensagens sobre a profissão com que o formando tem oportunidade de contactar ao longo deste trajeto é suscetível de influenciar a mensagem que percebe sobre a mesma. Neste sentido o conceito de representação social, ao permitir articular condicionantes estruturais e a ação dos atores, pode esclarecer como perspectivam os alunos de gerontologia a futura profissão. Diz-nos Jodelet (1993), citando Moscovici, que as representações são um contributo essencial às ciências sociais, pois têm, na nossa sociedade, a mesma função que tinha o mito nas sociedades tradicionais. As representações sociais condensam, afinal, um “conhecimento socialmente elaborado e compartilhado” a que por vezes se chama ingénuo, natural ou do senso comum; um conhecimento

essencialmente prático que, dando sentido ao que nos é familiar e tornando familiar o que nos é estranho, “forja as evidências da nossa realidade consensual e participa da construção social da realidade” (p.473).

Por fim, mais em concreto, importa assinar o lugar dos gerontólogos no contexto das profissões já existentes? A formação em Gerontologia assenta em três componentes básicas: uma médica/cuidados de saúde; uma componente psicológica; e uma componente social/organizacional (Figura 1).

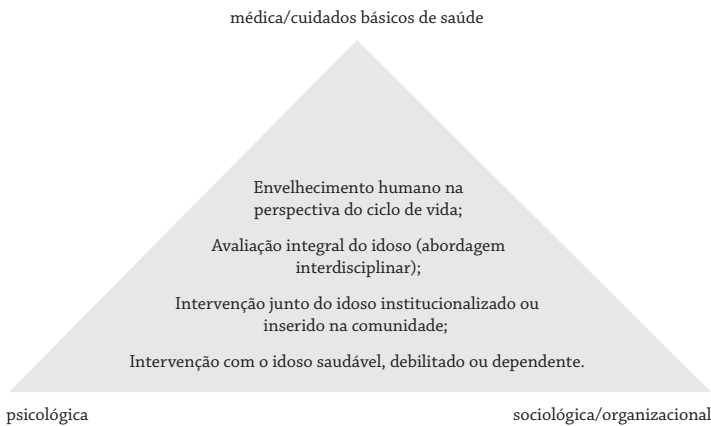


Figura 1 - Âmbito de intervenção da Gerontologia

O gerontólogo perspetiva o envelhecimento humano como uma etapa mais do ciclo de vida das pessoas, privilegiando a continuidade dos fenómenos biológicos, sociológicos e culturais que, como tijolos, constroem a vida de cada pessoa. A vida de cada pessoa, lembre-se, enquanto história singular de um indivíduo também singular e único. O gerontólogo, fruto da sua formação interdisciplinar, fundamenta a sua intervenção numa avaliação integral da vida e das condições de vida do idoso; para tal, mobiliza conhecimentos de diferentes áreas científicas e está capacitado para integrar e eventualmente liderar equipas interdisciplinares. O gerontólogo possui competências para trabalhar em contexto institucional específico, como residências de idosos e serviços de apoio domiciliário, assim como, em contexto comunitário, junto da família, ou de instituições da administração local (camaras municipais, juntas de freguesia, segurança social³) ou ainda em instituições de saúde (hospitais e centros de saúde). Por último, o gerontólogo encontra-se habilitado a intervir junto de idosos

3

Sobre este assunto e com o intuito apenas de lançar o debate, colocamos a questão de que à semelhança das existentes comissões de menores não haverá desde já a necessidade análoga de eventuais comissões de maiores?

saudáveis, debilitados, ou dependentes; a intervenção junto dos idosos saudáveis, ou com bom nível de autonomia, visa promover e maximizar as possibilidades de uma terceira e quarta idade vivida de forma tanto quanto possível feliz e saudável; nesta ordem de ideias a sua intervenção deverá exercer-se sobretudo na comunidade e não tanto na situação de institucionalização. Uma visão mais pormenorizada da intervenção do gerontólogo é disponibilizada em Figueiredo, Martin, Alvarelhão e Magalhães (2004) e em Martin (2006), onde estão referenciadas algumas áreas de intervenção do gerontólogo, igualmente importantes, como as competências de gestão de recursos humanos e materiais, de investigação, e de prestação de cuidados básicos de saúde, mas que não são específicas da gerontologia, pelo contrário são exatamente as áreas de competências que os gerontólogos partilham com outros profissionais, como por exemplo: enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, animadores sociais, psicólogos e sociólogos.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

Situações-problema vividas em contexto de trabalho e que são geradoras de incerteza e de dúvida na ação do gerontólogo.

As situações-problema apresentadas foram extraídas do estudo com gerontólogos-estagiários (Pereira, 2010). As situações-problema geradoras de incerteza e de dúvida obrigam o profissional a fazer uma reflexão aprofundada, convidam a procura e mobilização de conhecimentos normalmente não mobilizados e são conducentes a uma maior diversidade das respostas e das racionalidades profissionais sobre o trabalho. Por contraste, as situações-problema rotineiras correspondem a casos devidamente reconhecidos e enquadrados ao nível do diagnóstico e da natureza da intervenção a realizar, isto é, os problemas e as soluções estão tipificadas.

Situação-problema 1

Não soube muito bem reagir quando, durante a higiene da minha utente uma funcionária se dirige a mim e me pergunta se eu queria ajuda, eu aceitei, foi quando a funcionária agrediu a minha utente por esta não estar a ajudar no processo de higienização.

Numa manhã enquanto ajudava a vestir o idoso de uma colega, eu segurava o senhor e uma funcionária aproximou-se de nós e deu um grande estalo na testa do senhor, os meus reflexos fizeram-me agir rapidamente e empurrei com o meu braço a mão da funcionária. Criou-se um clima tenso e em mim ficou a incerteza da minha boa ou má atitude.

A estatura pessoal, ética e técnica do gerontólogo, reforçada no âmbito da sua formação acadêmica, induz ao forte repúdio deste tipo de situações, não se estranhando por isso a sua identificação e referência. É de realçar também o forte efeito sobre a identidade profissional e pessoal do gerontólogo que, como se verifica no segundo testemunho, continua com dúvidas acerca do acerto ou desacerto da sua reação no momento. Verificam-se ainda situações de violência e maus-tratos mais subtis, mas nem por isso menos reprováveis, de auxiliares que forcem de modo rude e excessivo os idosos a fazerem as práticas diárias que por algum motivo não querem fazer. Há um limiar muito ténue entre o incentivo para promover a independência do idoso (situação correta) e a aceleração das atividades diárias de vida do idoso tendo em vista ao cumprimento de horários da instituição (situação incorreta).

Situação-problema 2

Foi quando ao falar com um idoso este, de forma brusca e mal-educada, me insultou; tentei manter a calma e o bom senso e nunca agir precipitadamente.

Houve um momento em que uma idosa se recusou a tomar banho e começou a agredir-me a mim e à minha colega, fiquei estupefacta e sem saber como reagir.

Em relação a agressividade de um utente mesmo pensando com antecedência que essas situações se apresentam é complicado no momento ter uma resposta adequada no sentido de alterar o comportamento do utente.

Nas situações em que o gerontólogo é vítima de violência verbal e/ou física por parte do idoso, ressalta o efeito de surpresa por parte do gerontólogo, algo que pode de alguma forma ser antecipado e “treinado” aquando da sua formação académica. Há pelo menos três explicações possíveis para os atos de agressão do idoso ao gerontólogo. Uma reside na incontornável falta de estatura moral e cívica de algumas pessoas que experimentaram situações de violência física e verbal ao longo do seu percurso de vida, fruto de processos de socialização e de padrões culturais disfuncionais. A segunda fonte de violência reside em situações de debilidade mental dos idosos, devendo o gerontólogo e outros cuidadores inteirar-se destas situações e tomarem as devidas providências. A terceira emana de situações de recalçamento dos idosos que por razões várias não se sentem bem na instituição e expressam violentamente o seu desagrado. Interessa discutir um pouco a reação dos gerontólogos face a situações deste tipo. Como se depreende do primeiro testemunho uma reação possível é no sentido da sua salvaguarda física e

moral e na tentativa de reposição da calma. Contudo também pode dar-se o caso de o gerontólogo ficar sem reação possível. Muito interessante, no terceiro testemunho, é notar que mesmo em situações que podem ser antecipadas (seja através de avisos de colegas mais experientes, seja em contexto escolar) mantêm-se a dificuldade em adotar uma resposta adequada que salvguarde a integridade física e moral do cuidador assim como possa ser conducente à correção do comportamento do idoso agressivo. Estes episódios também servem para relembrar que, por vezes, os idosos podem ser indivíduos agressivos e violentos, quer seja em resultado de demência, quer seja por traço de caráter.

Situação-problema 3

Estava eu a fazer umas atividades com idosos e de repente um que estava no canto da sala começou a realizar gestos sexualmente explícitos impróprios sem pudor nenhum.

Recebi uma carta a declarar-se de uma utente com défice mental e de ela ter fechado a porta do local onde me encontrava a laborar.

Muitas vezes achamos que os idosos são seres assexuados, mas quando chegamos às instituições vemos que não, e por vezes surgem situações caricatas. E acima de tudo fez com que os mitos e os estereótipos que eu se calhar tinha mudassem.

Estes episódios revelam a questão da sexualidade no idoso e a necessidade urgente de aprofundar o conhecimento sobre a mesma, designadamente na vivência da sexualidade em contexto de institucionalização. É um assunto que deve passar a ser atentamente trabalhado aquando da formação académica do gerontólogo. É um tema onde as relações dos pares homem/mulher encontram um campo de análise privilegiado. A sexualidade foi considerada “tabu” durante muito tempo e, mais recentemente, tem sido enfrentada ainda que de forma tímida e nem sempre bem informada. Quanto à relação de género implícita devemos destacar o facto das situações de ofensa sexual serem protagonizadas sobretudo por idosos do sexo masculino sobre gerontólogos de sexo feminino (que são a larga maioria dos gerontólogos). O caso de assédio sexual é levado a efeito por uma idosa sobre um gerontólogo do sexo masculino.

Situação-problema 4

Tive o caso de um senhor que estava bem e depois de sofrer um acidente vascular cerebral embora estivesse lúcido e quisesse participar nas atividades já não podia, fiquei desesperada, sempre que estava com ele não sabia como agir.

Quando uma idosa com demência começou a dizer que a vinham matar e entrou em pânico de tal maneira que inicialmente eu fiquei estática, mas depois tentei acalmá-la e consegui.

Foi ter de explicar aos idosos saudáveis as atitudes menos próprias e inconscientes dos idosos com Alzheimer.

Esta situação-problema diz respeito ao confronto do gerontólogo com a doença física e mental em que entram em jogo os pares idoso/jovem e indivíduo saudável/indivíduo doente. A percepção e o acompanhamento da súbita degradação física e cognitiva provocada pelo acidente vascular cerebral, tão bem registada no primeiro depoimento, é eloquente do choque emocional vivenciado pelo gerontólogo jovem e saudável. O senhor em causa tem um nome (corretamente omitido pelo gerontólogo-estagiário), tem um percurso relacional construído com o gerontólogo (participava nas atividades) em que o envolvimento, por mais estritamente profissional que seja, em nada é comparável ao envolvimento com os modelos práticos e teóricos apreendidos aquando da formação académica. O terceiro testemunho dá conta da necessidade de explicar e justificar (no sentido de promover e garantir a coesão do grupo social) as atitudes e comportamentos dos idosos com demência que são desconcertantes e incompreensíveis para outros idosos. Este tipo de atitudes e comportamentos são geradores de muitos conflitos entre idosos, cabendo ao gerontólogo um papel fundamental na gestão dos mesmos. Subliminarmente coloca-se aqui a questão da privacidade e da falta de privacidade dos idosos institucionalizados, questão para a qual, no plano abstrato, o gerontólogo se encontra sensibilizado. Os gerontólogos são maioritariamente jovens, embora a formação académica os vá preparando para a convivência com a expressão física, psíquica e mental do envelhecimento, nada os pode realmente preparar para o choque emocional registado nos casos reais. Estas situações são claros momentos de implicação pessoal que ultrapassa a simples implicação formal ou profissional. A gestão do envolvimento/distanciamento do gerontólogo com os seus utentes idosos constituirá seguramente um traço distinto da identidade profissional do gerontólogo.

Situação-problema 5

Tive com um idoso que tinha o hábito de deitar pão pela janela fora para o jardim para os pombos comerem (que não era do meu conhecimento) e portanto pedi ao idoso para não o fazer que ficava tudo sujo. O idoso ficou bastante nervoso e só resmungava e eu fiquei sem saber o que fazer. Depois a diretora disse-me que era uma prática habitual do idoso, que era tolerada.

Foi o caso de um senhor que queria fazer a barba à tarde e não de manhã como as funcionárias queriam, então deparei-me com um problema de a quem obedecer, porque na minha opinião é o idoso que deve decidir porém o facto de não obedecer às rotinas da instituição poderia trazer problemas.

A adaptação do idoso às normas institucionais é um elemento crucial do processo de socialização intenso do idoso institucionalizado. Encontrar o ponto de equilíbrio entre os hábitos e desejos individuais dos idosos e a adoção de normas comuns é sempre um processo complexo e que carece de atenção constante. A sensibilidade do gerontólogo vai no sentido do respeito dos hábitos e desejos do idoso, todavia como muito bem expresso sobretudo no segundo depoimento isso, por vezes, pode colidir com o cumprimento das normas institucionais e com a boa execução das rotinas diárias. O desenvolvimento de estratégias no sentido de encontrar o referido ponto de equilíbrio é uma das competências do gerontólogo.

Situação-problema 6

Houve uma situação em que eu não soube muito bem como agir. Deparei-me com uma idosa que sofrera de maus-tratos pelos filhos. Todos na instituição julgavam que ele era surda-muda e passado uma semana de estágio consegui ter uma longa conversa com ela, em que ela me contou o que se passava com ela, porque não falava com ninguém e falou acerca dos maus-tratos que sofrera.

Este testemunho, que é um caso de maus-tratos familiares explícitos e suas bem evidentes sequelas comportamentais, nomeadamente o medo e a vergonha, revela, implicitamente, algo que consideramos da maior importância no contexto da qualidade de vida do idoso institucionalizado. Referimo-nos ao encontro na instituição de um ambiente socializador que possibilite a vivência saudável desta fase da vida. Uma fase onde sejam “reparadas” injúrias e dificuldades física e psicológicas, uma fase também de oportunidades para novas experiências e realizações pessoais do idoso. Um surdo-mudo, que começa a falar e conta a sua vida com os seus bloqueios e sofrimentos configura um autêntico “milagre” no sentido divino? Não, concerteza que não, mas configura a importância de um ambiente positivo e mobilizador, em parte, queremos acreditar que sim, garantido pela sensibilidade e competências comunicacionais (no campo da psicologia e dos afetos) dos gerontólogos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bramweel, R. (1985). Gerontology as a Discipline. *Educational Gerontology*, 11, 201-211.
- Canário, R. (1997). Formação e Mudança no Campo da Saúde. In R. Canário (Ed.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Carapineiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.
- Caria, T. (2002). O Uso do Conhecimento em Contexto de Trabalho em Grupos Profissionais Escolarizados: Os Professores e os Outros. *Análise Social*(164), 805-831.
- Dubar, C. (1997). *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Dubar, C. (2006). *A crise das identidades. A Interpretação de uma Mutação*. Porto: Edições Afrontamento.
- Figueiredo, D., Martin, I., Alvarelhão, J., Gonçalves, L., & Magalhães, c. (2004). *Perfil e Competências da Prática Profissional do Gerontólogo em Portugal*. Universidade de Aveiro/Instituto Politécnico de Bragança.
- Giannakouris, K. (2008). Population and social conditions. *Eurostat Statistics in Focus*, 1-11. Retrieved from <http://publications.europa> website:
- Jodelet, D. (1993). Les Représentations Sociales: Un Domaine en Expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les Représentations Sociales* (3^a ed.). Paris: P.U.F.
- Kocher, B. (1992). L'histoire pour Comprendre. *Soins Infirmier*, 58-63.
- Lopes, A. (2001). *Libertar o Desejo, Resgatar a Inovação. A Construção de Identidades Profissionais Docentes*. Lisboa: Ministério da Educação - Instituto de Inovação Educacional.
- Lowenstein, A. (2004). Gerontology Coming of Age: The Transformation of Social Gerontology into a Distinct Academic Discipline. *Educational Gerontology*, 30, 129-141.
- Martin, I. (2006). *A Arte de Envelhecer: Gerontologia profissão do futuro?* Paper presented at the Fórum/Seminário A Arte de Envelhecer: Retrato Actual e Desafios, Escola Superior de Saúde de Bragança.
- Mendes, J. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?* (pp. 489-523). Porto: Edições Afrontamento.
- Park, H. (2008). Edmund Vincent Cowdry and the Making of Gerontology as a Multidisciplinary Scientific Field in the United States. *Journal of History of Biology*(41), 529-572.
- Pereira, F. (2008). Identidades Profissionais, Trabalho Técnico e Associativismo/Cooperativismo Agrário em Trás-os-Montes e Alto-Douro – Uma Construção Identitária Partilhada.
- Pereira, F. (2010). Gerontólogo: Motivações e Escolhas na Construção de uma Nova Profissão na Área da Saúde. In A. Delicado, V. Borges & S. Dix (Eds.), *Profissão e Vocação. Ensaio sobre Grupos Profissionais* (pp. 95-114). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Pinto, J. (1991). Considerações sobre a Produção Social da Identidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, 217-231.
- Sainsaulieu, R. (1985). *l'Identité au Travail*. Paris: FNSP.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Tajfel, H. (1982). *Comportamentos Inter-Grupo e Psicologia Social da Mudança*. Lisboa: Livros Horizonte.

CAPÍTULO 3 - O GERONTÓLOGO... UM MEDIADOR NO ESPAÇO GERONTOLÓGICO

Augusta Veiga-Branco

Parece evidente que o gerontólogo não pode nem quer pretender, ser só um mediador de afetos, ele também o é de saberes (saber-saber, saber-estar e saber-ser), e defendo que será do equilíbrio e permuta destas duas vertentes, que poderá também situar-se o seu verdadeiro estatuto sócio profissional (Veiga-Branco, 2008).

COM A GRÉCIA NA ALMA

Quando algum dia, caro leitor, se colocar atrás de uma secretária, frente a uma turma de alunos não se esqueça, que a sua atitude é o ponto terminal de um longo e transformista cordão histórico de reminiscências, que têm em maioria, origem na Grécia Antiga. No seu sítio de professor, é o *gógós* condutor de um *paidós*, ou de um *geronte*, num processo em que pode estar na perspetiva de *educare* ou *educere*. E este, “estar” pode ser *maiêutico* ou *magistercentrico*. E isso fará, ao nível do educando, toda a diferença.

Tornei-me professora sem ter decidido. Não escolhi, nem decidi. A

vida fê-lo por mim. Estávamos ao tempo no início dos anos 80 do século passado. E o *modus operandi* da docência em Portugal, e na saúde em particular, era a classicamente assumida Pedagogia. E não era a Pedagogia ensinar os alunos... ponto? Assim, como aprendemos a ser com o que os nossos ex-professores fizeram em relação a nós? Haveria algo mais a saber? E estas questões foram exigindo na minha praxis, uma sucessiva rede de respostas reflexivas. E progressivamente a curiosidade orientou a minha necessidade de reinventar o estar pedagógico e, portanto, na reconstituição das atitudes. Ainda que de modo muito sumário, já que a formação de técnicos de saúde não tinha, ao tempo, a maior exigência nesta temática, tornou-se importante resgatar a etimologia, os sentidos e os significados atribuídos aos fonemas originais, bem como o seu percurso cronológico e semântico, para poder pensar a aplicação de alguns métodos, na profissionalidade docente contemporânea.

Mas, em brevíssimo rigor, do que falamos quando falamos de educação?

O conceito e desenvolvimento cronológico de "educação" veio tornando-se não só ambíguo como reduccionista. Estranho fim, para um conceito que emergiu com finalidade tão expansora, já que - considerando o seu étimo - ao emergir das formas verbais latinas "educare" e "educêre", aponta em sentido e significado, para um movimento expansor e desenvolvimentista do ser humano. Na simbiose dos termos, há duas ações: uma de alguém (de fora para o sujeito) que conduz com orientação, como no conceito de atual "couch" (ver capítulo 19 desta obra), e a outra, é uma forma de tirar energia de dentro para fora.

Reconhece-se "educare", com um sentido de uma ação condutora, de um educador sobre o educando, mas com um objetivo preciso e determinado de criar (no sentido de desenvolver, expandir), de conduzir (no sentido psico, sócio e cultural do termo), de orientar, de ensinar, de treinar. E estas ações tinham como locus atencional, a formação (como ação de (in)formar = "meter na forma") da criança: desenvolvê-la e cultivá-la, mental e moralmente. Neste étimo também se integra a ação de disciplinar (no sentido normativo), através de instrução mais ou menos permanente, mas sistemática, com a finalidade de a criança fazer parte de um projeto social, mais amplo e complexo. Esta forma de educação, como processo "magistercêntrico", situa a iniciativa processual no formador, e o formando assume o estatuto de recetáculo passivo da transmissão de informações. Educar, tem aqui uma forte conotação exógena (Freire, 1982), de fora para dentro.

Mas "educêre", vem contrariar este ritmo e tempo de ação, já que significa o movimento inverso. "Educêre" significa tirar de dentro para

fora: extrair, tirar de, provocar o emergir de algo latente (no interior de...), ou ainda, e dito de outro modo, como no sentido *maieútico*¹ de fazer nascer (a ideia). Neste contexto de significações, “educar” emerge com uma fortíssima conotação *puerocentrista* ou *puericêntrica*², já que é um movimento centrado no educando. Consequentemente, esta educação é empiricamente centrada mais nos saberes construídos a partir do aprender, do que os acumulados a partir do ensinar. E o que internamente faz a diferença, é o método, ou seja a forma *como se está* (intencionalidade) em educação.

O ÉTIMO COMO O LUGAR DO DESAFIO OU A RENÚNCIA À IDOSOGOGIA

É necessário refletir acerca do que significam os conceitos e do que é ensinar³ - aqui na perspectiva de Paulo Freire - para termos a certeza se queremos viver a nossa vida a construir ou a desconstruir os conceitos adquiridos, e ir ao significado das palavras. Para sabermos no que estamos a apostar. Em que terreno estamos a plantar as nossas energias. A nossa vida.

No início sabia mal o que era a Pedagogia, ou a Andragogia e, portanto, não tinha a mais pálida ideia do que seria a Gerontogogia. Só na formação em Pedagogia, descobri o que já sabia, mas não tinha disso ainda a consciência: a *Pedo*, a *Andro* ou a *Geronto*, eram a minha água, desde que estivessem na *Gogia* sob a forma de prefixo. Assim, sem mais.

Vale a pena colocar em ordem as diferenças. Se a mudança de método, transforma a Educação, de “*educação aprendente para ensinante*”, a mudança da população alvo, deverá transformar, não só e necessariamente, o método, como a estratégia, e principalmente a “*intencionalidade educativa*”⁴ de quem conduz o processo. E também esta, a intencionalidade, assenta no étimo. Torna-se importante conhecer a origem etimológica das palavras, antes de chegar à Gerontogogia. Este, como todos os conceitos atualmente aplicados dentro do sistema educativo, relacionados à prática educativa – formal ou informal - partilham do sufixo *gogia*, que no seu étimo, significa originalmente, aquele que conduz (o *gogos*), ou o que encaminha o educando (a criança) no seu processo de desenvolvimento.

Pedagogia, do conceito *paido*, remete a tudo o que diz respeito à criança. Unido a *gogia* (de *agogus*, relativo ao ato de conduzir a

1 Sócrates, na sua *maieutica* fazia o que ele chamava a “*parturição*” das idéias, retirando (tirar de dentro para fora) as idéias dos discípulos, colocando questões logicamente encadeadas.

2 Conceção educativa, centrada na criança, como educando, que foi defendida pelas pedagogias ativistas.

3 (...) ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou sua construção (Freire, 2004).

4 Referência à intenção do formador/ educador, que está subjacente aos conteúdos, relativo às áreas do saber a desenvolver, e que se percebe na atitude metodológica e nas técnicas pedagógicas.

educação), faz surgir por composição a *paidós+gógós*. Era ao tempo, um conceito que dizia respeito a uma ação continuada, dirigida à criança, na perspectiva holística. Como referência etimológica, Pedagogia significava literalmente “A arte e ciência de ensinar crianças”.

Todavia, as necessidades educativas dos últimos séculos e nomeadamente do séc. XX, colocaram o ponto de referência da educação na educação massiva. Este fenómeno teve como consequência, ao longo do tempo, na redução de “educação” (no sentido de expansão e desenvolvimento) a uma área científica - dentro do sistema educativo ou fora dele - que fornece conteúdos cujo objetivo é o de transmitir ou trabalhar programas, com a finalidade de acrescentar conhecimento, ao nível da infância e adolescência.

O conceito de Andragogia emerge posteriormente, com a junção dos étimos: *andros*, de homem e *agogus*. Por analogia⁵, com o conceito anterior, Andragogia, significa literalmente “A arte e ciência de ensinar homens”. Mas esta realidade emerge com dois tipos de especificidades metodológicas: a primeira, é que no plano de prática didática, assume-se o adulto (*andros*) tal como era assumido no conceito de Pedagogia, como ser holístico, ou seja o ser bio, psico, sociocultural no seu contexto de mundo e de interação com ele; a segunda, contrariamente ao primeiro conceito, diz respeito ao que aqui se entende por aprendizagem. Enquanto Pedagogia se assume também como transmissão, aqui é como vivência, através das experiências, e respetivas perceções das mesmas. A Andragogia é o campo em que o educando vive o envolvimento (com o objeto de estudo) para aceder ao desenvolvimento (pessoal), (re) absorvendo e (re)aplicando aprendizagens de vida em novos contextos, de modo a encontrar situações de bem-estar e de resolução de contextos. Nesta perspetiva, “aprender (...) não significa adquirir mais informação, mas expandir a capacidade de produzir os resultados que desejamos na vida” (Senge, 1990: 3).

SIGNIFICADO DE GERONTOGOGIA?

Há que visitar de novo a História para compreender o significado de geronte como entidade da Gerúsia, e então, a partir destes conceitos, definir os termos. Geronte do seu étimo Gerós+onte (entidade que percorre o tempo, com muito tempo de vida, ancião) no sentido não só de conhecimento pela experiência, mas sobretudo de sensatez e de sabedoria! Era este o princípio que estava subjacente a Gerúsia⁶, bem

⁵ Conforme o estudo “Pedagogia vs. Andragogia – Modelo Comparativo de Knowles”.

⁶ A Gerúsia, ou Conselho de Anciãos, era constituída pelos reis e por 28 homens acima de 60 anos, eleitos pela sua sensatez e capacidade militar. A Gerúsia, na administração social e política de Esparta, era soberana. Os anciãos constituíam também um tipo de Tribunal Supremo, que julgava os delitos e podia impor a pena de morte ou perda de direitos cívicos. (Fornis Vaquero, 2003).

como a sua responsabilidade política e social.

Assim, é neste contexto de “fonte de sabedoria”, que deve emergir o estatuto de formando para o idoso, neste novo espaço formativo: o de Geronte, já que do seu étimo associado a *agogus*, (*geronto+agogus*), emerge o sentido e significado de Gerontologia. Esta é, como se tem vindo a apresentar, a educação essencialmente “*Educêre*”. E se retirarmos ao atual idoso, o seu estatuto de geronte (ao tempo da Gerúsia), não só estamos a construir um espaço de redução forte para a educação, como estamos a criar, no pior dos males, uma idosogogia.

Uma idosogogia, que se não omite e oprime os saberes adquiridos, reprime pelo menos a aplicação desses saberes, na absorção de novo conhecimento, para aplicações práticas de vida. Este, é aqui o pecado ético ao significado de “*Educêre*”. Este é portanto, o caminho que a Gerontologia não pode permitir à Gerontologia.

DA GERONTOLOGIA AOS GERONTOGOGOS

Parti do étimo a caminho da definição de termos. Expressas as intranquilidades e definidos os pontos de vista, voltemo-nos para a finalidade da minha perspetiva aplicativa de Gerontologia. Atualmente, o conceito vem sendo analisado, e enquanto objeto de estudo e campo de trabalho, tal como assumido por Peterson, (cf. Glendenning, 2000: 14; Cachioni & Neri, 2004), dizia respeito “*ao estudo e prática, desenvolvidos na interface da educação de adultos e da gerontologia social*”. Dito assim, faz teoricamente sentido, mas parece vir a propósito a introdução de uma nova perspetiva, um novo “olhar” para o neste contexto educativo.

Partindo das definições da Gerontologia, e tomando os autores iniciáticos como referência, (Withnall, 2000; Cachioni & Neri, 2004), ao desenvolverem “uma tentativa para integrar as instituições e os processos da educação, com o conhecimento do envelhecimento e as necessidades das pessoas idosas”, que defenderam que a Gerontologia Educativa englobava: o estudo acerca dos idosos, nomeadamente o envelhecimento, a sua educação e a respetiva prática educativa, quer para a população idosa, quer para os profissionais em gerontologia. Curiosamente, o campo empírico desta perspetiva emergente, insere-se no que se considera, segundo a carta de Otawa (1986), a Promoção e Educação para a Saúde, porque teria como objetivos: evitar o envelhecimento precoce e promover o crescimento psicológico. Como matéria a investigar, em simultâneo e por consequência, estariam as alterações cognitivas relacionadas com o processo fisiológico do envelhecimento e, ponto importante nesta reflexão, “as adaptações que na aprendizagem requerem os alunos mais

velhos, bem como as motivações que poderão condicionar a participação e a não participação” Peterson (1990).

Ou seja, Peterson estaria a criar nos anos noventa, a finalidade e o campo metodológico para a Educação de pessoas idosas e outras com elas relacionadas. Estava criada a pertinência, a população alvo e a preocupação metodológica para Gerontogogia. Posteriormente, Glendenning (cf. Withnall, 2002: 90), corroborando, mas redefinindo Peterson, terá especificado o campo da gerontologia educativa⁷, ao distinguir a educação dos idosos - *gerontologia educativa*, da educação para os profissionais, que ele define como educação *gerontológica*.

No que se refere à gerontologia educativa, ou aprendizagem nos anos tardios, o autor aponta como conteúdos, a educação de caráter instrutivo de adultos seniores (*senior adult education*), nomeadamente com conteúdos de resposta para as necessidades de vida diária, tal como as atividades de autoajuda (*self-help instructional gerontology*), e de educação (*self-help senior adult education*) (Glendenning, 2000: 81). A Educação Gerontológica (*ensino da gerontologia*) insere a componente social e educativa de adultos, a componente jurídico-legal, nomeadamente de defesa do idoso (*advocacy gerontology*), a formação profissional específica (*professional gerontology*) e a educação da gerontologia (*gerontology education*). Mas é finalmente Withnall (2000: 90) que posteriormente especifica o novo termo de educação gerontológica, ao especificar:

“... a expressão educação gerontológica, da autoria de Glendenning, tem variantes. Há quem a denomine como **Gerontogogia (gerontagogy)** significando cursos de instrução sobre pessoas idosas desenvolvido para os profissionais de saúde e de serviço social, outros autores, como Battersby, que a designam de geragogia, referindo-se à gerontologia e à educação gerontológica.”

Assim, Gerontogogia (*gerontagogy*) dizia respeito à formação em envelhecimento e de pessoas idosas (...), desenvolvida para profissionais de saúde, de serviço social, ou outros, que de alguma forma interagissem ou aplicassem os seus bens e serviços, em, ou nas, pessoas idosas. A este propósito, recuperam-se as palavras de Cachioni e Neri (2004):

“Na Espanha, desde meados da década 1960, a formação dos chamados “gerontagogos” sempre esteve a cargo dos cursos superiores de animação sociocultural...”

⁷ O autor, ao referir o seu livro de 1985: “Numa tentativa de enfatizar a importância da gerontologia educativa, no reino Unido, como um novo campo de estudo (...) introduziu claramente uma distinção entre ‘gerontologia educativa’ relacionada com ensino dos adultos idosos (...) e ‘educação gerontológica’, para o ensino da gerontologia aos profissionais, voluntários” (Glendenning, 2000: 11).

ATRAVÉS DE UMA DISCIPLINA DE GERONTOGOGIA

Estava construído o puzzle: o campo era a Gerontogogia, os atores educativos/ “animadores” eram os gerontogogos, e os educandos/“animados” eram os gerontes. Perfeito. Fazia, assim, sentido construir uma unidade curricular para os gerontólogos, vocacionada para a prática educativa em idosos e cuidadores – e tal como foi defendido pelos autores – com o nome de Gerontogogia. Assim, o percurso curricular deveria dizer respeito aos aspetos interativos, relacionais, cuidativos e educativos. Faltava ainda refletir acerca do método, para que fosse entendida a prática de “*Educêre*”, em contextos de gerontologia. E como métodos de aprendizagem foram por isso, selecionados os ativos, sobre análise e reflexão em parceria. E em consonância com isto, a avaliação só poderia ser produzida pelos próprios formandos: um *projeto gerontológico*, para ser aplicado na área da educação gerontológica.

Também neste conceito, como nos anteriores, os meandros da “*gogia*” como prática profissional, trouxeram até mim, aprendizagens de como tornar ativo e reflexivo o tempo-espço de “*aula*”⁸, mas aqui o sentido de étimo não bastou. Numa área jovem de cultura – a formação em gerontologia é relativamente recente em Portugal – entre a saúde e as ciências sociais, havia um trabalho de construção metodológico a ser feito. A ideia que foi servindo de leme pode expressar-se na questão: qual a aplicabilidade deste conhecimento para os estudantes de gerontologia? E como aprendem de forma mais consistente a tornarem-se gerontogogos? Ou seja, como inspirar jovens de 20 anos acerca da mais-valia da sabedoria das pessoas de 70 ou 80 anos? Como aprender a ser animador de “*ánimus*” dos seus parceiros Gerontes?

Houve necessidade de voltar a olhar para os quotidianos. O que pareceu mais credível é que os estudantes, em vez de aprenderem teoricamente os métodos e as estratégias pedagógicas, os vivessem. Ali, em cada aula.

Era preciso aprenderem a desenvolver técnicas favorecedoras da neuro plasticidade? Começemos por isso, ali, na aula! Era preciso comunicar e interagir dando ênfase ao lado direito do cérebro, no conceito de *high touch*⁹ e *high concept*? Façamo-lo na aula. Era preciso aprenderem a desenvolver dinâmica de grupos? Façamo-lo na aula. Na perspetiva Gerontológica a metodologia é viver a metodologia, não

8 “**Aula**”, do étimo *aulé*, do grego (*espaço dentro dos palácios em que se podia ficar*). “A sala de **aula** é expressão pleonástica. Se for **aula** como exposição feita pelo professor sobre algum assunto, temos uma metonímia, enfatizando-se o que ali se realiza (Santos, 2009).

9 Conceitos defendidos por Pink (2010), para a interação comunicacional e laboral: *high touch*: a “capacidade de sentir empatia pelos outros, entender as subtilidades da interação entre as pessoas, saber encontrar a satisfação de viver dentro de nós próprios, bem como de ajudar os outros a fazê-lo e, também, ser capaz de perseguir um sentido para a vida além da rotina diária”; e *high concept* a “capacidade de criar beleza artística e emocional, detetar padrões e oportunidades, elaborar uma narrativa satisfatória e combinar ideias desconexas num novo objeto”.

para aplicar depois mas sim para replicar. Constatei que há diferentes tipos de aquisições e desempenhos. Quando os estudantes se tornam protagonistas dos seus próprios conteúdos de aprendizagem... quando eles próprios os “fabricam” a partir de pontos de pesquisa, como um puzzle que se constrói para criar um todo, a aprendizagem ocorre por si própria. Devemos fazer com que *aprendam a aprender* durante os trabalhos efetuados, tal como indica o conceito de Andragogia.

E foi assim... a trabalhar a prática como quem molda o barro, que me vi a apostar em métodos que ao tempo eram já “estranhamente” ativos. E foi neste *continuum metodológico*, que surgiu a Gerontogogia¹⁰, como uma unidade curricular que tinha e tem como objetivos mais específicos: adquirir literacia em conceitos relativos ao processo ensino/aprendizagem em Gerontogogia e conhecer algumas metodologias e técnicas pedagógicas na formação nesses contextos.

Terá sido então nesta fase do desenvolvimento da disciplina de Gerontogogia, que a metodologia de avaliação, ao contemplar o planeamento de um projeto de intervenção - seja na Gerontogogia educativa, seja na educação gerontológica - me coloca a necessidade de uma nova reflexão, mais cuidadosa e exigente, no sentido de me questionar acerca da finalidade da metodologia na formação do gerontólogo.

E aqui surge o propósito: como encaminhar os trabalhos dos estudantes, não tanto para aprender teoricamente, mas para que este conjunto de saberes servisse de facto, como desenvolvimento formativo intra e inter pessoal, na aplicação profissionalizante dos futuros gerontólogos.

O MÉTODO TOMA A PALAVRA E DEFINE ESTATUTOS

Para preparar um Projeto Gerontogógico, tornou-se emergente, encontrar um momento de reflexão conjunta com os futuros Gerontólogos. Uma vez assumido, que a Gerontologia não poderia só limitar-se a um trabalho de atendimento cuidativo, como era normativo ser assumido... nem o trabalho de campo se situava só no acompanhar, dar a mão, ajudar na higienização e na alimentação. Vai muito além do espaço burocrático e de responsabilização sócio económica. Na prática viva, transcende essas tarefas, quer pela sua responsabilidade civil e social, quer pelo seu estatuto também de educador e animador, nomeadamente, pela necessidade de carácter interventivo educacional.

¹⁰ A Gerontogogia, tal como foi apresentada no primeiro ano em que foi lecionada, surge como unidade curricular no curso de licenciatura de gerontologia na Escola Superior de Saúde do IPB, 2007.

Partiu-se então da ideia consensual de que a Gerontogogia, deveria por excelência, ser educere, sem ensino nem *ensinagem*¹¹ (Lopes, 2003; Anastasiou & Alves, s/d), e, se houvesse ensino, só poderia ser no sentido auto, do sujeito sobre si próprio, e como tal, de educação, no seu sentido “educere”: Porque o que aqui faria sentido, seria dar a voz em consciência, às experiências e aos conhecimentos empíricos, de quotidianos acumulados, para que o idoso pudesse emergir como protagonista do seu próprio percurso e processo de aprendizagem. Este pareceu ser o ponto essencial do debate.

E o professor? O professor, não teria que ter aqui o estatuto do professor (no sentido de *magistercentrismo*... o que aqui faria sentido era um animador – como um estímulo de “animus” - num paradigma de Pedagogia Aberta ou Livre: ou seja um elemento humano, “animado”, estimulante, como mediador desse processo de se ver, de se rever, de ouvir e se ouvir, de arranjar palavras para, como já se defendeu, colocar a experiência em consciência, e portanto, de se reinventar como ser humano. Era este o perfil atitudinal do gerontogogo. Este geronte – agora claramente com o estatuto que a conceção *maiêutica*¹² lhe atribui, só poderia ser um dos elos, um dos parceiros na descoberta de si, com o outro, mas segundo os princípios da **dialética** (Wolff, 2000), em partilha de espaços e de reflexões e conhecimento com o animador.

Ao assumirem o seu estatuto de sujeitos ativos, no e do seu processo de aprendizagem, em assunção consciente de um Projeto de Si¹³, os idosos são capazes de participar reflexivamente – no sentido de (re) flexão – (re) observando as situações vividas. Esta prática metodológica permite dar-se a si mesmos novas oportunidades, e de, em novos contextos - com um parceiro “animador para o desenvolvimento” - poderem identificar aprendizagens de vida: as felizes, as problemáticas ou constrangimentos de vida. Este discurso livre, sob orientação, adquire força e pertinência e é ele mesmo o interventor, na definição de situações pessoais e interpessoais que, segundo o geronte, possam necessitar de alterações de atitude ou de comportamento.

Todavia, este conjunto de pressupostos não ocorre espontaneamente nem de ânimo leve. É necessário que esta população alvo se encontre em ambiente educativo emocionalmente protegido e contexto confortável. É necessário reunir métodos pedagógicos que sejam eles mesmos estimulantes e desencadeiem o prazer de aprender. Aqui, *o estar a falar de*

11 O autor refere-se a metodologias na sua vertente magistercentrista (Lopes, 2003).

12 Praxis defendida por Sócrates, através do acompanhamento analítico-reflexivo, sob a forma de progressivas perguntas, com a finalidade de conduzir (ducere) os discípulos a um ponto de consciência crítica, procurando a verdade no seu interior, fazendo emergir o que Sócrates defendia como “parto intelectual” (Wolff, 2000).

13 Projeto de Si, no sentido atribuído de Christoph Djours, como definição de Saúde: “Saúde é a capacidade de cada homem, mulher ou criança para criar e lutar pelo seu projeto de vida, pessoal e original em direção ao bem-estar”. Nesta conceção holística de saúde, o sujeito interage ativamente, e, independentemente de Diagnósticos e ou Prognósticos patológicos, está envolvido num Projeto, como expectativa de concretização de Si, como pessoa em contexto de mundo.

si, e a (re)aprender-se, é o fim em si mesmo. É preciso fazê-lo progressiva e repetidamente para a reconstrução de mapas mentais, mais de acordo com as realidades atuais. Em Gerontologia este método de ação repetida é essencial: Esta reorganização neural, que identifica a plasticidade, é um método da recuperação neural para facilitar a recuperação da função cognitiva, que pode comprovadamente ser influenciada pelas experiências e comportamentos específicos, com a prática de tarefas orientadas, podendo até ser possível, a recuperação de lesões cerebrais.

Mas em essência, o que aqui se defende, é que estes momentos servem para aprenderem a encontrar-se e atingir metas ou circunstâncias que sejam percebidas por eles, como “algos” ou desafios, que deem sentido à vida.

Quando ficamos privados de referenciais de memórias de futuro (Damásio, 2010), como objetivos a cumprir ou “algo” para concretizar... a vida perde sentido e a vontade de nos levantarmos cada dia, perde significado. E aqui a educação, no seu sentido de “*tirar de dentro para fora*”, tem toda a pertinência e aplicabilidade. Ou seja, a ideia é treinar técnicos de gerontologia, para se tornarem capazes de animar tempos-espacos, de conduzir memórias de vida, como competências havidas, para a partir destas, encontrar (lhe) aplicação e projetar, com novas aprendizagens – no sentido de “*fora para dentro*” – motivações reais, coisas úteis para fazer, com prazer de vida. Estas estratégias, como à frente se verá, podem ter como aplicação prática, o entretenimento, os trabalhos em grupos, viagens a terras de “sonhei um dia”, conhecer “o senhor tal”, resgatar “um algo perdido” no tempo (desde uma horta a um amigo antigo) ou nos meandros da vida... Seja o que for, deve ser encontrado a partir da consciência sobre a experiência e, senão sobre ela, “tecer” com ela, a motivação para um percurso a seguir. A reconstrução desta perspectiva educativa, deve ser o campo da Gerontologia, como objeto de estudo e ação no terreno: a (re) apreensão de memórias de vida para, com “algo novo”, formular referenciais de memórias de futuro. Seja o futuro até quando for. Ou até quando for possível vivê-lo.

GERONTOLOGIA- OBJETO DE ESTUDO E AÇÃO NO TERRENO

Assim, é necessário conceber a aplicabilidade de uma metodologia específica. É necessário pensar nos objetivos, nas finalidades, nos recursos, desde os socioeconómicos aos humanos. E nestes, por excelência, os gerontólogos. Mas não serve a metodologia normalmente aplicada no sistema de ensino. Como atrás se defendeu, a educação deve estar presente na vida que se vive. Cada momento é o momento de vida, até que a vida se extinga. Mesmo nos anos em que a cronologia não parece já fazer parte do sistema educativo.

Mas a atual expansão da longevidade é um fenómeno posterior à criação da filosofia dos sistemas educativos e terá portanto que ter novas perspetivas, recursos e aplicabilidades. Este assunto é da área da gerontologia por excelência, e dele terá que fazer parte a Gerontologia. Tal como é defendido em Cachioni e Neri (2004):

A educação faz parte do amplo campo de aplicação da gerontologia. Tal como a gerontologia, é área multi e interdisciplinar (...) um novo campo interdisciplinar, o da gerontologia educacional, a discussão sobre quais devem ser o conteúdo e o formato da educação dirigida a idosos e como deve ocorrer a formação de recursos humanos para realizá-la.

Parte-se assim do pressuposto que a *Gerontologia*, ou *gerontologia* - mas agora com redobrada pertinência - emerge e coloca-se em prática como uma área multi e interdisciplinar de intervenção. Por todos os motivos. Mas sobretudo porque deve haver uma conduta no sentido da neuroplasticidade e da autoeficácia, e, atualmente, há a clara evidência de que a junção de várias áreas científicas, trabalhando em rede, criam um campo de sinergias, que só resulta profícuo para educandos, que não têm como essencial finalidade a aprendizagem de conteúdos, mas sim, serem eles mesmos, os conteúdos das suas aprendizagens de Si.

Mas quem deve intervir? Desde os técnicos de saúde e de educação em geral, como farmacêuticos, enfermeiros, dietistas, médicos, professores, educadores, até aos técnicos sociais, como os sociólogos, assistentes sociais e psicólogos, e obvia e naturalmente os gerontólogos. Todavia, deve aqui lembrar-se que neste campo de ação, cada um destes profissionais assume o seu estatuto com uma essencial particularidade: o estatuto de “animador”. É este o perfil dos atores da ação educativa.

UM PROBLEMA COMO UM DESAFIO PARA O GERONTÓLOGO

Quando selecionamos uma metodologia, pensamos sempre: para quem? *Os surdos não ouvem lições de oratória.* Assim, há que ter aqui consciência de uma cultura - que o jovem formador não conhece - e que está enraizada no idoso. Foi nesta aprendizagem que o idoso aprendeu a “sobreviver” o melhor que soube, e foi com ela que construiu os mapas mentais que ainda lhe servem agora de norte comportamental e emocional. É necessário estar preparado para o confronto da comunicação intergeracional. Há que partir de conhecimentos sólidos e estruturados da fisiopatologia e sociologia do envelhecer, perceber as limitações, e, quer a nível físico quer intelectual, assumir a dialética como a forma de estar. Na maioria das ações pedagógicas, não custa

tanto construir aprendizagem, como custa desconstruir a que já foi feita. Principalmente a que está fixa em antigas memórias, que são agora a companhia de longos dias e a sustentação da identidade e do sentido. Criar novos mapas mentais, para reorganizar a interpretação de uma vida, ou pedaços dela não é fácil.

Partindo destas convicções, reinvente-se a perspetiva para a criação e a gestão de novos espaços de intervenção educacional (Gerontogogia educativa) através de uma abordagem curricular, por ser neste momento, uma vertente menos explorada do processo do desenvolvimento geracional e onde o gerontólogo deve inserir-se.

A MULTIDISCIPLINARIDADE OU UM TRABALHO EM “ARENA”

Sem deixar cair o argumento, à frente abordado, de que caberá ao idoso participar na seleção de conteúdos a incluir na sua formação, direciono agora a atenção para os elementos animadores, e para a interdisciplinaridade que deverão desencadear no espaço de *aula*. Já foi aqui defendido o efeito simbiótico da fusão ou interação entre diversas áreas do saber, bem como a relevância deste efeito em Gerontogogia. Retomo agora esta ideia para aceder à pertinência de técnicas pedagógicas ajustadas para a Gerontogogia, de modo a dar aos conteúdos um sentido de unicidade e pertinência para os quotidianos dos idosos, para neles se reverem e com eles interagirem de forma prazerosa. Partindo deste princípio, assume-se a necessidade da presença de técnicos educadores, em multidisciplinaridade para colocarem em justaposição duas ou mais disciplinas, com objetivos múltiplos, sem relações entre elas e nenhuma coordenação. A noção de pluridisciplinaridade deverá aplicar-se em técnicas pedagógicas (em conteúdos de duas ou mais disciplinas), mas com objetivos múltiplos, em inter-relação e cooperação, mas sem intercoordenação.

A equipa ou grupo de animadores, só poderia ser de natureza interdisciplinar com formação em diferentes domínios do conhecimento, mas com a “intencionalidade educativa” comum, direcionada a uma temática ou contexto, pré-selecionado pelos atores educativos. Na perspetiva da interdisciplinaridade, trabalha-se para dar sentido de transversalidade a várias áreas ciências (re)unificadas. Esta perspetiva, deverá substituir os conteúdos separados, que longe entre si, conferem aos saberes a imagem de uma ciência fragmentada, em disciplinas, cujos professores, distantes entre si, raramente se encontram para ajustar os itens nos conteúdos, nos métodos e nas estratégias que assumem para interagir com os educandos, ao trabalhar esses conteúdos, tal como já Lemieux (2000) defendeu há anos atrás:

“... a questão da educação antecede a referência ao envelhecimento e aos sujeitos envelhecidos, pois a gerontagogia, como ciência social, está mais preocupada com o ensino e a aprendizagem que com o fato de que os educandos sejam pessoas idosas. Deve permitir a combinação de distintas especialidades, como a psicologia, a filosofia, a antropologia, a história, a sociologia e a economia, (...) e ajudar no momento em que for necessário decidir sobre o quê, o como e o para quê da educação às pessoas idosas”.

Uma vez inseridos neste propósito unificador, seria possível, assumir os idosos como gerontes, entidades possuidoras de um patrimônio de historicidade pessoal, cujos conhecimentos somados e geridos no continuum de vida, seriam agora não só aproveitados, como inseridos nesse espaço *aula* comum, para serem falados, reanalisados e potencializados. Este é o ponto essencial que aqui se defende como prática possível para reorganizar mudanças culturais nas concepções sociais sobre a velhice, ao nível transgeracional. E será nesta concepção que as estratégias pedagógicas serão apresentadas.

QUE MÉTODOS E ESTRATÉGIAS AS DA GERONTOGOGIA?

Todas as propostas que a seguir se apresentam têm como finalidade a aplicação prática da Gerontagogia como intervenção socioeducativa com pessoas idosas. A finalidade é promover a Gerontagogia, como campo profissionalizante de gerontólogos educadores de idosos; divulgando a todos os outros prestadores de serviços – já mencionados – das áreas da educação e do serviço social, e, demonstrando a necessidade de especialistas nessa área, seja ao nível institucional de ensino público ou privado e das comunidades.

Assuma-se, o que todos já sabemos, que *aprendemos* (Mão-de-Ferro, 1999): 10% do que lemos; 20% do que ouvimos, 20% do que vemos, 50% do que vemos e ouvimos, 80% do que verbalizamos, e, 90% do que dizemos, enquanto fazemos algo em que refletimos e participamos pessoalmente, e portanto esta é a linguagem para a Gerontagogia: no tempo espaço aula, o Geronte terá que dizer... enquanto faz algo em que reflete e participa pessoalmente. O caminho é por aqui.

Assim, a formação dos gerontólogos deve ter esta realidade como finalidade e ferramenta de trabalho. É também da mesma ideia que deve partir o estímulo na investigação desta área, e da mesma forma preparar gerontólogos para elaborar diagnósticos de situação, e pensar as estratégias para o trabalho educacional com idosos. É a partir desta noção de compromisso com a aprendizagem, que deve ser pensado

qualquer protótipo programático estratégico do processo gerontológico, como espaço socioeducativo alternativo, por oposição ao normativo, em colaboração de equipas intergeracionais, construindo comunidades de aprendizagem com a presença de idosos e jovens num mesmo espaço educativo e formativo.

CONCLUINDO . . . DO ESTATUTO DE GERONTE

A minha pátria é a língua portuguesa. E a minha, é a língua grega...
Fernando Pessoa gogia(s)

Este é um aluno *educere*, como na filosofia da “*pedagogia livre, das escolas de Hamburgo*”: não deve fazer nada obrigado, nem sequer coercivamente convencido. A ele cabe escolher o seu horário, os seus formadores e quais as atividades segundo o seu bem-estar, para entrar em fluxo na *aula* e com a *aula*, e poder tecer o seu desenvolvimento intra e inter pessoal e coletivo.

Mas aponta-se a metodologia ativa como uma rota, em direção à neuroplasticidade, já que a mais recente bibliografia indica, por exemplo, que “o mapeamento das diversas partes do corpo no córtex sensorial primário de primatas não-humanos pode ser modificado em função das lesões ou de experiências de aprendizagem” (Jenkins & Merzenich (1992) citado por Haase & Lacerda, 2004). As atividades devem ser selecionadas e organizadas de maneira a responder às expectativas, necessidades ou até às preocupações dos idosos, já que a formação não pode ser exclusiva da infância e juventude. A educação é de e para a Humanidade. Todos os homens. Sem exceção. E como já foi defendido, as populações alvo, são diferentes e exigem diferentes métodos e estratégias, até porque está comprovado (Taner, citado por Cachioni & Neri, 2004) “que as possibilidades de aprendizagem na velhice não dependem da idade, mas, sim, das condições em que se realizam”, e assumir esta evidência é ter uma percepção realista da velhice, que sem reducionismo, toma como campo de atenção o valor da experiência, e como variáveis da reorganização a utilização delas nos novos contributos para manter viva a vida dos idosos nas emergentes realidades socioeconómicas e culturais. Como uma educação, como uma identidade de cidadania.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA I:

Dez princípios para criar o clima emocional da relação gerontológica.

Tenhamos a coragem da ternura, para pensar a Gerontogogia como um tempo espaço de “mimar”, a quem pensamos que fica pouco mais...

1. A Gerontogogia é uma atividade para o prazer, de *entrar em fluxo* (Almeida & Veiga-Branco, 2011), portanto é motivacional, donde, a Educação Emocional dos parceiros, deve estar assegurada, ou pelo menos discutida, para ser propulsora da intensidade das relações entre si.
2. *Assume-se Gerontogogia como a formação segundo a preferência do cérebro* (Hare & Reynolds, 2003)., pelo que deveremos aprender esta essencial forma de estar em Gerontogogia, e subjacente às Técnicas pedagógicas.
3. *O formador é uma ferramenta de trabalho do idoso*, e neste processo de desenvolvimento, é parceiro. Ele não é portanto o poder nem tem o poder, ele é um construtor do poder de um processo em... Sobretudo, assuma-se que um dos critérios iniciais é o uso da relação afetiva inter atores, quer na seleção de conteúdos, quer na seleção de atividades.
4. *Os Curricula Programáticos devem ser interativos*. Os conteúdos devem abandonar o seu caráter clássico e serem “elementos de significado” porque esta é a “aprendizagem significativa”, pelo que será também privilegiado o desenvolvimento das aptidões próprias do hemisfério direito do cérebro (Pink, 2010) através dos *seis sentidos de comunicação*: as mensagens orais, escritas ou em imagem, deverão ter *design*, sentido, sinfonia, diversão, história e empatia. Esta abordagem estimula a atenção e a neuroplasticidade.
5. *Os conteúdos constroem-se a partir de objetivos* previamente formulados, abordando contextos (problemáticos ou não) a que os idosos aludam: desde as necessidades e expectativas, às suas motivações menos expressas, por inibição ou falta de vocabulário aprendido.
6. *Parte-se do princípio que não serão bem-vindas quaisquer tipos de dependência* dos idosos relativamente aos gerontogogos. Será respeitado o tempo e o ritmo dos atores educativos. De todos. Quer para o exercício de aulas quer para os momentos reflexivos e

de aplicação de atividades. Este ponto é essencial para dar espaço e “aceitação empática” a quaisquer défices de natureza sensorial, cognitiva, de compreensão ou até de mobilidade e de função biológica.

7. *Serão atenciosamente respeitados os tempos* necessários de sentar, levantar, mobilizar-se na sala, refletir.... As particularidades de satisfação de necessidades básicas, como frequência para urinar, defecar, aquecer-se, tapar-se, mudar de posicionamento, horários de medicação, disponibilidade de líquidos ou pequenos “*mimos de sabor*” como um bombom ou um leite morno, ou mesmo até espaço para concentrar-se e motivar-se, devem tomar a primazia na atitude do gerontólogo. Sem esta componente assegurada não há Gerontologia, e é por isso que este deve ser também e necessariamente o lugar do gerontólogo. Só este possui exatamente compreensão e conhecimento do processo do envelhecimento, os seus metabolismos e funções fisiológicas alteradas (não patológicas), bem como as necessidades de readaptação a um novo “estar confortável” neste espaço adaptativo.
8. *A motivação dos formadores assenta no conhecimento destas características dos idosos*, o que lhes possibilita não só a compreensão das suas atitudes, como lhes permite ter uma atitude de antecipação perguntando por exemplo. “*Quer ir à casa de banho?... Aceita um chá quente?... não é melhor uma almofadinha?... quer ficar mais perto da janela?... precisa de mais luz?...* “. É esta atitude que se torna propulsora e exploratória do potencial do idoso e a que favorece a integração e o crescimento e que portanto dá fluxo às relações interpessoais, e sobretudo, às intrapessoais.
9. *A personalidade dos formadores*, foi identificada em estudos anteriores (Peloso Lima, 2001), como a variável determinante no processo. Assim, coloca-se a capacidade animar grupos (Aguilar Idañez, 2004) de sentir e expressar sentimentos de felicidade como base intra relacional: o afeto, a consideração e a solidariedade como ferramentas de relação e da autoestima. Quando valorizados os idosos são altamente produtivos e criativos.
10. *Um idoso que sente a compreensão e a importância de sua experiência, vive*. No sentido de *well being*. Num propósito final: reflita-se acerca da formação dos gerontólogos: que bases teóricas e metodológicas têm estruturado a sua formação? Sem mais argumentos, pensemos no que Sáez e Escarbajal (1998) advertem:

“... a formação (...) nas universidades da terceira idade deve partir das necessidades sugeridas pelos próprios idosos, sob pena de ser

pouco significativa para eles. Os programas (...) para idosos devem partir (...) de suas necessidades. Os alunos devem ser parceiros na elaboração desses programas. O que caracteriza a busca desses cursos pelos adultos maduros e idosos é a fruição, o gosto por aprender, a realização de sonhos e projetos de vida adiados, a necessidade de se sentir vivo, ativo, atualizado e inserido na sua comunidade ...”

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA II:

Métodos e Técnicas pedagógicas.

Se os Métodos são as estratégias do formador, ao nível da didática, as táticas são as Técnicas formativas de que se serve, para suscitar no formando um ou diversos comportamentos de aprendizagem. A Técnica deve ser metódica e refletida. Em Gerontologia como em qualquer outra área do exercício do processo de aprendizagem, tem que respeitar: os domínios ou áreas do saber evoluir (saber-saber, saber-estar, saber-ser e saber-fazer), conforme poderá ser apreciado e selecionado através do Quadro 1; e os Objetivos previamente formulados.

Quadro 1. Técnicas pedagógicas relativas às metodologias ativas

Técnica Pedagógica	Saber-saber	Saber-fazer	Saber-ser
Autoscopia	😊😊		😊😊
Bainstorming		😊😊	😊
Cochicho		😊😊	
Fórum	😊😊	😊	😊😊
Demonstração	😊😊	😊😊	
Incidente crítico		😊	😊😊
Role playing	😊😊	😊😊	😊😊
Lição	😊😊		
Técnica de Perguntas	😊😊		😊😊
Simulação		😊😊	😊😊
Seminário	😊😊		😊😊
Philips 6/6	😊😊		😊😊
Análise de Textos	😊😊		😊😊
Técnica de Perguntas	😊😊		😊😊
Colóquio	😊😊	😊😊	
Conferência	😊😊	😊😊	
Discussão em Grupo	😊😊	😊😊	😊😊

Fonte: Modificado de Mão-de-Ferro, 1999.

Se forem selecionados **métodos passivos**, há que atender às especificidades dos princípios atrás defendidos. Todavia, poderão ser úteis, pelo que poderemos optar por:

- 1. Os Expositivos:** *são quase sempre orientados para a área do Saber-saber e privilegiam a informação debitada para memorização. Não devem ser os mais frequentes em Gerontogogia, mas tornar-se-ão necessários se o assunto for de caráter transmissivo unilateral, cuja autoridade (no sentido de autor+idade, por oposição a autoritarismo) do formador, será a fonte do que se expõe, por exemplo um apresentador ou executor de algo (por exemplo, fabricante de alfaias ou investigador em matéria de envelhecimento ou rejuvenescimento). Pode resultar prático, porque um grupo alargado pode aceder ao conhecimento em sessões coletivas, mas deverá haver no espaço aula, um gerontólogo ou gerontogogo, para parcializar a comunicação segundo high touch e high concept (Pink, 2010), nomeadamente com design e sinfonia. Mesmo assim, nestas apresentações, há que reduzir alguns constrangimentos: a aquisição pode ser muito variável, os formandos assumem o estatuto de recetores, a relação tem tendência a ser de caráter formal e os tempos de preleção têm tendência a serem constantes, o que diminui a disponibilidade temporal e afetiva de intervenção do idoso. Aqueles, cuja acuidade auditiva e visual não ajuda, e por isso correm o risco de não compreenderem a mensagem, deverão ser colocados em atividade de recuperação em estratégia ativa.*
- 2. Os Interrogativos:** *desenvolvem as áreas do saber-saber, e do saber-ser. Se os conteúdos forem mais facilmente desenvolvidos, até no sentido de poder tornar-se mais divertido, poderemos implementar um espaço de questões simples do tipo “ping-pong” de saber. Este método é usado em situações específicas para desenvolver capacidades cognitivas, pensamento independente e ativo, pelo que sensatamente usado, é estimulante da neuroplasticidade, desde que o contexto comunicacional seja de diversão e empatia (Pink, 2010), num ambiente descontraído e de descoberta, e, para aplicação prática evidente e imediata.*
- 3. Os Demonstrativos:** *essenciais para as áreas do saber-saber, e do saber-ser. Tornam-se bastante úteis em Gerontogogia, para apresentação de como fazer tarefas do tipo exibitivo técnico (para exemplificar os acessos ao computador, ao telemóvel, a uma máquina fotográfica ou eletrodoméstico...), também como método funcional em tarefas manuais ou psicomotoras: para apresentar o manobrar de agulhas (bordado em tecido, em tela ou picotados, ou ainda em malha ou tricot), para exemplificar como apertar botões, usar pincéis em tintas, em tela ou outra atividade do quotidiano.*

Se forem selecionados os **métodos ativos**, é importante saber que, dependendo da estratégia usada, qual a área do Saber que desenvolvem e como podem ser adaptados em Gerontologia. Partindo das áreas do saber evoluir (Mão-de-ferro, 1999), poder-se-ão selecionar, por exemplo:

1. *Saber-saber: esta área diz respeito à aquisição do conhecimento, mas em contexto de metodologia ativa, ocorre por iniciativa do sujeito. Também aqui é estimulante da memorização, mas como o envolvimento do educando conduz o processo, se for repetido e progressivo é promotor da plasticidade cognitiva. As Técnicas Pedagógicas poderão ser: o Ensino Autodidático, em que o percurso de pesquisa ou tarefa é feito em torno do e pelo formando; o Ensino Participativo em que os conteúdos podem ser desenvolvidos em grupo ou com técnicos específicos, em contextos de aula-laboratório, ou até no terreno, como por exemplo a visita de cidades com um Guia historiador ou a uma fábrica, com a participação de alguns formandos em alguma informação pré adquirida); Método da Descoberta, é aplicado com uma pesquisa orientada, através de uma temática ou palavra, de um autor ou imagem, usando uma ferramenta como o Google, para aceder a conteúdos online. Também poderá ser usado o Ensino Programado, partindo dos temas dispostos em Sumários pré organizados, e o grupo com o gerontólogo, fazem a seleção de prioridades ou apenas escolhem temas: ou porque são mais divertidos, ou necessários, ou porque alguém quer saber algo mais a esse respeito. A Lição, é uma técnica exclusiva desta área, razão porque deve ser evitada, e se ocorrer deve haver no fim uma forma interativa, de regressar aos conteúdos para tentar introduzir um percurso de mapa mental acerca do assunto.*
2. *Saber-ser: é a (re) aprendizagem mais demorada, em termos de percepção do formando e do formador. É normalmente usada para modificação de atitudes por excelência, e tem um potencial fortemente reflexivo, senão modificador do comportamento do sujeito. Todas as Técnicas – desde que privilegiem a dialética e a horizontalidade de estatutos – são passíveis de ser exploradas, desde que tenham um coordenador ou gestor de grupo. São normalmente momentos prazerosos para a maioria dos idosos, sendo que, aqueles que por apatia ou reserva de carácter se omitirem, deverão ser estimulados. Como? É aqui que faz sentido a palavra!*

As competências de Comunicação Tomam Lugar:

Além de tudo o que é sabido acerca do assunto, ficam aqui duas ideias:

1. *A comunicação não-verbal é mais poderosa e profunda que a verbal: o que o corpo diz, nada mais o diz, e portanto, percebemos a verdade*

através da gramática expressiva corporal e facial. Estejamos atentos ao nosso manancial de expressão de silêncios, de ritmos de esgares e de exclamações. Os idosos sabem esta matéria de cor.

- 2. A comunicação verbal deve ser rica, emocional e apelativa, razão porque esta formação deve ser específica para gerontólogos. Neste conjunto de técnicas, a comunicação deverá ser o que Pink (2010), define como os seis sentidos ou as seis aptidões próprias do hemisfério direito: Design, História, Sinfonia, Empatia, Diversão e Sentido. Por exemplo, considera que comunicamos com design, criando uma mensagem como algo que seja também bonito, original ou emocionalmente apelativo e não só informativo funcional. Explicar com história, é criar uma “boa narrativa em torno do artigo que se vende”, podendo isto ser desde um café até à informação de um conteúdo... com sinfonia, é apresentar um conjunto de mensagens (morosas e normativas) como um todo, em síntese, numa visão em puzzle abrangente, de tal modo que crie uma imagem transversal para aplicabilidades, colocando como exemplos: “o inventor; o criador de metáforas; o transgressor” (Pink, 2010), e como exemplo prático, “as empresas financeiras americanas que contratam poetas para lugares de gestão!” A empatia como a capacidade de falar e estar mas no sentido de compreender os desejos dos outros, de estabelecer relacionamentos e de mostrar interesse e preocupação com os outros. A comunicação com diversão, é como o nome indica, é estar com necessária descontração, e adianta “...quer maior exemplo que o google?...” (Pink, 2010). E comunicar com sentido – e que tem na Gerontogogia toda a pertinência - diz respeito a que já não chega possuir (riqueza material), há que “... procurar objetivos mais significativos: a transcendência, a realização espiritual e o sentido da vida.” (Pink, 2010). Faz todo o sentido que pensemos neste conjunto de ideias e as coloquemos em prática.*

Técnicas Pedagógicas, quanto mais Mistas mais Ricas:

Como técnicas ou estratégias pedagógicas (ver Quadro1) - nas quais se integrará o tipo de comunicação anteriormente exposta - poderemos selecionar:

- 1. Formação Centrada nos Participantes, sempre que se analisar ou discutir temas selecionados pelos idosos, ou experiências de vida para serem recordadas, poderemos mesmo fazer com um grupo “animado” (Aguilar Idañez, 2004), a técnica de Incidente crítico, uma Dramatização ou um Role Playing, para reviver algum contexto (pode ser positivo ou negativo) e usar essas técnicas para uma catarse ou um pequeno projeto a desenvolver, ou um comportamento a reorganizar;*

2. *Discussão em Grupo, sempre para qualquer tema em trabalhos de pequenos grupos, seja em matérias teóricas orientadas em pesquisa ou tarefas práticas. Pode resultar muito rico pela pluri abordagem e a entrada de várias pessoas.*
3. *Bainstorming – pode ser usado para selecionar matérias a abordar, escolher o tipo de atividades numa área de conteúdo, ou mesmo, se for possível, encontrar temáticas para trabalhos de Seminário com profissionais para uma Lição ou um Philips 6/6, para preparar um Fórum, ou até uma Análise de Textos acerca de um tema histórico para uma visita de estudo numa cidade.*
4. *Autoscopia – processo de auto observação, seja por análise descritiva inter grupo de idosos, seja por filmagem do grupo em atividades, deve ser sempre sob orientação atenta. Se a visualização for seguida de aconselhamento cuidado e sensato, pode resultar numa excelente ferramenta para ver e rever comportamentos, atitudes ou interações. É uma técnica cara, mas de grande utilidade, desde a correção de posturas comportamentais até às atitudes relacionais intra e inter pessoais.*

Saber-fazer: é a aplicabilidade da metáfora: “caminhante não há caminho, o caminho faz-se andando”, e com possíveis bons resultados, não só depois, mas sim já ao longo do processo. As estratégias poderão ser o Processo de:

1. *Aprender Fazendo em que o formando vai desenvolvendo a atividade sob orientação, para aplicação no quotidiano (utilização de uma ferramenta de Word, de um telemóvel ou de qualquer outro utensílio para o qual é necessário haver atualização, ou uma atividade artística como a pintura ou moldagem, ou mesmo qualquer atividade física. As atividades físicas musicadas (Maccadanza, 2007) têm aqui aplicabilidade com Demonstração primeiro do formador e depois de um ou sucessivos formandos;*
2. *Demonstração, de qualquer atividade, programada ou não, mas feita pelo próprio formando, para os seus colegas ou para o formador.*

Resta pontuar que em todas as ações de estratégia pedagógica, o idoso é o aluno, no seu estatuto de geronte, pelo que se pretende estimulação e sentimento de prazer. Deverá manter-se como participante ativo, observador, sendo convidado a colocar perguntas e a apresentar as suas opiniões. Necessitará, acredito de ser motivado, quer pelo ambiente emocional, quer pela exposição dos contextos, para estimular a sua perceção de problemáticas reais, e dessa participação deverá receber sempre um reforço. Este ponto é importante. A participação em *educere* deve ser sempre reforçada, comentada com naturalidade e ajustada a uma aplicação pertinente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aguilar Idañez, M. (2004). *Como animar um grupo. Princípios Básicos e Técnicas*. Petrópolis. Vozes.
- Almeida, C. & Veiga-Branco, M. (2011). Flow State – A Potential of EI. III International Congress of E.I. *Book of Abstracts*. University Library Rijeka. Pp. 65.
- Anastasiou, L. & Alves, L. (s/d.) *Estratégias de Ensino*. U. São Paulo. FFCL. Ribeirão Preto. Departamento de Química.
- Arden, J. (2010). *Modifique e Melhore o seu Cérebro*. Men Martins. Arte de Viver.
- Arends, R. (1997). *Aprender a Ensinar*. Lisboa: Mc Graw-Hill.
- Cachioni, M. & Neri, A. (2004). Educação e gerontologia: desafios e oportunidades. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. S. Paulo, v. 1, n. 1, 99-116.
- Cotman, C. & Berchtold, N. (2002). Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *TRENDS IN NEUROSCIENCES*, 25, 295-301.
- Damáso, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurobiologia do Sentir*. Men Martins: Europa – América.
- Damáso, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do Cérebro Consciente*. Men Martins: Europa – América.
- Doidge, N. (2008). *El Cerebro se Cambia a Si Mismo*. Madrid. Santillana Ed. General.
- Ferreira, P. (2007). *Guia do Animador na formação de adultos*. Lisboa. Presença.
- Fornis Vaquero, C. (2003). *Esparta: historia, sociedad y cultura de un mito historiográfico*. Barcelona. Crítica.
- Freire, P. (1982). *Ação cultural para a liberdade*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2004). *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Glendenning, F. (Ed.) (2000) *Teaching and Learning in Later Life: theoretical implications*. Aldershot: Ashgate.
- Hare, K. & Reynolds, L. (2003). *51 Instrumentos para Transformar a Formação*. Lisboa: Monitor.
- Haase, V. & Lacerda, S. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia da SBP. *Temas Psicologia*. 12 (1): 28– 42.
- Jardim, J. (2002). *O Método da Animação. Manual para o Formador*. Porto. Ave.
- Knowles, M. (1984). *Andragogy in action*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lemieux, A. (2000). Gerontagogy beyond works: a reality. *Education Gerontology*, 26, 475.
- Lopes, J. (2003). *Problemas de Comportamento, Problemas de Aprendizagem e Problemas de Ensino*. Coimbra: Quarteto.
- Maccadanza, R. (2007). *Manual de Alongamento Stretching*. Cascais. Arteplural.
- Mão-de-Ferro. A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa. Colibri.
- Moore, G. (2009). *Treine o Cérebro. Use-o ou Perca-o*. Alfragide. Publ. Europa-América.
- Pink, D. (2009). *A Nova Inteligência. Treinar o Lado Direito do Cérebro é o novo caminho para o sucesso*. Alfragide. Academia do Livro.
- Sáez, C. & Escarbajal, H. (1998). *La Educacion De Personas Adultas: En Defensa De La Reflexividad Critica*. Madrid. Amaru.
- Santos, G. (2009). *Introdução à Filosofia da Educação de Gabriel Perissé. Eccos - Revista Científica*, São Paulo, 11, 1, 283-285.
- Senge, M. (1990) *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*. New York. Doubleday.
- Tuckett, A. & McAulay, A. (eds) (2005) *Demography and Older Learners: approaches to a new policy challenge*, National Institute of Adult Continuing Education, Leicester.
- Veiga-Branco, M. (2004). *Competência Emocional*. Lisboa. Quarteto
- Veiga-Branco, A.; Correia, J.; Marques-Teixeira, J. (2011). Discursive Construction of Resilience as a Moderate Variable of Emotional Intelligence. *III International Congress of Emotional Intelligence. Book of Abstracts*. University Library Rijeka. pp. 109.

Vidal, M.; Domingos, M.; Marques, A.; & Gonçalves, J. (2010). *Abre-te Cérebro. Mentas que Brilham*. Parede. Ministério dos Livros. ISBN 978-989-8251-05-3.

Withnall A. (2002). Thirty years of educational gerontology: achievements and challenges. *Education and Ageing*, 17(1), 87-102.

Wolff, F. (2000). *Socrate*. Paris: Presses Universitaires de France.

CAPÍTULO 4 - O OLHAR DO GERONTÓLOGO

Márcio Vara

O envelhecimento é um fenómeno relativamente recente, pós Revolução Industrial, para o qual ainda procuramos respostas que nos permitam envelhecer com sustentabilidade, individualidade e humanidade.

Envelhecer hoje tem custos que começam a revelar-se elevados para as famílias e para o contribuinte. Assim, é imperioso estudar novos modelos de envelhecimento sustentável, adaptados à realidade atual, mas também pensados para o futuro muito próximo, em que é necessário assistir um número crescente de idosos, com diferentes metodologias e menores custos por idoso. Fruto destas necessidades, surge a Gerontologia, uma ciência que estuda e procura desenvolver respostas para as questões do envelhecimento. A Gerontologia assume-se como uma ciência multidisciplinar, que estuda as várias vertentes do envelhecimento e se propõe a atuar perante a pessoa idosa de uma forma integral.

O profissional Gerontólogo, com licenciatura como formação de base em Gerontologia, é inédito no mercado internacional, sendo Portugal pioneiro na formação destes profissionais. Contudo, a entrada destes profissionais no mercado não gera ainda consensualidade quanto à sua pertinência e funções.

Neste âmbito vou abordar a minha experiência pessoal enquanto gerontólogo e profissional de terreno, a qual inclui a experiência de intervenção na pessoa idosa no domicílio, nas instituições e na comunidade, em ambientes sociais e culturais tão distintos como o interior norte, o litoral norte e o centro litoral de Portugal, locais onde conheço idosos com diferentes níveis de poder económico, que vivem sozinhos ou com familiares. É exatamente a partir desta experiência que tenho desenvolvido o meu perfil de competências enquanto gerontólogo. Os conteúdos deste capítulo são fruto da minha experiência de mais de três anos de terreno, pelos quais assumo total responsabilidade.

O PAPEL DO GERONTÓLOGO

Olhando para as estatísticas do nosso país constatamos que só uma pequena percentagem dos idosos está institucionalizada (cerca de 5%). Constatamos também que as necessidades de institucionalização não estão completamente satisfeitas em termos de oferta. Verificamos ainda que estas respostas sociais, maioritariamente voltadas para a institucionalização, envolvem custos extremamente elevados, na ordem das várias centenas de milhares de euros, e que servem apenas uma pequena parte da população idosa. Pergunto, se por ventura não seria mais proveitoso começar a olhar com maior atenção para a restante percentagem de pessoas idosas presentes na comunidade, cerca de 95%?

Em Portugal possuímos uma oferta que costumo classificar de “oito ou oitenta”, isto porque, ou não existe uma resposta adequada para as necessidades do idoso, ou quando existe esta passa maioritariamente pela institucionalização, envolvendo custos demasiado altos para poderem ser suportados no médio e longo prazo. Possivelmente a solução passará por desenvolver respostas que se posicionem entre o “oito e o oitenta”, com menores investimentos e maior percentagem de população abrangida. Contudo não é fácil identificar essas soluções, até porque em grande parte ainda não existem, encontrando-se nesta vertente uma área de enorme potencial, criatividade e desenvolvimento para o gerontólogo.

Se considerarmos que na atualidade a reforma se situa nos 65 anos, e a esperança média de vida entre homens e mulheres ronda os 80 anos, temos um período de 15 anos do ciclo de vida para o qual não existe uma política de sustentabilidade e uma aposta clara, quando comparada com a do início do ciclo de vida. Claramente a pessoa idosa tem de ser mantida ativa e integrada na comunidade e na sua própria casa o maior tempo possível, pois é aqui que os custos dos cuidados que necessita são mais baixos. Para que isso aconteça é necessário investir em políticas

concertadas de prevenção do envelhecimento, ensinando a sociedade a saber envelhecer, quebrando a barreira dos mitos e dos preconceitos ligados à velhice. A prevenção reporta-nos para temas amplamente já abordados, como a alimentação, a atividade física, os hábitos de vida saudável, a preparação para a reforma, e os rastreios regulares de saúde. Se pensarmos bem, todas estas medidas tem um custo zero para a sociedade e para todos nós como contribuintes, mas de grande benefício para cada pessoa. Ora também não se faz prevenção só depois dos 65 anos, tem de acontecer bastante antes, com estratégias integradas no próprio Sistema Nacional de Saúde, pois todos os estudos apontam que é mais barato prevenir do que cuidar, para além de que, a este facto, ainda podemos juntar o evitar do sofrimento físico e psicológico do idoso e da sua família.

Uma vez mais o gerontólogo aparece como principal actor de um caminho totalmente por percorrer, pois é a pensar no futuro que poderemos solucionar alguns dos problemas da atualidade prevenindo os vindouros. Cabe ao gerontólogo estudar problemáticas, definir estratégias e apontar soluções para um envelhecimento mais sustentável. Faz todo o sentido que este se enquadre nas equipas de cuidados primários de saúde, para aí, sob a capa da credibilidade que as atuais equipas de cuidados primários possuem junto da comunidade, se poder apresentar como um profissional de saúde capaz de contribuir para o solucionar dos problemas dos idosos, os quais representam uma grande fatia dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde.

○ GERONTÓLOGO NOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Os cuidados domiciliários são sem dúvida um meio frutífero para o desenvolvimento da profissão do gerontólogo, pois o profissional depara-se com pessoa idosa, o seu meio habitacional, familiar, social e cultural, e diante todas estas variáveis inicia o processo da avaliação multidimensional do idoso. Desde logo uma característica que se mantém ao longo das avaliações que executei, que se situam já na ordem das centenas, é o tempo de duração, pois a média da primeira consulta de avaliação é no mínimo de duas horas. Primeiro é necessário que a pessoa idosa e a família consiga gerir melhor a carga emocional que situação vivenciada está a provocar. Em breves minutos, os idosos, contam-nos a história de vida, incluindo pormenores pessoais que, algumas vezes nem os próprios filhos têm conhecimento, só depois se consegue filtrar a informação que realmente é importante saber. Portanto, o velho hábito de nos sentarmos em frente ao idoso com uma série de escalas, um papel e uma caneta a fazer perguntas, está completamente fora de questão. Em

vez disso, desenvolvi uma grelha composta de vinte itens de avaliação do estado biológico, psicológico e sociológico, constituída por dez itens que abordam a vertente biológica, cinco a psicológica e cinco a social, avaliadas numa escala de um a cinco (ver Ferramenta para a Prática). Posteriormente realizo nova recolha de dados com instrumentos avaliação específicos (escalas) para os indicadores onde a pontuação foi mais baixa. Desta forma tornamos a avaliação inicial mais simples e eficiente.

Uma questão comum a todos os pedidos de intervenção no domicílio é que eles são desencadeados por uma perda de autonomia ou incapacidade da pessoa idosa resultante de um problema de saúde, quero com isto dizer que nenhum idoso ou familiar procura a prestação de serviços gerontológicos no domicílio por motivos psicológicos, como por exemplo a depressão, ou sociais, como por exemplo o isolamento. Contudo, a perda de autonomia carrega consigo alterações psicológicas como o sentimento de inutilidade, de culpa e até mesmo a depressão, atingindo por vezes o isolamento social. É aqui que o gerontólogo, após executar uma avaliação gerontológica inicial vai desenvolver estratégias de cuidado à pessoa idosa, designadamente: elucidar a família quanto à problemática que afeta o idoso; recrutar uma equipa de profissionais; formar os prestadores de cuidados; fazer um levantamento das barreiras arquitetónicas; propor o conjunto de ajudas técnicas adequado tendo em vista proporcionar o maior nível de integração a adaptação ao meio, de forma a potenciar a maior autonomia possível para o idoso. Todo este processo implica uma grande alteração na vida e no quotidiano da pessoa idosa e da família, por isso o gerontólogo tem um papel fundamental na gestão emocional dos mesmos, diminuindo-lhes a ansiedade. Depois tem um papel reeducador e formador, pois vai ter de ensinar e treinar o idoso a fazer uso das ajudas técnicas que foram implementadas, bem como adaptar-se física e psicologicamente à sua nova condição.

No mesmo processo o gerontólogo avalia, desenvolve a terapêutica e adapta estruturas para gerar autonomia e autoestima na pessoa idosa. Para isso pode recorrer a profissionais formais, informais, unidades de saúde, instituições para pessoas idosas, ao mesmo tempo que coordena o desenvolvimento de todo o processo e forma os intervenientes para a especificidade da problemática daquela pessoa idosa em particular.

○ GERONTÓLOGO NAS INSTITUIÇÕES DE IDOSOS

Outro ambiente natural de trabalho do gerontólogo é sem dúvida as instituições que prestam serviços de apoio a idosos, representadas sobretudo nas respostas sociais de centro de dia, serviço de apoio

domiciliário e lar. Em todas elas o gerontólogo assume-se como uma peça chave no garante de cuidados gerontológicos de qualidade, pois intervém ao nível da avaliação multidimensional do idoso, no respetivo planeamento junto da equipa multidisciplinar dos serviços a ser prestados a essa mesma pessoa, e na execução desses mesmos cuidados e serviços. Mais uma vez a avaliação assume um papel primordial para o planeamento dos cuidados a ser prestados. Por experiência pessoal, verifiquei em inúmeras situações, e em diferentes circunstâncias, que não existe um verdadeiro histórico das pessoas idosas institucionalizadas, e quando existe o mesmo não é partilhado com a restante equipa de colaboradores, e menos existe ainda um plano individualizado de cuidados centrado nas necessidades de cada idoso. É verdade que alguns destes planos individualizados são elaborados, mas encontram-se num armário fechados para simplesmente cumprimento de obrigações formais.

Apesar de nos últimos anos se ter verificado uma enorme evolução na qualidade dos serviços prestados, a maioria das instituições vê-se a braços com falta de quadros qualificados e de recursos humanos. Em muitas instituições não existem pessoas suficientes para poder prestar essa mesma individualização de cuidados, em que a desculpa mais comum é a falta de tempo, ou de recursos económicos para novas contratações.

Esta é uma questão que se deve sobretudo à pequena dimensão de grande parte nas nossas instituições de apoio a idosos, da qual resultam elevados custos fixos e de manutenção das estruturas, faltando depois orçamento para o mais importante, os recursos humanos. Uma outra questão é má gestão de tempo. A má gestão do tempo é transversal a todos os recursos humanos, mas coloco especial enfoque nos recursos mais qualificados, pois é nas mãos destes que assenta o papel de mudança dentro das instituições, tendo em vista ganhos qualitativos para os clientes idosos. Cabe aos quadros qualificados desenvolver estratégias de cooperação e liderança de equipas, nomeadamente das auxiliares de ação direta, a quem muitas vezes é apontado o dedo de falta de profissionalismo e formação, mas que, vem vistas as coisas, menos responsabilidades têm em todo este processo, e sem dúvida, são aquelas pessoas que mais trabalham dentro das instituições, ainda que muito poucas vezes sejam reconhecidas e homenageadas pelo trabalho que desenvolvem.

Sensivelmente em 90% das instituições com que trabalhei e trabalho, é notória uma quebra de contacto entre a gestão de topo e os trabalhadores, entre direção técnica e auxiliares. Não existe liderança, não existe espírito de missão; não existem objetivos comuns, não existe uma missão comum, partilhada e divulgada, não existe envolvimento

de toda a estrutura. É fácil perceber que os resultados são instituições desarticuladas, nem sempre com bom ambiente de trabalho, pouco motivadas, e com elevados índices de *stress* laboral. Ora tudo isto se reflete no produto final, a qualidade de prestação de cuidados à pessoa idosa. O gerontólogo tem a obrigação de mudar estes conceitos, pois a sua visão é mais abrangente. Terá de atuar junto da direção da instituição, unificando-a e motivando-a em torno de um objetivo comum; terá de fazer a ponte para a direção técnica e transpor os objetivos para a equipa de colaboradores, motivando-os, e preocupando-se com eles, pois é impossível prestar bons serviços ou cuidados sem uma equipa motivada para isso.

Só depois do gerontólogo conseguir suprimir as necessidades básicas da instituição, vulgo, direção, direção técnica, colaboradores, idosos e familiares, é que pode começar a desenvolver um projeto de cuidados verdadeiramente gerontológicos, com valor acrescentado para os seus clientes. O gerontólogo volta-se então para o idoso, estudando o seu perfil, motivações, objetivos, esperanças, necessidades e, claro, mostrando-lhe o caminho da autonomia, da individualidade, fazendo acreditar que é uma pessoa única, válida, que merece respeito, dedicação e atenção.

Aqui está demonstrado o valor do gerontólogo numa instituição, onde pode assumir um papel de notória plasticidade entre as suas competências de gestão da organização, de recursos humanos, de recursos materiais, de índices de motivação, de liderança, da promoção da sensibilização para a individualidade do idoso, de formação e coordenação das equipas. Estas características são únicas neste profissional, o que justifica ainda mais a sua contratação quando os recursos económicos são escassos pois engloba um conjunto extremamente abrangente de competências.

SERVIÇOS DE PESSOAS PARA PESSOAS

Cuidar de pessoas idosas, em toda a amplitude do termo, significa centrarmo-nos naquilo que é mais importante, o idoso. Para que isso aconteça é necessário investir nos intervenientes diretos, os cuidadores formais e informais, quero com isto dizer que, não raras vezes, assistimos à conceção de sumptuosas estruturas de apoio a idosos, que implicam enormes gastos e esforços financeiros, mas que se candidatam a ferir o orgulho de pessoas que tiveram uma vida de sacrifício e trabalho, ao não investirem no mais importante que são as pessoas que cuidam de outras pessoas. Quando reclamamos perante a falta de qualidade de um serviço, obtemos a resposta que não há meios para contratar mais pessoas porque as despesas já são muitas, então chego à conclusão que

as pessoas idosas, os seus familiares e inclusive, o próprio contribuinte, pagam paredes em vez de pagar serviços e cuidados. É necessário criar estruturas mais leves e eficientes, sustentáveis, onde se invista no que é mais importante, os profissionais que prestam cuidados, dotando-os das ferramentas necessárias para prestarem serviços e cuidados de qualidade.

Faz todo o sentido utilizar nas instituições de apoio a idosos, sejam de carácter particular ou privado, metodologias já utilizadas na área da produção industrial, ou mesmo nas unidades de saúde, centrando uma boa parte da atenção nos colaboradores. Um colaborador motivado produz mais que um pouco motivado, um colaborador que sente que a sua entidade empregadora se preocupa com o seu bem-estar dá mais de si aos que o rodeiam no ambiente laboral; um colaborador que é recebido com um sorriso no seu local de trabalho pelos seus superiores hierárquicos transmite mais carinho e amor àqueles de quem cuida. É necessário estabelecer dinâmicas de incentivo para os colaboradores, prémios de produtividade, terapias no trabalho, como terapias do riso, atividade física, convívio social, alimentação saudável, acompanhamento psicológico e reconhecimento do trabalho dos colaboradores. É importante valorizar o que as organizações de serviços para idosos têm de maior valor, os seus colaboradores.

EMPREENDEDORISMO SOCIAL

Cada vez é mais urgente tornar as organizações sustentáveis. As instituições de apoio a idosos não são exceção, pois o terceiro sector assume-se, cada vez mais, como um pilar de oferta de emprego no nosso país, logo, necessita de estar alavancado em bons planos estratégicos, com definições claras dos seus objetivos e garantir que os mesmos são transmitidos a toda a organização. Esta posição cabe sobretudo à gestão de topo, às direções, sendo elas do sector lucrativo ou não-lucrativo, pois são quem têm de dar o exemplo, e necessitam de estar esclarecidas, motivadas e conscientes das exigências que a gestão de uma organização apresenta, pois também elas precisam de formação e sensibilização para a problemática do envelhecimento, do contrário não poderão desenvolver uma gestão eficiente. É necessário dotar as respostas sociais de um carácter empreendedor, inovador, ou então não estarão preparadas para o idoso de um futuro próximo, mais informado e formado, com maior poder de compra, mais exigente e conhecedor dos seus direitos e deveres.

Mais uma vez centralizo aqui o importante papel do gerontólogo como visionário, formador e sensibilizador, tornando-se o principal motor da mudança para a prestação de serviços e cuidados de qualidade.

O gerontólogo é também um empreendedor por natureza, pois é um profissional que surge no mercado com valor acrescentado, que desenvolve novas técnicas e terapias, novas metodologias de trabalho, cria novas respostas e formas de atuação, reinventa as já existentes. É inovador perante o seu objetivo de trabalho. É absolutamente necessário que o gerontólogo se reveja neste papel e ganhe consciência da sua importância e do seu enorme valor, que deverá ser descoberto através do desenvolvimento de um trabalho metódico, persistente e informado, tal como um diamante em bruto que deve ser polido para poder brilhar.

O GERONTÓLOGO ENQUANTO TERAPEUTA

Uma das grandes dificuldades do gerontólogo é a criação da própria identidade profissional, e isto deve-se a fatores como a interação com outros profissionais, a falta de reconhecimento público da profissão, o medo de se assumir no mercado de trabalho e a dificuldade em transformar as competências adquiridas ao longo da formação superior em ferramentas de trabalho. Garantidamente que uma das maiores oportunidades para o gerontólogo é a vertente de terapeuta, desenvolvendo um conjunto de terapias gerontológicas, que, inicialmente, e no meu caso particular, se basearam na reabilitação geriátrica e nas terapias de estimulação cognitiva. Desde logo a reabilitação geriátrica apresenta-se como uma terapia de devolução da autonomia ou como a extensão e manutenção da mesma no tempo e no espaço.

A reabilitação geriátrica é um conjunto de planos de intervenção ao nível físico que tem como efeito colateral o aumento da autoestima, a diminuição do isolamento, a devolução do sentimento de utilidade e a manutenção da autonomia. Após a avaliação gerontológica inicial, desenvolve-se um plano terapêutico em sessões de 45 minutos, a desenvolver no domicílio do idoso ou na instituição de apoio a idosos onde reside, aplicada em três dias intercalados por semana, ou mesmo todos os cinco dias da semana. Para isso, a terapia deve enquadrar-se nos ritmos de vida diária do idoso. Estas terapias baseiam-se numa combinação de exercícios de desenvolvimento de força muscular e amplitude de movimentos, ao mesmo tempo que se vai ajustando e aumentando a carga do treino, motivando o idoso ao ponto de acreditar que consegue melhorar a sua condição sessão após sessão. Este começa a depositar toda a confiança no terapeuta gerontólogo, e é a partir deste ponto que o idoso responde positivamente a todos os desafios e exercícios terapêuticos que o gerontólogo lhe propõe. As terapias são personalizadas, traçando os objetivos que se pretendem alcançar, e diariamente, sessão após sessão, são efetuados os registos de cada sessão

de modo a construir um histórico da reabilitação.

Assim, de uma forma económica, com um investimento mínimo em equipamento, conseguimos devolver a autonomia à pessoa idosa, aumentar a autoestima, quebrar a solidão, fortalecer os laços sociais, retardar a dependência e devolver o papel do idoso no seu meio sociocultural.

Os resultados são positivos no domicílio e nas residências de idosos, e nestas o papel social do idoso tem enormes ganhos perante os outros utentes, ganhos esses que se refletem no imediato no estatuto social do idoso dentro da instituição. Também aqui o gerontólogo enquanto profissional externo goza de um ótimo acolhimento e abertura por parte dos idosos institucionalizados, mesmo relativamente aos profissionais da própria instituição, sendo uma boa aposta trabalhar como terapeuta prestador externo de serviços para as instituições de idosos.

Estas terapias têm a duração média entre quatro e cinco meses, findos quais o idoso recupera o seu papel ativo e deixa de necessitar das terapias, onde a própria decisão de já não precisar de reabilitação por ter recuperado a função é do próprio idoso.

Outra vertente do gerontólogo enquanto terapeuta situa-se ao nível da intervenção psíquica, ou seja as terapias cognitivas. Da mesma forma que existe uma perda de força muscular e de amplitude de movimentos com o avançar da idade, também as estruturas cerebrais vão perdendo as suas capacidades. As terapias cognitivas baseiam-se numa bateria de testes, já validados por outros autores, onde após a avaliação gerontológica inicial se definem as áreas de intervenção, desenhando um plano terapêutico, com objetivos específicos para as vertentes onde queremos intervir. De uma forma semelhante à reabilitação geriátrica, são calendarizadas sessões de 45 a 60 minutos, diárias ou intercaladas para fazer treino cognitivo de manutenção, de estimulação ou recuperação. Os resultados começam a ser visíveis ao final de um mês de terapias. Aqui o gerontólogo aparece como o profissional que intervém ao nível da manutenção e estimulação da memória, bem como ao nível dos processos de demências para retardar a evolução das mesmas e potenciar a manutenção da qualidade de vida.

○ GERONTÓLOGO COMO CONSULTOR

A consultoria gerontológica é uma área recente e com grande potencial evolutivo. Aqui o gerontólogo assume-se como um profissional capaz de intervir com soluções ao nível da pessoa idosa, com especial prevalência para os aspetos relacionados com a saúde, que como efeitos secundários

traz consigo alterações ao nível da interação psicológica e social. Aqui o gerontólogo desenvolve terapias, aponta soluções, acompanha a evolução e melhora estratégias.

Outra área da consultoria gerontológica é o aconselhamento de ajudas técnicas. As ajudas técnicas têm o propósito de proporcionar novas formas de a pessoa se adaptar ao meio, e também de adaptarmos o meio à pessoa. Por exemplo, a necessidade mais comum é a adaptação de uma casa de banho, onde normalmente se opta por substituir uma banheira já instalada, por um polibã com 8 centímetros de altura e 80 centímetros de largura e profundidade. Este é o maior erro que se pode cometer, pois além de mais dispendioso, não é eficaz, antes deve-se optar por uma cadeira de banho rotativa para uma banheira, mas geralmente há poucos profissionais no terreno que proporcionem estes conselhos uteis aos idosos e às famílias.

No que respeita à eliminação de barreiras arquitetónicas, o gerontólogo deve trabalhar em conjunto com *designers* e arquitetos, no desenvolvimento de espaços amigos do idoso que proporcionem mais autonomia em moradias, prédios habitacionais ou unidades de turismo. Por exemplo, são muito poucos os restaurantes que possuem os WC's situados sensivelmente ao centro da sala de jantar, com apoios sanitários, acessíveis a pessoas em cadeiras de rodas, com a iluminação indireta, com piso antiderrapante, azulejo de contraste para definição dos limites das superfícies, torneiras com sensores de movimento, acessos ao restaurante sem degraus, cardápios com letra de tamanho aumentado e com cores contrastantes.

O gerontólogo tem um papel primordial no desenvolvimento de novas estruturas para idosos, não só na arquitetura, mas sobretudo no desenho da estrutura de funcionamento, de novos serviços, na organização e formação das equipas e na sua manutenção.

Estes são aspetos facilmente constatáveis no nosso dia-a-dia que nos fazem pensar que o nosso meio envolvente ainda está pouco adequado para um país onde a população 65 mais deverá atingir os 30%.

O papel do gerontólogo como consultor estende-se ainda ao *design* de ajudas técnicas, dado que as patologias estão a evoluir constantemente e a forma de transpor as perdas de autonomia também. É necessário haver quem indique aos fabricantes as características específicas e detalhadas dos novos produtos tendo em vista as necessidades dos idosos.

Um papel muito particular reserva-se às novas tecnologias, no desenho de aplicações acessíveis via *internet* móvel, capazes de monitorizar a pessoa idosa à distância, oferecendo um conjunto de serviços não presenciais, como consultas gerontológicas via videoconferência,

terapias de ocupação e de mobilidade física através de uma *web cam*, pois o acesso às novas tecnologias é cada vez mais comum na nossa população.

O GERONTÓLOGO E O TURISMO SÉNIOR

Portugal, pelas suas características naturais, assume-se cada vez mais como um destino de eleição ao nível do turismo. Boa gastronomia, sol, e destinos de eleição atraem cada vez mais turistas, nacionais ou estrangeiros, sobretudo do norte da europa, que vêm para o nosso país passar férias, e alguns acabam mesmo por ficar cá a morar, concentrados sobretudo em zonas como Cascais ou o Algarve. Dado que a maior parte do poder de compra se situa em pessoas com idade superior a cinquenta anos, facilmente se depreende que elas constituem um importante segmento de mercado do turismo. Essas pessoas consomem produtos e serviços, serviços que terão de passar obrigatoriamente pelos serviços gerontológicos, pois a garantia desses serviços em hotéis, *resorts*, cruzeiros, aldeamentos são um garante de diferenciação competitiva para os operadores turísticos. Da mesma forma, os locais onde predominantemente se fixam os idosos que passam a viver em Portugal são um mercado potencialmente fértil para o gerontólogo.

CENTROS GERONTOLÓGICOS

No seguimento do desenvolvimento de novas respostas para a comunidade no âmbito da gerontologia, seria pertinente a criação daquilo a que chamo Centros de Terapias Gerontológicas. A ideia seria a de criar um espaço com horário de funcionamento alargado, com abertura às sete da manhã e encerramento às vinte e duas horas da noite, onde seriam assegurados, por uma equipa de gerontólogos, um conjunto de terapias físicas e psíquicas, individuais e coletivas. Este espaço poderia também funcionar como um centro de dia ou ocupacional, com um pequeno bar, espaço para almoços em regime de *catering*, um espaço reservado para descanso em cadeirões reclináveis, WC's adaptados, biblioteca, sala de novas tecnologias e salas de consultas. Uma das grandes dificuldades das famílias é deixar os familiares idosos sozinhos durante o dia, assim poderiam ficar no Centro Gerontológico durante o dia, ou em parte do dia, onde os familiares os iriam deixar e buscar, ou para os mais autónomos, eles mesmos se deslocariam ao espaço para uma terapia física, como uma aula de ginástica, ou para tomar um chá com os amigos. O mesmo espaço deverá servir para fazer sessões de terapia cognitiva, por exemplo em doentes com demências como o Parkinson e o Alzheimer e outras demências, com sessões de 60 minutos, ou para fazer reabilitação geriátrica. Esta resposta deverá estar

também preparada para receber doentes oncológicos, onde a motivação e o reforço psicológico são a chave para doentes e famílias superarem a doença. Esta é uma resposta adaptada às necessidades das famílias e dos idosos, das patologias que são hoje mais comuns, e com custos de utilização bastante baixos. Aqui o Gerontólogo na sua polivalência de conhecimentos e competências é o profissional indicado para colocar estes centros diurnos em funcionamento.

SÍNTESE

O aumento da esperança média de vida é um marco evolutivo da história da humanidade que no último meio século se tem vindo a acentuar nas sociedades mais desenvolvidas. Contudo, este é um fenómeno nunca antes vivenciado, em que o número de pessoas idosas supera o número das pessoas mais jovens. Este envelhecimento das sociedades traz consigo benefícios mas também alguns problemas a resolver. Da necessidade em procurar respostas nasceu a Gerontologia, uma ciência nova, que começa a mostrar o resultado do seu trabalho, e um novo profissional, o gerontólogo, especializado no envelhecimento humano e no cuidado ao idoso. O gerontólogo é um profissional muito recente no mercado de trabalho, tão recente quanto inovador, munido de um conjunto de competências para intervir junto do idoso na sua multidimensionalidade enquanto ser humano, e também uma perspicaz capacidade de interagir no meio sociocultural e familiar da pessoa idosa.

Cuidar de pessoas idosas implica possuir capacidades de intervenção ao nível dos cuidados de saúde da pessoa, no campo psicológico e social, mas também existe a necessidade de compreender as estruturas de apoio para esta população e reinventá-las, pensando-as e projetando-as para as exigências do futuro. Uma grande parte do campo de atuação do gerontólogo está por explorar, não existe, pelo que terá de ser este profissional a demonstrar o seu próprio valor à comunidade, inovando, desenvolvendo novas ideias, novos projetos, novas metodologias de trabalho, desenhando novas estruturas, novos serviços, lançando desafios às instituições de idosos atuais e assumindo os destinos dos seus projetos, sem receio de arriscar a diferença, contribuindo para emancipar as estruturas já existentes e os profissionais com que partilha o seu contexto de trabalho.

O mais aliciante desta profissão reside no facto de o futuro do gerontólogo estar nas suas próprias mãos, através do trabalho, conhecimento, método, dedicação, capacidade de execução e de gestão emocional. Poderá fazer do seu futuro profissional aquilo a que se propuser.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

Instrumento de avaliação multidimensional inicial do idoso.

AVALIAÇÃO GERONTOLÓGICA INICIAL

Nome: _____
 Idade: _____
 Género: _____
 Estado Civil: _____
 Profissão: _____
 Âmbito residencial: _____
 Data: ____ / ____ / ____
 OTL: _____
 Contacto pessoal / familiar: _____ / _____
 Historial Clínico: _____



FORMULÁRIO	1	2	3	4	5
1. Grau de independência (CAPACIDADE)					
1.1 Marcha					
1.2 Equilíbrio					
2. Alimentação (CAPACIDADE)					
3. Continência (CAPACIDADE)					
3.1 Urinária					
3.2 Fecal					
4. Higiene (CAPACIDADE)					
4.1 Higiene pessoal					
4.2 Banho					
5. Vestir (CAPACIDADE)					
6. Falar (CAPACIDADE)					
7. Risco de Úlcera de Pressão					
8. Memória					
8.1 Orientação espacial/temporal					
8.2 Memória curto/longo prazo					
9. Auto – estima					
9.1 Imagem de si próprio					
9.2 Satisfação com a vida					
9.3 Risco de depressão					
10. Risco de isolamento					
10.1 Social					
10.2 Geográfico					
11. Proximidade familiar / cuidador					
12. Rede social de apoio					
13. Papel social					

OBS: _____

Grau de Avaliação: 1 a 5
 1 – Diminuído
 5 – Elevado

Assinatura do Profi. de Saúde

III ANDAMENTO

A RELAÇÃO COM A PESSOA IDOSA

CAPÍTULO 5 - ÉTICA E HUMANIDADE NO CUIDADO DO IDOSO

Fernando Pereira & Maria José Gomes & Ana Galvão

Imaginemos um barco de papel sulcando o oceano imenso em direção a portos desejados. Imaginemos que esse barco de papel é um ser humano e que o oceano imenso é a sua vida. Todo o ser humano carece de referenciais normativos que a cada momento o ajudem a encontrar os rumos certos da sua vida. A ética é um desses referenciais normativos, emparelhando com o direito, a cultura e a religião na aferição da conduta dos indivíduos. Estes referenciais normativos são todos igualmente importantes e incumbe ao indivíduo a tarefa de os interiorizar e aplicar nas suas práticas quotidianas. Todos estes referenciais emanam da interação social e da estrutura social, facto que lhes confere coerência e complementaridade, no entanto, também é verdade que podem entrar em contradição, como por exemplo: não visitar um familiar institucionalizado é censurável do ponto de vista ético, cultural e religioso mas não é ilegal. A ética deve então ser vista como mais um referencial normativo da conduta humana nem mais nem menos importante que outros referenciais normativos. A ética, todavia, suplanta os outros referenciais normativos pela sua universalidade e, também por isso, é de valor inestimável para a humanidade.

PARTINDO DO PRESSUPOSTO DA DIGNIDADE HUMANA

A dignidade humana é um referencial maior no cuidado do idoso e pode ser vista de três prismas distintos: filosófico, biológico e psicológico.¹

Do ponto de vista filosófico a dignidade humana implica o reconhecimento inequívoco do valor intrínseco do indivíduo. O valor intrínseco deriva da assunção de que o indivíduo possui interesses próprios enquanto ser único. É um valor sem preço, que repousa na racionalidade existencial e na ontologia. A qualidade ontológica resulta das características humanas, e só humanas, que possuímos, as quais são aprendidas, no sentido de partilhadas, ao longo de todo o ciclo de vida, no seio dos grupos humanos socializantes, como a família, os amigos ou os pares. A racionalidade humana, por sua vez, no seu sentido mais estrito, ou mais kantiano, permite a libertação do indivíduo face aos seus instintos, conferindo-lhe capacidade para se elevar acima das suas circunstâncias de vida e colocar questões sobre o sentido das mesmas. É a sua individualidade, a sua autonomia, a sua liberdade, que lhe induz a sensação de utilidade para si e para os outros.

Do ponto de vista biológico o dado fundamental é o reconhecimento de que não há nenhum determinismo biológico que possa aferir a dignidade ou indignidade do ser humano. Homens ou mulheres, pretos ou brancos, altos ou baixos, gordos ou magros, jovens ou idosos, bonitos ou feios, saudáveis ou enfermos, etc., todos são igualmente dignos. A qualidade biológica do corpo humano não altera a sua dignidade.

Por fim, do ponto de vista psicológico, o ser humano carece de ambiente afetivo que permita o seu desenvolvimento ótimo, como diria Erikson (1972). Os afetos fazem parte do património de saberes, valores e referenciais culturais e civilizacionais que devem ser disponibilizados a todos os indivíduos em todas as fases do ciclo de vida. Está aqui implícito o conceito de humanidade que será tratado no capítulo seguinte. A ausência de afetos positivos ou, pior ainda, a exposição à violência, instrumentalização, provação, privação, etc., podem levar à perda de dignidade individual e conduzir à “tolerância” coletiva com situações de indignidade, como é o caso das situações de racismo, machismo, chauvinismo, idadismo, entre outros.

TEORIAS ÉTICAS, PRINCÍPIOS ÉTICOS E PARECERES ÉTICOS

Várias teorias éticas podem ser usadas como referencial no cuidado ao idoso. Duas delas se destacam, no entanto, pelo seu valor referencial

¹ Esta conceptualização da dignidade humana pelo prisma filosófico, biológico e psicológico, é inspirada no documento de trabalho denominado “Reflexão ética sobre a dignidade humana”, editado pela CNEVC - Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999). Para além da sua finalidade filosófica e orientadora das práticas éticas, reconhecemos a este texto um grande valor pedagógico.

e universalidade da sua aplicação, designadamente o Utilitarismo de Jeremy Bentham (1748 – 1832) e o Racionalismo de Emmanuel Kant (1724 - 1804).

Jeremy Bentham sustenta a sua teoria no princípio segundo o qual as ações dos indivíduos são julgadas como moralmente corretas ou não conforme os resultados das mesmas se traduzam em mais ou menos felicidade, respetivamente (Bentham, 2002). Para os utilitaristas a felicidade é sinónimo de maximização do prazer, dos benefícios e das vantagens para os indivíduos.² Segundo Beckert (2002), esta teoria é hedonista, porque valoriza os prazeres físicos e materiais que são considerados inferiores aos prazeres morais e intelectuais; é holista porque salvaguarda os interesses do todo ou das maiorias em relação aos interesses das minorias ou do indivíduo, o que implica o “sacrifício” excessivo pedido ao indivíduo ou a minoria que não vê os seus interesses satisfeitos; finalmente, é consequencialista porque coloca a ênfase nos fins das ações em detrimento dos meios e da forma como as ações são levadas a cabo, ficando à mercê das dificuldades práticas em se avaliar quantitativamente a felicidade produzida pelas ações assim como todas as suas consequências boas e más futuras. Algumas práticas habitualmente observadas em certas instituições de idosos podem encontrar no utilitarismo estrito algum acolhimento moral, como por exemplo: os horários das refeições rígidos a que todos ficam obrigados; a porta da rua fechada à chave, por causa do risco de fuga de residentes com demência; o volume de som da televisão demasiado alto porque há idosos que ouvem mal. Tentando contornar estes problemas do utilitarismo estrito, Peter Singer (2002), sugere o utilitarismo das preferências, ideia segundo a qual o princípio utilitarista é válido desde os interesses dos indivíduos em causa sejam sempre salvaguardados, numa clara medida de proteção dos indivíduos mais vulneráveis e das minorias. Neste sentido o utilitarismo das preferências já colocaria sérias reservas às práticas anteriormente referidas, decidindo-se possivelmente pela sua reforma ou abolição.

Um outro contributo importante é dado pela teoria deontológica, ou racionalismo, desenvolvida por Emmanuel Kant, a qual está na base dos códigos de ética profissional. Kant (2011), em a *Crítica da Razão Prática*, começa por rejeitar a ideia de que o objeto último da moral seja a felicidade, como pretendem os utilitaristas, sustentado que a moralidade das ações se encontra no cumprimento escrupuloso do dever. Para Kant agir moralmente (eticamente) é agir por dever, desprovido de interesse próprio (negação da implicação) para obedecer a um mandamento racional (normas, protocolos, códigos, etc.) independentemente das

2 Este conceito de felicidade afasta-se totalmente do conceito de felicidade de Aristóteles (2004) que considera que a felicidade é sinónimo de virtude; sendo esta entendida como conhecimento dada pelo nível de conhecimento de razão abstrata que ajuda os indivíduos a estarem felizes consigo próprios e com os outros através da realização de ações boas.

consequências resultantes das ações. Esta ideia é equacionada pela expressão “agir conforme o dever e por dever”, isto é, não basta que as nossas ações sejam pareçam corretas, é preciso que o sejam de facto e que, ao executá-las, estejamos perfeitamente convictos de que estamos a cumprir o nosso dever de forma também correta. Esta ideia parece muito sedutora e suscetível de ser aplicável universalmente que é outra exigência do racionalismo de Kant, todavia este grau de racionalismo puro é inatingível pelo ser humano, dado que, este, na sua humanidade, transporta sempre a sensibilidade, a emotividade e a subjetividade. Ou seja, o estado de negação da implicação pessoal do indivíduo nas situações que ajuíza e nas ações que pratica na realidade não existe.³ Apesar destas limitações, como foi dito, o racionalismo continua válido como código geral de conduta e particularmente como referencial abstrato das práticas profissionais, por isso o invocamos tendo como horizonte as práticas de cuidados formais e informais dispensados aos idosos.

Existem outras teorias éticas com interesse para as questões dos idosos e do envelhecimento, mas que não desenvolveremos nesta obra. É o caso do contratualismo, que coloca a questão da representatividade e da defesa dos interesses dos indivíduos e dos ensinamentos contidos no movimento ecofeminista o qual se coloca do lado dos interesses dos indivíduos mais vulneráveis como é o caso de muitos idosos.

Centremo-nos agora na questão dos princípios éticos que devem referenciar as práticas. Para isso, dada a sua importância mister, invocaremos aqui alguns dos princípios éticos plasmados na DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005).

A declaração inclui um princípio que consagra a dignidade humana e os direitos humanos, os quais devem ser respeitados incondicionalmente e prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade e da ciência. Segue-se o princípio bem conhecido da maximização dos efeitos benéficos e da minimização dos efeitos nocivos, que reporta sobretudo para a condução de experiências científicas e para as práticas de cuidados médicos e de saúde. Relacionado com a questão da maximização dos efeitos benéficos constam igualmente da declaração o princípio da solidariedade e cooperação e o princípio da partilha dos benefícios designadamente dos avanços do conhecimento científico, exortando ambos à necessidade de atender aos indivíduos e aos povos mais vulneráveis e de menores recursos.

A DUBDH inclui também o princípio da autonomia e da responsabilidade individual; o princípio do consentimento informado; o

³ *Aliás, nem é de todo desejável que esta obediência cega ao dever, de facto, como teoriza Hannah Arendt (1963) no seu conceito de “banalidade do mal”, o ser humano, quando convicto de que está seguir uma disposição de origem superior (divina, ideológica, hierárquica, por exemplo) é capaz de proceder a atos de extrema crueldade e pensar que isso é normal e necessário face ao cumprimento do dever.*

princípio da vulnerabilidade e integridade da pessoa e ainda o princípio da proteção da sua vida privada. O denominador comum a todos eles é o reconhecimento inequívoco do valor do indivíduo enquanto ser único. Há em todos eles uma inspiração nos valores do humanismo e do liberalismo clássico, na salvaguarda de que o ser humano é um valor em si mesmo e portanto nunca pode ser instrumentalizado. Não é só o corpo que é protegido por estes princípios é também toda a existência filosófica e psicológica dos indivíduos. Este princípio, na linha do utilitarismo das preferências e do movimento ecofeminista já referidos, exorta à melhor compaixão ética perante aqueles que são mais vulneráveis, o que consideramos de importância mister no caso dos idosos, sobretudo daqueles que apresentam maior nível de dependências e fragilidades. A articulação entre o princípio da autonomia e do consentimento informado assume uma relevância mister no caso dos idosos, sobretudo daqueles em situação de dependência extrema ou demência profunda, dado que é essencial assegurar o consentimento é dado de forma inequívoca e consciente (Cole & Holstein, 1996). Os mesmos autores invocam a importância do envolvimento familiar no processo assim como a possibilidade de os idosos deixarem uma declaração antecipada (quando ainda estão capazes disso) sobre os tratamentos e práticas a que desejam ou não ser sujeitos.

A DUBDH consagra ainda os princípios relativos ao respeito pelas características étnicas, sociais e culturais dos indivíduos, exortando ao tratamento com justiça e equidade e ao evitamento de qualquer tipo de discriminação ou estigmatização. Está aqui implícita a universalidade da ética e dos procedimentos éticos que são causas maiores quer do utilitarismo quer do racionalismo, embora alcançadas por vias diferentes.

Por fim, uma referência ao papel da comunidade ética e da ciência. As comissões de ética e os pareceres éticos são essenciais ao nível da ética de decisão (ou ética clínica, como também é chamada), isto é, no momento da confrontação com os factos e as situações reais e particulares em que é necessário se proceder a um julgamento ético. Os julgamentos éticos devem corresponder a um ato participado pelos diferentes interessados e interesses em confronto. No caso dos problemas éticos com os idosos, a participação do idoso, da sua família e dos cuidadores formais e informais é desejável e deve ser procurada tanto quanto possível. Em Portugal a Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) é o organismo máximo que assegura a observação dos princípios éticos dentro da comunidade científica e técnica. A CNECV produz um conjunto vasto de pareceres alguns dos quais se relacionam de perto com a questão dos idosos, e que devem ser consultados no momento da decisão, designadamente: parecer sobre os Projetos de Lei relativos

às Declarações Antecipadas de Vontade (59/CNECV/2010); parecer sobre o Projeto de Lei n.º 788/X - Direitos dos Doentes à Informação e ao Consentimento Informado (57/CNECV/2009); parecer sobre o estado vegetativo persistente (45/CNECV/2005); reflexão ética sobre a dignidade humana (26/CNECV/99); parecer sobre os aspetos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida (11/CNECV/95).

Por sua vez a ciência desempenha um papel crucial ao nível do apuramento dos fatos verdadeiros que enquadram as situações particulares que estão sob escrutínio ético, sendo exatamente neste ponto que ética e ciência melhor se complementam. Não é possível chegar a decisões eticamente fundadas e moralmente corretas se baseadas em factos e informações falaciosas. Porém, apesar do valor inequívoco da verdade científica, a ciência não detém a exclusividade do conhecimento, dado que outras fontes de conhecimento se podem revelar uteis, como é o caso do senso-comum sobre as práticas, os usos e os costumes; neste particular o idoso e sua família constituem-se como um recurso de informação precioso que de forma alguma deve ser negligenciado.

HUMANITUDE, UMA FILOSOFIA DE CUIDAR AO SERVIÇO DOS IDOSOS

Uma filosofia dos cuidados: que possa ligar ciência e consciência; que nos interroge sobre o que é uma relação de cuidados entre pessoas. Com vista a não esquecer características preciosas que permitem ao homem sentir-se humano e permanecer humano aos olhos dos seus semelhantes...

O conceito de *humanitude*, proposto por dois antigos professores de ginástica, Yves Gineste e Rosette Marescotti, é uma noção de natureza antropológica, que nos leva a perspetivar as raízes da nossa condição humana, isto é, a nossa essência. Este conceito leva-nos a perceber as características que identificam o homem como espécie, que são indispensáveis à sua sobrevivência e ao seu bem-estar. Nas palavras de Albert Jacquard (1987), a *humanitude* «recobre o conjunto de oferendas de evolução que os humanos se deram uns aos outros no decurso das gerações, desde que têm consciência de ser e que podem ainda fazer um enriquecimento sem limite; é o tesouro de compreensão, de emoções e sobretudo de exigências éticas para si e para os outros que pouco a pouco desenvolvemos com a evolução». Neste sentido, distinguimos entre humanismo e humanidade. Referindo-nos ao primeiro como um conceito filosófico que nos mostra a importância do lugar do ser humano no mundo.

As particularidades da *humanitude* (Margot, 2010) têm a ver com a verticalidade, o olhar partilhado, a inteligência, a capacidade de

tocar o outro, o sorriso e o riso, o reagrupamento familiar, a refeição e a socialização. Estas características, que nos parecem banais na vida quotidiana, são essenciais para a nossa qualidade de vida e crescimento pessoal, reproduzindo-as de geração em geração. Este conceito visa *relembrar* estas particularidades aos cuidadores e profissionais de saúde no desempenho das suas funções profissionais e cuidados informais às pessoas idosas dependentes e doentes, de modo a acabar com a desumanização dos cuidados. O objetivo desta filosofia é promover uma reabilitação digna e melhorar as relações entre doentes e cuidadores, sejam eles profissionais ou informais. O conceito de humanidade remete-nos a visitar a condição de fragilidade humana sempre em busca de apoio e proteção.

Muitas vezes, os idosos são maltratados, ignorados e abandonados, onde os mais jovens olham para eles como inúteis e mesmo dispensáveis para a sociedade. Quando as pessoas idosas apresentam um fraco grau de autonomia e possuem uma doença crónica, este sentimento aumenta, enfraquecendo a autoestima do idoso, fazendo com que ele interiorize a ideia de inutilidade e de que já não faz falta a ninguém, pensando cada vez mais na ideia da morte. Esta frustração leva a que o idoso se sinta desprovido de qualquer dignidade e sentimento de pertença, desistindo da sua recuperação/tratamento.

A filosofia dos cuidados da *humanidade* traz uma metodologia útil para uma melhor consideração das pessoas idosas e das suas necessidades. Assim, esta assenta em «respeitar a pessoa como ser humano único, por inteiro (atingida pela doença, mas que tem forças de vida que é necessário utilizar, estimular ou reforçar). É respeitar a pessoa: nos seus gostos, necessidades, desejos, na sua história e nos seus hábitos, no direito à sua intimidade (o seu corpo, a sua casa, os seus objetos pessoais...), a fazer escolhas e tomar decisões livres e conscientes, no direito a ser ajudada a melhorar ou manter a sua autonomia, e no seu desejo de se superar, de bem-estar, de uma melhor qualidade de vida e de evoluir na sua Humanidade» (Instituto Gineste-Marescotti, 2011). Para isto ser possível o cuidador deve integrar técnicas e estratégias desta metodologia na sua prestação de cuidados diários. Técnicas que nasceram da observação e reflexão a partir de um permanente questionamento dos autores no terreno e posteriores estudos (Instituto Gineste-Marescotti, 2011). Uma simples modificação que o cuidador pode fazer e que faz toda a diferença para o doente, é a substituição da mão em garra para ajudar o indivíduo a sair da cadeira de rodas, por um gesto mais suave, permitindo a colaboração do doente sem esforço e sem a tentativa de ser agressivo com o cuidador (a mão em garra é percebida pelo cérebro como um ato punitivo/agressivo). Os autores têm particular interesse

em aplicar esta metodologia nos doentes idosos, doentes atingidos por AVC e nas suas capacidades cognitivas (Alzheimer e outros tipos de demência), doentes em coma, em fim de vida, devido às recuperações significativas, à melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar que a esta possibilita.

A aplicação da metodologia da *humanidade* assenta essencialmente em seis pilares (Margot, 2010): verticalidade, o toque, o olhar, o sorriso, a palavra, a relação com o outro e com a sociedade, os adornos.

O primeiro, por ser a característica que distingue o homem dos animais, Ginete e Marescotti (2011), defendem que o cuidador deve fazer os possíveis para manter o doente de pé, a andar, dado que, para além dos benefícios de saúde (funcionamento respiratório, muscular, das articulações, do coração, da circulação, dos ossos, entre outros) que a verticalidade traz ao indivíduo, faz com que este não perca totalmente a sua independência, elemento essencial para a sua qualidade de vida.

O toque é aqui abordado na forma de substituir o *toque utilitário* pelo *toque carinhoso* (Touboul, 2009), na medida em que o toque, como demonstração de carinho, por vezes, alivia mais o doente do que qualquer palavra. O contacto com a mão é uma forma de linguagem, mostrando a outra pessoa confiança, segurança, o sentimento que lhe prestamos atenção e que percebemos o seu sofrimento, em suma, que o estamos a apoiar, e isso, é o que o doente precisa sentir para ter forças para se recuperar. Um gesto afetuoso ou uma massagem de relaxamento às pessoas idosas são atos que os encorajam e os reconfortam.

Quando falamos do olhar, temos em atenção o olhar partilhado, face a face, olhos nos olhos. O olhar revela-se de muita importância, isto porque é no olhar dos outros que nos apercebemos quem somos e o que valemos, desenvolvendo assim a nossa identidade. Assim, se o olhar do cuidador for de apoio e segurança, o doente irá sentir-se valorizado e aceite, sentindo confiança para desabafar e mencionar as suas necessidades.

O sorriso e o riso aparecem aqui como uma “terapia natural”, na medida em que o sorriso manifesta compartilha, felicidade, prazer, confiança, bom humor, relaxamento, diversão. O riso é o remédio mais eficaz para combater o *stress* e relaxar, tendo o poder de curar certas doenças (Margot, 2010). Para além disso, possibilita desdramatizar as situações de sofrimento do doente, ajudando-o a restabelecer a sua autoestima e bom humor, sentindo-se mais alegre e mais fortalecido.

O poder da palavra é de especial importância, dado que a comunicação se revela vital na vida do indivíduo. O diálogo entre o cuidador e o doente é essencial para juntos, poderem estabelecer quais as melhores

estratégias para uma reabilitação de sucesso e para que o doente possa desabafar o seu sofrimento e temores em relação à doença e à morte, aliviando assim a sua tristeza.

A relação com o outro e com a sociedade também se revela um pilar fundamental na vida quotidiana do indivíduo, que, por ser um agente social, necessita da convivência em grupo, de se sentir amado, aceite pelos outros. Os idosos, pela sua situação vulnerável de dependência e doença, têm mais necessidade do contacto que as pessoas saudáveis e jovens, pelo que este deve ser uma preocupação do principal cuidador informal e sua família, sendo, por vezes, o único laço social que lhes resta.

Por último, mas não menos importante, o porte do vestuário e dos adornos são características essenciais na *humanidade* das pessoas idosas e doentes. Pela carga simbólica que o vestuário e os adornos possuem na nossa sociedade, contribuindo para construir a nossa identidade, determinando o nosso grupo de pertença e até o nosso estilo de vida e classe social, torna-se algo imprescindível da nossa condição humana, estes determinam *quem nós somos e como os outros nos percebem*. A falta destes componentes afeta a autoestima e a pertença identitária do indivíduo. Assim, o cuidador tem de, para além da higiene diária, ajudar o doente/idoso a vestir-se, combinando as cores, colocando um ou outro acessório, arranjar o cabelo, fazer a barba e aplicar um creme e uma maquilhagem discreta. Ao fazer isso, o cuidador está a elevar a autoestima do idoso/doente, na medida em que se sente um ser humano por inteiro, com boa apresentação, sentindo-se bem consigo mesmo e aceitável para a família.

Esta metodologia, bastante objetiva e simples de operacionalizar, estabelece paralelos entre o desenvolvimento das nossas capacidades humanas através dos tempos e das diversas vertentes da nossa vida atual. É orientada para o sentido profundo de ações/cuidados de saúde que prestamos ao idoso em situação de dependência. Mostra-nos como o olhar partilhado, o sorriso, o toque, podem ser fundamentais na comunicação e no relacionamento interpessoal. Mostra-nos também o poder da palavra como geradora de pensamentos e comportamento ao serviço do cuidar.

Como vimos, cuidar em *humanidade*, é ser solidário, é ajudar o próximo com dignidade, é ver o doente/idoso como um homem por inteiro, com necessidades, desejos, objetivos, limitações, defeitos e qualidades, é proporcionar bem-estar, equilíbrio e satisfação aos sofredores. Esta filosofia visa acabar com a desumanização dos cuidados de saúde verificados nas instituições, em que os cuidadores e profissionais de saúde apenas se preocupam com a cura da patologia em causa, esquecendo que

o ser humano é um agente social. Esperamos que a interiorização deste conceito eleve a qualidade da relação cuidador-utente e a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Terminamos este capítulo oferecendo duas ferramentas práticas: uma destinada ao cotidiano das interações pessoais e profissionais com os idosos; outra destinada a tomar decisões éticas de carácter mais permanente ou estrutural das práticas organizacionais.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA I:

Cuidados a observar para agir de forma eticamente correta e com humanidade com a pessoa idosa, seja no âmbito de uma relação pessoal ou de uma relação profissional.

1. *Procurar conhecer o idoso e a sua história de vida pessoal e profissional, dando conta das suas grandiosidades e vulnerabilidades. A melhor forma de o fazer é sentar-se simplesmente ao seu lado e ouvir, partilhar o silêncio se for caso disso, e falar e questionar quando necessário. Sempre sem pressas, aferindo o tempo e o ritmo pelo tempo e o ritmo do idoso. A informação assim recolhida pode ser derramada no dossiê individual do idoso e usada nas situações e na forma julgada conveniente.*
2. *Chame o idoso sempre pelo seu nome próprio e faça-o frequentemente. O nome próprio é um traço identitário fortíssimo, ouvi-lo confere reconhecimento existencial. Diminutivos ou alcunhas apenas em casos extremos de muita intimidade e cumplicidade, o que é raro verificar-se. No âmbito de uma relação profissional com o idoso jamais devem ser usados, dado que é obrigação do profissional olhar pela normatividade da mesma.*
3. *Mostre também algo de si. Mesmo no quadro de uma relação profissional estrita veja a interação com o idoso como um momento de partilha de conhecimentos, de saberes, de ideias, de desejos e de sonhos. Evite a atitude mineira de tudo extrair sem nada dar em troca.*
4. *Vigie as suas características pessoais de impulsividade, timbre e volume de voz, gestos, humores, entre outros. A relação com um idoso beneficia largamente de uma interação pautada pela tranquilidade e suavidade do trato.*
5. *Lembre-se que a atitude das pessoas em relação ao corpo e às formas e momentos de exposição do corpo estão fortemente relacionadas com a cultura e os valores geracionais. Qualquer procedimento que envolva a*

exposição do corpo, como a higiene e tratamentos, por exemplo, devem ser rodeados de todos os cuidados que salvaguardem a privacidade do idoso.

6. *O toque é um elemento importante da comunicação e da interação pessoal. Em geral o idoso aprecia que a pessoa que interage com ele o toque com carinho, o que normalmente é interpretado como sinal de afeto e de consideração, facto que potenciará a relação pessoal e/ou profissional entre idoso e cuidador. Caso o idoso rejeite esse tipo de interação a sua vontade deve ser respeitada.*
7. *Nunca termine uma conversa com um idoso como se fosse a última. Deixe sempre uma mensagem de retorno ou algum assunto para abordar depois. Desta forma o idoso perspectiva o futuro e terá a oportunidade de refletir sobre a conversa anterior facilitando a seguinte.*
8. *As implicações éticas e a estética do cuidado devem ser abordadas e integradas nos procedimentos de todos os cuidadores envolvidos, assim como da família do idoso (Hammerschmidt, Borghi, & Lenardt, 2006). Elas não podem ser entendidas jamais como uma componente menor do cuidado prestado ao idoso.*
9. *Quando tiver dúvidas sobre os procedimentos éticos a adotar não invente, antes questione quem possa saber ou simplesmente informe-se nos muitos meios atualmente acessíveis.*

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA II:

Passos a dar na conceção de decisões éticas sobre as práticas quotidianas profissionais e pessoais.

4. *Envolver na decisão todas as partes interessadas, designadamente idoso, família e cuidadores.*
5. *Solicitar o parecer da comunidade ética e científica; o que pode ser feita pela consulta dos pareceres éticos disponíveis e aplicáveis ou então recorrendo a opinião direta das comissões de ética das instituições.*
6. *Identificar os factos verdadeiros que enquadram a situação particular em discussão, recolhendo toda a informação útil de natureza científica ou outra.*
7. *Eliminar do processo factos falaciosos e relativizar opiniões pessoais e crenças.*
8. *Invocar os ensinamentos das teorias éticas aplicáveis.*
9. *Invocar os princípios éticos aplicáveis a situação particular em*

discussão, com particular destaque para a articulação entre o princípio da autonomia e do consentimento informado.

10. *Construir uma argumentação lógica-dedutiva, tão participada quanto o possível, que respeite os passos anteriores e que proponha uma decisão concreta sobre a atitude a tomar, ponderadas as vantagens e desvantagens assim como os riscos envolvidos.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Arendt, H. (1963). *Eichman in Jerusalem : A Report on the Banality of Evil*. New York: The Viking Press.
- Aristóteles. (2004). *Ética a Nicómaco*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Beckert, C. (2002). Introdução à Ética. Em *Bioética para as Ciências Naturais*. In H. Rosa (Ed.), (pp. 37-66). Lisboa: Fundação Luso Americana Para o Desenvolvimento.
- Bentham, J. (2002). *An Introduction to the Principles of Moral and Legislation*. Kitchener-Canadá: Bartoche Books.
- CNECV. (1999). *Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana*. Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa.
- Cole, T., & Holstein, M. (1996). Ethics and Aging. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 481-498). EUA: Academic Press.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Gineste-Marescotti, I. La philosophie de soin de l'Humanitude Retrieved 5 Dezembro 2011, from http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=39
- Gineste-Marescotti, I. (2011). *A Metodologia Gineste-Marescotti: cuidar em Humanitude* Retrieved 6 Dezembro 2011, from <http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html>http://www.humanitude.pt/?page_id=31.
- Hammerschmidt, K., Borghi, Á., & Lenardt, M. (2006). Ética e Estética: Envolvimentos na promoção do Cuidado Gerontológico de Enfermagem. *Revista Texto & Contexto de Enfermagem*, 15, 114-124.
- Jacquard, A. (1987). *Cinq Millions d'Hommes dans un Vaisseau* Retrieved 5 Dezembro 2011, from <http://perso.wanadoo.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html>
- Kant, E. (2011). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Edições 70.
- Margot, P. (2010). O conceito de humanitude: uma aplicação aos cuidados de enfermagem gerais. Retrieved from http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/O_conceito_de_humanitude_-_uma_aplicacao_aos_cuidados_de_enfermagem_gerais.pdf.
- Singer, P. (2002). *Ética Prática*. Lisboa: Gradiva.
- Touboul, K. (2009). *L'Humanitude, une philosophie au service des personnes âgées*, 5 Dezembro 2011, from http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/psycho_pour_tous/seniors/13418-humanitude-philosophie-service-personnes-agees.htm
- UNESCO. (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da UNESCO - Portugal.

CAPÍTULO 4 - A PROBLEMÁTICA DOS ESTEREÓTIPOS ACERCA DAS PESSOAS IDOSAS

Carlos Magalhães

A OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO DA IMAGEM SOCIAL ACERCA DAS PESSOAS IDOSAS/VELHICE/ENVELHECIMENTO

Poder alcançar a última etapa da vida (velhice) é um desejo de muita gente, contudo esse desejo por vezes parece contrastar com um sentimento de temor. As exteriorizações de uma cultura anti envelhecimento veiculada pelos mass media ganham maior visibilidade, enfatizando-se a juvenilidade em detrimento da velhice. Circulam os estereótipos de orientação negativa acerca das pessoas idosas, apontadas como pessoas doentes, dependentes, improdutivas, conservadoras, assexuadas, entre outros. Comumente ouvimos que em tempos passados a representação social acerca das pessoas idosas era cotada por uma imagem mais positiva, destacando-se um maior respeito para com as mesmas, atribuindo-se-lhes o poder da sabedoria e valorizando-se mais a sua experiência acumulada ao longo de toda uma vida. Consultada a bibliografia referente à história da velhice (Beauvoir, 1970/1983; Minois; 1987/1999, Carvalho, 1989; Granjel, 2004), deparamo-nos que desde os primórdios dos tempos a imagem atribuída às pessoas idosas

nem sempre correspondeu a uma visão positiva, dado que, tal como nos salienta Minois (1987/1999) “O lugar atribuído ao velho depende do contexto cultural geral: esta verificação observa-se em todas as épocas e os povos sem escrita são disso um exemplo” (p. 22).

Até aos finais da primeira metade do século XX não houve praticamente produção científica (estudos de investigação) acerca da percepção da imagem do envelhecimento, da velhice e da pessoa idosa, parecendo acompanhar o adormecimento da Psicologia referente à idade adulta e à velhice, contrastado pelo excelente desenvolvimento das Psico-logias referentes à infância e à adolescência. É somente a partir desse período, impulsionado pela pressão social e demográfica, bem como pelo crescente número de trabalhos de investigação acerca do envelhecimento, que surge um crescente número de investigações no âmbito do estudo das percepções dos estereótipos acerca das pessoas idosas.

O termo estereótipo foi já utilizado em 1922 pelo Jornalista Lippmann no seu livro “A opinião pública”, com o intuito de expressar o carácter condensado, esquemático e simplificado das opiniões. O autor definia os estereótipos como “imagens nas nossas cabeças” que visavam representar de forma simples as realidades complexas. Lippmann (1922) considerava os estereótipos como factualmente incorretos, rígidos e irracionais. Allport (1954) considera os estereótipos como crenças exageradas que auxiliam as pessoas a simplificar as suas categorizações, possuam ou não um fundo de verdade, são reforçados pelos mass media que continuamente os relembram e insistem sobre os mesmos.

Tendo por base diversos estudos relativos à imagem acerca das pessoas idosas, realizados pelos europeus e norte-americanos entre 1950 e 1964, Lehr (1977/1980) conclui acerca da sua consulta, que:

- a imagem caracteriza-se fundamentalmente por uma orientação negativa, predominando de forma injustificada os estereótipos e as generalizações;
- é essencialmente entre o grupo dos jovens que esta imagem se acentua negativamente, e onde ocorre uma maior discrepância quanto à percepção do comportamento real das pessoas idosas. Com o aumento da idade da pessoa que julga e avalia, aumenta a percepção de detalhes cada vez mais positivos acerca da imagem da pessoa idosa;
- a metodologia que coloca em maior evidência a imagem do idoso destaca que esta não depende somente da idade do indivíduo questionado, mas também da sua situação de vida (ex: bem-estar

físico, estado de ânimo, convivência ou não com idosos, distintas qualidades da personalidade).

No mesmo sentido, Marín, Troyano e Vallejo (2001), consultando as várias investigações efetuadas ao longo das últimas décadas, acerca de como a sociedade percebia a velhice, constataram que:

- da década 50 destaca-se a percepção do envelhecimento como um processo onde prima a decadência e a deterioração, sendo-lhe atribuída a responsabilidade pela perda de capacidades físicas e mentais, pelo aumento de achaques, pelo isolamento e irresponsabilidade;
- no início dos anos 70 mantém-se a imagem negativa, em que as pessoas idosas são percebidas como indivíduos passivos e intolerantes;
- depois da década 90, surgem já investigações (como por exemplo, as realizadas pelo Centro de Investigações da Realidade Social – CIRES) que apontam para uma mudança significativa dos adjetivos acerca das pessoas idosas, denotando-se uma maior visibilidade dos traços positivos do coletivo (percebidos como sábios, serenos e inteligentes), contudo persistem (em minoria) alguns estereótipos de cariz negativo (percebidos como torpes, enfermos e inúteis).

Ao longo dos tempos a estereotopia negativa foi contestada por vários autores (Lehr, 1977/1980; Palmore, 1988; Laforest, 1989/1991; Moragas, 1995; Belsky, 1999/2001; Tortosa & Motte, 2002), pois tais estereótipos não passam de falsas conceções que podem traduzir-se em barreiras à funcionalidade dos idosos, dado que influenciam negativamente o *status* social do ser-se idoso. A expressão de preocupação e de contestação para com estas erróneas generalizações tomaria maior visibilidade a partir da II assembleia mundial para o envelhecimento, realizada em abril de 2002 pelas Nações Unidas, na cidade de Madrid (Espanha), de onde surgiria um plano de ação internacional sobre o envelhecimento (Nações Unidas, 2002). Do plano emanado dessa assembleia destacamos a referência à necessidade de se promover uma imagem positiva do envelhecimento, cuja citação se apresenta:

Uma imagem positiva do envelhecimento é um aspeto essencial do plano de ação internacional sobre o envelhecimento. O reconhecimento da autoridade, a sabedoria, a dignidade e a prudência que são fruto da experiência de toda uma vida caracterizou normalmente o respeito com que se tratou os anciãos

ao longo da história. Em algumas sociedades, frequentemente desconsideram-se esses valores e se representam as pessoas de idade como obstáculos para a economia, devidas às suas crescentes necessidades em matéria de serviços de saúde e apoio. Mesmo que ela goze de saúde nos anos da velhice, a concentração da atenção pública na magnitude e no custo dos serviços de atenção à saúde, às pensões e outros serviços, promoveram uma imagem negativa do envelhecimento. As imagens que destacam o atrativo, a diversidade e a criatividade das pessoas de idade e a sua contribuição vital na sociedade devem competir com ela para despertar a atenção do público. As mulheres de idade vêm-se particularmente afetadas pelos estereótipos enganosos e negativos: em lugar de representá-las de forma que reflitam as suas contribuições, os seus pontos fortes, a sua imaginação e as suas qualidades humanas, são representadas como débeis e dependentes, o que reforça as práticas excludentes a nível nacional e local (Nações Unidas, 2002, p. 43).

Em Portugal, reportando-nos ao período pós II Assembleia Mundial para o Envelhecimento, Magalhães (2003) com o intuito de conhecer nos enfermeiros qual a imagem socialmente partilhada e ancorada acerca da velhice, aplicou um questionário a 200 destes profissionais, constatando através da análise de conteúdo o predomínio de uma imagem negativa acerca da mesma. A solidão foi o atributo de orientação negativa mais percecionado acerca da velhice (por 40% da amostra), seguido respetivamente por ordem decrescente de frequência, por mais cinco temas de orientação negativa: doença, dependência, limitação física, morte, limitação psíquica. Posteriormente, Magalhães (2008) procurou investigar a existência de estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança, tendo verificado que para o contexto espaciotemporal estudado, a amostra discordou maioritariamente com a maior parte dos estereótipos de orientação negativa. Apesar do predomínio da discordância, que vão de encontro aos objetivos preconizados pelo plano de ação internacional apresentado na II assembleia mundial para o envelhecimento, alguns dos estereótipos negativos persistem. As categorias de orientação negativa que mereceram concordância pela percentagem mais elevada da amostra referem-se a uma estereotipia de dependência da pessoa idosa (requer maior preocupação; necessidade de maior atenção; maior dependência; sofre mais de solidão que os mais jovens) e a uma estereotipia da decadência da imagem física.

IDADISMO: REPERCUSSÃO DOS ESTEREÓTIPOS SOBRE AS PESSOAS IDOSAS

Em 1969 foi introduzido o termo ageism (idadismo) por Butler (1969: 243), definindo-o como um processo de “estereótipos e discriminação sistemática contra as pessoas por elas serem idosas, da mesma forma que o racismo e o sexismo o fazem com a cor da pele e o gênero”. Para Palmore (1999), o idadismo traduz um preconceito ou uma forma de discriminação, contra ou a favor a um grupo etário. A discriminação pode ocorrer de uma forma pessoal por indivíduos ou institucional, traduzido pela discriminação para com os idosos, resultante da política de uma instituição ou organização (Quadro 1).

Quadro 1 – Tipos de Idadismo segundo Erdman Palmore

	Negativo		Positivo	
Preconceito	Estereótipos	Atitudes	Estereótipos	Atitudes
Discriminação	Pessoal	Instituição	Pessoal	Instituição

Fonte: Palmore, E. B. (1999: 19)

O preconceito é contra esse grupo quando se manifesta através de um estereótipo negativo ou através de uma atitude negativa para com o mesmo. A discriminação contra esse grupo manifesta-se através de um tratamento negativo para com os membros do mesmo. Os estereótipos são essencialmente cognitivos, enquanto as atitudes são essencialmente afetivas. Usualmente os estereótipos negativos levam a atitudes negativas e as atitudes negativas suportam estereótipos negativos. Para o autor, existem essencialmente nove estereótipos que refletem o preconceito negativo para com as pessoas idosas, são eles: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Frequentemente os preconceitos resultam em discriminação, que ocorre essencialmente: no emprego, em agências governamentais, na família, habitação (em especial, nas residências para idosos) e ao nível dos cuidados de saúde. Segundo o mesmo autor, tem sido dedicada menos atenção ao idadismo positivo dado que este não é prejudicial às pessoas idosas. São oito os principais estereótipos positivos a ele associado: a amabilidade, a sabedoria, o ser de confiança, a opulência, o poder político, a liberdade, a eterna juventude e a felicidade. A maioria das pessoas mistura atitudes negativas com algumas positivas, tal como nos cita Palmore (1999) com o seguinte dito popular nos EUA: “A velhice não é tão má quando comparada à alternativa” (p.40), isto porque a alternativa é a morte. A

discriminação a favor dos idosos pode resultar, de estereótipos positivos ou inclusivamente negativos (ex: o acreditar no estereótipo negativo de que a maioria dos idosos é pobre pode favorecer a atribuição de apoios à velhice). O autor destaca cinco áreas de discriminação positiva para com as pessoas idosas: economia, política, família, habitação e cuidados de saúde.

Como principais consequências do idadismo Palmore (1999) destaca-nos: a discriminação no emprego – recusa de contratação e promoção dos trabalhadores mais velhos, em prole da aceitação preferencial e promoção dos trabalhadores mais jovens; e, a aceitação da imagem negativa – as vítimas de preconceitos e discriminação tendem adotar a imagem negativa do grupo dominante, comportando-se de acordo com a mesma. Desta forma, define-se o que deve ou não fazer o idoso. Tal pode acarretar distintos custos pessoais nos idosos, como leva-los a evitar as relações sexuais, a evitar novas ideias, a serem improdutivos, bem como levar à conformidade social para com os estereótipos negativos do idadismo. Por sua vez esta conformidade pode resultar na redução da autoestima do idoso, das suas habilidades pessoais, bem como induzir a deterioração da sua saúde física e mental.

Segundo Tortosa e Motte (2002, p. 103) os estereótipos “minimizam as diferenças individuais e tendem a igualar todas as pessoas idosas, ignorando que cada idoso possui as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecimento”. Ainda segundo os mesmos autores, os estereótipos negativos afetam muitos profissionais que trabalham com idosos sem se aperceberem que podem repercutir-se negativamente sobre a autoestima do idoso, bem como sobre o desenvolvimento da sua personalidade. Num estudo elaborado por Montorio, Trocóniz, Colodrón e Losada (2002), verificou-se uma relação significativa entre os estereótipos dos cuidadores acerca das pessoas idosas e as suas atribuições para com o familiar de idade avançada que cuidam. A maior intensidade de relação ocorreu ao nível das atribuições de afeto negativo tolerável, verificando-se que quando os cuidadores categorizam os idosos como doentes, débeis e incapazes de se autovalerem, frequentemente percecionam estes mesmos termos acerca do idoso que cuidam. Por outro lado, verificou-se uma relação significativa entre as imagens dos cuidadores acerca das pessoas idosas e o bem-estar dos idosos que cuidam. A partir dos resultados encontrados os autores assumem a existência de uma relação entre os estereótipos negativos da velhice e as condutas de superproteção. Condutas que devido à perda de oportunidades (de prática) vão implicar uma diminuição de capacidade e consequentemente um aumento da dependência, que por sua vez reforçam a imagem negativa do cuidador acerca desta.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

Cuidados a observar para prevenindo/combater os estereótipos

1. *Atendendo ao referido anteriormente, evitar e combater a discriminação devido à idade deve constituir um dever cívico, pelo que tal pressupõe a eliminação e prevenção da reativação dos estereótipos de orientação negativa que teimosamente e injustificadamente se mantêm na sociedade atual. A evolução das sociedades deve contemplar sempre o respeito para com todos os seus membros, independentemente da idade que possuam.*
2. *A envolvimento da comunidade científica na abordagem de distintas temáticas gerontológicas/geriátricas, quer através dos mass media, quer através da realização de fóruns, jornadas, congressos, sessões abertas à comunidade, são de extrema importância para se desmistificar concepções erróneas e injustificadas.*
3. *Apesar de com o avançar da idade certas capacidades poderem sofrer de algum grau de deterioração (onde se destaca essencialmente as de índole biológico), outras mantêm-se estáveis e podem até mesmo enriquecer. Posto isto, devemos contestar piamente a unidireccionalidade e irreversibilidade das distintas capacidades, apresentando mensagens de heterogeneidade (variabilidade interindividual) e de multidireccionalidade próprias de qualquer grupo de idosos. **“NEM TODAS AS PESSOAS IDOSAS SE ASSEMELHAM”, seja fisicamente, seja em termos comportamentais...***
4. *Tal como ontem, hoje e amanhã o será, as pessoas idosas possuem um elevado potencial de contribuição como membros de uma sociedade, onde se destacam as suas capacidades, os seus valores, a sua experiência de vida, a sua sabedoria, entre muitos outros atributos. **“SIM, TODOS OS DIAS IMENSAS PESSOAS IDOSAS COMPROVAM O SEU ELEVADO POTENCIAL DE CONTRIBUIÇÃO”, no voluntariado, nas artes, na política, no cuidado intergeracional (Avós/Filhos/Netos)...***
5. *Avançar na idade acarreta transformações fisiológicas que podem lentificar determinados processos envolvidos na sexualidade genital (ex: lentificação no padrão de excitação, menor lubrificação no ato sexual, etc), contudo tal não significa tornar-se um ser assexuado, pois para além de muitas destas alterações poderem ser minimizadas em termos terapêuticos, segundo Sánchez e Ulacia (2005) podem surgir vantagens desta lentificação (ex: maior controlo sobre a ejaculação, maior sincronia com o orgasmo da mulher, etc.). Por outro lado a*

sexualidade vai para além do ato coital, podendo ser manifestada através de afetos como os beijos, as carícias, as massagens, etc. “AS PESSOAS IDOSAS NÃO SÃO ASSEXUADAS”, mesmo que sejam de idade muito avançada, mesmo que estejam doentes, mesmo que estejam institucionalizadas...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Beauvoir, S. (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa. (Trabalho original em francês publicado em 1970)
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson Editores Spain. (Trabalho original em inglês publicado em 1999)
- Butler, R.N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Carvalho, P. M. (1989). *A magia da idade*. Coimbra: Edição do Autor.
- Granjel, L.S. (2004). Apuntes para una historia de la vejez. *Monografias Humanitas*, 1, 21-26.
- Laforest, J. (1991). *Introducción a la Gerontología: El arte de envejecer*. Barcelona: Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1989)
- Lehr, U (1980). *Psicología de la Senectude*. Barcelona: Editorial Herder. (Trabalho original em francês publicado em 1977)
- Lippmann, W. (1922). *Public Opinion*. Consultado em 10 de janeiro de 2006, em Project Gutenberg: <http://www.gutenberg.org/dirs/etext04/pbpmn10.txt>
- Magalhães, C. (2003). *Representação Social da Velhice em Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, apresentada à Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Magalhães, C. (2008). *Estereótipos Acerca das Pessoas Idosas em Estudantes do Ensino Superior, no Distrito de Bragança*. Tese de Doutoramento em Gerontologia Social, apresentada à Universidade de Extremadura. Badajoz.
- Marín, M., Troyano, Y., & Vallejo, A. (2001). Percepción Social de la Vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 11 (2), 88-90.
- Minois, G. (1999). *História da Velhice no Ocidente: da Antiguidade ao Renascimento*. Lisboa: Editorial Teorema, Lda. (Trabalho original em francês publicado em 1987).
- Montorio, I., Trocóniz, M.I.F., Colodrón, M.S., & Losada, A. (2002). Dependencia y autonomia funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12 (2), 61-71.
- Moragas, R. (1995). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nações Unidas (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Consultado em 10 fevereiro de 2007, em Nações Unidas: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/54/PDF/N0239754.pdf?OpenElement>
- Palmore, E. B. (1988). *The Facts on Aging Quiz: a handbook of uses and results*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and Positive (2.ª ed.)*. New York: Springer Publishing Company, inc.
- Sánchez, F.L., & Ulacia, J. C. (2005). *Sexualidad en la Vejez (2.ª ed.)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Tortosa, J. M., & Motte, C. A. M. (2002). *Envejecimiento Social*. In J. M. Tortosa (ed.), *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

CAPÍTULO 7 - O OUTONO DE EROS: SEXUALIDADE E ENVELHECIMENTO

Rui Manuel Costa

Eros, Deus grego do amor, belo como ninguém, parece ser o exemplo perfeito para descrever a imagem de uma sexualidade predominantemente centrada num modelo de juventude, no vigor físico, na perfeição de um corpo, e de um desempenho que não admite falhas. Os mitos relacionados com a sexualidade perpetuam-se, e entre eles crê-se que, como no outono as folhas caem, também “lá para o fim da vida” a sexualidade deixa de existir.

A sexualidade no “outono da vida” tem permanecido arredada das preocupações relativas aos cuidados de saúde em geral, da saúde sexual em particular, e ignorada ou escondida por quem lida diariamente com idosos. No entanto, os números revelam o que, por desconhecimento, pudor, ou outro qualquer motivo menos prosaico, parecemos querer deixar esquecido.

Alfred Kinsey¹, no seu famoso relatório publicado em 1948, e apesar de toda a polémica em torno do mesmo, revelou ao mundo as suas pesquisas sobre a sexualidade humana, apresentando dados estatísticos

1 Alfred Kinsey, entomologista e zoólogo norte-americano, publicou, em 1948, o primeiro volume do seu relatório sobre o comportamento sexual masculino (*Sexual Behavior in the Human Male*) e um segundo volume, em 1953, sobre o comportamento sexual feminino (*Sexual Behavior in the Human Female*).

que influenciaram profundamente os valores sociais e culturais dos Estados Unidos na década de 1960 e, conseqüentemente, de todo o mundo ocidental, com a chamada “revolução sexual”². Os seus estudos mostraram que a vida sexual das pessoas com mais de 60 anos estava longe de começar a definhar com o passar da idade. Na sua pesquisa, descobre então que 95% e 75% dos homens com 60 e 70 anos, respetivamente, eram ativos sexualmente e que 70% e 55% das mulheres, casadas, com 60 e 65 anos apresentavam atividade sexual regular.

Os estudos de Starr & Weiner (1982) com uma amostra de 800 indivíduos, voltaram a mostrar números elevados no que diz respeito à prática de atividade sexual em pessoas com mais de 60 anos de idade. 92% dos homens com idades compreendidas entre 60 e 69 anos, 88% das mulheres entre os 60 e 69 anos e 90% dos homens e mulheres entre os 70 e os 79 anos de idade, tinham relações sexuais de forma regular.

Mais recentemente, Nodin & Margalha (2011) desenvolveram um estudo sobre a sexualidade em idosos, onde numa amostra de 316 indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 55 e os 96 anos, 47% mantinha uma vida sexual ativa (70,2% dos homens e 38,2% das mulheres), sendo que, do universo total de inquiridos, 28% dos homens indicaram que não mantinham relações sexuais devido a doença pessoal, 24% devido a perda de interesse e 24% devido à perda de parceiro. 45,3% das mulheres revelaram não ter relações sexuais devido à ausência de parceiro e 40,3% devido à perda de interesse.

No mesmo estudo, 40,8% não identificou alterações na sua sexualidade, sendo que, dos restantes, 49,7% considerou que as alterações se deviam à idade. 47,1% dos inquiridos avaliou o impacto dessas alterações sobre o bem-estar como neutro e 39,2% como negativo. 29,9% dos sujeitos revelou vontade em resolver as suas dificuldades sexuais.

Relativamente aos comportamentos sexuais dos 145 participantes sexualmente ativos, o estudo revelou que 78% davam as mãos, 83% abraçavam-se, 88% beijavam-se, 13% masturbava o companheiro, 11% masturbavam-se a si próprios, 27% praticava sexo vaginal, 6% sexo oral e 1% sexo anal.

Tal como temos dificuldade em olhar o sol diretamente e em falar da sexualidade dos nossos pais, também parece haver alguma dificuldade em falar da sexualidade dos nossos avós. “Lá para o fim da vida” o impulso sexual permanece ativo, transformado, sim, mas presente. O mito da velhice assexuada cai assim por terra. Não podemos de forma alguma ignorar estes dados, o fenómeno crescente do envelhecimento da população, obriga-nos a olhar de frente para a necessidade de estudar

e compreender melhor, entre outras coisas, a sexualidade do idoso.

A espécie humana, ao contrário de outras, possui algumas vantagens, entre elas, a capacidade de erotizar e de fantasiar sobre o outro. E isso faz parte do nosso equipamento de série. A sexualidade, a sua vivência, a sua expressão, que deverá ser independente da idade, é um elemento básico da personalidade que se adquire, e se aperfeiçoa durante a vida inteira. A sexualidade não significa somente genitalidade, não se restringe ao impulso sexual, mas compreende a interação destes aspetos com a afetividade e a relação interpessoal. Transcende o mero componente biológico, pois gera prazer independentemente do ciclo reprodutivo.

O CICLO DA RESPOSTA SEXUAL HUMANA

A existência de um qualquer estímulo psicológico ou físico gera um grau de tensão erótica, que desencadeia, de forma automática, um conjunto ou ciclo de reações que provocam a resposta sexual, que é semelhante em ambos os sexos, uma vez que os órgãos envolvidos têm a mesma origem embrionária e, consequentemente, são equiparáveis do ponto de vista anatómico e funcional.

Masters & Johnson descreveram-no, em 1970, e Helen Kaplan, em 1977, aperfeiçoou-o, acrescentando-lhe a “força motriz”, a chamada fase de desejo, que corresponde à vontade de estabelecer uma relação sexual, a partir de algum estímulo sensorial, memória ou fantasia (Marques et al, 2008). Embora a sucessão de acontecimentos, que podem adotar diferentes formas, dificulte a esquematização, o ciclo pode ser dividido em cinco fases, divisão, que funciona apenas como modelo ilustrativo das principais alterações fisiológicas e psicológicas que acontecem em homens e mulheres após um estímulo sexual positivo.

No entanto, precisamos de ressaltar alguns aspetos importantes relativamente ao ciclo da resposta sexual (Quadro 1). No que diz respeito à sua linearidade, pode dar-se como exemplo, o facto da excitação, por vezes, surgir antes do desejo. Ou seja, através da estimulação, pode ser provocada a excitação e o desejo da relação sexual ser uma consequência desse estímulo. Segundo Marques et al (2008), o “Modelo Circular de Resposta Sexual Feminina” descrito por Basson, em 2002, mostra que nos relacionamentos de longo termo, a mulher inicia a relação a partir de uma “neutralidade sexual”, atingindo graus crescentes de excitação, quando estimulada pelo parceiro, sendo motivada por exemplo, pela intimidade e ganho secundário do vínculo afetivo, e não necessariamente por motivos sexuais. Deste modo, explica o mesmo autor, a excitação antecipa-se ao desejo, verificando-se por exemplo que, para algumas

mulheres, é o desejo de intimidade que prevalece sobre o impulso. O desejo em si pressupõe estar disponível para interagir sexualmente e recetivo à vontade do outro.

Quadro 1- Ciclo de Resposta Sexual Humana

	Desejo	Excitação	Plateau	Orgasmo	Resolução
Homem	Provocado por um estímulo sensorial (audição, olfato, visão) e a memória de experiências eróticas ou fantasias.	É a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato. Corresponde à ereção peniana, pela vasocongestão da região genital.	Excitação contínua; prolonga-se de 30 segundos a vários minutos	É o clímax da resposta sexual. É uma descarga de intenso prazer que no homem pode, ou não, culminar na ejaculação. Sensação subjetiva.	As alterações corporais, sobretudo a vasocongestão pélvica, regredem de maneira mais ou menos progressiva. Período de calma e sensação de bem-estar. Início do período refratário.
Mulher	Provocado por um estímulo sensorial (audição, olfato, visão) e a memória de experiências eróticas ou fantasias.	É a estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato. Corresponde à lubrificação vaginal, pela vasocongestão da região genital.	Excitação contínua; prolonga-se de 30 segundos a vários minutos	É o clímax da resposta sexual. É uma descarga de intenso prazer. Sensação subjetiva.	As alterações corporais, sobretudo a vasocongestão pélvica, regredem de maneira mais ou menos progressiva. Período de calma e sensação de bem-estar

No que diz respeito ao orgasmo, consideramos que este não é o objetivo principal de uma relação sexual. Ele até pode não acontecer e a relação ser sentida como satisfatória. Aqui o envolvimento desempenha um papel fundamental. Note-se também que neste aspecto a visão masculina sobre o mesmo, quase que “obriga” a que ele aconteça, sob pena do sentimento de insatisfação se instalar. O desejo de agradar, que foi durante muito tempo esquecido pela figura masculina, volta hoje em dia a ser motivo de preocupação. Agradar ao outro deve significar então, dar prazer e receber prazer.

Inevitavelmente, ao longo do processo de envelhecimento, o ciclo de resposta sexual sofrerá alterações, que decorrem das transformações fisiológicas e psíquicas. Se as diversas fases que compõem o ciclo são coordenadas pela inter-relação dos sistemas neurológico, vascular e endócrino, fica clara a importância que um envelhecimento saudável tem para minimizar estas alterações, permitindo um desempenho sexual mais satisfatório.

REFLEXOS DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA SEXUALIDADE

Sant'anna (2003) descreve o envelhecimento como um conceito multidimensional, que envolve aspetos biológicos, psicológicos e sociológicos, sendo que, as características do mesmo variam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social), mesmo que expostos às mesmas variáveis ambientais.

Sobre este aspeto, Guerreiro e Rodrigues (1999) afirmam que o processo de envelhecer está associado a uma maior suscetibilidade física e emocional. A expressão dessas suscetibilidades encontra-se na dependência da complexa interação de fatores físicos, psicológicos, sociais, económicos e culturais, tornando o envelhecer, por um lado, um processo extremamente individualizado, e por outro, marcado pelos padrões socioculturais de uma época. A maneira como o grupo social encara a velhice, como interpreta os adoecimentos e como lida com a perspectiva da morte interfere, sobremaneira na vida de cada indivíduo, na sua autoimagem, na relação consigo mesmo, na sua capacidade de construir o seu próprio caminho, de se adaptar ao meio, ou transformá-lo em seu benefício, e na sua relação com os outros, idosos ou não.

A expressão comportamental da sexualidade está dependente dessas alterações. O envelhecimento do corpo, a perda da flexibilidade e da capacidade física, remete-nos para uma dificuldade com a autoimagem e com a heteroimagem. Olhar o corpo, que se transforma, que não responde da mesma forma, produz um sentimento de vulnerabilidade, que põe em jogo a capacidade de atração e sedução, e o sentimento de insegurança no contacto com o outro. Da mesma forma, o modelo de sexualidade dominante, centrado na genitalidade, na valorização social de uma imagem jovem e atraente, tem claramente uma influência negativa neste aspeto. A assimilação negativa das mudanças fisiológicas que vão afetar o desempenho sexual, a crença de que a sexualidade corresponde ao esquema ereção - coito, produz a ideia de que a não ereção pressupõe a ausência de sexo. No caso dos homens, esta fantasia, conduz ao medo do fracasso na relação sexual, com as inevitáveis consequências emocionais que daí advém.

A MULHER IDOSA E A SEXUALIDADE

Se a sexualidade feminina só agora começa a ser compreendida e estudada de forma mais aprofundada, tendo sido votada ao esquecimento durante décadas, a sexualidade da mulher idosa parece-nos ainda mais difícil de conhecer.

O climatério³, ou o final do período fértil, parece querer de alguma forma marcar a fronteira para o início de uma nova etapa. De alguma forma a mulher vai ter que se reposicionar, lidando com novas emoções e sentimentos relativos não só ao seu corpo, mas também à sua sexualidade, pressupondo um verdadeiro ajustamento psicológico. Neste aspeto, o conhecimento da sua própria sexualidade, e os fatores culturais e religiosos jogam um papel decisivo.

Anzieu (1989) referindo-se à mulher durante o processo de envelhecimento, diz que a infância, a adolescência, a juventude, a maturidade, e a velhice são marcadas no corpo da mulher por traços que definem um momento da sua evolução, da sua mentalidade de mulher. A plasticidade do corpo que se deteriora comunica-se ao Eu. O enfraquecimento do envelope corporal imbrica-se no envelope psíquico.

A mulher idosa parece então “desligar a ficha”, adormecer o desejo, trazendo consigo as restrições e os preconceitos que a cultura e a sociedade impõem à velhice no que diz respeito à vivência da sexualidade. Por vezes a culpabilidade aparece, quando esse desejo é trazido à consciência, aspeto este potencializado pela vigilância das pessoas mais próximas que parecem castrar, à partida, a manifestação de qualquer afeto onde a componente sexual esteja presente.

Segundo Lopes & Maia (1994), as mulheres, e incluímos aqui as idosas, têm o direito ao conhecimento de como funciona seu corpo, têm o direito de conhecer as causas e consequências de sua atividade sexual, de como agir para que essa atividade seja agradável, prazerosa e saudável, e eliminar a velha tradição da crença inadequada de que sexo é uma atividade destinada só a ter filhos, e que a satisfação sexual não é tão necessária para as mulheres como é para os homens.

Do ponto de vista da anatomia e fisiologia, na fase pós-menopausa, a mulher percebe as alterações nos genitais, na aparência corporal, e a modificação nas sensações durante as relações sexuais. Estas mudanças não ocorrem de forma súbita nem se apresentam do mesmo modo em todas as mulheres. Devido à quebra da produção de estrogénios, na fase de excitação, a lubrificação vaginal torna-se mais demorada, causando, por vezes, um coito doloroso. Da mesma forma a fase orgástica pode estar alterada, ou seja, existe a possibilidade de demorar mais tempo a atingir o orgasmo, ou necessitar de maior tempo de estimulação, pelo que estes sintomas podem aumentar pela falta de atividade sexual, sendo que a regularidade da sua expressão se mostra necessária para a manutenção da capacidade e conseqüentemente de um desempenho efetivo.

Mas se durante o processo de envelhecimento, a resposta sexual sofre as inevitáveis transformações, estas, não implicam necessariamente a

³ O climatério é o nome científico que descreve a transição fisiológica do período reprodutivo para o não reprodutivo na mulher. O período do climatério abrange a menopausa, que ocorre com a última menstruação espontânea.

extinção da sexualidade na vida da mulher. Novas oportunidades se abrem, para viver a sexualidade de uma forma mais descontraída. Liberta, por exemplo, da “fobia da gravidez”, muitas mulheres casadas ou numa relação, afirmam viver uma segunda “lua-de-mel”, onde a qualidade da relação se sobrepõe à quantidade.

O impulso sexual da mulher idosa, mantém-se intato, apesar de todas as modificações hormonais e fisiológicas, pelo que, a sua expressão, como dissemos antes, não implica necessariamente uma centralização nos genitais, mas antes na troca de afetos, na comunicação, na partilha da intimidade, que pode, ou não, ser direcionada para as práticas sexuais mais comuns. No entanto o sexo ativo prova que os seus corpos ainda são capazes de funcionar bem e causar prazer.

A capacidade de sedução não se perde, e aqui a forma como lidam com o seu corpo, dá pistas sobre a forma como lidam com a sexualidade. Veja se o exemplo das mulheres que, mesmo com o avançar da idade, procuram cuidar-se, procurando tornar-se atrativas aos olhos de outrem, ou mesmo para si próprias, aumentado a sua autoestima e consequentemente a sua autoconfiança.

Claro que a expressão desta sexualidade está também dependente da possibilidade da mulher ter um parceiro. Na sua ausência, por perda ou incapacidade do mesmo, muitas vezes, este desejo, parece ser sublimado, sendo que, o investimento recai nas relações afetivas com os familiares mais próximos ou em atividades socioculturais que vão permitir preencher o vazio da ausência do contato.

Seria, talvez, interessante refletir sobre a tendência do sentido de uma sociedade de mulheres idosas sem homens. Se contarmos que há mulheres que permanecem solteiras, outras que perdem os companheiros pelos mais variados motivos, até ao fato da dádiva da longevidade não ter sido igualmente distribuída entre os sexos, o resultado será um grande número de mulheres que vão viver sozinhas o seu processo de envelhecimento, e os seus últimos anos de vida. Consequentemente, as suas inseguranças básicas são reativadas, e como dissemos antes, sublimado o seu impulso sexual.

Masters & Johnson (1966) dizem-nos que privadas de saídas sexuais normais, elas exauram-se fisicamente num esforço consciente ou inconsciente para dissipar as suas tensões sexuais acumuladas e frequentemente não reconhecidas.

Definitivamente, a mulher idosa tem impulsos sexuais que procuram ser resolvidos. A sua capacidade sexual e o seu erotismo pessoal sofrem a influência indireta das condicionantes biológicas, psíquicas e socioculturais que resultam do seu processo de envelhecimento. Apesar

disto, Masters & Johnson (1966) afirmam que não há limite de tempo traçado pelo avançar dos anos à sexualidade feminina.

O HOMEM IDOSO E A SEXUALIDADE

A vivência da sexualidade do homem idoso é substancialmente diferente da sua correspondente do sexo feminino. Apesar disto tenta-se estabelecer uma analogia com a mulher, ao empregar-se o termo andropausa. Esta seria uma fase da vida do homem, caracterizada por um conjunto de alterações entre as quais a diminuição da atividade física e sexual, perda da massa muscular e da densidade do osso e perturbações do humor, motivadas pela diminuição da produção de testosterona. No entanto, no homem, não existem alterações tão marcadas como acontece na menopausa feminina, pelo que o termo andropausa pode muito bem não ser o mais adequado.

Ao longo do processo de envelhecimento, as maiores diferenças na resposta sexual relacionam-se com a duração de cada uma das fases do ciclo sexual. Isto é, o homem idoso apresenta mais dificuldades em obter uma ereção, é mais lento na penetração e na capacidade ejaculatória, necessitando de mais tempo para ejacular. O orgasmo também pode ser mais difícil de conseguir, sendo que outra das características presentes é o alongamento do período refratário⁴.

A capacidade sexual do homem idoso, bem como o seu desempenho, variam entre indivíduos. Obviamente, sofrem a influência direta de possíveis patologias agudas ou crónicas, e das alterações fisiológicas características do processo de envelhecimento. A sua história psicosexual, ou seja, a forma como viveu e experienciou a sua sexualidade influencia fortemente esta capacidade. O fato de manter uma atividade sexual regular durante a sua juventude, e ao longo do desenvolvimento, pode ser um indicador positivo na manutenção de uma sexualidade efetiva nos anos que se seguem, pelo menos até que isso seja possível do ponto de vista da sua saúde.

No homem idoso, o desejo sexual não apresenta grandes modificações, mesmo tendo em conta as alterações hormonais acima descritas. O desejo parece ser mais influenciado pelos fatores emocionais do que propriamente pelo estímulo hormonal.

AS DISFUNÇÕES SEXUAIS NOS IDOSOS

Uma disfunção sexual pode ser descrita como uma alteração em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual humana, que se manifesta

⁴ Após a emissão de esperma, ocorre um período de tempo, durante o qual o homem não consegue uma nova ereção nem orgasmo, variando este período de alguns minutos a várias horas, consoante a idade.

de forma persistente ou recorrente em qualquer fase da vida e que provoca algum tipo de sofrimento. Seguindo o ciclo podemos falar em perturbações do desejo, perturbações da excitação, perturbações ligadas ao orgasmo, e perturbações sexuais dolorosas.

Naturalmente, com o envelhecimento a resposta sexual humana decresce, ocorrendo um aumento na incidência das disfunções sexuais. Para isto contribui a intervenção das mudanças fisiológicas em inter-relação com os fatores psicossociais, juntamente com o aumento da prevalência de disfunções sexuais devidas a causas médicas, psicológicas e os efeitos secundários da medicação administrada no seu tratamento.

No entanto, apesar das dificuldades, devemos distinguir as mudanças fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, das alterações patológicas na atividade sexual causadas pelas diferentes doenças e/ou terapêuticas.

De entre as disfunções sexuais masculinas, a perda de ereção parece ser aquela que suscita mais preocupações. No entanto, muitas vezes ela pode ser confundida como apenas mais uma consequência da senilidade, levando a que não seja procurado tratamento para a mesma. Esta perturbação é multifatorial, sendo que os transtornos vasculares se encontram à cabeça. Outras causas podem incluir efeitos secundários de medicamentos como os anti-hipertensivos e psicotrópicos, álcool, transtornos metabólicos e endócrinos, neurológicos, e outras doenças sistêmicas que produzam debilidade ou dor.

Nas disfunções sexuais femininas, a dispareunia, ou coito doloroso, parece ser a queixa mais comum. Apesar da diminuição fisiológica da produção de estrogénios possa ser apontada como causa, existem outras perturbações sistêmicas que podem contribuir para agravar a situação (kaiser, 1996). A diminuição ou perda do desejo sexual é outra das queixas femininas mais prevalentes, provavelmente associada à diminuição da produção de estrogénios, e/ou a fatores psicológicos. Associada a isto está também a incontinência urinária, que é um transtorno muito frequente em mulheres idosas, com inibição do desejo e da resposta sexual. Kaiser (1996) aponta que numa grande percentagem, as mulheres que sofrem de incontinência urinária podem apresentar alterações na sua atividade sexual.

Entre as causas de disfunção sexual de origem psicogénica em idosos, as perturbações afetivas, como a depressão, são as mais frequentes. Da mesma forma o tratamento farmacológico utilizado contribui para agravar a situação, sobretudo os medicamentos que têm efeitos anticolinérgicos, responsáveis pela disfunção erétil no homem e pela diminuição da libido nas mulheres (Ballone, 2008).

As perturbações da ansiedade, do tipo pânico, fobias, ou ansiedade generalizada, podem também contribuir fortemente para as alterações do funcionamento sexual. Algumas patologias como as doenças pulmonares obstrutivas crônicas, infarto agudo do miocárdio e angina de peito contribuem, de forma indireta, para o aparecimento de disfunções. Segundo Ballone (2008) trata-se da diminuição ou anulação da atividade sexual por medo do agravamento destas doenças. De qualquer forma, sabe-se que a função sexual é influenciada pelas características psicológicas, sociais e culturais, pelo que, a história pessoal desempenha um papel relevante na sua expressão.

A MASTURBAÇÃO

A prática da masturbação é uma atividade integrante da sexualidade humana ao longo da vida, sendo que, durante a adolescência, com a descoberta do potencial sexual e das alterações hormonais, próprias desta etapa do desenvolvimento, a sua frequência possa ser maior.

O ato masturbatório tem a vantagem de permitir o autoconhecimento, contribuindo para uma vivência mais gratificante da sexualidade, além da libertação da tensão sexual. Este comportamento não significa apenas acariciar, tocar ou estimular os genitais, mas é extensível a outras partes do corpo sensíveis e agradáveis ao toque, com o potencial de provocar sensações de prazer, as chamadas zonas erógenas. Geralmente é acompanhada de fantasias que podem variar em assunto, em intensidade.

Culturalmente repudiada, a masturbação continua a ser uma prática, muitas vezes não assumida, sendo que se existente em idosos, parece ser ainda mais condenada, precisamente pelos preconceitos existentes sobre a mesma e os mitos relacionados com a sexualidade em geral, e a dos idosos em particular.

Na mulher idosa a prática da masturbação é tão mais prevalente se ela existiu em idades mais precoces, isto é, se este método foi empregue no alívio das tensões sexuais durante a adolescência e a idade adulta. Aqui, a personalidade, as crenças e a educação jogam um papel importante no início e na manutenção da prática masturbatória. A diferença para o sexo masculino parece ser bastante grande, uma vez que, culturalmente parece ser mais bem aceite o facto do homem se masturbar, mantendo o hábito até idades mais avançadas, muitas vezes como alternativa à falta de parceira disponível.

De qualquer forma pode haver um declínio na frequência desta prática com o avançar da idade, provavelmente por um conjunto de fatores que incluem a eventual presença de patologias ligadas ao aparelho urológico

ou ginecológico, ou outro tipo de perturbações que a impedem, bem como pela repressão social interiorizada, gerando muitas vezes sentimentos de culpa e vergonha.

No entanto, apesar de muitas vezes omitida, a masturbação permanece sendo uma prática regular. Um estudo de Kaiser (1996) revela que 74% dos homens e 42% das mulheres a praticam pelo menos duas vezes por mês. Um outro estudo mais recente realizado por Nodin e Margalha (2011), referindo-se aos comportamentos sexuais em idosos, mostra que, numa amostra de 145 indivíduos, entre os 55 e os 96 anos de idade, de ambos os sexos e sexualmente ativos, 11% praticam a auto masturbação e 13% a hetero masturbação.

Note-se que muitos comportamentos desajustados de hipersexualidade, sobretudo em homens idosos, se manifestam pela prática, por vezes compulsiva, da masturbação, a maior parte das vezes associados a processos demenciais e/ou psicopatológicos que deverão ser motivo de atenção.

A HOMOSSEXUALIDADE NO IDOSO

A população idosa de orientação homossexual sofre uma dupla estigmatização. Não bastando o fato de ainda ser considerada uma prática sexual desviante, em relação à norma heterossexual, acrescenta-se a idade como fator discriminatório. Enquanto a sexualidade dos idosos heterossexuais está ligada ao carinho e à ternura, a sexualidade dos idosos homossexuais parece estar ligada a estereótipos vulgares, sendo que o desvio comportamental se encontra à cabeça. Sobre este aspeto, esta etapa da vida pode muito bem ser um período de isolamento e desamparo social, a somar a todas as outras dificuldades já descritas anteriormente.

São raros os estudos que se debruçam sobre a prática homossexual em idosos, mas os que existem mostram que o processo de envelhecimento produz as mesmas mudanças sexuais em ambas as orientações. As suas relações e problemas fisiológicos não diferem muito dos que se encontram nos heterossexuais de idade mais avançada (Lewis, 1998). Como ilustração, numa pesquisa realizada por Nodin & Margalha (2011), sobre a orientação sexual num grupo de idosos com idades compreendidas entre os 55 e os 96 anos, 3,3% dos homens inquiridos revelaram manter uma relação homossexual.

Provavelmente seria interessante perceber que a orientação sexual é um fenómeno universal, com variadas manifestações, sendo que, a heterossexual não é a única possível. Nunan (2003) afirma que

tanto a homossexualidade como a heterossexualidade são entidades socioculturais, histórica e socialmente construídas, que condicionam maneiras de viver, sentir, pensar, não uma lei universal da diferença de sexos.

INTERVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM IDOSOS

Se é notório o aumento do número de pessoas que chega a idades avançadas em plenas condições de saúde, física e psíquica, para continuarem a expressar a sua sexualidade, percebe-se a importância da necessidade de intervenção e da orientação sexual com a população idosa.

Seja por desconhecimento e/ou por défice de formação pré e pós-graduada, o profissional que lida com esta população, muitas vezes não se sente preparado para lidar com o assunto.

A intervenção nas questões específicas relacionadas com a saúde sexual implica claramente uma formação académica e científica alicerçada no conhecimento, não só da anatomia e fisiologia sexuais, mas também dos modelos psicoterapêuticos gerais que servem de base à dita intervenção.

A sexologia é uma área interdisciplinar no que diz respeito à produção de conhecimento. Lembramos que além da psicologia e da medicina, outras áreas do saber, como a sociologia e a antropologia, contribuem fortemente no sentido da compreensão dos aspetos históricos, culturais e antropológicos dos fenómenos sexuais. Não obstante, acreditamos que o exercício clínico desta área será da competência de profissionais de saúde, como psicólogos, psiquiatras, ginecologistas ou urologistas.

De qualquer forma, pretendemos mostrar que o aconselhamento sexual pode, em alguns casos mais simples, ser realizado sem o recurso a uma consulta especializada, já que muitas vezes o acesso a esta se mostra difícil. Mesmo tendo em conta a especificidade do campo de intervenção, ela pode ser feita a vários níveis, e para cada um deles, a formação científica e técnica de cada profissional que vai intervir, poderá ser suficiente para o fazer de forma eficaz.

SÍNTESE

A sexualidade é um fator que ocorre naturalmente na vida de cada um de nós, e a sua vivência plena será porventura, ainda, um direito a adquirir pela população mais idosa. Sabemos também que a sua

expressão não é culturalmente aceite, sendo que, um ato de carinho e afeto tão simples como um beijo, pode ser capaz de provocar atitudes de reprovação.

Muita gente, incluindo profissionais de saúde, desconhece que as pessoas mais velhas têm uma vida sexual ativa, prevalecendo a ideia de que são seres assexuados, pelo que muitas vezes, o idoso sofre pressões e rejeições, mesmo por parte da sua própria família.

Paulatinamente, a visão mais positiva de um envelhecimento ativo, onde a sexualidade está incluída, parece ganhar terreno. Para isto contribui também a atuação de muitos profissionais que trabalham com esta população, não obstante o facto de continuar a existir a necessidade de formação pré e pós-graduada que lhes permita conhecer e perceber os fenómenos existentes na vivência e expressão do comportamento sexual em geral, e dos idosos em particular.

Se todos conseguirmos perceber a importância que a expressão livre da sexualidade tem para a população idosa, estaremos a “dar a Eros a oportunidade de viver o seu outono”.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

O modelo PLISSITP de aconselhamento sexual

O modelo PLISSIT, acrónimo em Inglês para **P**ermissions, **L**imited **I**nformation, **S**pecific **S**uggestions e **I**ntensive **T**herapy, desenvolvido pelo psicólogo americano Jack Annon veio proporcionar uma via prática para resolver os problemas sexuais mais comuns, para os quais podem não ser necessários nem uma terapêutica intensiva, nem um programa específico de tratamento. Este modelo não foi descrito para o uso exclusivo dos terapeutas sexuais, psicólogos ou médicos, mas para qualquer técnico que venha a ser solicitado a atuar como profissional de ajuda. Damos como exemplo, no caso da intervenção com a população idosa, os enfermeiros, os gerontólogos ou os assistentes sociais.

O modelo concetualiza quatro níveis no aconselhamento sexual cuja complexidade e grau de conhecimentos necessário vai aumentando conforme a dificuldade do problema, sendo que, as intervenções podem ser úteis e suficientes em qualquer destes níveis, progredindo em etapas, conforme as necessidades dos casos apresentados.

Permissão. Quem presta ajuda poderá por começar pela criação de um “espaço” onde quem procura ajuda se sinta à vontade para o fazer. A atitude de escuta, que é diferente da atitude de ouvir, será o ponto de partida. A grande maioria das vezes, o objetivo de quem procura ajuda

nesta área, é ser reconhecido como “normal”, que não tem nenhum problema, que os pensamentos ou fantasias sexuais não são “perversões” ou “sintomas de uma qualquer doença”. Neste caso, trabalhar os mitos relacionados com a sexualidade pode ser importante na redução da ansiedade que conduz à disfunção sexual. A autopermissão é uma das fases deste nível, uma vez que quem presta ajuda deve dar a si próprio permissão de não ser perito e de aceitar os seus próprios limites.

Informação Limitada. Neste nível, se a permissão não é suficiente, pode ser necessária a informação limitada, dirigida às dúvidas e alternativas, com o intuito de reduzir a ansiedade relativa ao problema. Esta fase é caracterizada pelo fornecimento de cognições pertinentes, proporcionando condições de mudanças de comportamento. Muitas vezes pode ser suficiente a explicação sobre a anatomia e a fisiologia dos órgãos sexuais, já que muitas pessoas têm noções erradas sobre o funcionamento do seu próprio corpo, criando muitas vezes expectativas irrealistas sobre a sua resposta sexual. Este nível exige da parte de quem presta a ajuda, competências que lhe permitam oferecer as informações.

Sugestões Específicas. Quando os níveis anteriores não se mostram eficazes para resolver o problema, a informação a prestar terá que ser dirigida à situação específica apresentada, sendo que, a intervenção a este nível requer recomendações práticas ou exercícios desenhados para cada caso individual.

Terapia Intensiva. O último nível de intervenção ficaria reservado para os casos em que todos os níveis anteriores não foram suficientes para resolver as queixas apresentadas, exigindo a intervenção de terapeutas sexuais, através de um plano individualizado, a longo prazo, e dirigido às complexas causas subjacentes.

Desta forma, o modelo PLISSIT representa um sistema de intervenção, onde os casos mais simples se eliminam primeiro, e os mais complexos vão diminuindo o seu número, mostrando que nem todos os problemas sexuais necessitam de ajuda especializada.

A intervenção dos técnicos que lidam com a população idosa pode passar também por organizar, dentro das instituições onde exercem a sua profissão, atividades de carácter preventivo, já que a saúde sexual deve ser parte integrante de qualquer programa de intervenção que tenha como objetivo a melhoria da qualidade de vida e a prevenção da doença.

Apesar das dificuldades que muitas vezes se sente em implementar este tipo de práticas, já que muitas vezes implica a alteração de rotinas de funcionamento das instituições, estas são medidas simples que permitem manter bons níveis de saúde, evitar algumas doenças e detetar problemas de saúde quando estes estão no seu início.

Segundo Camarano (2004: 276) “a Organização Mundial de Saúde, desde 1997, recomenda que os programas sobre envelhecimento e saúde não coloquem o idoso como um grupo estático, separado do resto da população.” Daí a importância do planejamento de ações que fortaleçam o envelhecimento com saúde.

Sendo o envelhecimento ativo a palavra de ordem, que pode ser entendido como o conjunto de atitudes e atividades no sentido de prevenir ou adiar as dificuldades associadas ao envelhecimento, evita-se a aceitação gratuita das representações sociais negativas que contribuem para que o idoso se acomode aos rótulos perpetuando a imagem que tem de si próprio.

A criação de espaços de relação, através da utilização das técnicas de dinâmicas de grupo, da discussão a partir de situações-problema sobre temas relacionados com a sexualidade, poderá trazer benefícios para a autoimagem do idoso, potenciando a percepção sobre as suas capacidades de estabelecer relações, de dar e receber afetos, de desejar, desmontando os receios que muitas vezes estão subjacentes ao seu comportamento de evitamento e de isolamento, ao negar a sua individualidade enquanto ser sexuado e capaz de amar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Anzieu, A. (1989) *A Mulher sem Qualidade: Estudo Psicanalítico da Feminilidade*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Ballone, G. (2008). Sexo nos Idosos – in *PsiquWeb* (Acedido 14/Janeiro/2012 de www.psiqweb.med.br)
- Camarano, A. (2004). *Os Novos Idosos Brasileiros, Muito Além dos 60?* IPEA, Rio de Janeiro.
- Guerreiro, T. & Rodrigues, R. (1999). Envelhecimento Bem Sucedido: Utopia, Realidade ou Possibilidade? Uma Abordagem Transdisciplinar da Questão Cognitiva. In Veras, R. *Terceira Idade: Alternativas para uma sociedade em transição*. Relume – Dumará: UnATI/UERJ, Rio de Janeiro.
- Kaiser, F. (1996). Sexuality in the Elderly. *Geriatric Urology*. 23(1): 99-107
- Lewis, M. (1998). *Sexualidade. Manual Merck de Geriatria*. Edições Doyma.
- Maia, M. & Lopes, G. (1994). *Sexualidade e Envelhecimento*. Saraiva, São Paulo.
- LoPiccolo, J. (1978). *Handbook of Sex Therapy*. Plenum Press, New York.
- Marques, F.; Chedid, S.; Eizeric, G. (2008). Resposta sexual humana. In *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, 17(3-6):175-183.
- Masters, W. & Johnson, V. (1970). *As Reações Sexuais*. Meridiano Editora, Lisboa.
- Nodin, N. & Margalha, N. (2011). *Para Maiores de Idade. Relatório Técnico de Investigação sobre Sexualidade e Afetividade*. Edição Sentidos e Sensações, Lisboa.
- Nunan, A. (2003). *Homossexualidade: do preconceito aos padrões de consumo*. Caravansarai, Rio de Janeiro
- Sant’anna, R.; Câmara, P.; Braga, M. (2003). Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro? *Textos sobre Envelhecimento*. v.6; n.2. UNATI, Rio de Janeiro.
- Starr, B. & Weiner, M. (1982) *Report on Sex & Sexuality in the Mature Years*. McGraw-Hill, New York.

IV ANDAMENTO

0 PAPEL DAS INSTITUIÇÕES E DA FAMÍLIA

CAPÍTULO 8 - SISTEMAS DE APOIO AOS IDOSOS EM PORTUGAL

Fernando Pereira

O apoio aos idosos está baseado na família e na institucionalização de origem pública, privada, ou em parceria. Vamos proceder uma síntese diacrónica da importância de cada um.

Iniciando pela família, esta, tal como qualquer outra organização humana, está sujeita aos condicionalismos da pós-modernidade. A tendência geral, verificada em diferentes países e culturas, quer em espaço urbano quer em espaço rural, tem sido a substituição progressiva da família extensa pela família nuclear. Apesar desta mudança fundamental, e ao contrário da ideia generalizada pelos meios de comunicação social, a investigação sociológica mostra que as relações intergeracionais¹ continuam a ser fortes nas sociedades industrializadas (Fernandes, 2008) (Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1996) e que, paradoxalmente, alguns fenómenos que afetam a família, como o divórcio, a monoparentalidade e o desemprego, acabam por reforçar o papel da família, sobretudo dos elementos mais idosos (Bengtson et al., 1996).

A fragilidade das relações intergeracionais, verdadeira rede de suporte social informal, não resulta da perda de qualidade dos afetos

¹ *As relações intergeracionais familiares podem ser apreciadas em três planos: o plano afetivo que diz respeito aos afetos trocados entre familiares que são centrais na manutenção de ambientes socializantes ótimos no sentido dado por (Erikson, 1972); o plano normativo, que enquadra o conjunto de normas, costumes, crenças e valores partilhado pelos membros da família; e o plano instrumental que pode incluir, entre outros: apoio financeiro, o cuidado de crianças ou de idosos, realização de tarefas domésticas, troca de bens materiais não monetários.*

entre os membros da família, devidas à crise de valores imputáveis à pós-modernidade (crise do casamento, diferenças de mentalidade, pressões socioprofissionais, entre outras). A fragilidade, ou a falência, das relações intergeracionais, resulta da falta de pessoas para construir e reconstruir continuamente essas relações, como é obrigatório em todos os fenómenos sociais. Há muitos idosos e casais de idosos que vivem sós, porque os seus filhos se encontram longe no litoral do país ou no estrangeiro.² É uma crise de pessoas, provocada por movimentos demográficos intensos, continuados e irreversíveis, como causas de um nível de desenvolvimento incapaz de produzir riqueza e garantir condições de vida e de trabalho. A situação é mais grave nas aldeias e vilas de menor dimensão do interior do país. Todas as fragilidades apontadas às relações intergeracionais constituem-se obviamente como entraves ao desenvolvimento ativo. O contrário também é verdadeiro, as relações intergeracionais fortes e saudáveis são expressões inequívocas de envelhecimento ativo.

Passando à institucionalização, em Portugal, em 2008, existiam cerca de 5500 entidades proprietárias de equipamentos sociais, das quais a grande maioria (72%) pertence ao setor não-lucrativo (sobretudo as IPSS³) e 28% ao setor lucrativo (privado). Estes valores expressos na Carta Social 2008 ilustram bem o crescimento do setor social, assim como o esforço do estado na sua implementação (MTSS-GEP, 2009).

No caso das respostas sociais para idosos, devido a falta de cuidadores informais (familiares) e à complexidade dos cuidados a prestar, aumentou o recurso aos cuidados institucionalizados, nas suas diferentes formas. Desde o ano 1998, o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 51,1%, tendo sido, em 2008, identificadas cerca de 6800 valências. Ao longo destes dez anos os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) têm apresentado a maior taxa de crescimento (82,8%), seguido pelos Centros de Dia (CD) com 42,5% e pelas Residências de Idosos (RI) e Lares para Idosos (LI) com 39% (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS-GEP], 2009).

A oferta de serviços é garantida sobretudo pela atividade das IPSS's (sector não-lucrativo). Estas, de uma forma geral, estão dotadas com meios técnicos e humanos (equipas interdisciplinares) que garantem

2 Em 2001 um estudo do INE refere que as pessoas que vivem só em Portugal são sobretudo idosos, residentes no interior do país, mulheres, viúvas e reformadas; e que em ATM a proporção de idosos a viver só relativamente aos idosos residentes é de cerca de 20% (Magalhães, 2003).

3 IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social, são instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares (organizações de direito associativo ou cooperativo, muitas delas com ligações à Igreja Católica), com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado. Para levar a cabo os objetivos da segurança social e de acordo com as necessidades locais, os Centros Distritais de Segurança Social/Instituto Segurança Social, podem celebrar Acordos de Cooperação com as IPSS ou equiparadas, através dos quais garantem a concessão direta de prestações em equipamentos e serviços à população, ou Acordos de Gestão através dos quais transferem a gestão de serviços e equipamentos pertencentes ao Estado.

o acesso dos idosos a cuidados gerontológicos de qualidade. Todavia a gestão destas IPSS's não é fácil. As contribuições financeiras do estado, embora importantes, não são suficientes para custear as despesas dos cuidados gerontológicos os quais são cada vez mais sofisticados, prolongados e dispendiosos.⁴ Assim, a parte em falta tem de assegurada pelos utentes e através de receitas próprias geradas pelas organizações. Dado que na sua maioria os utentes possuem rendimentos baixos (em muitos casos apenas o valor da pensão de reforma), a margem de gestão das organizações é muito pequena. Isto é cada vez mais verdade, pois o nível de sofisticação dos cuidados (e também o seu custo) aumenta constantemente.

Relativamente às instituições privadas com fins lucrativos a sua expressão é menor. Isto deve-se sobretudo aos baixos rendimentos da maioria dos idosos portugueses, que não dispõem de recursos para aceder a este tipo de entidades prestadoras de serviços. Outro fator determinante da menor expressão das entidades privadas com fins lucrativos resulta da política de qualidade dos serviços prestados, imposta recentemente, ter levado ao encerramento de muitas entidades que não quiseram, ou não puderam, adotar as exigências necessárias. Ao nível da prestação de serviços de apoio domiciliários verifica-se o aparecimento recente de muitas entidades privadas com fins lucrativos. Isto explica-se, por um lado, pelo incentivo à manutenção dos idosos na comunidade e na família e, por outro lado, porque os custos destes tipo de serviços são menores do que os custos da institucionalização de longa duração, permitindo o seu acesso a mais utentes.

A SUSTENTABILIDADE DOS SISTEMAS DE APOIO AOS IDOSOS

Na atualidade, todas as sociedades pós-modernas enfrentam a necessidade de desenvolver sistemas de apoio aos idosos, porém a sua exata dimensão depende de fatores sociais, culturais e políticos de cada país, como é evidenciado por Guillemard em "L'âge de l'emploi" (2003). O ideal seria o apoio aos idosos não se constituir como um fenómeno social em si próprio. O ideal seria o idoso estar inserido na família e na comunidade, viver a sua vida com o máximo de qualidade possível, gozar de condições de cidadania plena e dispor de apoio institucional adequado quando necessário. Porém, a realidade das sociedades pós-modernas é outra e o recurso a formas de apoio menos naturais como a institucionalização é uma necessidade incontornável no presente e no futuro próximo. As sociedades envelhecidas são construções sociais que resultam de processos de desenvolvimento desigual e exclusivos, por isso,

⁴ Os valores da comparticipação do estado e dos utentes são fixados por regulamento legal e protocolados entre o ministério da tutela e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, que representa as IPSS.

o envelhecimento não é um problema do indivíduo, ou da sua família, é um problema público (Quadagno & Reid, 1999). A sua resolução implica mobilizar conjuntamente uma sociologia dos sistemas de proteção social, uma sociologia dos mercados de trabalho e uma sociologia dos percursos de vida (Guillemard, 2003).

O apoio aos idosos baseia-se maioritariamente na rede de cuidados informais (família, amigos e vizinhos) e no sistema formal de cuidados institucionalizados (Figura 4). O esquema procura sintetizar os fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do sistema de apoio aos idosos.

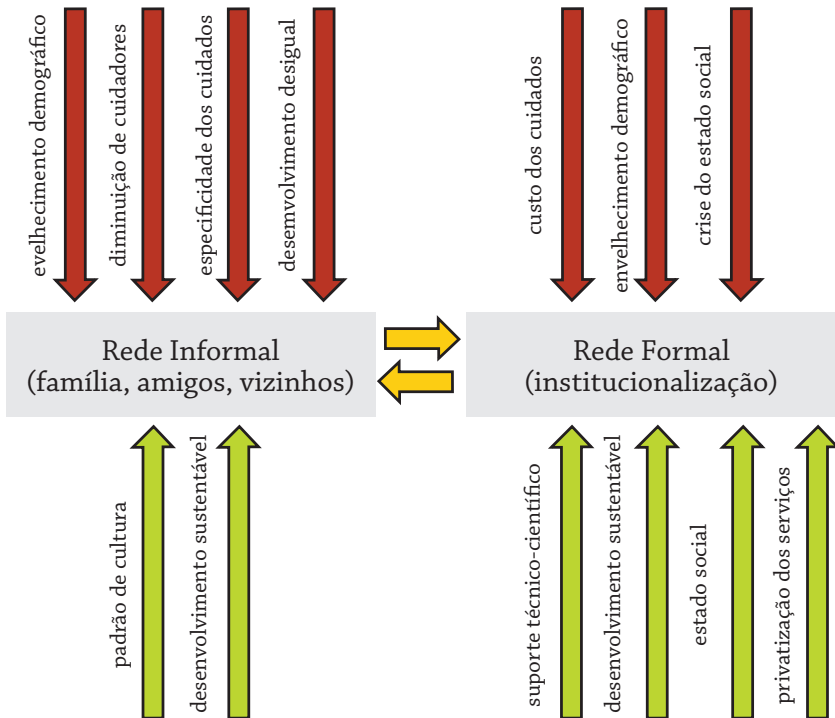


Figura 4 – Fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade do apoio aos idosos

O primeiro aspeto a realçar é o de que ambos os sistemas de apoio aos idosos são interdependentes. Isto significa que a sustentabilidade ou insustentabilidade de um está relacionada com a sustentabilidade ou insustentabilidade do outro. De facto a institucionalização surge como substituto da rede informal em duas situações principais: a primeira quando a rede informal deixa de existir pelas razões demográficas apontadas anteriormente, deixando de haver cuidadores informais disponíveis; a segunda quando o idoso exige cuidados gerontológicos especializados, que só podem ser garantidos por técnicos especializados. Ambas as razões estão em ação na atualidade e, nesse sentido, regista-

se uma exigência crescente dos serviços formais institucionalizados. No sentido inverso, como já foi dito, a tendência atual é a de manter o idoso, enquanto isso é possível, na comunidade e na família, complementando os cuidados informais com cuidados formais através de serviços de apoio domiciliário e, simultaneamente, reduzir os custos da institucionalização. A privatização dos serviços de apoio domiciliários tem aqui uma oportunidade de mercado crescente, algo que já se verifica na atualidade. Explicada a interdependência entre o sistema informal e formal passemos a explicação dos fatores de sustentabilidade e insustentabilidade.

No que concerne aos fatores de insustentabilidade (situados no lado superior do esquema) os quais estão fortemente interligados, são permanentes e de difícil reversão, temos: (1) o envelhecimento demográfico, que atua sobre ambos os sistemas informal e formal, e que fruto do aumento do número de idosos e do aumento da longevidade faz com que haja cada vez mais idosos para cuidar durante mais tempo, sobrecarregando os sistemas de apoio; (2) e, a redução do número de cuidadores informais disponíveis, derivada da menor dimensão das famílias, do predomínio da família nuclear, e também, frequentemente, da idade cada vez mais avançada do cuidador, isto é, cada vez mais se encontra idosos que são cuidadores de idosos; (3) a especificidade dos cuidados gerontológicos que determina a institucionalização do idoso nos casos mais graves de dependência; e o custo dos cuidados gerontológicos institucionalizados que são cada vez mais sofisticados e prolongados no tempo; (4) o desenvolvimento desigual que, entre outros efeitos nefastos, foi o responsável pela situação demográfica já referida; (5) a crise do estado social que ameaça muitas sociedades, que é, ela própria, também, consequência do desenvolvimento desigual e de políticas desajustadas.

Entre os fatores de sustentabilidade, os quais, ao contrário dos fatores de insustentabilidade, dependem da vontade e da capacidade política e social para serem aplicados, temos: (1) os padrões de cultura caracterizados pela intensidade das trocas intergeracionais entre familiares e por fortes laços de entreatajuda entre amigos e vizinhos; estes fatores ainda estão presentes na sociedade portuguesa, todavia, tendem a desaparecer devido à falta de pessoas já referenciada; (2) o desenvolvimento sustentável que, dada a situação demográfica de muitas regiões do país, sobretudo nas áreas rurais, já é tardio. Todavia, se forem realizados esforços sérios e profundos ao nível da sustentabilidade territorial das regiões, poderá contribuir para a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos que vivem em meio urbano e para uma melhor articulação de recursos entre meio rural e meio urbano; (3) o estado social se esse

for o caminho escolhido pela sociedade portuguesa como um todo;⁵ (4) o suporte científico e técnico resultante da crescente qualificações de profissionais nas áreas específicas da gerontologia e geriatria e em áreas afins como a saúde e o serviço social; (5) a privatização dos serviços de apoio aos idosos, sobretudo, aqueles com custos menores; a privatização pode ainda beneficiar de um aumento da disponibilidade económica dos novos idosos, os quais, de um modo geral, possuem melhor situação económica que os idosos atuais.

A conjugação dos fatores de sustentabilidade e de insustentabilidade constitui-se como um risco crescente de insustentabilidade da prestação dos cuidados aos idosos, designadamente em regiões que correspondam às condições enunciadas. É evidente que o apoio aos idosos depende em muito das famílias e das redes sociais, e que estas, por sua vez, dependem de uma demografia equilibrada, e que esta, por sua vez, também, depende da adoção de modelos de desenvolvimento sustentáveis. Sobretudo em meio rural, não é o apoio aos idosos que é insustentável, é todo o sistema de vida que é insustentável. Por isso, é que faz sentido o sentimento coletivo de fim da vida e de fim da sua terra (aldeia) que muitos idosos revelam e expressam (Fonseca, Paúl, Martin, & Amado, 2007). Sobretudo em regiões com pequena expressão económica, envelhecidas e despovoadas, no curto e no médio prazo, e talvez também no longo prazo, a sustentabilidade do sistema de apoio aos idosos depende maioritariamente da implementação e êxito dos fatores de sustentabilidade referidos, os quais, terão de ser providos pelo esforço da sociedade portuguesa em geral. É o preço a pagar por décadas de modelos de desenvolvimento desigual, centralismo estatal e atraso tecnológico.

O problema é complexo, e a sua resolução também, o que obriga ao envolvimento da sociedade como um todo. O caminho da sustentabilidade dos territórios e das instituições sociais continua a ser traçado entre o avanço globalizante do modelo neoliberal e a resistência do estado social. A nota de otimismo emana, a nosso ver, do desenvolvimento recente do conhecimento científico aplicável aos idosos e ao envelhecimento e também dos padrões de cultura da sociedade portuguesa que vão resistindo à erosão das relações interpessoais e intergeracionais

5 Portugal na última década fez um enorme esforço de alargamento e de modernização dos equipamentos dedicados a proteção social dos idosos e da rede pré-escolar. Reconhecemos, inclusive, que o nosso país possui no momento um sistema de proteção social de primeira linha a nível europeu, quer nos meios materiais quer sobretudo na qualidade dos recursos humanos envolvidos e das estratégias de intervenção social. Admitimos que, face aos condicionalismos internos e externo, algumas instituições do estado social careçam de ajuste, tendo em vista a sua racionalização económica e funcional. Todavia, o mesmo não pode simplesmente ser destruído ou minimizado no seu alcance em obediência aos desígnios ultraliberais que varrem a europa na atualidade. Isso seria muito perigoso e faria recuar o nosso índice de desenvolvimento civilizacional em algumas dezenas de anos. Os estratos sociais mais vulneráveis, onde se situa a maioria dos idosos, ficaria numa situação extremamente difícil dado que, entre outras razões, a rede informal de cuidados se encontra ela própria extremamente debilitada e, portanto, não vai poder atender a todas as situações de necessidade de apoio no cuidado às crianças e jovens, aos idosos e aos doentes.

imanes das aragens da pós-modernidade. No final do capítulo, no ponto das evidências da prática deixamos um conjunto de princípios orientadores para os atores sociais envolvidos nos sistemas de apoio aos idosos.

Tendo em vista enfrentar esta problemática avançamos com as seguintes orientações para a sustentabilidade dos sistemas de apoio aos idosos em Portugal, as quais dispusemos segundo dois eixos (Figura 5) que, obviamente estão inter-relacionados, o eixo desenvolvimento sustentado/estado social e o eixo uso social do conhecimento/assertividade das práticas. A espiral sugere essa inter-relação e também o reconhecimento que os processos de desenvolvimento sustentado e inclusivo são construídos passo a passo e de forma sinérgica.

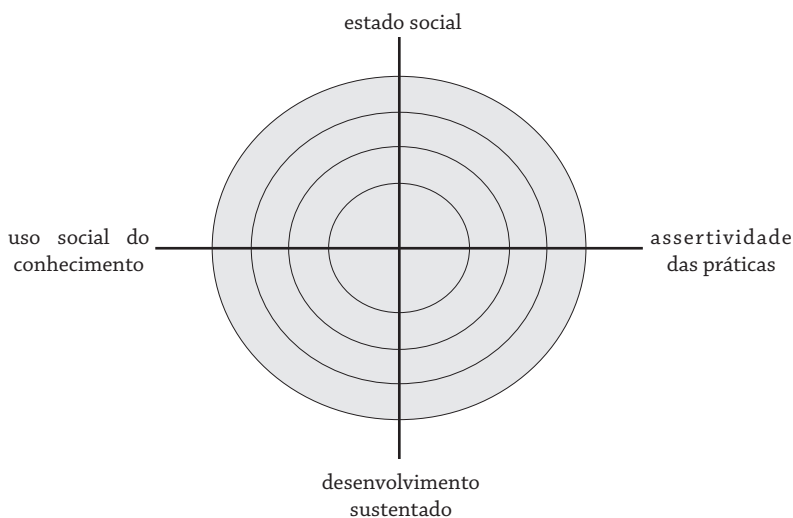


Figura 5 – Orientações para a sustentabilidade, inclusão e envelhecimento ativo

No eixo vertical desenvolvimento sustentado/estado social, relativamente ao desenvolvimento sustentado, em Portugal há uma tendência geral para as medidas do tudo ou nada, do oito ou oitenta, de substituir o pré-moderno pelo pós-moderno. Em resultado temos o litoral apinhado de gente e de problemas e o interior apinhado de solidão, de abandono e de problemas também. Como orientação geral, é necessário adequar a utilização do território às potencialidades reais do mesmo território. Há de facto regiões territoriais, total ou parcialmente, abandonadas que não possuem as condições necessárias ao seu povoamento nas condições de qualidade de vida atuais. Os serviços de saúde, de educação de justiça e outros de apoio à cidadania, com qualidade, carecem de um número mínimo de utentes para serem viáveis do ponto de visto social, económico e técnico. Não é

necessário que esses serviços tenham uma existência física em todas as povoações de Portugal, é necessário, isso sim, que todas essas povoações disponham desses serviços numa lógica de proximidade funcional. Neste sentido, compreende-se, o esforço de reestruturação territorial destes serviços que está a ser realizado em Portugal, nos últimos anos. Todavia, a centralização em curso não pode obedecer apenas a critérios de viabilidade económica de curto ou médio prazo e tem de ser acompanhada com medidas que reforcem a mobilidade de pessoas e serviços. A orientação geral da disponibilização dos serviços deve seguir o princípio da subsidiariedade (isto é, deve fornecer o serviço a entidade que está mais próxima e habilitada para o fazer), criando assim uma rede de apoio social que conceda uma certa capilaridade na distribuição e acesso aos serviços.⁶ Relativamente ao estado social, ele encontra-se sobre o fogo cruzado do modelo neoliberal (associado à globalização), da crise demográfica e da crise da família (Fernandes, 2008). Estes fenómenos, por razões diferentes, concorrem para o desequilíbrio crescente entre a população ativa e a população inativa que é essencial para a sustentabilidade do estado social. O modelo neoliberal porque, sobre o pretexto, nem sempre provado, da qualificação e de inovação, desqualifica os trabalhadores com mais de 50 anos, lançando-os para o desemprego ou para a reforma antecipada. A crise demográfica e a crise da família porque não asseguram a renovação da população; na Europa, na atualidade, em quatro gerações, duas estão em idade de reforma, uma está ativa e a outra está em formação (Guillemard, 2003). Em síntese, quer o desenvolvimento sustentável quer o estado social estão fortemente dependentes de uma demografia equilibrada. A nova ordem social, nos seus objetivos e processos, tem de ser inclusiva e não exclusiva dos cidadãos.

No eixo uso social do conhecimento/assertividade das práticas, relativamente ao primeiro, na atualidade, a produção científica conhece um desenvolvimento extraordinário em todas as áreas científicas algumas das quais diretamente relacionadas com os idosos e o envelhecimento como é o caso da medicina, do serviço social e da gerontologia, todavia nem sempre esse conhecimento é aplicado da melhor forma em favor dos idosos. Relativamente à assertividade das práticas, o apoio aos idosos está baseado na rede informal (apoio familiar sobretudo) e na rede de cuidados formais através das instituições não lucrativas, pelo que deve ser dada prioridade a medidas que articulem ambos os sistemas. Em função destes considerandos propomos o conjunto de medidas a tomar constantes das ferramentas práticas correspondentes a este capítulo.

6 Devo esta ideia da capilaridade ao Sr. Padre Lino Maia que exerce as funções de presidente da CNIS.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

Medidas a tomar para a sustentabilidade dos sistemas de apoio aos idosos em Portugal.

Medidas sobre o eixo desenvolvimento sustentado/estado social:

- Promover políticas de reequilíbrio demográfico, fundamentais para a sustentabilidade do território e do estado social a longo prazo. Medidas de proteção à família e promotoras da fecundidade são fundamentais e urgentes.
- Manter a ajuda do estado social nas regiões mais desfavorecidas, essencial à sua manutenção e desenvolvimento.
- Organizar espacialmente os recursos. Os serviços mais sofisticados, que implicam recursos mais caros, designadamente, ao nível dos cuidados continuados (onde possam ser atendidos os casos de dependência mais profunda) devem estar concentrados nas cidades de média dimensão. Nos centros urbanos de pequena dimensão, garantido uma maior proximidade, devem ficar localizados outros serviços, como as residências, lares e serviços de apoio domiciliário.
- Flexibilizar os programas de desenvolvimento de modo a torná-los mais inclusivos aos idosos, dando um novo e real sentido ao conceito de envelhecimento ativo. Neste sentido, medidas cegas, como por exemplo, a cessação antecipada da atividade na agricultura sobre o pretexto da sua modernização, devem ser evitadas.

Medidas sobre o eixo uso social do conhecimento/assertividade das práticas:

- Promover a interdisciplinaridade ao nível das práticas profissionais, o que nem sempre acontece, umas vezes por responsabilidade dos próprios profissionais, outras devido a entraves de carácter administrativo e gestão dos serviços.
- Reconhecer a nível oficial a gerontologia como área profissional de modo a permitir que os gerontólogos com formação superior (1º ciclo de Bolonha em gerontologia) possam ocupar cargos de direção nas instituições de idosos, para os quais eles foram especificamente formados e qualificados.
- Integrar gerontólogos em equipas interdisciplinares dos serviços de saúde (nomeadamente nas equipas de cuidados na comunidade) e de serviço social e, ainda, nas equipas técnicas dos órgãos da administração local, dado que o gerontólogo tem competências para detetar e resolver situações de risco de envelhecimento

secundário (patológico), as quais, se resolvidas a tempo, melhoram a qualidade de vida dos idosos e das suas famílias, têm menores custos e evitam ou retardam a institucionalização.

- Intensificar as ações de formação para cuidadores de idosos de modo a elevar a qualidade do cuidado prestado, evitar situações de sobrecarga do cuidador e fomentar a qualidade da interação cuidador informal e cuidador formal.
- Alargar e melhorar os serviços dos CD e dos SAD, otimizando as formas de articulação entre os cuidados familiares e os serviços institucionalizados.
- Criar serviços de acolhimento temporário de idosos, de modo a possibilitar o descanso do cuidador informal.
- Estimular a iniciativa privada, sobretudo ao nível dos SAD, dado que, existem recursos humanos muito qualificados (que podem assim promover o emprego), alguns serviços não são muito dispendiosos e, em geral, os novos idosos possuem melhor situação financeira;
- Flexibilizar o horário de trabalho e a ajuda financeira aos cuidadores que tenham a seu cargo familiares idosos; esta última medida já está a ser aplicada mas é necessário que seja mais divulgada e devidamente monitorizada de modo a garantir a qualidade do cuidado prestado ao idoso.
- Estimular ainda mais sistemas alternativos de manutenção dos idosos na comunidade, tais como: os sistemas de teleassistência as famílias de acolhimento para idosos, que devem funcionar em articulação com os CD e os SAD; as famílias de idosos que acolhem jovens que estão deslocados (estudantes).

REFERÊNCIAS:

- Bengtson, V., Rosenthal, C., & Burton, L. (1996). Paradoxes of Families and Aging. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 253-282). EUA: Academic Press.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fonseca, A., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2007). *Condição Psicológica de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal: Um Estudo de Caso*. Paper presented at the Atas do II Congresso de Estudos Rurais – Periferias e Espaços Rurais, Hangra do Heroísmo.
- Guillemard, A.-M. (2003). *L'âge de Emploi. Les Sociétés à l'épreuve du Vieillessement*. Paris: Armand Colin.
- Magalhães, M. (2003). Quem Vive Só em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos - INE*, 33, 55-68.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *Carta Social - Relatório 2008*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Quadagno, J., & Reid, J. (1999). The Political Economy Perspective in Aging. In V. L. Bengtson & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 344-358). New York: Springer Publishing Company.

CAPÍTULO 9 - RESPOSTAS SOCIAIS PARA IDOSOS EM PORTUGAL

Luis Jacob

ENQUADRAMENTO

A minha contribuição para este livro é apresentar uma caracterização sucinta das respostas sociais para idosos em Portugal e qual será a sua tendência evolutiva, em quantidade e qualidade. Perante o envelhecimento progressivo da população portuguesa a sociedade civil e o estado tiveram que se organizar para criar condições para acolher o número crescente de idosos. Podemos dividir o apoio aos idosos em dois grandes grupos: os apoios financeiros do estado (reformas, pensões, comparticipações para os medicamentos, etc.) e os apoios a nível de infraestruturas e serviços. Por sua vez, estes podem-se dividir em duas áreas: os equipamentos de saúde (hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados, apoio domiciliário integrado) e os equipamentos sociais (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, centros de convívio, etc.).

Embora possamos fazer esta distinção entre saúde e social a tendência é estes dois tipos de respostas se aproximarem formando uma única resposta, abrangendo o aspeto social e os cuidados de saúde. Como refere

o Conselho Económico e Social [CES] (1994: 60), «Instituições [Lares de idosos] com vocação social ou instituições com vocação médica? Sabemos que as fronteiras entre as duas se têm tornado cada vez mais ténues, devido à alteração da procura, os postulantes são cada vez mais velhos e, sobretudo, cada vez mais dependentes e frágeis». Recordemos que um em cada três utentes das principais respostas sociais para idosos é dependente ou grande dependente (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social [MTSS], 2007).

Antes de aprofundarmos o tema das respostas sociais para idosos, convém saber quais as soluções gerais que se oferecem aos idosos dependentes¹:

- Família, isto é a prestação de cuidados por parte do cônjuge, descendentes ou parentes colaterais e por parte de uma intervenção conjunta de vários membros da família.
- Serviços ao domicílio, que são a prestação de serviços diversificados (alimentação, higiene, saúde, tratamento de roupa, outros) por parte de profissionais ou voluntários especializados em casa do idoso.
- Instituições, que é a prestação dos serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas. Este serviço pode ser prestado permanentemente (lares, hospitais e residências) ou parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades ou academias para a terceira idade).

Podemos ainda considerar uma quarta via (rede informal), que é a prestação de cuidados informais por parte dos vizinhos e/ou voluntários, mas no universo dos cuidados aos idosos esta solução é residual, embora para alguns idosos seja a única.

Segundo Hopp (1999) os prestadores de cuidados formais (profissionais) têm uma maior utilidade para as atividades da vida diária simples, enquanto os prestadores de cuidados informais (vizinhos ou amigos) são uma mais-valia para as atividades instrumentais (compras, lazer, passeios, etc.). Idealmente estes eixos deviam coexistir e serem desenvolvidos simultaneamente de forma a permitir ao idoso a escolha ideal. Na realidade, no nosso país, estes três domínios funcionam isoladamente, em resultado a resposta disponibilizada ao idoso não é a ideal mas sim a que fica mais próxima ou a que existe.

¹ Dependência é um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou atividades de vida diária (União Europeia [EU], 1998). Ou, consideram-se em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene (Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho).

É oportuno destacar aqui o papel da família no cuidado do idoso o qual é muitas vezes desprezado ou escarnecido. Entendemos a família como a rede alargada de parentes (que podem ser de sangue, de direito, de aliança ou de facto) com quem o idoso mantém relações e interações mais ou menos intensas. A família vê-se obrigada normalmente a tomar conta do idoso de duas formas: por motivo de um acidente súbito (queda, doença, desmaios regulares); ou em resultado de um processo progressivo em função da lenta deterioração das capacidades do familiar idoso (o mais frequente). Os familiares que cuidam mais frequentemente dos idosos são o cônjuge, a filha ou a nora, o filho, outros parentes. Nota-se um claro domínio dos elementos femininos. Apesar de 42,6% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009) dos idosos portugueses viverem com a família, existe a convicção geral de que existe um desinvestimento familiar relativamente aos ascendentes, o que não corresponde à realidade. Vários estudos que têm sido realizados em Portugal e em outros países permitem contrariar estas representações, mostrando que a família constitui ainda o pilar da responsabilidade pelos idosos (Pimentel, 2001; Fernandes, 1997; Martins, 2007). Esta ideia da responsabilização familiar é confirmada pelos dados de um estudo do Eurostat (2007), onde se verificou que 75.3% dos idosos vivem nos seus domicílios e são cuidados pelos seus familiares.

Mesmo perante estes números e factos as nossas políticas sociais de apoio ao idoso olvidam-se totalmente da família. A ausência quase total de ajudas eficazes destinadas às pessoas que cuidam dos familiares encontra-se no centro dos problemas relativos às famílias dos idosos e é a principal razão pela qual as famílias muitas vezes são obrigadas a recorrer às instituições de apoio aos idosos. O CES (1994: 168) concluiu que:

Assistimos, nos Estados-membros, salvo raras exceções, a uma clivagem tão espantosa, quão inaceitável, entre, por um lado, o facto de a família ser a maior instituição mundial de prestação de cuidados a dependentes, no domicílio, e por outro, as reduzidas atenções e considerações que lhe são concedidas pelo público, bem como, o que é mais grave, pelos responsáveis pelas decisões sobre políticas e ações sociais.

O fenómeno do envelhecimento populacional é também, em parte, uma consequência dos avanços nos sistemas públicos de proteção social, através de uma melhor redistribuição da riqueza intergeracional e de uma melhor cobertura na prestação de serviços às pessoas dependentes. “Portugal é um exemplo claríssimo disso. Quando os nossos idosos ficavam entregues à família não chegavam, em regra, aos níveis de

envelhecimento que são hoje comuns. Em Portugal, como no resto das sociedades europeias, à medida que o estado e um conjunto de atores que nele colaboram se organizam para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente” (Capucha, 2006 referenciado por MTSS, 2009a).

Porém se, felizmente, a maioria dos nossos idosos não precisa de apoio especializado porque é autónomo ou porque tem o suporte da família, há um número significativo de idosos que vive totalmente só e/ou que é dependente (27% em 2010, Prodata). A GNR na operação Censos Sénior (TSE, 2011) identificou doze mil idosos em total isolamento. Para esses, muitas vezes, a melhor solução é a sua institucionalização.

ORIGEM DAS RESPOSTAS SOCIAIS

Desde os primórdios da nacionalidade as necessidades da população portuguesa em matéria de assistência social deram origem a uma multiplicidade de iniciativas. Muitas delas eram de âmbito local, ligadas não apenas a ordens militares e religiosas (que tiveram um importante papel na reconquista e no repovoamento do território) como também aos municípios e às confrarias de mestres ou a simples particulares (mercadores ricos, etc.); outras, pelo contrário, deveram o seu nascimento à devoção de vários reis, rainhas e demais gente da nobreza e do alto clero.

No final do século XV existiam quatro tipos de estabelecimentos assistenciais: Albergarias; Mercearias (obrigação religiosa de fazer o bem pela alma ou saúde de alguém); Hospitais (como hospedarias para os pobres); e Gafarias ou Leprosarias. Estas últimas geridas especialmente pelas Misericórdias, criadas em 1498. Apenas os hospitais, agora com uma função declaradamente de prestação de cuidados de saúde, subsistem hoje em dia em Portugal.

A partir do século XVII a solidariedade começa a demarcar-se do sentido puramente religioso da caridade para se assumir como um dever social do estado e da sociedade civil, «... no transcurso da evolução observada [1700-1830] o que ressalta é o triunfo gradual do modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa, entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal.» (Araújo, 1997). A criação da Casa Pia nos finais do século XVIII pode ser considerada como uma referência para o lançamento da assistência social com origem pública/estatal em Portugal.

Foi com a Constituição de 1976 (artigo nº 63) que surgiu pela primeira vez o termo Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS.

Progressivamente a sociedade foi tendo noção de que era necessário outro tipo de tratamento para os idosos. A realização em Lisboa, em 1969, do seminário “Políticas para a Terceira Idade” com a participação do francês Paul Paillat serviu de base para as futuras políticas sociais do estado para a terceira idade. Com efeito, em 1971, foi criado o serviço de “Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos” que substituiu o “Instituto de Assistência aos Inválidos”. É a primeira vez que os idosos, politicamente, adquirem autonomia como grupo com características e cuidados específicos e que as “instituições criadas são orientadas pelos princípios da prevenção da dependência e da integração das pessoas idosas na comunidade” (Fernandes, 1997).

Nos finais dos anos 60 surgem os primeiros Centros de Dia (CD), um equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e o internamento, e ao mesmo tempo local de tratamento e de prevenção. Por esta altura aparecem os Centros de Convívio (CC), com os mesmos propósitos dos Centros de Dia, mas mais vocacionados para a animação e lazer dos idosos. No início dos anos 80, começou a elaboração de uma política de prevenção e de manutenção das pessoas no seu domicílio o maior tempo possível. Surgem os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), que têm por objetivo prestar alguns serviços do centro de dia, não no equipamento, mas no domicílio do utente. Esta é uma resposta que continua a expandir-se e se apresenta como a solução ideal para muitos problemas dos idosos.

Na década de 90 surgiu mais uma resposta social que foi o Acolhimento Familiar de Idosos (AFI), que prevê o acolhimento em casa de famílias idóneas de idosos que necessitam de apoio. Esta resposta não tem uma grande expressão em Portugal devido à dificuldade em angariar famílias que queiram acolher idosos. Nos finais dos anos 90, o SAD é alargado para o domínio da saúde em conjunto com os centros de saúde que originam o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) que une a resposta social com a resposta de saúde. Também nesta altura são criados os Centros de Noite (CN) e o Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos (ATEI).

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que não sendo exclusiva para idosos, serve essencialmente esta população. É também por esta altura, 2007, que surge a associação Rede de Universidades da Terceira Idade (RUTIS) entidade representativa das Universidades Seniores nacionais, que passaram de 15 em 2001 para 180 em 2011.

INSTITUCIONALIZAÇÃO

Considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição

que não a sua família. Consideram-se ainda idosos institucionalizados residentes os que vivem 24 horas por dia numa instituição. Para Golffman (citado por Santos & Encarnação, 1998: 239), «As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rutura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulados por uma única entidade».

Segundo Palhoto (1997) e Barroso (2006) os idosos institucionalizados têm um autoconceito mais baixo e maiores índices de depressão do que os idosos que vivem em casa própria. A razão para esta situação poderá ser o reduzido número de atividades que os idosos institucionalizados executam (Bromley, 1996) em relação aos que vivem em casa; e ainda o facto de estar só no meio de tantos idosos e a reorganização da vida pessoal a que o idoso fica sujeito quando ingressa numa instituição.

Segundo os dados do barómetro sénior Rede de Universidades da Terceira Idade [RUTIS] (2009) apenas 26.8% dos 1.500 seniores inquiridos referem ter uma boa ou muito boa opinião/perceção sobre a oferta de unidades de prestação de cuidados para seniores, enquanto 27.4% têm uma opinião genérica má ou muito má, sendo que 33.5% referem ter uma opinião razoável sobre as mesmas. Mais de metade (53.3%) não se imagina a viver num lar e apenas 39.4% imagina-se algum dia a viver numa unidade deste género. O SAD é o serviço preferido com 50.4% dos inquiridos a indicarem esta opção como útil se vierem a ter necessidade de recorrer a um serviço de prestação de cuidados. Já 24.8% indicaram a opção Centro de Dia e 22.1% preferem a opção por Lar, o que revela que quanto mais permanente for a solução menos preferida é por parte deste público.

Segundo a Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança [DGSSFC] (2006), oficialmente, as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social, para os idosos em Portugal são oito:

- **Centro de Convívio** é a resposta social, desenvolvida em equipamento de apoio a atividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos de uma comunidade.
- **Centro de Dia** é a resposta social, desenvolvida em equipamento que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar.
- **Lares para idosos** são estabelecimentos em que são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento

de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes.² A actual percentagem de quartos individuais exigida é de 25%³;

- **Residência** é a resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um conjunto de apartamento, com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial.
- **Serviço de Apoio Domiciliário** é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária.⁴
- **Acolhimento Familiar de Idosos** é a resposta social que consiste na integração, temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas ou tecnicamente enquadradas, de pessoas idosas⁵.
- **Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos** é a resposta social desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, que consiste no acolhimento temporário a idosos em situação de emergência social, perspetivando-se, mediante a especificidade de cada situação, o encaminhamento do idoso ou para a família ou para outra resposta social de carácter permanente.
- **Centro de Noite** é a resposta social desenvolvida em equipamento, de preferência a partir de uma estrutura já existente, dirigida a idosos com autonomia que desenvolvem as suas atividades da vida diária no domicílio mas que durante a noite, por motivos de isolamento necessitam de algum suporte de acompanhamento.

A título pessoal podemos ainda acrescentar:

- **Cuidados Continuados Integrados:** o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por: a) Unidades de internamento; b)

2 Despacho normativo n.º 12/98 de 5 de março

3 Despacho Normativo n.º 3/2011

4 Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de novembro

5 Decreto-Lei n.º 391/91 de 10 de outubro

Unidades de ambulatório; c) Equipas hospitalares e d) Equipas domiciliárias. Constituem unidades de internamento as: a) Unidades de convalescença; b) Unidades de média duração e reabilitação; c) Unidades de longa duração e manutenção e d) Unidades de cuidados paliativos. Decreto-Lei nº 101/2006.

- **Universidade da Terceira Idade** é a resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente actividades sociais, educacionais, culturais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As actividades educativas realizadas são em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida (RUTIS, 2011).

No quadro 1 encontra-se registado o número de utentes e de equipamentos das diferentes respostas sociais. Existem mais duas valências (Acolhimento Familiar de Idosos e Centros de Noite) que constituem, respetivamente, 3% e 1% do total de valências para idosos das IPSS.

Quadro 1 – N.º de utentes e equipamentos nas principais respostas sociais

Valência	Utentes	Número
Centro de Dia	62.472	1.973
SAD	90.570	2.485
Lares e Residências	75.844	2.075
Centro de Convívio	25.320	511
Total	254.206	7.004
Unidades de Cuidados Continuados*	5.595	253
Universidades Seniores **	31.000	190

Fontes: MTSS, 2009b, RNCCI*, 2011 e Jacob*, 2011

Desde o ano de 1998, o crescimento das respostas sociais para as pessoas idosas atingiu os 68.8 %. Ao longo destes onze anos o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tem apresentado a maior taxa de crescimento (87.5% de equipamentos e 130% em utentes), seguido da Lar de Idosos (76% de equipamentos e 40% em utentes) e do Centro de Dia (44.4%), o que vem confirmar a concretização da política desenvolvida nos últimos anos no sentido de eleger o SAD como alternativa às respostas convencionais, retardando deste modo a institucionalização do idoso (Carta Social, 2009).

A grande maioria das respostas sociais para idosos em Portugal são pertença do setor não lucrativo, sobretudo as IPSS, e do setor lucrativo, embora o setor lucrativo esteja apenas presente com as respostas Lar de

Idosos e SAD. O número de lares privados lucrativos é difícil de calcular, mas segundo a Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI) existem 300 lares legais (6.000 utentes) e mais de 2.000 lares ilegais.

Em Portugal Continental, por referência a 31 de dezembro de 2009, identificaram-se cerca de 5.700 entidades proprietárias de equipamentos sociais (Quadro 2). Naquele ano, o setor não lucrativo representava 70 % do universo, dos quais 63.4 % é constituído por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). Leiria (30.0 %), Setúbal (29.7 %) e Lisboa (26.4 %) são os distritos que apresentam as maiores percentagens de equipamentos lucrativos, por oposição a Portalegre (2.4 %), e Guarda (3.7%) que continuam a evidenciar uma fraca implantação deste tipo de equipamentos (MTSS, 2009b).

Quadro 2 – Tipo de Entidade proprietária das respostas sociais

Tipo de Entidade	%
Lucrativas	30.0
Não Lucrativas	70.0
IPSS	63.4
Equiparada a IPSS	3.2
Outras Org. s/ Fins Lucrativos	1.8
Entidades Oficiais	1.4
Serviços Sociais de Empresa	0.2
Sta. Casa da Misericórdia de Lisboa	0.02

Fonte: Carta Social, 2009

O estado tem vindo a diminuir gradualmente a sua intervenção direta na gestão dos equipamentos sociais, passando esta para as IPSS, como se prova pela afirmação do atual Ministro da Segurança e Solidariedade Social, Mota Soares: “Penso, sinceramente, que o estado não tem vocação para dirigir instituições sociais; compreendemos cada vez mais que o estado tem muitas dificuldades na gestão direta destes equipamentos. É por isso que queremos fazer, muito rapidamente, a transferência dos equipamentos que ainda estão na tutela da Segurança Social para o setor social. Entendo que quando contratualizamos conseguimos gerir melhor e até com menos recursos” (Jornal i, 2011).

CARACTERIZAÇÃO DAS TRÊS PRINCIPAIS RESPOSTAS SOCIAIS

Neste ponto apresentamos com mais detalhe a situação das três principais respostas sociais de apoio aos idosos em Portugal,

designadamente: os lares de idosos, os centro de dia e os serviços de apoio domiciliário.

Os **lares de idosos** têm a sua origem histórica nos asilos e surgem como alternativa aos idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia ou que já não a possuam. É a resposta social mais antiga, cuja origem se perde nos tempos. A grande maioria dos asilos estavam ao cuidado do Igreja. Desde a década 60 houve uma tentativa por parte da sociedade e do estado de melhorar as condições de acolhimento dos asilos. Existe uma desconsideração generalizada na europa pelos lares. O internamento num lar é visto como último recurso e última morada, raramente é encarado como um projeto de vida, mesmo quando a qualidade do estabelecimento é elevada e existe um real bem-estar. Sintomático disso é o dado que indica que 20% dos idosos que entram no lares alemães morrem passado 2 meses (German Centre of Gerontology [GCG], 1992).

Os objetivos dos lares são: proporcionar habitação por forma a garantir ao idoso uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado; proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; assegurar as suas necessidades básicas; contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimentos; criar condições que permitam preservar e incentivar as relações familiares. Para isso, lar deve assegurar os seguintes serviços: alojamento permanente, alimentação; tratamento de roupa; higiene pessoal; cuidados de saúde; apoio psicossocial; atividades de animação.

Seguem-se alguns dados sobre os Lares de Idosos (MTSS, 2009B e 2007):

- Do universo das 7.004 valências existentes para idosos, 2.075 são Lares (29,4%)
- Os Lares têm uma capacidade para 75.884 lugares, com uma média de 36.5 utentes por valência.
- 41% dos lares só recebe utentes do concelho onde estão instalados os equipamentos.
- A distribuição pelo país é homogénea, tendo em conta a distribuição da população.
- A taxa de cobertura no continente é 4,2% da população com mais de 65 anos. Segundo a OCDE o número considerado ideal é 4%.
- A taxa real de ocupação ronda os 95.9%.
- 88% das valências tem serviços de saúde, sendo que 48% dos médicos e enfermeiros tem contratos de prestação de serviços.

- Os lares são procurados essencialmente pelos idosos maiores de 80 anos, com uma distribuição superior de utentes femininos (64.5%).
- 92% dos Lares tem acordos típicos com o Estado.
- 80% dos lares realizam, pelo menos uma atividade de animação.

Em termos de atividades efetivamente realizadas verifica-se que todos eles proporcionam alojamento, alimentação, higiene pessoal e da roupa; 88% proporcionam serviços de enfermagem e médico; 50% disponibilizam ateliers de ocupação; 75% organizam passeios; e 65% têm em funcionamento outras atividades recreativas.

Os **Centros de Dia**, por sua vez, aparecem a título experimental nos anos setenta tendo com objetivo primordial a criação de condições mais favoráveis à manutenção dos idosos perto no seu domicílio. Os Centros de Dia conheceram o seu apogeu de 1986 até hoje, sendo que 75% destas respostas surgiram neste período de tempo; de 1986 a 1995 surgiram, anualmente, 73 novas valências.

O Centro de Dia aparece como uma estrutura de apoio social, fornecendo diversos serviços que dão respostas imediatas às carências sócio-ecómicas dos idosos, favorecendo as suas relações interpessoais a fim de evitar o isolamento e promovendo atividades socioculturais diversificadas. O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Os objetivos são: prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; prestação de apoio psicossocial; fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento. O Centro de Dia pode organizar-se como serviço autónomo em espaço próprio e funcionamento independente, ou como serviço integrado numa estrutura existente (lar, apoio domiciliário, centro comunitário ou noutra estrutura polivalente), em qualquer dos casos assegura os seguintes serviços: refeições; convívio e ocupação; cuidados de higiene pessoal; tratamento de roupa; férias organizadas;

Segue-se alguns dados sobre os centros de dia (MTSS, 2009b e 2007):

- A taxa real de ocupação ronda os 75.5%.
- A taxa de cobertura no continente é de 3.5%. A OCDE fixou a taxa de referência em 4.5%.
- Do universo das 7.004 valências existentes para idosos, 1.973 são de Centro de Dia (28%).
- Os Centros de Dia tem uma capacidade para 62.472 lugares, dos

quais 99.3% estão nas IPSS, com uma média de 31.6 utentes por valência.

- 56% dos utentes dos Centros de Dia são da freguesia onde estão instalados os equipamentos.
- A distribuição é homogénea pelo país, tendo em conta a distribuição da população.
- Os Centros de Dia são procurados essencialmente pelos idosos maiores de 75 anos.
- A taxa de feminização é de 59%.
- 95% dos Centros de Dia tem acordos típicos com o Estado.
- 12% dos Centros de Dia fecham para férias e em Agosto.
- 50% das valências têm serviços de saúde.
- O horário de funcionamento é variável sendo a abertura entre as 8.00h-9.00h e o enceramento entre as 18.00h e as 20.00h.

Em termos de atividades efetivamente realizadas, 2007. verifica-se que a prestação de refeições ocorre em 91% dos casos; passeios em 84%; confeção de refeições 83%; higiene pessoal 82%; atividades de ocupação 58%; e distribuição de refeições 52%.

Por fim, o SAD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizado no domicílio. Com o desenvolvimento dos SAD os serviços saíram do equipamento e passaram a ser disponibilizados na casa do utente. Procura-se o bem-estar do utente, espera-se que ele possa ficar no seu lar o máximo tempo possível. É um serviço recente, tendo tido o seu grande impulso nos anos de 1986 a 1995 com a abertura média de 75 serviços por ano, no entanto foi desde a segunda metade da década de 90 que o SAD alastrou a todo o país com uma média de 152 novos serviços por ano. Atualmente existem três tipos de apoio domiciliário: Serviço de Apoio Domiciliário a cargo das IPSS; Apoio Domiciliário de Saúde, serviços médicos e de enfermagem realizados em casa dos utentes; estes serviços são prestados normalmente pelos Centros de Saúde ou clínicas privadas; e Apoio Domiciliário Integrado (ADI), serviço que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, cujo planeamento e avaliação cabe a uma equipa de cuidados integrados.⁶

Esta resposta funciona a cargo das IPSS e dos Centros de Saúde, em conjunto. Os SAD podem organizar-se como serviço autónomo em espaço

próprio e funcionamento independente ou como serviço integrado numa estrutura existente (Lar, Centro de Dia ou de Convívio, Centro Comunitário ou noutra estrutura polivalente); os objetivos do SAD são: assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos no seu domicílio, de modo a contribuir para o seu bem-estar; colaborar na prestação de cuidados de saúde. O SAD assegura os seguintes serviços: transporte e distribuição de refeições; prestação de cuidados de higiene pessoal e de conforto; tratamento de roupa; arrumação e pequenas limpezas no domicílio; colaboração na prestação de cuidados de saúde; acompanhamento ao exterior; animação; e aquisição de bens no exterior.

Seguem-se alguns dados sobre o SAD (MTSS, 2009b e 2007):

- Do universo das 7.004 valências existentes para idosos, 2.485 são SAD (35%).
- O SAD tem uma capacidade para 90.570 lugares, com uma média de 36,4 utentes por valência.
- 65% dos utentes dos SAD são da freguesia onde estão instalados os equipamentos.
- A distribuição pelo país é homogénea, tendo em conta a distribuição da população. De salientar os distritos de Lisboa, Porto, Castelo Branco, Coimbra e Braga, cada qual com mais de 100 SAD.
- A taxa de cobertura no continente é de 5%.
- 91% dos SAD funcionam em conjunto com outras valências.
- A taxa real de ocupação ronda os 89.3%.
- 93% das valências têm serviços de saúde, sendo que 46,5% dos médicos e enfermeiros provêm de acordos com os centros de saúde. 32% tem enfermeiro próprio.
- Os SAD são procurados essencialmente pelos idosos maiores de 74 anos, com uma taxa de feminização de 57%.
- 93% dos SAD tem acordos típicos com o Estado.
- 6% das SAD tem serviços de reabilitação.
- 5,7% dos SAD tem serviço noturno.

Em termos de atividades efetivamente realizadas, 2007, verifica-se que o transporte e distribuição de refeições ocorrem em 98% dos SAD; prestação de cuidados de higiene pessoal e de conforto 97%; tratamento de roupa 95%; arrumação e pequenas limpezas no domicílio 93%; colaboração na prestação de cuidados de saúde 78%; acompanhamento

ao exterior 72%; animação 62%; e aquisição de bens no exterior 60%*.

CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Tendo em conta que as IPSS gerem a grande maioria das respostas sociais para idosos (83,4%, MTSS, 2009b), vamos abordar brevemente os recursos humanos nestas instituições.

Na opinião de Moura, (1999: 153), em Portugal a “governança das organizações de economia social e a gestão de recursos humanos é, em geral considerada pelos dirigentes, neutra ou desnecessária em relação ao desempenho da organização”. Esta postura advém da atitude paternalista (não sanciona, nem premeia) que os dirigentes têm em relação aos trabalhadores e à organização no seu todo, assim como do desconhecimento por parte destes das técnicas de gestão ligadas ao desempenho profissional.

Esta atitude, por vezes, deve-se ao facto de as IPSS se situarem em meios pequenos, nos quais é comum existir laços fortes de vizinhança, amizade e de sangue entre funcionários e dirigentes, ou pelo facto dos presidentes de direção serem, frequentemente párocos, o que condiciona a sua relação com os funcionários, que ora assumem esse papel, ora são membros da igreja.

Em suma, e não desprezando os avanços entretanto alcançados, as políticas de gestão de recursos humanos nas IPSS são maioritariamente de cariz “tradicionalista”, caracterizando-se pela baixa colaboração dos trabalhadores e utentes na planificação e gestão das instituições, pela ausência de planos de incentivos, pela reduzida atenção ao desempenho dos trabalhadores e por uma hierarquia rígida.

Como sugestão podemos indicar: o aumento da formação profissional, inicial e contínua; a implementação de sistemas de avaliação de desempenho aos funcionários e aos próprios serviços (inquéritos de satisfação aos utentes); o reforço da autorresponsabilização dos funcionários para diminuir o peso da hierarquia e a profissionalização de alguns dirigentes.

Podemos encontrar três grupos distintos de recursos humanos nas IPSS: dirigentes das instituições, voluntários que assumem a função política e deliberativa da organização; voluntários não dirigentes, constituído por todos aqueles indivíduos externos à instituição que executam determinadas tarefas graciosamente; trabalhadores sociais, profissionais remunerados, qualificados e executores da política dos dirigentes. Estes profissionais, por sua vez, podem dividir-se em técnicos

superiores, que englobam os técnicos superiores (enfermeiros, técnicos de serviço social, educadoras de infância e psicólogos); e técnicos não superiores (administrativos, encarregados, cozinheiros, motoristas, ajudantes de lar e auxiliares de serviços gerais).

Os dirigentes voluntários⁷ são essencialmente reformados, homens, maiores de 50 anos, antigos quadros públicos ou religiosos. Por norma, quanto maior é a instituição, mais elevadas são as habilitações dos seus dirigentes e as direcções são constituídas em média por 5 elementos (Jacob, 2007). Como curiosidade refira-se que num inquérito feito aos dirigentes, 90% achavam importante ou muito importante a formação dos seus funcionários, mas só 10% achava importante ou muito importante a sua formação (Rede Europeia Anti-Pobreza Nacional [REAPN], 1995).

Os voluntários nas IPSS exercem um papel muito importante na organização da instituição seja no apoio directo aos utentes, na rouparia, na organização de festas e eventos, na angariação de fundos e outros. O voluntariado directo, ao contrário do voluntariado de direcção, é constituído maioritariamente por mulheres.

Segundo um estudo da Entreatajuda em 2011, o voluntariado em Portugal de uma maneira geral apresenta-se assim: os voluntários chegam às instituições através de familiares e amigos (39,8%) e das paróquias (29,7%); os voluntários são motivados pelo bem-fazer (50%) e pela realização pessoal (33,7); 78,4% são voluntários regulares colaborando com a instituição pelo menos uma vez por semana; 56,8% das instituições contam com entre 1 a 10 mulheres voluntárias e 56,6% tem entre 1 a 10 homens voluntários; 56,5% dos voluntários têm idade superior a 56 anos (56-65 e mais de 65 anos) e 41,6% já estão reformados; 10,9% são estudantes; 28,1% têm atividade profissional e 7,3% estão desempregados.

Apesar de milhares de portugueses serem voluntários, apenas sessenta e sete mil o são permanentemente (Conselho Nacional de Promoção do Voluntariado, 2011). O voluntariado em Portugal (12%) tem taxas muito abaixo da média europeia (40%) e é essencialmente de ocasião, pontual e emocional (ex: recolha de bens para os bancos alimentares, campanhas de apoio a uma criança para fazer uma operação, etc.). Ao contrário dos países do norte e do centro da Europa o nosso voluntariado organizado é sobretudo de acção social, sendo o voluntariado cultural quase inexistente.

Em 2002 a Associação Internacional de Escolas de Trabalho Social (IASSW) definiu o trabalho social como «sendo o promotor

7 Lei n.º 20/2004, de 5 de Junho. Estatuto do Dirigente Associativo Voluntário.

do desenvolvimento social e do fortalecimento das pessoas para incrementar o bem-estar global». O trabalho social ou os trabalhadores sociais são todos os profissionais que realizam o seu trabalho num contexto de solidariedade e apoio social às populações mais necessitadas. Este emprego tem uma forte componente humana. A especificidade do trabalho social reside no facto de se estar constantemente sujeito a mudanças sociais, sendo necessário não só entendê-las como aprender a geri-las.

O trabalho social é caracterizado por viver na urgência da resolução dos casos, na maioria das vezes com escassez de recursos e no paradoxo de tentar resolver situações de origem estrutural e global. Tenta-se corrigir à jusante o que é produzido a montante (Freynet, 1996).

O trabalhador social (profissionalizado) vive na incerteza dos frutos do seu trabalho, funcionando em ambientes, por vezes, totalmente adversos aos seus objectivos. Os baixos salários, a burocracia, a baixa rotatividade, a demora dos processos, a falta de meios e de incentivos são os principais problemas dos trabalhadores sociais das IPSS em Portugal. A dimensão humana e o contributo para o desenvolvimento pessoal e social da comunidade são os maiores benefícios deste tipo de trabalho (Jacob, 2007).

Em relação à formação, o pessoal técnico superior, devido às suas habilitações inerentes, possui, regra geral, conhecimento nas áreas de serviço social ou da gerontologia, colmatando posteriormente, insuficiências ou actualizando conhecimentos pelo recurso a acções de formação contínua, no país e/ou no estrangeiro. O pessoal técnico inicia-se, muitas vezes, a sua actividade sem que tenha frequentado qualquer acção de preparação específica que o habilite para o trabalho com idosos. Constatou-se que 100% das Ajudantes que são admitidas e que cerca de 90% das que estão a trabalhar nas SCM precisam de formação profissional (UMP, 1994, citado em Jacob, 2007). Por fim, calcula-se que existam cerca de duzentos e trinta mil trabalhadores nas IPSS, exceptuando a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

EVOLUÇÃO

Da nossa experiência, prevemos o surgimento de novas respostas para os idosos, assim como a evolução de algumas das respostas tradicionais. Esta evolução está dependente obviamente dos factores económicos, políticos e sociais que surgirem. É certa a necessidade, via da pressão demográfica, de mais e melhores respostas sociais, de saúde e de educação/convívio para os idosos. Assim pensamos que:

- Que vai continuar a aumentar a procura destes serviços, devido ao envelhecimento da população. Atualmente existe um elevado nível da procura expressa não satisfeita (lista de espera) nas valências para idosos, nomeadamente em Lares. “Em lista de espera para conseguir lugar num lar estão 18 mil pessoas, afirma o presidente da Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade” (Público, 2009).
- Que os atuais CC tenderão a diminuir em quantidade. A Segurança Social há alguns anos que não celebra novos acordos de cooperação para esta valência. Esta valência apenas com serviços esporádicos de animação, já não corresponde às expectativas dos actuais idosos e, como tal, a sua importância tende a esvanecer-se.
- O contínuo crescimento das Universidades Seniores, que correspondem aos anseios dos idosos, no domínio da cultura, formação, convívio e aprendizagem ao longo da vida. O número de UTIs e de alunos tem crescido a um ritmo de 50% ao ano.
- O turismo sénior é outra área com enorme potencial, a par do termalismo. Segundo Santos, 2001, “O segmento do turismo sénior tem vindo a assumir uma importância crescente no mercado do turismo à escala mundial. É previsível que continue em crescimento nas próximas décadas. A sua evolução será determinada por dois factores principais. O primeiro é o progressivo envelhecimento da população idosa mundial, que ocorrerá com especial incidência nos principais países emissores de turistas seniores. O outro factor corresponde à variação da propensão para viajar da população sénior, em resultado de mudanças de natureza económica, sociológica, cultural, etc., que influenciarão as sociedades futuras”.
- Que os CD tenderão a funcionar mais dias (fins de semana e nos meses das férias) e em horário mais alargado. Com a crescente dependência dos utentes dos centros de dia, estes tenderão a trabalhar mais a área da saúde e menos a de convívio.
- Que o número de utentes do SAD tenderá a aumentar (esta resposta é a que mais tem crescido nos últimos 10 anos e já é a mais importante), assim como os mesmos tenderão a funcionar todos os dias e, inclusive, alguns também à noite. Os serviços prestados também serão mais alargados com ênfase nos serviços de saúde, de limpeza, de animação e pequenas reparações na casa.
- Que os Lares tenderão a tornarem-se cada vez mais especializados, por exemplo em grandes dependentes ou idosos com demências. O número de utentes por lar poderá vir a aumentar de modo a

criar economias de escala e dotar os serviços com mais pessoal qualificado. Poderão surgir, cada vez mais, residências para idosos autônomos e que queiram ainda manter uma vida independente.

- Haverá um reforço e uma evolução gradual da utilização dos meios tecnológicos e de comunicação à distância, como a tele-assistência ou a tele-medicina.
- Por fim vão crescer as necessidades de pessoal técnico e não técnico mais qualificado.

Em resumo, as respostas sociais para idosos vão evoluir de acordo com as necessidades dos mais velhos e os recursos (financeiros, humanos, tecnológicos e materiais) existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Araújo, A. (1997). *A morte em Lisboa – Atitudes e Representações*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Barroso, V. (2006). Órfãos, geriatras: Sentimentos de solidão e depressão face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Acedido em 10/janeiro/2012. Disponível em: www.psicologos.com.pt.
- Bromley, D. B. (1966). *Psicologia do Envelhecimento Humano*. Lisboa: Editora Ulisseia.
- Conselho Económico e Social (1994). *Responsabilidade Familiar pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias*. Luxemburgo. Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho.
- Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (2006). *Respostas Sociais: Nomenclaturas/ Conceitos*. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- EUROSTAT (2010). *Ageing Working Group*. Comissão Europeia.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Lisboa: Celta Editora.
- Freyner, M. (1996). *Les Médiations du Travail Social*. Lyon : Chronique Sociale.
- German Centre of Gerontology (1982). *Report on the Situation of the Elderly in Germany*. IV, Berlin.
- Hope, F. P. (1999). Patterns and Predictors of Formal and Informal Care Among Elderly Persons Living in Board and Care Homes. In *Gerontologist*, n.º 39, 167-176.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estatísticas Demográficas*. Destaque. Lisboa: INE.
- Jacob, L. (2007). *Ajudantes de Lar; Uma proposta de perfil profissional*. Tese de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Lisboa: ISCTE.
- Jacob, L. (2011). Caracterização das Universidades Seniores em Portugal. Acedido em 10/janeiro/2012, disponível em www.rutis.pt.
- Jacob, L. ; Fernandes, H. (Orgs) (2011). *Ideias para um envelhecimento ativo*, Editora Estampa.
- Martins, R. (2007). Envelhecimento e Políticas sociais. In *Educação, Ciência e tecnologia*. Instituto Superior Politécnico de Viseu. 126-140.
- Moura, E. (1999). Governação e Recursos Humanos nas Misericórdias Portuguesas. In *As Misericórdias Portuguesas no Início do Milénio*. Lisboa: Editora Vulgata. 153-172.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2007). *Carta Social - Relatório 2007*. Lisboa.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009a). *Carta Social – Dependência: O Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009b). *Carta Social - Relatório 2009*. Lisboa.

- Palhoto, C. (1997). *O Auto-conceito em Idosos Institucionalizados*. Monografia do curso de Psicologia, ULHT, (Documento policopiado), Lisboa.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família, Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- QSP/RUTIS (2009). Barómetro Sénior, QSP, Consultadoria de Marketing, Porto.
- Rede Europeia Anti-Pobreza Nacional (1995). *ONG's de Solidariedade Social: Práticas e Disposições*. Cadernos REAPN. Portugal, Porto.
- Santos, C. (2011). Turismo Sénior. In *Ideias para um envelhecimento ativo*. Editora Estampa.
- Santos, F. & Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Faro: Edições CRSS do Algarve.
- União Europeia (1998). *Recomendação da Comissão dos Ministros aos Estados-Membros relativa à Dependência*. Lisboa: EU.

WEBGRAFIA:

- ALI, www.ali.pt, acessível a 12 de Dezembro de 2011
- Conselho Nacional de Promoção do Voluntariado, www.voluntariado.pt, acessível a 12 de Dezembro de 2011.
- Entreajuda, http://www.entreajuda.pt/pdf/Voluntariado%20em%20Portugal_Jan%202011.pdf, acessível a 2 de Dezembro de 2011.
- Jornal i, <http://www.ionline.pt/portugal/pedro-mota-soares-estado-nao-tem-vocacao-gerir-instituicoes-sociais>, acessível a 22 de Dezembro de 2011.
- Pordata, www.pordata.pt, acessível a 28 de Dezembro de 2011
- Público, www.publico.pt/Sociedade/cerca-de-13-mil-idosos-em-lista-de-espera-para-conseguir-lugar-num-lar-1378358, acessível a 16 de Dezembro de 2011
- RUTIS, www.rutis.pt, acessível a 16 de Dezembro de 2011
- TSF, www.tsf.pt/PaginaInicial/tag.aspx?tag=Censos%20S%20E9nior, acessível a 2 de Dezembro de 2011

CAPÍTULO 10 - A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Fernando Pereira

A institucionalização do idoso pressupõe um tempo e um espaço de ressocialização intensa. Os cuidados observados na preparação e desenvolvimento da mesma determina em grande medida a qualidade de vida do idoso institucionalizado. Qualidade de vida é um conceito multidimensional que inclui: a tomada em consideração do percurso de vida do idoso (uma identidade biográfica) que estruturou as fases anteriores da vida e estruturará a as seguintes; a observação das particularidades culturais as quais não podem ser ignoradas ou menosprezadas no projeto de vida do idoso; o respeito pelos hábitos e costumes quotidianos dos idosos, que embora passíveis de readaptação, devem ser respeitados na sua essência; um projeto de vida que assegure conforto, segurança e dignidade plena, articulado e adequado às transformações próprias do envelhecimento.

APORTES TEÓRICOS SOBRE A SOCIALIZAÇÃO DOS IDOSOS

No campo da sociologia, merece destaque os ensinamentos do Interaccionismo Simbólico (IS) inaugurado por George Herbert Mead na sua obra *Mind, Self and Society* (Blumer, 1982). O IS concede importância

primordial ao papel dos atores (pessoas ou grupos de pessoas) na construção social da realidade; a sociedade, ao invés de ser exterior ao indivíduo, é, simultaneamente, fator e produto da ação constante dos indivíduos (Blumer, 1982). Depreende-se, por nada ser explicitamente dito em contrário, que a socialização dos indivíduos se prolonga ao longo de todo o ciclo de vida e, em consequência, a sociedade é continuamente construída e reconstruída pela ação de todos os seus membros, idosos incluídos.

Por seu turno, no campo da psicologia, a teoria da identidade de Erikson é uma teoria do desenvolvimento ótimo, a sua finalidade principal é a compreensão do normal e a sua potencialização e não tanto o esclarecimento do patológico (Lopes, 2001). Erikson concebe o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos em oito estágios consecutivos que cobrem todo o ciclo de vida; o último, o oitavo, é dedicado justamente à idade adulta madura, entendida esta a partir dos 60 anos de idade (Lopes, 2001). Segundo este autor ainda o essencial do processo de socialização neste estágio é a manutenção da integridade do Eu (ou seja, a manutenção, na medida do possível, dos diferentes papéis sociais, evitando na medida do possível a desesperança (Lopes, 2001). A integridade do Eu significa chegar a esta etapa da vida e ser capaz de ao olhar para trás e aceitar, no essencial, o percurso percorrido, as escolhas realizadas, os sucessos e insucessos, aceitar a vida como ela foi vivida e, desta forma recear menos a doença, a dependência ou até a morte. Erikson, chama a este estado de alma, a este autoconceito, a sabedoria dos mais idosos. Esta é essencial para o próprio idoso em si mesmo, mas também para os seus familiares mais novos, e até amigos, pois reconhecem nessas pessoas exemplos, lições de vida, que os ajudam, por sua vez, a enfrentar a vida.

Ao contrário de Piaget, que enfatiza as reciprocidades dos indivíduos com os outros em termos de compensações (incorporando-se assim uma espécie de moral societária), Erikson enfatiza os afetos, sendo espetável que a partilha de afetos positivos entre os indivíduos se traduza na obtenção de grupos sociais saudáveis, eficazes, agradáveis. Daqui se depreende a sua primordial importância para a socialização dos idosos.

A IDADE DA REFORMA COMO ESTÁGIO DE RESSOCIALIZAÇÃO INTENSO

O indivíduo vive um processo contínuo de socialização, todavia existem circunstâncias em que a exposição a novos ambientes físicos e sociais é tão abrupta que obriga a um intenso processo de desconstrução e construção de novos papéis sociais. Isto acontece por exemplo, aos emigrantes, aos militares, aos presidiários, aqueles que se decidem

por uma vida religiosa de clausura e também aos idosos quando institucionalizados (Carrajo, 1999).

Na idade da reforma podem ocorrer um conjunto diversificados de ruturas sociais tais como, o abandono da vida profissional ativa e o corte das relações com os colegas e amigos, perda de alguns familiares e amigos de longa data, perda do cônjuge, perda de alguma independência financeira, perdas ao nível da saúde, entre outras. De um modo geral, as redes sociais diminuem de tamanho, concentrando-se nos familiares (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Estes fenómenos são mais intensos quando a alternativa para os idosos é a sua institucionalização, pois, normalmente, nestes casos se verifica uma mudança mais radical do meio físico e social.

Neste sentido os indivíduos têm de passar por uma profunda alteração dos papéis sociais: estabelecer novas relações de amizade e de afeto, encontrar novas formas de ocupar o tempo livre, arranjar “esquemas” de manutenção das relações sociais de sempre, adaptarem-se às novas regras que sempre existem nos lares e residências. É um período intenso de profunda alteração identitária, nem sempre bem conseguida. Imaginemos, um exemplo, seguramente muito comum na realidade transmontana, de um agricultor que “troca” a sua casa na aldeia por uma residência de idosos na cidade. Repare-se, de uma assentada, “troca” o campo (o ar livre, o espaço aberto, o trabalho de toda a vida, os amigos e vizinhos, os animais e recantos da aldeia, a azáfama diária, o controlo total da sua vida e ritmos), pela cidade (por um grupo de pessoas que até aí desconhecia, pela interiorização de regras e normas, por novas rotinas alimentares, pelo desafio de atividades até aí não experimentadas, por um espaço mais ou menos confinado, etc.).

Naturalmente, há um processo de reconstrução identitária que tem de ser feito, perderam-se muitas identidades de papel tidas até então e ganharam-se outras. Será lícito esperar que até a componente mais estável da personalidade dos indivíduos careça de adaptação e de articulação com as novas identidades de papel. São espectáveis e compreensíveis, receios, resistências, amarguras. Algo semelhante acontece quando deixamos um filho na creche ou infantário pela primeira vez, quando vamos à escola no primeiro dia de aulas, quando abandonamos a casa parental para ir estudar ou ir para a tropa, quando casamos, quando nos divorciamos, quando esperamos o primeiro filho, enfim em muitas situações e etapas da vida. O que pretendo com estes exemplos e analogias é chamar a atenção para a conveniência de encarar todos estes momentos como normais, como acontecimentos próprios da condição humana, em ambiente de modernidade tardia, tal como definida por Giddens (2001).

○ PAPEL DA FAMÍLIA PARA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO

A institucionalização dos idosos em lares e residências implica quase sempre o abandono dos papéis de família de procriação (que, aliás, na maioria das vezes estavam já terminados ou com reduzida importância) sobretudo papéis de pais e de avós. Por outro lado, implica também um corte mais ou menos profundo com os papéis de família de orientação, sobretudo irmãos, sobrinhos e outros parentes mais afastados. Todavia, em sentido oposto, particularmente no caso de adaptações bem sucedidas, as pessoas da instituição (utentes e cuidadores) podem funcionar um pouco como “família de adoção”, sendo frequente a criação de laços de profunda afetividade nestas condições. Porém há diferenças (Relvas, 1996): as relações com a “família de adoção” são limitadas no tempo, enquanto as relações com a família de procriação e de orientação são relações de, e para, toda a vida; os afetos que se ganham sobretudo da parte dos cuidadores são tendencialmente generalizados e não exclusivos; e, finalmente, os modos de vida e as atividades propostas revelam uma maior uniformidade.

Ou seja, por mais eficaz que seja a instituição, por mais competentes e afetivos que sejam os cuidadores, o lugar dos elementos da família jamais será colmatado na íntegra. Logo, é necessário manter um contacto estreito com a família dos idosos institucionalizados.

O que deve esperar então dos familiares? Os familiares, assim como os cuidadores e os próprios idosos devem, antes de mais, aceitar o envelhecimento como mais um estágio de socialização próprio da condição humana. Mais, na perspetiva da construção identitária de Erikson (1972), devem encarar o envelhecimento, como um período de capitalização de todas as aprendizagens realizadas.

Neste sentido, cabe aos familiares das pessoas institucionalizadas, fazerem o que está ao seu alcance para manterem a normalidade dos laços afetivos com essas pessoas. Isto é, se até aí era comum encontrarem-se, por exemplo, uma vez por semana, pois devem continuar a fazê-lo; se era hábito irem à pesca nos sábados de primavera, pois devem continuar a pescar; se era costume convidarem o tio para as festas em honra do santo padroeiro da aldeia, pois convidem-no à mesma; se o avô ou a avó serviam para qualquer tipo de apoio ou aconselhamento, pois então devem continuar sábios como até aí.

A institucionalização implica sempre ruturas afetivas, implica sempre a necessidade de construção de novos afetos, mas tudo será mais simples e menos doloroso, se essas ruturas não ocorrerem de forma tão abrupta e irreversível. Se isto acontecer o idoso não se sentirá tão “vazio”

e poderá construir com muito mais serenidade os seus novos afetos e experimentar novas atividades. (Carrajo, 1999) refere, e bem, que as visitas dos familiares ou os convites para os idosos passarem alguns dias em casa da família, entre outros benefícios, aumenta a autoestima dos idosos juntos dos seus companheiros de instituição. De facto assim é, mas se a autoestima destes é aumentada, na mesma proporção é diminuída a autoestima dos que não são visitados ou convidados.¹

Voltando a Erikson (1972) é importante que o meio físico e social dos idosos institucionalizados seja um meio de desenvolvimento ótimo. O homem é um ser biológico e social, sabemos que a biologia segue sempre o seu caminho mas, enquanto houver caminho a percorrer, o social tem de estar presente com o mesmo espírito de proteção e de carinho dispensado às crianças e jovens, por exemplo. O envelhecimento humano pressupõe e exige uma grande atenção ao social, ao cultural, ao histórico, ao psicológico, ao afetivo, ao familiar, entre outros aspetos (Leandro, 2001).

AS DIFICULDADES DA ATUAL GERAÇÃO DE IDOSOS

INSTITUCIONALIZADOS

A geração de idosos atualmente institucionalizados, e por consequência os cuidadores e familiares dos mesmos, enfrentam, de facto, as maiores dificuldades para conseguirem um envelhecimento com qualidade. Isto deve-se a duas ordens principais de razões.

A primeira deriva do facto de, na atualidade, se começar a fazer sentir em pleno os efeitos da institucionalização massiva de idosos, isto é, tal como aconteceu noutros setores da sociedade portuguesa, na educação e na saúde, por exemplo, há muitos idosos que já estão ou precisam de ser institucionalizados.

A segunda, menos visível, mas seguramente muito mais poderosa nos seus efeitos, consiste na matriz socializadora da geração dos idosos atuais que viveram e experienciaram processos de socialização e de construção identitária mais seguros, previsíveis e estáveis e menos diversificados do que os das gerações mais novas, por exemplo dos seus filhos. Em algumas sociedades, como a norte-americana e europeia, os processos de socialização vão no sentido de maior independência e reciprocidade das relações intergeracionais familiares, logo os filhos e pais estão “preparados” para viverem as suas vidas com maior independência. Pelo contrário, na sociedade portuguesa, essa forma

¹ *Algo de semelhante se passa com as crianças que deixamos na escola, também elas gostam de ver os seus pais na sua escola. Ou seja, um sinal mais de que afinal muitos fenómenos não são exclusivos dos idosos, mas sim se verificam ao longo de todo o ciclo de vida.*

de encarar a vida é muito mais recente, e não abrangeu a atual geração de idosos, por isso, o sentimento de vazio, de perda de identidade, que pode levar à desesperança, no sentido de Erikson (1972), é muito maior e pode conduzir a desencontros de expectativas. Cabe às gerações mais novas, aos filhos dos idosos atualmente institucionalizados, fazerem esse “esforço” suplementar, retribuindo assim aos seus pais o “esforço” suplementar que eles fizeram no sentido de compreenderem as suas necessidades de maior independência. Como diz (Moragas, 2004) trata-se de manter as relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, colocar a tônica na cooperação e não no conflito de papéis.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA I:

Cuidados a observar tendo em vista minimizar o choque identitário aquando da institucionalização de um idoso.

A maior ou menor sucesso da institucionalização depende de vários fatores, designadamente do tipo de instituição, dos motivos da institucionalização, da situação de saúde do idoso, da vontade expressa do idoso. De seguida apresentam-se um conjunto de cuidados a observar que podem servir de referência, devendo os mesmos ser norteados sempre pela observância dos valores da cidadania e do respeito. O objetivo destes cuidados é o de evitar o desânimo aprendido, o sentimento de inutilidade pessoal e social e a desesperança.

1. Preparar a institucionalização com a antecedência possível. Visitas prévias do futuro utente e seus familiares à instituição de acolhimento são desejáveis e devem ser promovidas.
2. Os familiares devem acompanhar o idoso no dia de admissão e fazerem visitas frequentes durante os primeiros tempos de adaptação, continuando depois as mesmas com a continuidade desejável e possível. A regra geral para que seja possível é que seja simplesmente desejável. São boas práticas flexibilizar os horários de visita dos familiares; disponibilizar aos familiares toda a informação respeitante ao idoso; convidar os familiares para atividades desenvolvidas para e com os idosos; incentivar as famílias a convidarem os idosos para suas casas em datas festivas.
3. As normas de funcionamento institucional não devem cercear exageradamente a liberdade e individualidade de cada idoso institucionalizado. A personalização dos aposentos individuais com objetos pessoais, a flexibilidade em relação aos hábitos

personais das atividades básicas de vida, a possibilidade de saídas individuais deve ser facilitada, uma vez controlados os riscos inerentes e as necessidades organizacionais.

4. As relações de cumplicidade e de intimidade (de amizade e de amor, por exemplo) entre os residentes devem ser vistas como naturais e desejáveis, desde que esteja salvaguardada a dignidade dos indivíduos e do grupo como um todo.
5. A relação entre os cuidadores formais e os idosos jamais deve ficar circunscrita à transmissão de ordens ou de informações úteis. É importante falar sobre assuntos pessoais que sejam do interesse dos idosos, mesmo que pareçam banais, repetitivos e enfadonhos. Lembre-se de que a repetição dos temas de conversa é um importante mecanismo construtor da identidade biográfica que dá coerência ao sujeito em todas as fases do ciclo de vida. Se um idoso lhe disser que a vida dele dava um filme... Veja esse filme com muita atenção.
6. Está interdita qualquer ação, gesto ou palavra que possam ser discriminatórios ou estigmatizantes relativamente a credos, etnias, condição social, estado de saúde física ou mental, ou outras.
7. Os cuidadores devem evitar tanto quanto possível os efeitos negativos do uso dos sistemas abstratos (sistemas baseados no conhecimento científico e técnico) que são frequentemente estranhos para os idosos e como tal indutores de estranheza e receios. Para isso há que promover a humanização das práticas, explicando termos e técnicas, através de uma linguagem compreensível pelos idosos. Está aqui implícito a observância do princípio do consentimento informado referido no capítulo dedicado à ética do cuidado.
8. Os cuidadores devem fazer eles próprios a reaprendizagem do tempo e do espaço na perspectiva dos idosos adaptando-se a percepção destes. Os idosos têm uma percepção própria do tempo e do espaço, frequentemente o que está perto afinal está longe e o que antes era rápido agora toma mais tempo.
9. Criar e estimular dinâmicas sociais entre todos os elementos da instituição, familiares incluídos, que sejam construtoras da cultura de grupo e do sentido de pertença.
10. Regular as atividades de âmbito espiritual e religioso de modo a garantir a pluralidade e diversidade das opções filosóficas individuais.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA II:

Uma Casa Maior. Características desejáveis de uma instituição de idosos (Cristiana Nascimento, 2011)2.

11. Casa, porque é um espaço privilegiado em que cada idoso tem voz e sonhos, um local de aconchego e de afetos.
12. Casa, porque os espaços e o mobiliário são adequados, respeitam os gostos individuais, fomentam a sociabilidade e propiciam a confiança e a alegria de viver.
13. Casa, porque garante intimidade e o recolhimento e, ao mesmo tempo, os festejos, os convívios e a participação.
14. Maior, por ser maior que o habitual, pelos espaços verdes, pela dimensão do envidraçado, pela serenidade de caminhar sem medo e olhar de frente o pôr-do-sol.
15. Maior, pelas histórias e percursos de vida que acolhe.
16. Maior, porque as pessoas são maiores em idade e em vida, em percursos e vontades, em mestrias e novas aprendizagens, em sossegos e expectativas.

REFERÊNCIAS

- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora, S.A.
- Carrajo, M. (1999). *Sociologia de los Mayores*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Leandro, A. (2001). *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lopes, A. (2001). *Libertar o Desejo, Resgatar a Inovação. A Construção de Identidades Profissionais Docentes*. Lisboa: Ministério da Educação - Instituto de Inovação Educacional.
- Moragas, R. (2004). *Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida*. Barcelona: Helder Editorial.
- Relvas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspetiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

2 Conferência proferida na Ação de Formação "As Relações Intergeneracionais – O papel do Idoso". Associação Entre Famílias, 27 de outubro de 2011, Auditório Paulo Quintela. Bragança.

CAPÍTULO 11 - RELAÇÕES INTERGERACIONAIS

Fernando Pereira

A família, como qualquer outra organização humana, está sujeita aos condicionalismos da pós-modernidade. A tendência geral, verificada em diferentes países e culturas, quer em espaço urbano quer em espaço rural, tem sido a substituição progressiva da família extensa pela família nuclear. Apesar desta mudança fundamental, e ao contrário da ideia generalizada pelos *media*, a investigação social mostra que as relações intergeracionais continuam a ser fortes nas sociedades industrializadas (Fernandes, 2008) (Bengtson, Rosenthal, & Burton, 1996) e que, paradoxalmente, alguns fenómenos que afetam a família, como o divórcio, a monoparentalidade e o desemprego, acabam por reforçar o papel da família, sobretudo dos elementos mais idosos (Bengtson et al., 1996).

A fragilidade das relações intergeracionais, verdadeira rede de suporte social informal, não resulta da perda de qualidade dos afetos entre os membros da família, devidas à crise de valores imputáveis à pós-modernidade (crise do casamento, diferenças de mentalidade, pressões socioprofissionais, entre outras). A fragilidade, ou a falência, das relações intergeracionais, resulta da falta de pessoas para construir e reconstruir continuamente essas relações, como é obrigatório em todos

os fenômenos sociais. É uma crise de pessoas. No interior despovoado, provocada por movimentos demográficos intensos, continuados e irreversíveis, como causas de um nível de desenvolvimento incapaz de produzir riqueza e garantir condições de vida e de trabalho. No litoral, apinhado de pessoas e de solidão, provocado pelo predomínio da família nuclear estrita, pela estranheza e fragilidades das redes informais de suporte social, pelo número muito elevado de pessoas que vivem só e que estão isoladas socialmente.¹

Assumindo como válidos e incontornáveis estes condicionalismos próprios da pós-modernidade qual é então o tempo e o espaço das relações intergeracionais. As relações intergeracionais familiares podem ser apreciadas em três planos: o plano afetivo familiar que é essencial na manutenção de ambientes socializantes ótimos no sentido dado por Erikson (1972), e como tal devem ser proporcionados aos indivíduos desde o berço ao leito de morte, constituindo o que Sgreccia (1997) denomina de serenidade do mundo dos afetos; o plano normativo, que enquadra o conjunto de normas, costumes, crenças e valores partilhado pelos membros da família; e o plano instrumental que pode incluir, entre outros: apoio financeiro, o cuidado de crianças ou de idosos, realização de tarefas domésticas, troca de bens materiais não monetários.

As interdependências entre estes três planos são profundas. Nas relações intergeracionais familiares afetos, normatividade e apoio instrumental só fazem verdadeiro sentido se pensados em simultâneo e de forma articulada. Quaisquer forma de apoio instrumental se concedido sem referência a valores e/ou despido de afetos, rapidamente assume o caráter de instrumentalização. Vejamos um exemplo concreto. Um avô passa a ir buscar o neto diariamente à escola e trá-lo para sua casa até à chegada dos pais do trabalho. É bom para os pais que podem cumprir a sua rotina de trabalho mais descansados, mas também deve ser bom para o neto e para o avô pois ambos têm assim a possibilidade de conviver e aprenderem os papéis sociais respetivos de neto e de avô. Se por um qualquer acaso esta tarefa deixar de ser necessária é imperioso que o convívio entre ambos continue, embora sobre outra forma e sob outro pretexto; caso contrário, estaríamos apenas perante a execução de uma tarefa, uma forma de instrumentalização, não fundadora de relações intergeracionais saudáveis.

Discutida, embora de forma breve, a interdependência entre o plano afetivo, normativo e instrumental, passemos a discussão das contingências societárias que atravessam as relações intergeracionais no contexto da pós-modernidade.

¹ Em 2001 um estudo do INE refere que as pessoas que vivem só em Portugal são sobretudo idosos, residentes no interior do país, mulheres, viúvas e reformadas. O mesmo estudo refere que em ATM a proporção de idosos a viver só relativamente aos idosos residentes é de cerca de 20% (Magalhães, 2003).

A primeira grande mudança registada nas sociedades ocidentais e na portuguesa consiste nos crescentes índices de urbanidade. A maioria inequívoca da população portuguesa vive agora em contexto urbano, concentrada no litoral e nas cidades de pequena e média dimensão do interior do país. A urbanidade está associada ao predomínio da família nuclear, isto é, famílias compostas apenas por duas gerações, pais e filhos. Este modelo de organização familiar dificulta, obviamente, a manutenção das relações intergeracionais intensas e continuadas, por exemplo entre avós e netos, embora as mesmas continuem a existir em muitos casos. O que já não existe é o ambiente de família alargada como meio socializante, um ambiente que também era em parte explicado pela dupla valência da casa de habitação como local de habitação e como local de trabalho, designadamente: na agricultura, na pequena indústria artesanal e nas pequenas empresas de comércio e de serviços. Nestes contextos as relações intergeracionais coincidiam, diria naturalmente, com o *modus vivendi* das famílias. Na família nuclear a naturalidade das relações intergeracionais já não é tão evidente e as mesmas precisam de ser pensadas e organizadas como apenas mais uma entre as inúmeras tarefas a realizar pelos e entre os membros do agregado familiar. Em virtude destas alterações ganham protagonismo as relações intergeracionais especializadas, isto é, frequentemente avós e netos relacionam-se entre si por propósitos concretos tais como, por exemplo: desenvolvimento de uma atividade desportiva, apoio no estudo, acompanhamento à escola, acompanhamento às compras. Esta tipologia de relação está muito divulgada entre as classes sociais média/alta. Todavia a tipologia dos avós educadores, que partilham ou substituem o papel educativo dos pais ocorre também frequentemente no seio das classes sociais mais desfavorecidas ou então no caso das famílias monoparentais, seja por divórcio, viuvez ou no caso das mães (ou pais) solteiros.

A segunda evolução fundamental consiste na verticalização das relações intergeracionais. O aumento gradual da longevidade das pessoas verificado nas últimas décadas possibilita a coexistência de três gerações por períodos de tempo muito mais dilatados e mesmo já com alguma frequência a coexistência de quatro gerações. Esta verticalização das gerações só não é mais pronunciada porque um outro fenómeno demográfico de sinal contrário é também, e por sua vez, mais frequente, referimo-nos ao aumento da idade média de procriação que se aproxima já dos trinta anos. Se assim não fosse (e não quer dizer que consideremos isso positivo, pelo contrário) seria muito mais frequente e extensa a coexistência de quatro e mesmo cinco gerações. Ainda assim no contexto atual o fenómeno de verticalização das relações intergeracionais é inequívoco e incontornável, potenciando o desenvolvimento das relações avós/netos e bisavós/bisnetos. Além deste estender das relações

intergeracionais assiste-se, em paralelo, à centralização e intensificação das relações intergeracionais nos poucos indivíduos que constituem cada geração; passamos de um tempo em que havia muitos netos para poucos avós para um tempo em que há muitos avós para poucos netos. O que resulta desta constatação é simples de compreender, se as relações são fortes e saudáveis excelente para todos os envolvidos; pelo contrário, se as relações são fracas ou conflituosas sobrevêm o isolamento. Um exemplo curioso e frequente nos dias de hoje é pensar na “competição” gerada em torno de um só neto pelos quatro avós. Indiscutivelmente esta situação obriga a complexos equilíbrios das relações intergeracionais com a posição dos pais da criança a ser fundamental.

A terceira alteração reside na maior partilha dos papéis de género no contexto da família atual introduz alterações na dinâmica das relações intergeracionais no sentido de um maior equilíbrio na distribuição das tarefas (tempos e espaços de partilha de afetos e valores) entre a linha matrilinear e patrilinear, facto que em si só é positivo. Isto é visível, por exemplo, na atenção e cuidado dispensado às crianças e aos idosos. Duas consequências de sinal negativo ocorrem quando: a mulher deixa de desempenhar, de todo, o seu papel de mãe; e quando o papel de principal cuidadora, tradicionalmente desempenhado pela mulher, não encontra compensação no elemento masculino, resultando, em grande medida, desta situação a via-sacra da institucionalização já referida anteriormente.

A quarta alteração consiste na diversificação e reciprocidade dos processos socializantes. Tradicionalmente, sobretudo no plano normativo (valores, saberes, crenças, tradições, etc.), o conhecimento fluía no sentido descendente; os mais velhos possuíam mais experiência e saberes e naturalmente o “vertiam” nas gerações mais novas; a idade conferia, e ainda confere no seio de algumas sociedades, um estatuto e papel social elevados. O “mundo” significante era o conjunto das coisas próximas, a vida decorria à escala local, prevalecia o sistema de comunidade tradicional de aldeia ou de bairro. Os idosos detinham o conhecimento das coisas da natureza, das artes e dos ofícios, do imaginário, das relações entre as pessoas de quem se conhecia o nome e a condição. A pós-modernidade inverteu por completo esta situação. As gerações com maior capital social real e simbólico são as gerações em idade ativa. Idosos e jovens, ambos em idade não produtiva detêm um estatuto social menos elevado. Existem políticas para a terceira idade e para a juventude, mais ou menos sofisticadas, mas são quase sempre frágeis, sendo as primeiras a serem abandonadas em momentos de crise como o da atualidade. Hoje, o conhecimento que faz girar o “mundo” está contido nos designados sistemas abstratos (baseados no conhecimento

científico e tecnológico). A comunidade e a família enquanto meio socializante compete agora com os *media* e com a internet. O fluxo de conhecimento deixou de ser unicamente descendente dos mais idosos para os mais jovens e passou a ser multidirecional. Vivemos numa “nuvem” de conhecimento, de índole diversa pobremente auditado no que respeita a sua importância e pertinência como elemento socializante. Há muitos aspetos positivos resultantes da “nuvem” de conhecimentos, a qual pode conferir algum equilíbrio e democraticidade nas relações intergeracionais. Porém, se usada sem critério, se não for auditada pelas relações pessoais face a face e pelos padrões de cultura, que conferem continuidade existencial e sentido de pertença, a nuvem pode antes cegar ao invés de iluminar. Em concreto o desejável é que se passe de um tempo em que os avós ensinavam os netos para um tempo em que todos aprendem com todos, sem esquecer a geração dos pais de que falaremos a seguir.

Por fim, as dificuldades acrescidas da geração dos pais, conhecida na literatura por geração “sandwich” ou, se calhar, mais justamente denominada por geração “entalada”. Aos pais incube a difícil missão de desempenhar papéis de família de orientação (com os seus pais) e de família de procriação (com os seus filhos); cabe-lhes o papel de mediação no plano dos afetos, das normas e dos apoios materiais. Dependem de forma cada vez mais intensa do apoio dos avós na educação dos filhos mas, frequentemente, encontram dificuldades em conciliar expectativas e metodologias educacionais distintas. Por outro lado a geração dos pais é a mais afetada por fenómenos de desestruturação da família, como o desemprego, o divórcio, a monoparentalidade, a parentalidade tardia e a autonomização dos filhos também tardia. Um exemplo concreto resulta das situações de divórcio em que a guarda dos filhos fica entregue a um dos progenitores, ficando a relação das crianças enfraquecida com a família do progenitor a quem não foi concedida a guarda dos filhos. Conhecida por geração “sandwich” numa alusão a sua situação mediadora entre a geração dos seus pais e a geração dos seus filhos, em nossa opinião, dada a dificuldade da sua missão, far-se-ia maior justiça se antes fosse designada por geração “entada”. Fica a proposta.

Em síntese, na pós-modernidade, malgrado todas as mudanças verificadas na sociedade, a missão última das relações intergeracionais mantêm-se no essencial, continuando a ser um meio de partilha de afetos, de valores e de bens materiais. O que muda são os exatos contornos dessa partilha (em grau e em espécie) e as circunstâncias societárias que a envolvem e que enformam as relações familiares (Figura 2). O sinal mais das relações intergeracionais deriva da existência de mais gerações (verticalização), de uma maior intensidade das relações (também

potenciada pela elevação geral da qualidade de vida), da maior longevidade das relações avós/netos que podem alcançar duas ou três dezenas de anos (Bernal, 2007) e de um certo equilíbrio e variação dos contextos socializantes, que promove uma maior partilha do conhecimento. O sinal menos deriva sobretudo dos condicionalismos demográficos e da relativa falta de controlo sobre os conteúdos socializantes. Cabe a cada geração envolvida encontrar o tempo e o espaço necessário para manter a coesão das relações intergeracionais as quais, no meu ponto de vista, são o mais eficaz e seguro meio de inclusão social na atualidade.

No contexto tradicional	No contexto da pós-modernidade
<p>horizontalidade, menor diferenciação dos contextos socializantes e das expectativas.</p> <p>maior número de relações, menor intensidade das mesmas.</p> <p>sentido da acção socializadora predominantemente descendente.</p> <p>afectos e valores partilhados espontaneamente no âmbito do apoio instrumental</p>	<p>verticalidade, maior diferenciação dos contextos socializantes e das expectativas.</p> <p>menor número de relações, maior intensidade das mesmas.</p> <p>efeito de “núvem” socializadora envolvendo todas as gerações.</p> <p>afectos, valores e apoio instrumental partilhado de forma independente, logo a sua articulação carece de ser socialmente pensada e construída.</p>

Figura 2 – Evolução das relações intergeracionais familiares

EVIDÊNCIAS DA PRÁTICA

Cuidados a observar no sentido de fortalecer as relações intergeracionais familiares.

1. As trocas intergeracionais quando possível devem ser compósitas, isto é, devem ser simultaneamente afetivas, normativas e instrumentais.
2. No seio da família deve ser promovida a entajuda em tarefas simples, por vezes meramente simbólicas, mas geradoras de cumplicidades e de laços para o futuro, como por exemplo: ajudar os irmãos mais novos a vestir-se; aos sábados de manhã levar o pequeno-almoço aos pais; acompanhar os avós no passeio de fim de tarde.
3. Manter o hábito de celebrar em família datas e acontecimentos significativos, como aniversários, festividades, etc.
4. Valorizar e promover a memória da família pois nela se podem encontrar elementos orientadores para a gestão dos afetos e para a normatividade das relações. Filmes, fotografias, cartas,

- documentos oficiais, objetos antigos, entre outros, podem ser usados com este fim.
5. Promover a partilha de códigos e dos meios comunicacionais, os tradicionais e os pós-modernos.
 6. Estimular o hábito de abordar em conjunto os problemas e as dificuldades que eventualmente surjam no seio familiar.
 7. Recorrer a programas de terapia familiar quando se sentir que isso poderá ser útil.

REFERÊNCIAS

- Bengtson, V., Rosenthal, C., & Burton, L. (1996). Paradoxes of Families and Aging. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp. 253-282). EUA: Academic Press.
- Bernal, J. (2007). Características de los Abuelos del Siglo XXI. *International Journal of Developmental and Education Psychology*(2), 29-42.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Magalhães, M. (2003). Quem Vive Só em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos - INE*, 33, 55-68.
- Sgreccia, E. (1997). *Manual de Bioética. Aspectos Médico-Sociais*. São Paulo: Edições Loyola.

CAPÍTULO 12 - A FAMÍLIA PROVIDORA DE CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE

Maria José Gomes & Augusta Mata

Faz parte do senso comum afirmar-se que a família constitui o local ideal para viver todas as etapas do nosso desenvolvimento preconizando, conseqüentemente, o local privilegiado para envelhecer. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) dizem que a família representa o lugar de aconchego, segurança, identidade e lembranças e, ainda que as relações se tornem mais difíceis e os conflitos emirjam, ela continua a ser o nosso lugar.

Assim, e porque o envelhecimento tem como característica a universalidade, representa uma realidade à qual ninguém consegue escapar e, porque hoje cada vez se vive mais, importa que no presente e se reflita acerca do futuro. Como afirmam Romero e Wasiek (2007), prepararmo-nos para uma vida longa é uma questão que diz respeito à sociedade no seu conjunto, e não apenas aos idosos, uma vez que a velhice de ontem é diferente da velhice de hoje e, a de hoje, será seguramente diferente daquela que irá acontecer nas décadas futuras.

Ao longo do tempo a família evolui, ultrapassando várias etapas, tendo como funções primordiais o desenvolvimento, proteção e socialização dos seus membros. Esta evolução traduz-se no ciclo vital da família e,

como afirma Royo (2004: 241) “A família regenera-se continuamente através do ciclo do nascimento, matrimônio e morte, envolvendo novos membros à medida que os velhos morrem. Quando um membro se casa, estabelece-se um novo jogo de parentesco”.

O ciclo de vida familiar é dividido em estádios definidos a partir de momentos de crise. Dos vários modelos de estádios existentes, a maioria inicia o ciclo de vida familiar com a constituição de um novo casal, passa pelo nascimento dos filhos, pela adolescência dos mesmos, a sua saída enquanto adultos independentes, para finalmente culminar com o último estágio – família no final da vida. Bianchi e Estremero (2003) reconhecem-lhe sete etapas: constituição do casal; nascimento de uma criança; filhos em idade escolar; saída dos filhos de casa e respetivo casamento; etapa madura; anciania.

As mesmas autoras afirmam que, ao longo da sua existência, as famílias atravessam diferentes tipos de crises que, segundo as características que assumem, podem constituir crises evolutivas ou crises inesperadas. As crises evolutivas dizem respeito às alterações esperadas, e a maioria das pessoas passa por elas. Essas alterações requerem sempre um tempo de adaptação para enfrentar novos desafios e fazem parte do desenvolvimento de uma vida normal. Já as crises inesperadas dizem respeito àqueles acontecimentos que ocorrem de forma repentina, que não se encontram na linha evolutiva habitual, como é o caso da morte prematura de um elemento da família, a perda de emprego, uma emigração forçada, ou um caso de dependência e incapacidade não prevista.

Ambos os tipos de crise podem ser vividos de formas distintas, dependendo dos recursos e de experiências anteriores, havendo famílias que podem passá-las com maior facilidade e capacidade de adaptação, enquanto outras apresentam dificuldades acrescidas em vivenciá-las, revelando dificuldades adaptativas às situações em questão. Estas diferenças estarão, seguramente, relacionadas com a diversidade cultural existente e com os usos e costumes, pelo que não se pode afirmar que existam formas mais, ou menos, corretas de ultrapassar as distintas etapas.

Ainda, as mesmas autoras, à medida que caracterizam os diferentes estádios, enunciam os problemas mais específicos de cada um, e, no que se refere à etapa da anciania, afirmam que cada elemento do casal irá sofrer alterações que vão requerer um determinado tempo para serem processadas. Nesta etapa, verifica-se ainda uma inversão de papéis no que concerne à prestação de cuidados (físicos, emocionais ou mesmo económicos), assumindo esses novos vínculos, características distintas,

de acordo com a forma como foram vividos os estádios anteriores.

Para Romero e Wasiek (2007), a geração mais idosa deve permitir que os seus descendentes assumam um papel mais central na vida familiar, mantendo, no entanto, o espaço necessário para a sabedoria e experiência dos mais velhos. Mas é também neste último estágio da vida familiar que as pessoas têm necessidade de aprender a viver e a gerir as diferentes perdas: morte de familiares, do cônjuge, de amigos, perda de prestígio e de poder, para além de um possível declínio das capacidades físicas e intelectuais, que necessitam da intervenção de um cuidador para a satisfação das necessidades da vida.

O cuidado de uma população que envelhece representa um desafio, já que esse segmento apresenta uma maior carga de doenças crónicas e incapacitantes quando comparado com outros grupos etários, resultando em necessidades crescentes de serviços sociais e de saúde. Assim, neste cenário, a família permanece como a instituição que cumpre o papel social de cuidar de idosos, apresentando uma enorme flexibilidade e capacidade de gerar estratégias adaptativas e atuando como espaço transmissor de oportunidades e de perspetivas de vida para os seus membros.

O CUIDADO AO IDOSO EM FAMÍLIA

No envelhecimento com dependência a figura da família como cuidador está a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas de saúde (Seraceno & Naldine, 2003; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2007; Correia, Teixeira & Marques, 2005; Sousa et al., 2006; Silva, 2006). No entanto e apesar disto, assistimos nos últimos anos a uma orientação política no sentido de transferir para as famílias a responsabilidade de cuidar dos doentes e idosos dependentes, com fundamento no que se considera o princípio da sub-solidariedade, segundo o qual não se deve deixar uma organização social superior (Estado) fazer o que uma sociedade mais elementar (família) pode fazer melhor (Pinto, 2000; Areosa, 2008).

Quando se evidencia a falta de serviços de apoio às pessoas com doenças crónicas, ou simplesmente idosas, os cuidados são assegurados dentro da rede familiar, apesar das mutações sociais e os novos desafios da sociedade que se fazem sentir, cada vez mais, no dia a dia da vida das famílias. Neste sentido, Gutierrez e Minayo (2008), ressaltam a importância da família enquanto elemento socializador fundamental, agência formadora do indivíduo nos seus aspetos sociais, afetivos e educativos, configurando um espaço relacional de grande complexidade. As autoras chamam à atenção para o facto de olharmos para formas de

organização, relações do cotidiano e construção simbólica em torno do fenómeno saúde/doença/cuidado dentro dos grupos primordiais de inserção dos indivíduos.

Também Santos e Rifiotis (2006) apontam a permanência da família como o espaço preferencial no processo para cuidar dos idosos portadores de doenças ou não, sendo a maneira como lidam e se organizam para assumir estes cuidados variável e muitas vezes envolvem outras pessoas que fazem parte do grupo doméstico. Neste contexto, as práticas de cuidado inscrevem-se num quadro de redes sociais, regidas por um sistema de obrigações morais de reciprocidade, onde várias pessoas agenciam cuidados ou apoiam o provimento de cuidados. Tanto para o idoso, quanto para o seu cuidador, a situação de dependência implica uma multiplicidade de interações, negociações, aproximações e separações, dilemas e conflitos interpessoais.

Na perspectiva de Collière (1999: 235-236) cuidar é “um ato individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais”. Numa perspectiva bio-psico-social o cuidar é essencial ao crescimento humano e à sua harmonia.

O prestar cuidados a idosos dependentes, dá-se no âmbito dos valores culturais que permeiam o curso da vida individual e social. Há uma expectativa generalizada nas culturas de que especialmente a família ofereça proteção e cuidado aos idosos, crianças e outros doentes, mas que outras instituições sociais a assessorem no cumprimento dessa tarefa (Pavarini & Neri, 2000). Hanson (2005) corrobora que envelhecimento é assunto de família, e que as pessoas idosas são parte integrante da rede familiar até à morte. O apoio intergeracional de cuidados prolonga-se ao longo do ciclo vital da família.

Elsen (2004) refere que a família se constitui como um sistema de saúde para com os seus membros, fazendo parte de um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam as ações da família na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença. O autor adianta ainda, que o contexto físico e social em que a família está inserida reflete o seu processo de viver, a sua qualidade de vida, a sua saúde e a de seus membros.

Ressalta-se que cada família é única, reage e organiza-se diante de uma situação de dependência de formas diferentes e a qualidade do cuidado prestado ao paciente pelos seus familiares dependerá de como essa família está preparada, organizada e orientada. Cada família possui

as suas próprias peculiaridades e construções, tendo ações e reações diferentes, com base nas suas experiências existenciais. O equilíbrio e a força para encarar a nova realidade e ajudar o familiar idoso, nas possíveis dificuldades no dia a dia, vão depender, de quão apta a família se encontra para enfrentar a situação.

As necessidades do cuidado podem atravessar os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e económico. Quando a avaliação familiar ou individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual, podendo trazer consequências negativas para o cuidado.

O conceito de prestação de cuidados é amplamente definido como um ato de promover assistência a um membro da família, amigo ou doente, permitindo a manutenção de um bom nível de independência. Os cuidados de saúde desenvolvem-se em dois sistemas distintos: o sistema informal, composto fundamentalmente pela família e o sistema formal, constituído pelas instituições e serviços de saúde.

A prestação de cuidados informais é um processo dinâmico e complexo pelas alterações que sofre ao longo dos tempos, devidas à evolução da doença, ao tipo de dependência que gera, ao contexto familiar, tipo e fase do ciclo vital da família, às atitudes e crenças familiares e à rede de apoio que usufrui. Todos estes fatores influenciam as necessidades e os sentimentos, quer de quem recebe quer de quem cuida.

O cuidado informal pode ser definido, como a assistência não remunerada proporcionada pela família, pelos amigos ou vizinhos, a pessoas com necessidades de cuidados instrumentais, ou pessoais, para a satisfação das Atividades de Vida Diárias (AVD). O cuidador informal representa a pessoa familiar ou amiga, que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente. Habitualmente, é sobre um membro da família que recaem as maiores responsabilidades no ato de cuidar do idoso dependente.

São José, Wall e Correia (2002) nos estudos que desenvolveram em torno da família, identificaram dois grandes perfis de prestação de cuidados a idosos no seio da família: um perfil familiar, caracterizado por uma centralização da prestação de cuidados na família da pessoa idosa dependente, em que não é feito qualquer uso de recursos exteriores à rede de parentesco; e um perfil misto, caracterizado pela combinação de vários tipos de prestadores de cuidados, em que se conjugam cuidados prestados pela família com cuidados prestados por delegação de agentes,

exteriores à rede familiar.

Conforme Andrade e Rodrigues (1999), o cuidado familiar pode ser caracterizado como sendo um conjunto de ações dirigidas a uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e de outros apoios desenvolvidas no domicílio. Essas pessoas são denominadas cuidadores familiares.

A diversidade é uma característica fundamental dos cuidados prestados pelos cuidadores informais, na medida em que as atividades desenvolvidas visam assegurar a satisfação de um conjunto de necessidades que contribuem para o bem-estar dos idosos: suporte psicológico, emocional, financeiro e assistência nas atividades instrumentais e básicas da vida diária. A intensidade e a frequência do cuidado estão relacionadas com as exigências objetivas do mesmo, nomeadamente as perturbações comportamentais, a deterioração cognitiva e a dependência funcional para as AVD.

A eleição da pessoa que exercerá a função de cuidador principal está intimamente ligada ao campo das estruturas de parentesco e dos modelos de relações de intimidade, e a definição de modelos de distribuição de obrigações e deveres, (Santos & Rifiotis, 2006). Nesse sentido, as questões de género e de gerações ocupam posição central no processo de imputação do papel de cuidador, pois é em torno da família, das articulações de género e das gerações, estabelecidas ao longo de uma vida em comum, que será definida essa escolha.

O processo de se tornar cuidador pode ser mais imediato ou gradual. As decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes e, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica específica, o processo obedece a regras refletidas em quatro fatores que estão relacionadas com o parentesco, com frequência maior para os cônjuges, antecedendo sempre a presença de um filho; o género, com predominância para a mulher; a proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer os cuidados e a proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos.

Apesar de todas as mudanças sociais e na composição familiar, e dos novos papéis assumidos pela mulher, destacando-se a sua maior participação no mercado de emprego, ainda se espera que a mulher assumira a função de cuidadora. Sendo assim, é comum que a mulher assumira os cuidados mesmo quando trabalha fora, o que se reflete nas maiores limitações de tempo livre e implicações na vida social, Laham (2003).

Estudos realizados sobre o padrão de cuidados mostram que a prestação de cuidados a idosos dependentes é na sua maioria da responsabilidade das mulheres, (Instituto Nacional de Servicios Sociales

[INSERSO], 1995; Wolf, Freedman & Soldo, 1997; Brito, 2001; Pereira 2002; Imaginário, 2008; Lage, 2005; Santos, 2004; Karsch, 2003; Pavarini et al., 2006; Andrade et al., 2009), constituindo as esposas a primeira fonte de prestação de cuidados (Karsch, 2003; Caldas, 2003; De La Cuesta, 1995; INSERSO, 1995). Nas famílias nucleares, unigeracionais ou sem filhos, o cuidado é prestado pelo cônjuge, muitas das vezes também, uma pessoa idosa, podendo ser em simultâneo produtor e beneficiário de cuidados, constituindo, porém, uma das maiores garantias de suporte na velhice. As condições físicas desses cuidadores levaram a inferir que os cuidadores são doentes em potencial e que a sua capacidade funcional está constantemente em risco, Karsch (2003). Devido à maior esperança de vida e de mais morbilidades das mulheres, também se assiste à emergência de um grupo de cuidadores constituídos por maridos idosos, em situações onde se verifica a ausência de redes de suporte descendentes (Ribeiro, 2005).

A proximidade geográfica e a coabitação têm influência na escolha da pessoa que irá assumir o cuidado, ou seja, constituem fatores determinantes do padrão de cuidados. Desta forma, a proximidade aumenta a possibilidade de assumir o papel de cuidador informal, Paúl (1997).

O assumir o facto de se ser responsável pelo cuidado não é uma opção, porque, em geral, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas esta define-se muitas vezes na indisponibilidade de outros possíveis cuidadores para cuidar e, quanto mais o cuidador se envolve, mais os não cuidadores se afastam do cuidado (Karsch, 1998). Assim, podemos depreender que, uma vez assumido, o cuidado dificilmente é transferível.

Fazendo uma alusão às diferenças de género na divisão do trabalho, Torres & Silva (1998); Guerreiro (2000), Guerreiro, Caetano e Rodrigues (2006); Torres (2004), referem que, trabalhem ou não no exterior, são as mulheres que assumem a maior parte das tarefas domésticas, os cuidados com os filhos e ascendentes dependentes, dando primazia à carreira profissional do homem no casal, sendo apenas possível diminuir essa participação reduzindo o tempo a elas dedicado.

O exercício de cuidar do um idoso dependente no domicílio é uma aprendizagem constante, baseada nas necessidades físicas e biológicas de acordo com o seu nível de dependência. No início, apresenta-se como uma tarefa complicada, pela inexperiência do cuidador dar resposta a todas as necessidades que vão surgindo. Atividades que parecem ser simples, para quem as desenvolve, tornam-se duras para quem pela primeira vez as está a executar. Assim, o cuidar, que inicialmente abrange atividades simples que se limitam a ajudar nas AVD, gradualmente pode-se tornar

mais complexo, exigindo ao cuidador conhecimentos e habilidades que ele não possui.

Cuidar vinte e quatro horas ininterruptas de alguém com dependência não é tarefa fácil, e exige mais do que um cuidador para dividir o trabalho e/ou o horário de acompanhamento e, por isso, tanto quanto possível, esta tarefa exige revezamento. Este revezamento é uma forma de descansar, embora, muitas vezes, o acompanhante não consiga desligar-se totalmente das responsabilidades de cuidar. No estudo levado a cabo por Andrade et al. (2009), verificou-se que os cuidadores sentem constantes preocupações, por exemplo, em nunca deixar o idoso muito tempo sozinho porque temem negligenciar a sua assistência.

A não preparação técnica dos cuidadores decorre muitas vezes da falta de informação, podendo-se traduzir em sobrecarga pessoal, ocasionando alterações na dinâmica de viver dos cuidadores bem como no cuidado ineficaz para o doente e para si próprio. Por isso, quando aconselhados e orientados, os familiares estarão mais preparados para intervir adequadamente nas situações do cuidado, sem prejuízo para a sua saúde física e emocional ou para o seu estilo de vida.

SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS

São vários os estudos que apontam para problemas de índole diversa sentidos pelos cuidadores informais, principalmente quando o cuidado se prolonga no tempo.

Ribas et al. (2000) afirmam que o cuidador principal enfrenta diariamente desafios imprevisíveis e sofre perdas de controlo pessoal que se vão refletir na sua saúde física e emocional. Referem, ainda, que o síndrome do cuidador não se manifesta apenas na saúde, já que também estão implicados aspetos sociais e económicos. Trata-se então de um quadro plurissintomático que afeta e se repercute em todas as esferas da vida pessoal.

Martínez, Nadal, Beperet, Mendióroz e Grupo Psicot (2000) reforçam a ideia anterior, referindo que a carga familiar se repercute em distintas áreas da vida do cuidador: tarefas da casa, relações entre o casal, familiares e sociais, desenvolvimento pessoal e de tempo livre, economia familiar, saúde mental e mal-estar subjetivo do cuidador. Os mesmos autores referem que estas áreas podem ser agrupadas em dois grandes grupos: carga objetiva e carga subjetiva. A carga objetiva diz respeito a qualquer alteração visível e observável na vida do cuidador, enquanto a carga subjetiva é relativa à sensação de suportar uma obrigação pesada e opressiva com origem nas tarefas de cuidador.

Os mesmos autores dizem ainda que a gravidade da carga está relacionada com as características da pessoa cuidada – intensidade dos sintomas, grau de incapacidade associado à patologia, idade, sexo, duração do cuidado - e com os vínculos afetivos entre cuidador e pessoa cuidada. Afirmam que a mesma se relaciona também com as características pessoais do cuidador, com a dinâmica e características familiares, ou com a disponibilidade de redes de apoio social, as leis sócio sanitárias e com a disponibilidade dos serviços de saúde.

Opinião semelhante é apresentada por Hung, Sánchez e Bello (2003) ao afirmarem que, em resultado da sua função, o cuidador pode apresentar um conjunto de problemas físicos, mentais e socioeconómicos, a que geralmente se dá o nome de carga e que pode ser objetiva ou subjetiva. No estudo que desenvolveram em cuidadores de pessoas com demência, os autores indicam que a sobrecarga objetiva se refere à disrupção da vida social do cuidador, a quantidade de tempo e dinheiro investido no cuidado ao familiar, assim como aos problemas de conduta que este apresente, enquanto a sobrecarga subjetiva diz respeito à percepção que o cuidador apresenta da repercussão emocional e das necessidades e problemas relacionados com o ato de cuidar. De acordo com Sousa et al. (2004: 78), entende-se por sobrecarga (*burden*, em inglês) como sendo: “... o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional”

À semelhança dos autores anteriores, também afirmam que este conceito pode ser perspetivado nas dimensões objetiva e subjetiva, em que a primeira resulta da conjugação entre a exigência dos cuidados e as consequências nas várias áreas da vida do cuidador, enquanto a segunda deriva das atitudes e respostas emocionais do cuidador à tarefa do cuidar.

Tomando por base o estudo desenvolvido por Cerrato, Tróconis, López e Colodrón. (2002), em cuja revisão teórica que efetuam, se pode encontrar uma pequena revisão da evolução histórica do conceito de carga, verifica-se que ele remonta aos inícios dos anos 60, num trabalho desenvolvido por Brad e Sainsbury em 1963, através do qual os investigadores pretendiam conhecer os efeitos sobre as famílias decorrentes do cuidado a familiares com patologia psiquiátrica. Trabalhos posteriores incidiam na necessidade de avaliar os efeitos numa perspetiva mais ampla, dadas as dificuldades conceptuais em torno do conceito de carga. Assinalam os trabalhos desenvolvidos por Hoening e Hamilton em 1965 e 1967 que contribuíram amplamente para a distinção entre carga objetiva e subjetiva.

De acordo Stull (1996) referenciado pelos mesmos autores, os estudos desenvolvidos acerca da carga de cuidadores de doentes do foro psiquiátrico continuaram a ser desenvolvidos durante a década de 70, tendo sido criados diversos instrumentos de medida onde eram incluídos aspetos tão diversos como condutas específicas potencialmente perturbadoras para a família, aspetos de carga objetiva e subjetiva, bem como avaliações globais de carga efetuadas pelos investigadores. Acrescentam que, apesar de os estudos em cuidadores de doentes psiquiátricos continuarem a ser desenvolvidos, a investigação acerca da carga do cuidador informal de idosos só começou a ser desenvolvida no âmbito da gerontologia a partir dos anos 80.

Zarit e Zarit (1983), Zarit, Todd e Zarit (1986) no desenvolvimento de estudos por eles efetuados, concluíram que a institucionalização de pacientes que suportavam quadros demenciais estava fortemente relacionada com fatores subjetivos do cuidador, particularmente com sobrecarga, concluindo assim que a intensidade da carga constitui melhor predictor de institucionalização do que o estado mental ou conductual da pessoa cuidada, pelo que, consideraram a carga do cuidador como sendo a chave para a manutenção na comunidade, das pessoas com demência. O instrumento de medida desenvolvido por Steve Zarit – Entrevista de Carga do Cuidador - constitui provavelmente o instrumento mais utilizado para avaliar tal sobrecarga. Esta entrevista dá resposta a uma visão subjetiva de carga e os resultados dos diferentes estudos em que foi utilizada demonstram a utilidade desta abordagem, uma vez que são coincidentes em demonstrar que a carga subjetiva constitui um bom indicador do efeito dos cuidados. Entende-se assim que esta constitui uma variável a ser incluída na avaliação da saúde do cuidador, promovendo de seguida o planeamento e execução de intervenções que visem a prevenção e/ou diminuição da mesma.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA

Um cuidador cuidado, informado e formado contribuirá seguramente para a manutenção do idoso dependente no seu ambiente familiar e social, para isso deve tomar-se em atenção o seguinte:

1. Inclusão do cuidador informal na equipa de prestação de cuidados, aquando de um internamento, facultando-lhe possibilidades de aprendizagem no cuidar.
2. Planear, executar e avaliar sessões de formação para grupos de cuidadores informais, selecionando temas de acordo com as suas motivações e preferências

3. Sempre que se proceda a uma avaliação do idoso dependente, avaliar também a situação de saúde e sobrecarga do cuidador, tendo sempre em mente a díade idoso/cuidador.
4. Dinamizar as redes sociais informais de apoio ao cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, L.; Costa, M.; Caetano, J.; Soares, E. & Beserra, E. (2009). *Revista Escola Enfermagem USP*; 43 (1); 37-43.
- Andrade, O. & Rodrigues, R. (1999). O cuidado familiar ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.20,n.2; 90-109.
- Areosa, S. & Areosa, A. (2008). Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Revista Textos & Contextos*, 7 (1), 138-150.
- Bianchi, X. & Estremero, J. (2003). *Ciclo Vital: Crises Evolutivas*. Área de Salud Mental; Fundación MF, para el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud. Unidad de Medicina Familiar y preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires, 1-8.
- Brito, L. (2001). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*, Coimbra, Quarteto.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (3): Maio-Junho, 773-781.
- Cerrato, I., Trocóniz, M., López, A. & Colondrón, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y Validez del Concepto de Carga. *Anales de Psicología*, vol 14 (2), 229-248.
- Correia, C., Teixeira, R. & Marques, S. (2005). A família do Doente dependente. *Servir*, 53 (3), 126-131.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- De La Cuesta, C. (1995). Família y salud. *Revista Rol de Enfermaria*, 203-204, 21-24.
- Elsen, I. (2004). Cuidado familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen; Marcon S.S.; Silva, M.R.S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 2 ed. Maringá: Ed. UEM.
- Guerreiro, M.; Caetano, A. & Rodrigues, E. (2006). *Famílias Contemporâneas e Relações de Género: Diversidade, Permanência e Mudança de Modelos Parentais*, TYR. *The Youngs ters' Reply: Comparison of different Parental Models*. Relatório Nacional: Portugal, CIES - ISCTE.
- Gutierrez, D. & Minayo, M. (2008). Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário. Trabalho apresentado no *Fazendo gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis. Acesso no dia 04-11-2009 em www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Loures: Lusociência.
- Hung, G., Sánchez, B. & Bello, A. (2003). *Red Latinoamericana de Gerontologia*. Obtido em 7 de agosto de 2009, de Red Latinoamericana de Gerontologia: <http://www.gerontologia.org/noticia.php?id=143>.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. 2ª Ed. Coimbra. Formasau.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid: Ministério de Assuntos Sociais.
- Instituto Nacional de Estatística (2007). *Estatísticas Demográficas, 2005*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Karsch, U. (org) (1998). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: EDUC.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.19, nº. 3, 861-866.
- Laham, C. (2003). *Perceção de perdas e ganhos subjetivos entre de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar* [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In: C. Paúl, e A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martínez, A; Nadal, S; Beperet, M; Mendióroz, P y grupo Psicost (2000). Sobrecarga de los Cuidadores Familiares de Pacientes com Esquizofrenia: Factores Determinantes. *Anales Sis San Navarra*, 23 (supl. 1), 1001-1110.
- Pavarini, S.; Neri, A., (2000). Compreendendo dependência, Independência no contexto Domiciliar: Conceitos, Atitudes e Comportamentos. In: Duarte, Y., Diogo, M. *Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, cap. 5, 49-70.
- Pavarini, S.; Tonon, F.; Silva, J.; Mendiondo, M.; Barham, E.; Filizola, C. (2006). Quem irá empurrar a minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista Electónica de Enfermagem*, V 08, n.03, 326-335. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pereira, H. (2002). Género e trabalho não pago: o tempo das mulheres e o tempo dos homens. *Análise Social*, XXXVII (163), 447-474.
- Pinto, V. (2000). Participação da família no processo terapêutico do doente idoso internado no serviço de Medicina. *Servir*, 48 (4), 162-171.
- Pereira, Ó. (2005). Quando o Cuidador é Um Homem, Envelhecimento e Orientação para o Cuidado. In: C. Paúl, e A.M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribas, J.; Castel, A; Escalada, B; Ugas, I; Grau, C; Magarolas, R; Puig, J.; Carulla, J.; Pi, J. (2000). Transtornos Psicopatológicos del cuidador Principal no Profesional de Pacientes Ancianos. *Revista Psiquiatria Fac. Medicina Barna*; 27 (3), 131-134
- Romero, X., & Wasiek, C. (2007). *Las mujeres adultas mayores y los desafios de la longevidad*. Boletín Mensual. Editorial nº 86. Obtido em 10 de agosto de 2007, de www.gerontologia.org.
- Royo, M. (2004). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. In Fernández-Ballesteros, R. (Dir), *Gerontologia Social*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- SÃO JOSÉ, J., Wall, K., Correia, S. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Seraceno, C. & Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. 2ª Edição, Editorial Estampa, Lisboa.
- Santos, S. & Rifotis, T. (2006). Cuidadores familiares de idosos dementados: uma reflexão sobre o cuidado e papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: SiMSON, Olga R.M.V. [et al.] *As múltiplas faces da velhice no Brasil*. Campinas, SP, Editora Alínea, 141-164.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim*. Loures: Lusociência.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto, Ambar.
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2006); *Envelhecer em Família – os cuidadores familiares na velhice*. Porto, Ambar.
- Torres, A. (Coord), (2004). *Homens e Mulheres entre a Família e o Trabalho*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros, MSST e CITE.
- Torres, A. & Silva, V. (1998). Guarda das crianças e divisão do trabalho entre homens e mulheres. In *Sociologia - Problemas e Práticas*, nº 28, 9-65.
- Wolf, D.; Freedman, V.; Soldo, B. (1997). The division of family labour: care for elderly parents. In *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52, 102-109.
- Zarit, S., e Zarit, J. (1983). *The Memory and behaviour problems checklist - and the burden Interview*. Technical Report: Pennsylvania State University.
- Zarit, S.; Todd, P.; Zarit, J. (1986). Subjective Burden of Husbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist*; 26 (3): 260-266.

CAPÍTULO 13 - MAPA MINIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO: UMA FERRAMENTA PARA AVALIAR REDE DE SUPORTE SOCIAL

Marisa Accioly Domingues

UM BREVE PANORAMA SOBRE A ABORDAGEM COM REDES SOCIAIS

O termo *rede* é utilizado tanto pela ciência, como conceito teórico ou metodológico, quanto pelos indivíduos, atores sociais, que o empregam para se referirem a determinado tipo de relação ou prática social. Assim sendo, uma proposta de análise de redes requer situar-nos em relação às diferentes abordagens e utilizações metodológicas ou operacionais.

A noção de rede significa muito mais que um instrumento metodológico de análise de processos interativos: é um conceito central na análise dos processos estruturadores da sociedade (Fontes, 2004).

A análise das redes sociais tem experimentado um crescimento bastante intenso desde a década de 60, baseada em princípios gerais que têm origem na teoria da psicologia social de Moreno - com o desenvolvimento da sociometria que descreve as atitudes de aproximação e repulsão dos indivíduos. Moreno cunhou o conceito de “*psicologia geográfica*” com o propósito de esboçar um mapa de relações – do tipo “quem conhece quem” – para ser aplicado a grupos e comunidades. A

expressão dos dados coletados é apresentada por meio de um mapa de relações, ou seja, de um sociograma. Nele, os relacionamentos significativos são dispostos em vários círculos que simbolizam os diversos graus de proximidade de relacionamento, Moreno (1967); Sluzki (1997; 2006); Domingues (2002); Domingues (2006).

O fato de conhecermos as inserções dos indivíduos a partir de suas redes microssociais, nos permite inferir sobre as suas possibilidades de aceder aos recursos comunitários e, portanto, deduzir qual a sua posição na sociedade.

Esse fenômeno pode ser analisado a partir do indivíduo e da constituição de seus processos interativos: amizade, parentesco, relações de trabalho, ligações comunitárias, em que os padrões de sociabilidade são exercidos com base na função exercida nas redes sociais. As instituições, a que pertencem esses atores sociais, interagem com as redes microssociais e podem ser dimensionadas como agentes potencializadores ou desagregadores desse conjunto de cenários (Fontes, 2004).

Esses complexos processos de interação, intra e inter-redes são a chave para o entendimento dos fenômenos organizacionais da sociedade.

Essa riqueza de tecido social tem uma forte participação na construção do capital social dos indivíduos que segundo Fontes (2004), é formado por três componentes: o número potencial de relações de ajuda ou apoio social, a extensão de ajuda, que depende da intensidade da relação e os recursos que permitem o acesso às relações

No que tange à intensidade das relações, Caillé (2002) identifica dois tipos de vínculos, fortes e fracos. Esse conceito caracteriza o padrão de sociabilidade estabelecido, bem como os tipos de recursos passíveis de serem alocados a partir do estabelecimento desses laços relacionais.

Os laços fortes são mais funcionais à mobilização de recursos e se apoia na solidariedade e em padrões de distribuição de recursos não facilmente mensuráveis, provindos de relações sociais cuja principal característica é a intensidade dos contatos e a diminuta distância social que separa os atores sociais. São laços que se localizam na esfera pessoal, como por exemplo, os laços de parentesco e amizade.

As redes, portanto, apresentariam algumas características universais, como no caso das redes pessoais, uma tendência a um grau relativamente importante de presença de laços fortes.

As ciências humanas e sociais têm recorrido ao conceito de redes, para a definição de constructos relativos a apoio social e relacionamentos grupais. Considerando-se as ciências humanas, é ampla

a diversidade de uso do termo. A geografia a apresenta, por exemplo, como redes territoriais e sociais urbanas, sendo esta última noção também empregada, pela sociologia. A administração analisa as redes organizacionais e empresariais. A antropologia faz uso dos conceitos de redes de vizinhança, de parentesco, de amizade. Da sociologia ainda, vem a ideia de redes como articulação política, ideológica ou simbólica (Scherer-Warren, 2005).

A REDE DE SUPORTE SOCIAL DO IDOSO

Marca indelével do século XXI é a franca expansão de idosos, em especial os muito idosos, indivíduos com 80 anos e mais, nesse segmento etário. Tal fato, nos leva a refletir sobre a predisposição à fragilidade física e social dos indivíduos, tornando-os mais propensos a se valer de uma rede de relações para auxiliá-los em atividades cotidianas, que facilitem sua permanência em seu local de moradia.

As redes informais, oriundas dos vínculos de parentesco, vizinhança e comunidade, em parceria com a rede formal formada pelo conjunto de instituições públicas, em especial, as da área social e saúde, representam o desafio que se tem para trabalhar-se as questões que envolvem o envelhecimento.

Segundo Sluzki (2006), rede de suporte social pode ser definida como um conjunto significativo de pessoas, que alçam do anonimato cada indivíduo, tornando-o único na sua experiência de ser e viver. Essa definição traz no seu bojo a experiência socialização, em que as relações sociais e a afetividade são quesitos centrais. A valorização dessa abordagem e a visibilidade desse tema pode ser, por conseguinte, um dado avaliativo a ser trabalhado pelo gerontólogo. Segundo Dabas (1995); Ayéndez (1994); e Andrade et al. (2002), os expoentes mais expressivos da rede de relações emanam da família, de amigos e da comunidade.

APOIO COMUNITÁRIO

Com a diminuição da quantidade de membros das famílias, fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, a participação comunitária, por meio dos amigos e vizinhos, é cada vez mais usual como um fator primordial para o desenvolvimento de políticas e programas de atenção ao idoso. Segundo alguns pesquisadores brasileiros, o cuidado ofertado pela família e pela comunidade, entendido como cuidado informal, em parceria com o disponibilizado pelos profissionais, cuidado formal, constituem um importante suporte aos idosos dependentes (Neri, 2006; Karsch, 2003).

As ações desencadeadas por essa parceria se efetivam por meio de orientações, esclarecimentos e informações, que viabilizam propostas terapêuticas direcionadas à promoção da saúde do idoso, objetivando sua permanência na comunidade. Sem o apoio formal, essa rede informal de apoio ou de suporte social sente-se desamparada, sem condições de responder às demandas necessárias. É importante ressaltar que, como o processo de envelhecimento não é uniforme, os indivíduos podem atingir idades avançadas em boas condições físicas produzindo, porém, diferentes demandas à sua rede de suporte social, que não seja para a prestação de cuidados especificamente com a saúde, Lemos & Medeiros (2011).

Para atender às várias demandas do idoso, do mais dependente, ao independente, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no ano de 1998, em sua 25ª Conferência Sanitária recomendou três tipos de programas de atenção ao idoso, com os seguintes objetivos: envolvimento com a comunidade para evitar a institucionalização de pessoas debilitadas; incentivo à atenção primária de saúde, evitando a hospitalização; e, programas que estimulem a autonomia dos idosos.

AMIGOS

Segundo Erbolato (2002: 962), a categoria amigos pode ser definida como: (...) relacionamentos voluntários, predominantemente entre iguais, resultado do livre-arbítrio: escolhe-se a quem dar e de quem receber afeição, sem obrigatoriedade. São escolhidos com base em semelhanças entre as pessoas (gênero, etnia, status, escolaridade e faixa etária) e por apresentarem atributos considerados desejáveis como lealdade, confiança, valores e interesses comuns. Para Ayéndez (1994: 364), amigos são “pessoas que mantêm relações afetivas que podem predispor a vários tipos de assistência: companhia, compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas”. Quanto às funções desempenhadas, nota-se uma diferença entre as realizadas por familiares e pelos amigos. Estes, mais frequentemente, desempenham um papel pequeno na ajuda ao idoso mais fragilizado, incidindo a maior demanda de cuidados relativos aos cuidados pessoais à família, principalmente às filhas, Karsch (2003). Os amigos costumam, mais corriqueiramente, executar atividades instrumentais, tais como fazer compras, auxiliar nas atividades domésticas ou fazer companhia (Andrade & Vaistsman, 2002).

Segundo Erbolato, isso se deve a dois fatores: (1) os amigos geralmente são contemporâneos, apresentando, muitas vezes, as mesmas dificuldades ou limitações, o que dificulta a provisão de

cuidados; (2) na amizade tudo é voluntário, não havendo assim nenhum caráter de obrigação, como nos vínculos familiares. A provisão fornecida é, portanto, sempre facultativa. Apesar dessas limitações, os amigos representam um vínculo extremamente significativo para o idoso, no que tange à manutenção de sentimentos de bem-estar, diminuindo a solidão e promovendo interação (Erbolato, 2002: 962).

VIZINHOS

Com a diminuição das famílias, os amigos, os vizinhos e as demais pessoas da comunidade constituem uma rede eficiente e ativa, funcionando como um dos pilares da rede de suporte social do indivíduo. Por toda sua importância, como instância que pode facilitar a permanência do idoso no seu meio, essa rede deve ser valorizada e mobilizada, pois é a base dos programas de Prevenção e Promoção de um envelhecimento saudável (OPAS, 1998; 2002).

As relações estabelecidas com os vizinhos podem limitar-se à assistência para serviços ou apoio instrumental, não necessariamente de caráter afetivo, como na amizade (Ayéndez, 1994).

Quanto a esses relacionamentos, segundo Erbolato (2002: 963), “são relacionamentos marcados pela proximidade geográfica e contato frequente, duas características que podem ser associadas à provisão de auxílio, de informações e de pequenas tarefas, muitas vezes imprescindíveis para aqueles que têm mobilidade limitada”.

FAMÍLIA

A sociedade contemporânea protagoniza alterações significativas nas relações de parentesco e no surgimento de novas formas de família. Em épocas anteriores, elas eram maiores, mais numerosas. Frequentemente residiam num mesmo local, compartilhando, muitas vezes, da mesma atividade laboral. T tamanha proximidade promovia um maior envolvimento de seus membros, favorecendo que um deles cuidasse de seu genitor quando este viesse a necessitar (Papaléo Neto, 2002).

O apoio familiar, todavia, passou por alterações, admitindo novos arranjos decorrentes da queda da natalidade, vigente na sociedade brasileira atual. Em algumas regiões mais desenvolvidas, por exemplo, temos taxas de nascimento próximas ou abaixo da de reposição populacional. Em contrapartida, em regiões mais carentes, as dificuldades quanto ao apoio familiar ao idoso são de outra natureza. Os jovens migram para regiões mais promissoras, deixando seus genitores sem retaguarda familiar (Caldas, 2003; Camarano, 2011).

Em ambos os casos, o apoio comunitário emerge como uma alternativa às necessidades do idoso. Contudo, na vigência de problemas mais sérios de saúde que comprometam sua autonomia e independência, continua sendo a família, tanto a nuclear, composta pelos descendentes, quanto a ampliada, que abarca, além dos componentes da família nuclear, seus ascendentes, colaterais e agregados, o vínculo primeiro a ser acionado (Aquino & Cabral, 2002; Erbolato, 2002; Rodrigues & Rauth, 2002).

Outros arranjos são atualmente definidos como família, como acima citados. Neles vemos claramente a fusão de vínculos consanguíneos e laços afetivos de pertencimento, nos quais são incluídos os integrantes da comunidade. Seguindo tais definições temos a família estendida e modificada aquela que, apesar de seus membros residirem em casas separadas, muito distantes, ou mesmo em outras localidades, mantêm entre si o relacionamento ativo, ocorrendo a intimidade à distância.¹

Já a família modificada é aquela que agrega, além dos parentes, os amigos íntimos e os vizinhos (Neugarten, 1970; Ayéndez, 1994; Garcia Pintos, 1997; Neri, 2006).

Desde a década de setenta, os pesquisadores Herr & Weakland (1979) afirmavam ser a família, tanto na sua acepção nuclear, ou estendida quanto a modificada, se mostram como o recurso mais importante na vida do idoso, pois, agem como fator potencializador para manejar os problemas de saúde no envelhecimento. Sugerem os autores que, na avaliação clínica do geronte seja incluída uma avaliação global inserindo-a.

Ainda quanto ao envolvimento familiar, tanto Shanas (1979), quanto Dabas (1995) apontam a família como o suporte principal para que se evite a institucionalização de idosos mais fragilizados.

Apesar da maior possibilidade de os idosos dependerem do apoio familiar à medida que envelhecem, não é a dependência o principal fator nas relações do idoso-família. O fator preponderante dessa relação é, acima de tudo, a interdependência, pois, se em muitas ocasiões os idosos recebem ajuda, em outras, proveem assistência e auxílio aos filhos, netos e bisnetos (Shanas, 1979; Dobrof, 1997).

Segundo Dabas (1995), são as atitudes sociais e culturalmente definidas que atuam sobre as gerações, fazendo com que as mais novas forneçam o suporte necessário a seus idosos. Na maioria das vezes, é uma atitude com forte caráter afetivo e retributivo, que conta com uma diversidade de colaborações e trocas entre idosos e seus filhos adultos, num contexto de solidariedade intergeracional e maturidade filial

¹ O termo *intimidade à distância* foi descrito por Rosenmayr e Köeiskeis em 1965, citado por Rodrigues & Rauth (2002), para designar a comunicação e o contato mantidos entre pais e filhos por telefonemas ou visitas.

(Salvarezza, 1996; Caldas, 2003).

A AVALIAÇÃO DA REDE DE SUPORTE SOCIAL DO IDOSO

Entre os instrumentos de que dispomos para avaliar uma rede de suporte social, um se destaca pela sua forma de apresentação, o instrumento gráfico denominado mapa mínimo de relações. Este instrumento, utilizado por Sluzki (2006) pesquisador da área da terapia sistêmica, foi adaptado e modificado por Domingues (2002) para ser utilizado com indivíduos idosos, sendo validado quanto ao seu conteúdo por Domingues (2006) e tem como missão identificar a rede de suporte social do idoso.

O princípio fundamental de um mapa de relações é a sociometria área de pesquisa da psicologia social desenvolvida por Moreno. Para que se configure tal mapa, dois conceitos são fundamentais: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a frequência com que o contato ocorre. O conceito de proximidade de relacionamento tem uma característica eminentemente qualitativa, preponderando os aspetos afetivos que envolvem seu estabelecimento (Kahn e Antonucci, citados por Neri, 2006: 111).

Segundo Dobrof (1997), tal proximidade promove a intimidade à distância entre o conjunto da rede de relações. Esse tipo de intimidade suscita da autora a seguinte reflexão:

...mesmo quando os pais idosos e seus filhos estão geograficamente distantes, o contato é mantido através de telefonemas regulares e frequentemente, cartas, presentes e visitas periódicas; e, além disso, embora a distância física realmente impeça a disponibilidade destes filhos e de suas famílias no dia-a-dia das pessoas idosas, ainda se pode contar com eles para certos tipos de assistência (Dobrof, 1997: 55).

Já a frequência de contatos permite identificar o espectro instrumental do vínculo estabelecido, a efetivação do apoio recebido. Essa avaliação é sobremaneira importante na análise da rede de relações dos idosos, principalmente daqueles cuja capacidade funcional encontra-se diminuída, requerendo auxílio para as atividades cotidianas, Roles et al., 2000). Para outros estudiosos no tema, a percepção do apoio social, mensurada pela frequência de contatos, está diretamente relacionada ao grau com que as relações interpessoais correspondem a certas funções, ou seja, diz respeito aos recursos disponibilizados em situação de necessidade (Due et al., 1999; Griep et al., 2003).

1) Estado Conjugal:

- Solteiro(a) ()
- Casado(a) ()
- Separado(a) ()
- Viúvo(a) ()
- Outros:

2) Quanto à convivência:

- Reside sozinho(a)
- sim ()
- não ()
- Se não, com quem reside:
- Companheiro(a) ()
- Filho(a) ()
- Neto(a) ()
- Outros, quem:

3) Há quanto tempo mora neste local: 4) Escolaridade:

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| menos de um ano () | Sem escolaridade () |
| de 1 a 5 anos () | 1º grau incompleto () |
| de 6 a 10 anos () | 1º grau completo () |
| de 11 a 15 anos () | 2º grau incompleto () |
| de 16 a 19 anos () | 2º grau completo () |
| mais de vinte anos () | Superior incompleto () |
| | Superior completo () |

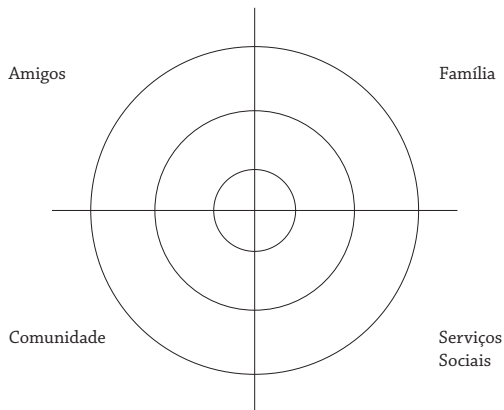
5) Tipo de moradia:

- Casa ()
- Apartamento ()
- Outros:

6) Vinculação do imóvel:

- Próprio ()
- Alugado ()
- Cedido ()
- Outros:

MMRI — DIAGRAMA DE REGISTRO DAS RELAÇÕES



Domingues, 2004

Perguntas/funções:

- 1 – visita
- 2 – companhia
- 3 – auxílio para atividades domésticas
- 4 – auxílio para cuidados pessoais
- 5 – auxílio financeiro

Frequência de contatos:

- 1º Círculo - 1vez por semana/FREQUENTEMENTE
- 2º Círculo - 1 vez por mês/POUCO FREQUENTE
- 3º Círculo - 1 vez por ano/RARAMENTE

Abreviações/símbolos utilizados para o registro das respostas:

Amigos e Sistema de Saúde	Família	Comunidade
•	eo - esposo	cc - membros de centro de convivência
	ea - esposa	cl - membros de clubes de lazer ou serviço
	fa - filha	gr - membros de grupos religiosos
	fo - filho	gt - membros de grupos de terceira idade
	ia - irmã	ed - empregada doméstica
	io - irmão	ps - prestadores de serviços
	na - neta	vi - vizinhos
	no - neto	o - outros
	o - outros	

Observações: _____

MMRI – Perguntas a serem formuladas para registro no MMRI:

1. Quais as pessoas que o(a)visitam pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
 1. 1. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o visitam pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?
 1. 2. Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que o visitam pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?

2. Com quem o(a) senhor(a) pode contar, se desejar ou precisar, para lhe fazer companhia, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
 2. 1. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?*
 2. 2. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas que lhe fazem companhia pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?*

3. A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
 3. 1. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?*
 3. 2. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?*

4. A quem o(a) senhor (a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
 4. 1. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?*
 4. 2. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?*

5. Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por semana (frequentemente)?
 5. 1. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc. pelo menos uma vez por mês (pouco frequentemente)?*
 5. 2. *Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as outras pessoas a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por ano (pouco frequentemente)?*

MMRI - Critérios para a sua aplicação

Preferencialmente recomenda-se a aplicação do MMRI para os seguintes indivíduos:

- 1) Idosos que necessitam de auxílio para as atividades de vida diária:

Justificativa: é da rede de suporte social informal (família, amigos e comunidade), que, habitualmente emergem os cuidadores. Portanto, a identificação do potencial de relações significativas é primordial para que se faça um planeamento da atenção, gestão de atenção gerontológica.

- 2) Idosos sem filhos.

Justificativa: esse grupo de idosos tende a contar com um menor aporte de contatos significativos na família, em especial quantos necessitam de auxílio para atividades relativas aos cuidados com a saúde.

- 3) Idosos com 80 anos ou mais

Justificativa: a rede de suporte social tende a diminuir com o passar dos anos, sendo necessária a identificação de novos contatos, para que esse seguimento de longevos venha a ampliar seu rol de relacionamentos, Domingues, (2010); (2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M.; Oliveira, M.; Domingues, M.; Amendola, F. & Facenda, O. (2009). Rede de Suporte social do Idoso Atendido por Equipes de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva (Online)*, 1, 1-11.
- Andrade, G. & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade saúde. *Ciências Saúde Col*; 7(4): 925-934. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413> [2004 Jun 02]
- Aquino, F. & Cabral, B. (2002). O idoso e a família. In: A.L. Neri, E. V.; Freitas, A. L.; Cansado, M. L. Gorzoni, & L.Py. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1. 52-60.
- Ayéndez, M. (1994). *El apoyo social informal. Organización Panamericana de la Salud, OPAS – Publicación Científica*, 546, 360-368.
- Caille, A. (2002). *Antropologia do Dom: O Terceiro Paradigma*. Petrópolis: Vozes.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781.
- Camarano, A. & Kansa, S. (2011). Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição Demográfica. In: E.V. Freitas & L.Py. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 58-72.
- Dabas, E. & Najmanovich, D. (1995). *Redes, el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.
- Dobrof, R. (1997). Sistemas de suporte social. In: Calkins E, Ford BA, Kartz P. *Geriatria Prática*. Porto Alegre: Revinter, 53-60.
- Domingues, M. & Derntl, A. (2002). Identificando o Universo Local do Idoso: Mapa Mínimo de Relações Adaptação de um Instrumento Gráfico para Identificar a Rede de Suporte Social ao Idoso. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, 20(1), 21-30.
- Domingues, M. & Derntl, A. (2006). Rede de Suporte Social: valorizando as relações significativas do idoso. *Jornal Brasileiro de Odontogeriatria*, 45(02), 315-335.
- Domingues, M. & Silva, E. (2010). O enfoque do Serviço Social em unidades de internação ao idoso. In M. Domingues & Lemos, N.D (Orgs). *Gerontologia: o desafio nos diversos cenários de atenção*. São Paulo: Manole, 323-332.
- Domingues, M.; Ordonez, T.; Silva, T.; Nagay, P. & Cruz, T. (2011). Instrumentos de Avaliação de Rede de Suporte Social a Idosos. In: E.V. Freitas & L.Py. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1627-1637.
- Due, P.; Holstein, B.; Lund, R.; Modvig, J. & Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med*, 48, 661-673.
- Erbolato, R. (2002). Relações sociais na velhice. In: E.V. Freitas & L. Py. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 957-964.
- Fontes B. (2004). A Formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. In: *Redes Revista Hispana para Análise de Redes Sociais*, 7(2), 01-33.
- Garcia-Pintos, C. (1997). *A família e a terceira idade: orientações psicogerontológicas*. São Paulo: Paulinas.
- Griep, R.; Dóra, C.; Faerstein, E. & Lopes, C. (2003). Apoio social: confiabilidade test-retest de escala no Estudo Pró-Saúde. *Revista de Saúde Pública*. [on line], 37 (3): 379-385. Disponível em <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034>.
- Herr, J. & Weakland, J. (1979). *Terapia interaccional y tercera edad: asesando a la familia del geronte*. Buenos Aires: Nadir.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. In *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Lemos, N. & Medeiros, S. (2011). Suporte social ao idoso dependente. In: E.V. Freitas & L.Py. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1441- 1447.
- Moreno, J. (1967). *Fundamentos de la sociometria*. Buenos Aires: Paidós.
- Neri, A. (2006). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, São Paulo: Alínea.
- Neugarten B. (1970). Dynamics of transition of middle age to old age: adaptation and life cycle. *Geriatric psychiatry*, 4(1): 71-100.

- Papaléo Neto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F.A.X. Cançado, M.L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3-13.
- Rodrigues, N.; Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil (2002). In: E.V.Freitas, L.Py. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 106-10.
- Roles, L.; Curiel, G.; Garcia L.; Coles L.; Medrano M.; Gonzalez M. (2000). Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*. 16(2): 557-60.
- Salvarezza, L. (1996). *Psicogeriatría teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Scherer-Warren, I. (2005). *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Loyola.
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *Gerontologist*, (19): 169-74.
- Sluzki, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas Terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sluzki, C. (2006). *A rede social na prática sistêmica: alternativas Terapêuticas*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Organização Mundial de Saúde (1998). Saúde dos Idosos; Envelhecimento e Saúde: Um Novo Paradigma. In: *Anais da 25ª Conferência Sanitária*: 50ª Sessão do Comitê Regional; set 21-25; Washington (DC)
- Organização Mundial de Saúde (2002). Paradigmas da Atenção ao Idoso. In: *Anais da 26ª Conferência Sanitária*: 54ª Sessão do Comitê Regional; set; Washington (DC).

CAPÍTULO 14 - AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS

Augusta Mata & Teresa Vega Rodríguez

Ser cuidador de uma pessoa idosa é um trabalho que requer confiança em si mesmo para realizar os esforços diários implicados no cuidado; para vencer o desânimo que por vezes domina não deixando antever um futuro com perspectivas positivas; e para procurar a ajuda e o apoio que necessitamos no desempenho dessa atividade. Não há dúvida que, na medida em que um cuidador confie nas suas próprias capacidades superará com êxito muitas das dificuldades encontradas e desenvolverá sentimentos de orgulho e satisfação pessoal, adquirindo assim um bem-estar físico, psicológico e social.

A percepção de autoeficácia é definida como a crença de cada um nas suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que exercem influência sobre eventos que afetam a sua vida, ou seja, a crença acerca da sua capacidade para produzir efeitos. As crenças de autoeficácia determinam a forma como as pessoas sentem, pensam, se motivam e se comportam (Bandura, 1994; 1998).

O sentir-se eficaz para desenvolver qualquer tarefa não significa necessariamente sentir-se valioso, embora habitualmente as pessoas tenham tendência a orientar a sua atuação para aquelas tarefas nas

quais se sentem mais capazes e lhes conferem um sentimento de mais-valia pessoal. Quanto mais elevada for a percepção de autoeficácia, mais forte e persistente será o esforço empregado. Contrariamente, quanto menor for essa percepção, maior a tendência para evitar situações entendidas como difíceis ou impossíveis de realizar, apresentando-se as mais variadas justificações. Relacionado com isto, Bandura (1982), refere que esta última situação dificulta a ação e desvia a atenção do cuidador da tarefa de cuidar para a centrar em si próprio. Por isso, a falta de autoeficácia do cuidador derivará em dificuldades para a realização das tarefas do cuidado ao serem percebidas como sobrecarga e não como desafios superáveis e também ao aparecerem no cuidador sentimentos de perda de controlo da sua vida, das suas emoções e da sua capacidade de desenvolvimento pessoal

Um forte sentido de autoeficácia fortalece a realização humana e aumenta o bem-estar pessoal. Pessoas com elevada confiança nas suas capacidades encaram as tarefas difíceis como desafios a enfrentar e não como ameaças a evitar. Essas perspetivas de eficácia fomentam o interesse intrínseco e empenhamento nas tarefas. As pessoas estabelecem metas desafiadoras e mantêm um forte compromisso com elas, aumentam e mantêm os seus esforços face às dificuldades e, rapidamente recuperam o sentido de eficácia depois de fracassos e retrocessos. Essas pessoas atribuem a falha a esforços insuficientes ou a défice de conhecimentos e a capacidades ainda por adquirir, enfrentam situações ameaçadoras com a certeza de que podem exercer controlo sobre elas. Daí a importância de desenvolver programas destinados a fomentar nos cuidadores a crença nas suas capacidades pessoais trabalhando nas distintas fontes de autoeficácia que Bandura descreve na sua publicação de 1986, e mencionadas neste capítulo. Trabalhando a autoeficácia dos cuidadores consegue-se prevenir a sobrecarga e o *burnout* do cuidador, assim como a obtenção de uma mentalidade resiliente que os capacite para superarem as situações de isolamento social e sentimentos de solidão no cuidado. Essas perspetivas de eficácia promovem a realização pessoal, reduzem o *stress* e diminuem a vulnerabilidade para a depressão (Bandura, 1994).

AUTOEFICÁCIA COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DA TEORIA SOCIAL COGNITIVA

A autoeficácia diz respeito a uma avaliação ou percepção pessoal e é um conceito que inclui a própria inteligência, habilidades ou conhecimentos (Bzuneck, 2001). O mesmo autor afirma que não se trata de ter ou não tais capacidades, mas sim de acreditar que se possuem e realçar que tais capacidades são dirigidas para a organização e colocação em prática de

linhas de ação, significando uma expectativa de “poder fazer” o que se pretende. Acrescenta que existe ainda um componente de finalidade, que contempla as exigências requeridas pela situação em questão, pelo que as pessoas que acreditam serem auto eficazes atendem concomitantemente às próprias potencialidades, ao objetivo de cumprirem as exigências da situação em questão e ainda às ações que conduzem à concretização desse objetivo.

Mas, como lembra Bandura (2006: 307), ninguém consegue ser tudo em simultâneo, dado que tal exigiria um domínio completo da esfera humana. Afirma que as pessoas são diferentes nas áreas de autoeficácia, bem como nos domínios em que a desenvolvem. Apresenta o exemplo de um empresário que pode, simultaneamente, apresentar uma elevada autoeficácia organizacional e uma baixa autoeficácia em termos parentais. Afirma ainda que o sistema de crenças de autoeficácia não constitui uma característica global, antes, um conjunto diferenciado de auto crenças ligadas a áreas específicas de funcionamento.

Assim sendo, a autoeficácia é entendida como um domínio específico, isto é, a pessoa pode possuir convicções mais firmes em domínios e situações particulares. No entanto, e como afirmam Schwarzer e Scholz (2000), existem várias pessoas que apresentam um sentido generalizado de autoeficácia, referindo-se a uma confiança global nas capacidades pessoais para enfrentar exigências ou situações novas. Neste sentido, a autoeficácia geral abarca um conjunto amplo e estável de competências pessoais para lidar com uma ampla variedade de situações stressantes.

Albert Bandura na obra *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*, identificou este elemento essencial para a compreensão da aprendizagem social “...os indivíduos criam e desenvolvem perceções pessoais sobre si mesmos, as quais se tornam instrumentais para os objetivos que perseguem e para o controle que exercem sobre o seu próprio ambiente” (Pajares & Olaz, 2008: 97). Os mesmos autores afirmam que posteriormente, em 1986, Bandura começou a enfatizar o papel central que os processos cognitivos, vicários, autorreguladores e autorreflexivos exercem na adaptação e nas mudanças humanas, tendo acrescentado o termo *cognitiva* à sua teoria social, para evidenciar o papel importantíssimo da cognição na capacidade das pessoas construir a sua realidade, se autorregularem, codificarem as informações e, a partir daí, desenvolverem comportamentos.

Assim, segundo a teoria de Bandura, os indivíduos são “...auto-organizados, proactivos, autorreflexivos e autorregulados, em vez de organismos reativos que são moldados e orientados por forças ambientais ou movidos por impulsos interiores encobertos” (Pajares & Olaz, 2008:

98). Desta feita o pensamento e ação humanos provêm da interação dinâmica e recíproca entre as influências pessoais, comportamentais e ambientais. Em consequência, as intervenções terapêuticas poderão ser dirigidas para cada um dos elementos da tríade. Para elevar o bem-estar, podem adotar-se estratégias dirigidas ao aperfeiçoamento dos processos emocionais, cognitivos ou motivacionais da pessoa, ou dirigidas para melhorar as capacidades e habilidades comportamentais, ou ainda voltadas para a modificação das condições sociais em que as pessoas vivem.

Com a sua teoria social cognitiva, Bandura opõe-se a teorias do funcionamento humano que enfatizam em demasia o papel dos fatores ambientais no desenvolvimento da aprendizagem e do comportamento. Difere, ainda, daquelas teorias de funcionamento humano que evidenciam a influência dos determinantes biológicos no desenvolvimento e adaptação humanos (Pajares & Olaz, 2008: 99). Estes autores referem ainda que esta teoria se baseia numa visão da agência humana, em que os indivíduos são agentes que fazem as coisas acontecer e envolvem-se de forma proactiva no seu próprio desenvolvimento. Esta percepção de autoeficácia conduz-nos necessariamente à noção de que cada pessoa constitui o principal agente da sua vida. Continuando a basear-nos em Bandura, e como o mesmo afirmava em 2002, por motivo da sua investidura com doutoramento *Honoris Causa* na *Universitat Jaume*, “a procura da predictabilidade, e algumas medidas de controlo sobre eventos que afetam a vida das pessoas estão a adquirir importância social crescente” (p. 35). Afirma que enfrentar as mudanças que desorganizam e reestruturam as nossas vidas não constitui *facto novo* na história da humanidade; o que é novo é o desafio ilimitado e o ritmo acelerado com que acontecem as transações e intercomunicações humanas num mundo cada vez mais globalizado.

O mesmo autor salienta que estas rápidas e envolventes realidades apresentam novos desafios de adaptação aumentando as oportunidades para as pessoas influenciarem o curso das suas vidas; as transformações sociais na atualidade dão primazia à atividade social e coletiva. Afirma ainda que entre os mecanismos de agentes ativos, nenhum é mais central ou penetrante que as crenças de autoeficácia, constituindo este sistema de crenças, a base do humano enquanto agente.

“ A não ser que as pessoas acreditem que conseguem alcançar resultados desejáveis e antecipar os indesejáveis através das suas ações, terão pouco incentivo para atuarem ou serem perseverantes em face de dificuldades. Quaisquer outros fatores que sirvam de guia e sejam motivadores, estão enraizados no conjunto de

crenças, de que uma pessoa possui o poder de produzir mudanças através das suas ações” (Bandura, 2002: 35)

Existe pois um elemento fundamental ao sentido de agência. É que as pessoas possuem crenças, sentimentos e ações próprias que lhes facultam a possibilidade de exercerem um certo grau de controlo sobre os pensamentos, sentimentos e ações. Nas palavras de Bandura (1986: 25) “aquilo que as pessoas pensam, creem e sentem afeta a maneira como se comportam”. Para o autor, ser um agente significa influenciar intencionalmente o próprio funcionamento, bem como o curso dos eventos que afetam a vida de cada um. Nesta perspetiva as pessoas são produtoras dos próprios acontecimentos de vida, e não apenas o produto dos mesmos. Através do desenvolvimento de capacidades habilitadoras e crenças resilientes, contribuem para o curso das suas vidas. Mais tarde, em 2008, Bandura (2008a; 2008b) afirmará que, na sua função de agência, as pessoas possuem quatro características principais:

- **Intencionalidade** - intenções que incluem planos de ação e estratégias para os realizar. A maioria das pessoas procura envolver outros agentes participativos, pelo que, não existe uma agência absoluta. As pessoas têm de negociar e adaptar os interesses próprios para conseguirem unidade de esforços dentro da diversidade. Os esforços coletivos exigem compromisso para com uma intenção partilhada e coordenação de planos de ação interdependentes para que sejam concretizados. Um efetivo desempenho grupal é dirigido por uma intencionalidade coletiva;
- **Pensamentos antecipatórios** - a extensão temporal envolve mais do que planos dirigidos ao futuro. São estabelecidas metas e resultados antecipatórios de ações prospetivas para guiar e motivar os esforços. Através da representação cognitiva, futuros visualizados são trazidos para o presente como guia orientador e motivador do comportamento. Quando projetados durante um longo período de tempo, fornecem uma direção, coerência e sentido para a vida;
- **Autorreatividade** - os agentes ativos não são apenas planeadores e pensadores por antecipação. São também autorreguladores. Adotam padrões pessoais e monitorizam e regulam as suas ações através da influência autorreativa. O que fazem fornece-lhes satisfação e um sentimento de autovalor, mas evitam ações que lhes traga um sentimento de autocensura;
- **Autorreflexividade** - as pessoas não são apenas agentes de ação, mas também autoavaliadores do seu funcionamento. Refletem acerca da sua eficácia, da solidez dos seus pensamentos e atitudes,

do significado dos seus desejos, introduzindo medidas corretivas, se necessário.

Também Pajares e Olaz (2008) afirmam que as crenças que as pessoas possuem acerca de si mesmas constituem elementos chave no seu exercício de controlo e agência pessoal. As pessoas são o resultado do ambiente e sistema social, mas são simultaneamente produtores desses mesmos ambientes. Assim, e de acordo com os mesmos autores, porque as pessoas interagem com as demais, Bandura alargou a conceção de agência humana para a de agência delegada e coletiva.

Existem muitas atividades para as quais as pessoas não possuem um controle direto, nomeadamente, em determinadas condições sociais e práticas institucionais. Perante elas, as pessoas procuram o bem-estar e segurança, valendo-se da agência delegada. Assim, tentam que outras pessoas, com conhecimento ou influência e poder, ajam em seu favor para a concretização dos resultados pretendidos. Por outro lado, as pessoas também fazem uso desta agência delegada, quando não pretendem sobrecarregar-se com o trabalho e com o stress que as circunstâncias exigem.

Por outro lado, o ser humano vive e trabalha em conjunto, com base em crenças que partilha acerca das suas capacidades e aspirações comuns, tendendo a melhorar a sua vida. Muitos dos resultados pretendidos apenas são alcançados com iniciativas interdependentes, pelo que as pessoas necessitam de trabalhar em conjunto, de forma a garantir aquilo que não conseguem realizar sozinhas. “As realizações do grupo não são o produto apenas de habilidades e de conhecimentos compartilhados, mas de dinâmica interativa, coordenada e sinérgica de suas transações” (Bandura, 2008a:116). Esta extensão conceptual faz com que a teoria seja aplicável à adaptação e mudança em sociedades de orientação quer individual, quer coletiva. No entanto, há que realçar que a eficácia coletiva não se restringe apenas à soma das crenças de eficácia individuais, ela é uma propriedade emergente ao nível do grupo. O locus desta perceção de eficácia coletiva reside nas mentes dos membros do grupo, uma vez que a sua ação depende do comportamento dos seus membros. Uma ação coordenada segundo uma crença compartilhada faz com que os elementos do grupo percebam, aspirem, se motivem e se regulem.

“As pessoas são, em parte, produtos dos ambientes em que vivem, mas ao selecionar, criar e transformar suas circunstâncias ambientais, elas também produzem esses ambientes” (Bandura, 2008a: 115). Assim, a capacidade de agente permite-lhes influenciar o rumo dos acontecimentos e modelar as suas vidas, dado que as pessoas se auto motivam e orientam as suas ações com base nas próprias crenças de

autoeficácia.

Efetivamente, e continuando na linha de pensamento de Bandura, a percepção de autoeficácia influencia direta e indiretamente o comportamento através do impacto em determinantes como objetivos e aspirações, expectativas de resultados, afetividade, percepção de oportunidades e obstáculos do ambiente social. Assim, a influência da percepção de autoeficácia na adaptação e mudança humanas está perfeitamente confirmada.

“As crenças de eficácia influenciam o pensamento das pessoas de forma aleatória ou estratégica, otimista ou pessimista, quais os cursos de ação que decidem perseguir, os objetivos que estabelecem para si mesmas e seu comprometimento com eles, quanto esforço dedicam em determinadas atividades, os resultados que esperam produzir, quanto tempo perseveram frente a obstáculos, sua resiliência à adversidade, quanto stress e depressão sentem ao lidar com demandas ambientais difíceis, e as realizações que alcançam” (Bandura, 2008a: 115).

AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSOS

Ao longo da existência de cada pessoa são múltiplas as situações que implicam a adoção de um novo papel, mudanças na vida quotidiana e, conseqüentemente um processo de adaptação, mais ou menos facilitado de acordo com a percepção de autoeficácia. Tal é, seguramente, a assunção do papel de cuidador informal de idosos com dependência física e/ou mental.

O início da função de cuidador só muito raramente acontece através de um processo de escolha livre. Como salienta Morris (sd), não existe ninguém que tenha algum dia planeado tornar-se cuidador de algum familiar. Não existe ninguém que comece a poupar dinheiro, a organizar-se em termos de tempo para tal ocupação, ou a iniciar-se na aprendizagem de possíveis tarefas inerentes ao processo de cuidar, apesar de, o cuidado informal a pessoas com incapacidades e dependências ter constituído desde sempre uma realidade em todas as sociedades.

Nos dias de hoje, e face ao crescente envelhecimento da população, esse tipo de cuidado assume particular relevância e constitui a espinha dorsal dos sistemas de cuidados de longa duração, dado que os cuidadores informais proporcionam a ajuda necessária, assumindo-se como a linha de vida para os seus familiares, nomeadamente aos familiares idosos. Apesar disso, nem sempre este tipo de cuidado é socialmente

reconhecido, independentemente do esforço despendido para que as pessoas necessitadas deste tipo de cuidado tenham as suas necessidades satisfeitas de forma carinhosa dedicada e competente.

Embora na grande maioria dos casos a pessoa cuidada reconheça a importância que o esforço do cuidador tem para o seu bem-estar, as instâncias estatais nem sempre entendem este tipo de cuidado como uma das forças mais notáveis das famílias e comunidades e, atrevemo-nos a dizer, vital para a sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde dos países. O contributo fornecido pelo cuidador informal de pessoas dependentes é insubstituível uma vez que seria impensável qualquer estado ter capacidade financeira para tal. Como refere um estudo desenvolvido pelas universidades de Castilla-La Mancha, Múrcia e UNED e apresentado no XII Congresso da Sociedade Espanhola de Reabilitação, no caso espanhol, os cuidadores informais de idosos dependentes poupam ao estado entre 25.000 e 40.000 milhões de euros por ano, valores que correspondem a cifras entre 2,29% e 3,79% do PIB espanhol (Noticias Médicas, 2011). López e Crespo (2007) realçam que o papel do cuidado informal é essencial, dado que contribui para colmatar lacunas e carências das redes sociais e sanitárias e também porque constitui o eixo fundamental das políticas sociais de apoio aos idosos.

Allen (2003) enfatiza que o cuidado a um idoso dependente é, seguramente, uma situação indutora de stress colocando estes cuidadores em situação de vulnerabilidade para doenças somáticas e psiquiátricas. Afirma que “aproximadamente um terço dos cuidadores percecionam a sua saúde como bastante má” (p.1). O mesmo autor refere ainda que estudos recentes concluíram que o stress associado ao cuidado informal pode resultar no aumento do risco para doenças infecciosas, para sintomatologia depressiva e ainda para o aumento do risco de doenças crónicas como patologia cardíaca, diabetes e cancro. O cuidado informal, quando acompanhado de vulnerabilidade emocional, pode ser considerado como um fator de risco para a mortalidade em idosos que cuidam dos seus familiares.

Da mesma forma, o estudo de Larrinoa et al. (2011) realizado em Espanha evidenciou que a autoperceção da saúde física e mental dos cuidadores era pior que a autoperceção de saúde da população geral. Nesta mesma linha, a investigação desenvolvida junto de uma amostra de cuidadores informais de idosos por Calero (2009), com o objetivo de analisar o efeito que o cuidado tem nos cuidadores, verificou que 80% dos mesmos padeciam de ansiedade e stress. Álamo (2004) enfatiza a positividade indiscutível dos cuidados domiciliários, uma vez que a pessoa é assistida no seu ambiente familiar, rodeado por objetos pessoais e por entes queridos. No entanto, realça que:

“a face obscura dessa questão habita no abandono das responsabilidades por parte do Estado e do Sistema Sanitário, a sobrecarga na tarefa que se vai acumulando sobre a família, a fonte de conflitos que isso pode acarretar, o esgotamento económico dos recursos familiares e o possível *burnout* do cuidador familiar principal”

De facto, existem muitos acontecimentos, que habitualmente aparecem de forma repentina, e que podem destabilizar o sistema familiar. Tal é o caso do cuidado a um familiar dependente. No início, não são evidentes as alterações a curto, médio ou longo prazo, que se irão produzir na vida de quem cuida. A partir do início do cuidado, vão-se sucedendo um sem número de sentimentos, dúvidas e situações que, se não forem enfrentadas, podem desestabilizar o sistema familiar e a vida do cuidador principal, provocando o seu desgaste físico e psíquico.

Mas, face a uma necessidade emergente de prestação de cuidados a um familiar, existirão certamente diferentes formas de reação perante a nova situação/problema. Dadas as dificuldades, a pessoa responsável questionar-se-á seguramente, sobre se será capaz de enfrentar as diferentes situações/problemas com que se irá debater dia após dia. A ênfase deverá ser colocada na assunção da própria vida e na realização do potencial pessoal. A este respeito, Myers (2008) enfatiza o poder do pensamento positivo, afirmando que esta temática não é nova, encontrando-se desenvolvida em inúmeros livros e vídeos de autoajuda que encorajavam as pessoas a pensarem de forma positiva para conseguirem obter êxito e que constituíram grandes êxitos de venda desde a década de 1950. O mesmo autor referencia Bandura sustentando que a autoeficácia não emana fundamentalmente da autopersuasão, antes, da experiência do êxito: face a uma situação problemática, se os esforços iniciais tiverem êxito, então a autoeficácia aumentará. Uma vez experienciado o êxito, as pessoas desenvolverão novas habilidades que as estimularão a desenvolver maiores esforços para conseguirem alcançar mais e mais. Perante estas assunções, Myers (2008) acredita que se deve promover a autoestima como reconhecimento para um bom rendimento, uma vez que à medida que o indivíduo se comporta melhor ou melhora o seu rendimento, a autoestima aumenta, e o resultado final traduz-se tanto num reforço de boa conduta como de melhoria, e estes resultados gerarão a felicidade pessoal e da sociedade.

Face ao exposto, intui-se que o pensamento positivo tem poder efetivo, pelo que a verdade incorporada no conceito de autoeficácia anima à não resignação perante situações más ou difíceis, a ser-se persistente, apesar de fracassos iniciais, e ao desenvolvimento de esforços sem permitir a

intimidação de dúvidas pessoais. Bandura (1997) afirma que as crenças de autoeficácia determinam a utilização dos comportamentos de *coping*, a quantidade de esforço a ser despendido e a duração desse mesmo esforço face aos obstáculos e adversidades a enfrentar, e afetam ainda a vulnerabilidade para o stress emocional e depressão.

Embora às vezes seja confundida com autoestima global, locus de controlo, ou autoconfiança, a autoeficácia constitui um esquema conceptual distinto que diz respeito a decisões específicas que se possam desempenhar de forma competente em determinadas situações. A autoeficácia não constitui uma entidade global, mas varia entre os domínios de atividade, as exigências da tarefa e as características situacionais.

Apesar de o modelo de autoeficácia ter vindo a ser amplamente utilizado em pesquisas acerca do *stress* crónico e do *coping*, só recentemente foi utilizado para ajudar a explicar as experiências de cuidadores familiares de pessoas com demência (Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura: 2002). Os mesmos autores referenciando Gignac e Gottlieb, (1996) e Zeiss, Gallagher-Thompson, Lovett, Rose e McKibbin, (1999), dizem que estes estudos sugerem que a teoria da autoeficácia, contém promessas significativas para explicar a variabilidade nas capacidades dos membros das famílias para lidarem com as necessidades crónicas e com os desafios do cuidar. Referem, ainda, que pesquisas anteriores acerca do aumento de stress sugerem que um sentido de autodomínio ou de autocontrolo desempenha várias funções importantes em cuidadores de pessoas com demência, nomeadamente, na diminuição da depressão ao longo do tempo. Apesar de não terem sido encontradas evidências no papel mediador ou moderador do autodomínio nos efeitos dos stressores na depressão em cuidadores informais, o aumento desse mesmo autodomínio ao longo do tempo demonstrou possuir efeitos indiretos através da diminuição do sentimento de prisioneiro (o sentir-se aprisionado num papel que não foi desejado), e do aumento da competência percebida enquanto cuidador, os quais estavam relacionados com a depressão (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, e Whitlatch, 1995 citados por Steffen, et al. (2002).

Conceptualizada como uma corrente intrapsíquica secundária, a competência percebida do cuidador mostrou-se relacionada com níveis de conflito familiar e com o papel de prisioneiro que, por sua vez, se associavam com comportamentos problemáticos da pessoa cuidada. Estes dados sugerem que as crenças de competência, bem como a capacidade individual para enfrentar acontecimentos, podem exercer vários e poderosos efeitos no cuidador. Afirmam no entanto, que as medidas usadas eram globais na sua natureza e bastante diferentes do

conceito de autoeficácia, pelo que não será possível uma análise mais cuidada do papel do contexto nas respostas a estes itens gerais e limita a capacidade de prever as consequências no cuidador relacionadas com o ato de cuidar.

Bandura citado por Steffen et al. (2002) refere que as crenças gerais de autoeficácia, não geram ou determinam crenças específicas de eficácia, pelo que enfatiza a necessidade de medidas mais específicas que permitam a capacidade de compreensão destas relações complexas e que foquem seletivamente diferentes aspetos de intervenção. Especificamente, sustentam que muitas dúvidas, no que concerne ao ato de cuidar, podem ser testadas recorrendo ao método da autoeficácia. Por exemplo, poder-se-ia esperar que pessoas com elevado nível de autoeficácia relativa à sua capacidade para enfrentar os desafios do cuidar, assumissem o papel de cuidador principal de um familiar dependente. Igualmente, seria esperado que continuassem com a função cuidativa à medida que a situação de saúde do familiar se deteriorasse e as tarefas inerentes ao ato se tornassem progressivamente mais difíceis, que conseguissem lidar com a situação com baixos níveis de stress emocional ou depressão e que requeressem relativamente poucos apoios para manterem a sua saúde física ou emocional. Acrescentam ainda que as pessoas com baixos níveis de autoeficácia, perante situações desafiadoras, lutam contra as suas próprias deficiências, contra as dificuldades da tarefa e contra as consequências negativas da falha. O focar da atenção em cognições negativas reduz a motivação para encetar uma atividade, afeta a manutenção da tarefa e conduz a estados afetivos negativos como a ansiedade, depressão ou raiva (Bandura, 1997 citado por Steffen et al., 2002).

Por outro lado, e como afirmam os autores que temos vindo a referenciar, é extremamente importante compreender de que forma as crenças de autoeficácia para aspetos específicos do cuidar, influenciam o cuidador. Compreender o perfil de crenças de cada cuidador acerca da sua capacidade pode identificar áreas de vulnerabilidade em lidar com a multiplicidade de exigências do ato de cuidar e, assim, orientar os profissionais para a implementação de intervenções psicoeducativas com vista à promoção da autoeficácia e bem-estar do cuidador.

Face ao exposto, e porque instrumentos de medida construídos anteriormente por estudiosos como Gignac e Gottlieb (1996) e Zeiss et al. (1999) tinham evidenciado algumas fragilidades, Steffen et al. (2002) sugeriram que futuros instrumentos de medida incluíssem uma margem mais ampla de itens que melhor refletissem as dificuldades comportamentais, os desafios emocionais, bem como a autoeficácia do cuidador para enfrentar o distress e pensamentos negativos acerca do seu

cuidar. Eles próprios, desenvolveram dois estudos com vista à construção de um novo instrumento de medida da autoeficácia do cuidador, numa tentativa de corrigir as limitações dos instrumentos existentes. Assim, e porque a caminhada para um cuidar saudável e efetivo inclui o controlo sobre as próprias cognições, incluíram itens que revelassem a capacidade de lidar com pensamentos de distress. Esta extensão da autoeficácia para a autorregulação da própria consciência promove uma mais ampla avaliação da autoeficácia do cuidar sendo, simultaneamente, um guia para a prevenção e intervenção nos cuidadores.

Com o instrumento que construíram, identificaram três domínios de autoeficácia do cuidador passíveis de avaliação e ulterior intervenção: (1) autoeficácia para a obtenção de uma pausa; (2) autoeficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada; e (3) autoeficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar.

O cuidado prestado a uma pessoa idosa dependente acarreta consigo consequências para o cuidador, nomeadamente, no que concerne à sua saúde física e mental. De facto, o cuidador informal é submetido a uma série de fatores stressantes, como a dificuldade da tarefa a desempenhar, bem como as doenças que podem advir das exigências do trabalho e das características do idoso cuidado.

Para além disso, o cuidado familiar, quando acompanhado de problemas emocionais, pode, por si só, constituir um fator de risco independente nos cuidadores idosos. Nakatani, Souto, Paulette, Melo e Souza. (2003) desenvolveram um estudo qualitativo junto de nove cuidadores de idosos dependentes, e concluíram que as maiores dificuldades dos cuidadores ao relacionarem-se com o idoso, dizem respeito ao enfrentar da teimosia do idoso e da resistência em seguir as orientações, ficando o cuidador com uma vulnerabilidade acrescida para as alterações emocionais, psíquicas e físicas. Scott (2006) alvitra que a fadiga física e emocional do cuidador pode resultar em depressão, exaustão e incapacidade de funcionamento eficaz tanto a nível pessoal como profissional.

Para além disso, o cuidar de hoje é distinto do cuidar de ontem. A juntar ao imenso número de atividades a desenvolver, acresce a complexidade dos atos a executar. Como afirmam Garcia-Calvente, Mateo-Rodríguez e Eguiguren (2004), com o aumento da população idosa, não aumenta apenas o número de pessoas com necessidade de cuidados, mas aumenta também a complexidade na sua prestação, defendendo que há décadas atrás, a atividade de lavar cateteres, inserir agulhas ou ajustar máscaras de oxigénio, não fazia parte das tarefas do ato de cuidar uma pessoa dependente no domicílio. No entanto,

cada vez mais, pessoas dependentes e que padecem de doenças graves são cuidadas por um familiar com recurso a alta tecnologia, fator que aumenta a complexidade do cuidado.

Assume-se assim que, para além da análise ao contexto global da prestação de cuidados no domicílio (características do idoso dependente, funcionalidade familiar, das condições da habitação, das relações e redes de suporte social), importa analisar as características do cuidador já que, como refere Melo (2005) referenciado por Sequeira (2010: 198), “As características intrínsecas ao cuidador, como a autoestima e a perceção de autoeficácia, assumem um papel relevante ao nível do desempenho efetivo do papel de cuidador...”. Assim, aqueles cuidadores que possuam conhecimentos acerca da doença, que tenham capacidade de intervenção e possuam uma boa perceção de autoeficácia, apresentam melhor probabilidade de contribuir para o bem-estar do idoso dependente e têm menor probabilidade de sobrecarga objetiva ou subjetiva (Sequeira, 2010).

Perante o afirmado anteriormente, assume-se que a perceção de autoeficácia constitui uma variável mediadora do nível de sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes e, como tal deve ser devidamente estimulada, contribuindo para a sua aquisição de competências na arte do cuidar.

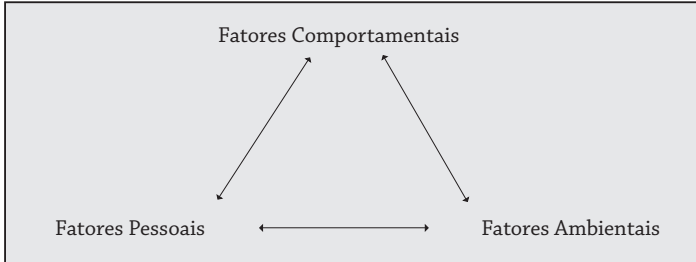
Como afirma Sequeira (2010), no processo de transição para o papel de cuidador, este necessita de adquirir ou desenvolver um conjunto de competências associadas a alguns requisitos do cuidador como:

- Iniciativa – para identificar uma necessidade, selecionar qual a intervenção adequada e colocá-la em prática;
- Responsabilidade – assegurando e mantendo a qualidade dos cuidados (para tal necessita de conhecimentos);
- Autonomia – que lhe permite implementar e avaliar as intervenções de forma autónoma, e solicitar o apoio formal de modo adequado.

Assim, o conjunto de competências do cuidador informal, podem ser agrupadas em três categorias que abrangem diversos saberes como: saber-saber; saber-fazer e saber-ser (que inclui o saber relacionar-se e o saber cuidar-se).

Para a aquisição destas competências torna-se necessário o envolvimento numa equipa multidisciplinar e multiprofissional (gerontólogo, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico de serviço social...) que, em conjunto com o cuidador estabelecerão o diagnóstico da sua situação, definirão objetivos e estratégias e implementarão um conjunto de atividades de educação e treino que as torne possíveis.

Tendo por base o descrito por Pajares e Olaz (2008: 98), e atendendo à “...natureza recíproca dos determinantes do funcionamento humano...” (fig.1) a intervenção deverá ser dirigida de forma a abranger a tríade: fatores pessoais, comportamentais e ambientais.



Fonte: Adaptado de Pajares e Olaz (2008)

Fig.1 – Relação de reciprocidade dos determinantes do funcionamento humano

Assim, para promover a excelência do cuidar, os profissionais podem trabalhar e desenvolver intervenções com vista à melhoria do estado emocional do cuidador e corrigir crenças e pensamentos negativos acerca do ato de cuidar (fatores pessoais), contribuir para a melhoria das suas habilidades cuidativas e práticas autorreguladoras (comportamento), e ajudar nas alterações ambientais como por exemplo, mudanças na habitação, intervenção familiar e fomento de redes sociais de suporte (fatores ambientais). A abordagem, numa primeira fase, poderá ser individual para, posteriormente serem implementadas sessões em grupo que possibilitem a troca e partilha de experiências (Sequeira, 2010). A título de exemplo enumeram-se algumas estratégias que pensamos poderem contribuir para o aumento da autoeficácia do cuidador.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

1. Aquando dum internamento resultante de uma situação de doença e, em que se preveja possa resultar como sequela, uma situação de dependência e/ou incapacidade, as unidades de saúde deveriam desenvolver esforços para identificar quem irá ser o principal cuidador e, a partir daí, incluí-lo na equipa de prestação de cuidados. Ser-lhe-iam transmitidos conhecimentos acerca da doença, prognóstico, evolução esperada. Para além disso, ensinar-lhe também que atitudes devem ser tomadas para com o idoso de forma a contribuir para a sua autonomia. Isto é: substituir quando o idoso não for capaz de fazer por si só; colaborar naquilo que ele não consegue fazer sozinho; orientar, supervisionar e incentivar quando o idoso consegue fazer, apesar de muitas vezes não possuir vontade para tal, incentivando o uso das competências que ainda

lhes restam.

2. Nesta altura, o cuidador aprenderá a executar eficazmente os cuidados de higiene e conforto, os cuidados com a alimentação e nutrição do idoso, mobilização, transferências (leito-cadeira; cadeira-leito), prevenção de deformidades e úlceras de pressão, etc. Esta aprendizagem centrar-se-á em primariamente em atos demonstrativos, passando gradualmente para o treino individual com as repetições necessárias, até ser atingida a primazia do cuidar.
3. Aprenderá ainda como lidar com comportamentos do idoso, particularmente nas situações em que o idoso é portador de um quadro demencial (de extrema importância nas primeiras fases da evolução da doença), e deverá também ser incluído num programa de treino psicológico para a aquisição de competências no uso de estratégias de coping adequadas (técnicas de relaxamento, dedicar algum tempo do dia para si próprio e desenvolvimento de atividades recreativas como caminhar, ler, ou simplesmente, ver televisão).
4. Ao longo de todo este processo, é importante que o profissional atue sempre com base no reforço positivo, contribuindo para o aumento da autoestima e autocontrolo do cuidador.
5. Ainda durante o internamento, técnicos de serviço social e outros profissionais em parceria com os profissionais dos cuidados de saúde primários, poderiam estabelecer uma análise ao ambiente domiciliar, por forma a executar as alterações necessárias para receber o idoso que, quando regressar, apresenta necessidades até aí inexistentes. Deverão ainda estabelecer a avaliação e análise do funcionamento da família, e envidar esforços para a constituição de redes sociais de suporte que colaborem na prestação de cuidados ao idoso dependente.
6. Nesta altura, deverão ser também apresentados ao cuidador todos os recursos formais existentes, e dos quais ele poderá fazer uso numa parceria de cuidados.
7. Sequeira (2010) aponta a possibilidade de realização de formações em grupo, num número que poderá ser variável, com um mínimo de três sessões e um máximo de doze, devendo optar-se por programas curtos quando os cuidadores têm dificuldade em se deslocar às instituições. Estes programas, para além da transmissão dos conhecimentos acima referidos, propiciam ainda possibilidades de contacto e troca de experiências entre cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Álamo, A. (2004). Sobrecarga Psicofísica en Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer: Causas, Problemas y Soluciones. *Psicología online* (periódico na internet; consultado em dezembro de 2009).
- Allen, C. (2003). *Ensuring the Health and Wellness of our Nation's Family Caregivers*. Town Hall Meeting). Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, 1-4.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NY: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1991). Human agency: The rhetoric. *American Psychologist*, 46 (2), 157-162.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. (Ed.), *Encyclopedia of human Behaviour* (vol 4) (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 71-81.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2000). *Cultivates Self-efficacy for personal and organizational Effectiveness*. In E. A. Locke, *handbook of principles of organization behavior*. Oxford, UK: Blackwell. 120-135.
- Bandura, A. (2002). *The Growing Primacy of Perceived Efficacy in Human self-Development, Adaptation and Change*. Comunicação apresentada à Universitat Jaume I. 12 de Junho. 35-51.
- Bandura, A. (2006). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Connecticut: Frank Pajares & Tim Urdan.
- Bandura, A. (2008a). O Exercício da Agência Humana pela Eficácia Coletiva. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro, *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed. 115-122.
- Bandura, A. (2008b). The reconstrual of "free will" from the agentic prespective of social cognitive theory. In J. Baer, & J. K. Baumeister, *Are we Free? Psychology and Free Will*. Oxford: Oxford University press. 86 - 127.
- Bzuneck, J. A. (2001). As Crenças de Auto-eficácia e o seu papel na Motivação do aluno. In E. & Boruchovitch, *A Motivação do aluno: Contribuição da Psicologia Contemporânea*. Petrópolis: Vozes. 116-133.
- Calero, R.M. (2009). *Variables cognitivas y socioculturales que intervienen en la relación cuidador informal y personal mayor dependiente*. Tese de doutoramento. Universidade de Granada.
- García-Calvente, M. d., Mateo-Rodríguez, I. & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*; 18 (Supl 1), 132-139.
- Larrinoa, P.F., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema* 2011. Vol. 23, nº 3, 388-393.
- López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. Vol. 19, (1), 72-80.
- Morris, Virginia (Sd) - *How to Care for Aging Parents*. New York: Wokman Publishing.
- Myers, D. G. (2007). *Exploraciones de la Psicología Social*. 4ª edición. Madrid: McGraw Hill.
- Nakatani, A., Souto, C., Paulette, L., Melo, T., & Souza. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de Saúde Familiar. Obtido em 20 de agosto de 2010, de *Revista Eletrônica de Enfermagem*, vol 5 (1). 15-20: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/773/863>
- Noticias Médicas (2011). *Los cuidadores informales de personas mayores dependientes ahorran entre 25.000 y 40.000 millones de euros a las arcas públicas cada año*. Obtido em 11 de março de 2011, de Observatorio Estatal de la Discapacidad: <http://www.observatoriodeladiscapacidad.es>.
- Pajares, F. & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e Auto-Eficácia: Umja Visão Geral. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro, *Teoria Social Cognitiva*. Conceitos Básicos. S. Paulo: Artmed. 97-114.
- Scott, J. A. (2006). *Informal caregiving*. *Blaine House Conference on Aging*. Orono, Maine: Muskie School of Public Health and Main Department of Health and Human Services. 1-12.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Schwarzer, R. & Scholz (2000). Cross-Cultural Assessment of Coping Resources: The General Perceived Self-Efficacy Scale. *Asian Congress of Health Psychology: Health Psychology and Culture*. Tokio.
- Steffen, A. M., McKibbin, C., Zeiss, A. M., Gallagher-Thompson, D. & Bandura, A. (2002). The Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy: Realibility and Validity Studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, Vol 57B, (1), 74-86.

V ANDAMENTO O IDOSO COMO RECURSO

CAPÍTULO 15 - A IDEIA DE VIDA ATIVA

Fernando Pereira

O conceito de envelhecimento ativo é recorrente no meio acadêmico e técnico e na sociedade em geral. Todavia, salvo melhor opinião, ainda carece de melhor sustentação empírica e teórica. Frequentemente surge acompanhado, ou substituído, por conceitos como envelhecimento saudável, envelhecimento, envelhecimento positivo, envelhecimento com êxito, envelhecimento produtivo, qualidade de vida do idoso, entre outros, dando origem a inúmeras sobreposições de ideias e também confusões.

A problemática do envelhecimento ativo foi inaugurada pela definição avançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, em que se pode ler: “o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança tendo em vista o incremento da qualidade de vida das pessoas idosas” (OMS, 2002). Esta definição é lapidar, mas, se tomada em consideração apenas nos seus exatos termos, é vaga e conducente a equívocos ao nível das práticas. O texto da OMS acrescenta todavia detalhes importantes que devem ser considerados, designadamente a ideia de que “o envelhecimento ativo deve potenciar o bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, assim como a sua participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhes são providenciados proteção, segurança e cuidados adequados”.

O mesmo texto define também as determinantes do envelhecimento ativo designadamente: cultura e género (que considera determinantes transversais); determinantes sociais e económicos; determinantes do ambiente físico e do acesso à saúde e serviços sociais; e, ainda, determinantes comportamentais e individuais. Nestes termos, o envelhecimento ativo é suscetível de ser relacionado com o conceito de inclusão social e com o conceito de saúde, os quais estão, por sua vez, intimamente relacionados.

O envelhecimento ativo está relacionado com inclusão social dado que esta que pressupõe que, em qualquer etapa e circunstância da vida os indivíduos se observem os seguintes desideratos: o reconhecimento da cidadania plena e o acesso, em condições de equidade, à educação, justiça e saúde e segurança, próprios da sociedade em que está inserido; a ausência de qualquer tipo de discriminação (etária, racial, sociocultural, intelectual, deficiência, etc.); o pleno gozo dos seus papéis sociais e a valorização das qualidades do indivíduo, incluindo o direito ao trabalho; o respeito integral pela sua liberdade e opções de vida. Envelhecimento ativo, afinal tal como a infância ativa, juventude ativa ou a idade adulta ativa, pressupõe sempre um indivíduo incluído socialmente.

O envelhecimento ativo está relacionado com o conceito de saúde na medida em que desde há muito tempo, precisamente 1948, ano em que a OMS cunhou o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, social e mental. Apesar das críticas a este conceito, designadamente por ele demasiado idealista, mesmo utópico, indiscutivelmente, tem o mérito de traçar um horizonte de referência para o desenvolvimento das sociedades. Por outro lado, também é bem verdade que os aditamentos sucessivos a este conceito acabam sempre por confirmar a sua pregnância e abrangência inspiradora. Num estudo recente sobre a perceção dos próprios idosos sobre o envelhecimento ótimo, Moret, Desfilis e Gonzáles (2007), em consonância com vários estudos internacionais, verificou que as perceções dos idosos podem ser reduzidas a três categorias principais: a saúde física (saúde, atividade e bom aspeto); a saúde psicológica (capacidade de superação, abertura intelectual, personalidade positiva, boa capacidade cognitiva, saúde mental e equilíbrio); e, saúde social (relações sociais positivas, participação e vinculação).

Assim, em abstrato, desde que sejam observados os pressupostos da inclusão social e das condições de saúde, o envelhecimento ativo será uma continuidade lógica de uma vida ativa e inclusiva, vivida de forma participada, na medida das possibilidades e desejos pessoais de cada indivíduo. Esta assunção conduz-nos à ideia de vida ativa em lugar da ideia de envelhecimento ativo que desenvolveremos a seguir.

A IDEIA DE VIDA ATIVA EM LUGAR DA IDEIA DE ENVELHECIMENTO ATIVO

Marco Túlio Cícero, filósofo e estadista romano que viveu entre 106 a.c. e 43 a.c., na sua obra *Cato Maior de Senectute*, escrita em 44 a.c., pouco antes da sua morte, dizia, lucidamente, que na velhice deixar de se fazer o que já não se pode fazer não é problema, problema é deixar de fazer o que ainda se pode fazer (Cícero, 1998). As palavras *avant la lettre* de Cícero, bem ponderadas as coisas, constituem o princípio fundador da moderna gerontologia e outrossim dos pressupostos do envelhecimento ativo. Então, envelhecimento ativo deve ser a expressão plena, vivida em total liberdade, do último estágio do desenvolvimento dos indivíduos, na lógica de Erikson (1972), em que a integridade do *self*, ideias, desejos, sonhos, devem ser na medida do possível potencializados.

Nestes termos, a questão do envelhecimento ativo carece de ser enquadrada no processo de desenvolvimento humano dos indivíduos. A biografia do indivíduo tem de ser levada em devida conta, assumindo como a referência maior. Piaget (1977) e Erikson (1972) sugerem que o desenvolvimento humano tem uma dimensão individual (subjéctiva-cognitiva) e uma dimensão social (interação-comunicação) e que, gradualmente, por estádios (que são tratados diferentemente por aqueles autores) o indivíduo, idealmente, vai consolidando equilíbrios cognitivos e equilíbrios de desempenho social progressivamente mais complexos. A vivência positiva destes estádios de desenvolvimento é fundamental à construção de uma identidade saudável e coerente capaz de enfrentar os desafios da vida durante toda a vida. Giddens (2001) destaca a importância dos indivíduos manterem a continuidade de uma narrativa (identidade biográfica) que deve integrar eventos escolhidos da interação contínua dos indivíduos com os outros e com o mundo exterior. Na mesma linha argumentativa, Mendes (2001), realça que enquanto as interações sociais e os arranjos sociais exigem flexibilidade quanto aos processos identitários, exige uma adaptação e negociação permanentes, o sujeito, por outro lado, tem necessidade de manter a coerência interna. Assim salvaguardando a diversidade dos contextos identitários e a coerência biográfica podemos três lógicas de planeamento e desenvolvimento das atividades e ação para os idosos.

Primeira - continuidade, na lógica da continuidade ou da coerência identitária, na terceira e quarta idade, aliviados das obrigações da atividade profissional, os indivíduos devem aproveitar o dia (*carpen dien*) para se dedicarem a outras atividades, do seu agrado e da sua escolha, que antes se encontravam restringidas ou comprometidas; todos os indivíduos têm um qualquer interesse para além da sua atividade

profissional o qual pode então ser explorado e desenvolvido. Ainda nesta lógica, a própria continuidade da atividade profissional deve ser incentivada, embora num ritmo e com objetivos diferentes; o trabalho a tempo parcial, o voluntariado, o trabalho a título gracioso, ou os “biscates” descomprometidos, encontram aqui condições de expressão.¹

Segunda - descoberta, na lógica da descoberta ou da experimentação, potenciando a neotenia, a terceira e quarta idade são igualmente etapas de aprendizagem, de curiosidade e de apetência pelo lúdico, logo, a experimentação de novas atividades deve ser estimulada. Todavia a experimentação deve partir de um impulso interior do idoso que pode ao não ser suscitado pelo contexto em que está inserido. Os idosos nunca devem ser forçados a participar em atividades nas quais não estejam minimamente interessados, particularmente em atividades que tenham um caráter regular. A não observação deste cuidado pode conduzir a fenómenos de desintegração do self como é o caso da infantilização dos idosos e da omissão ou minimização do determinante género e cultura que, tal como refere o texto da OMS, é transversal a todas as atividades dos indivíduos. Este erro é muito comum em atividades de animação social dos idosos, ou em alguns elementos decorativos de algumas instituições.

Terceira - compensação, na lógica da compensação, ou do equilíbrio, a terceira e quarta idade, são etapas que podem ser aproveitadas para compensar uma vida dura de trabalho seja do ponto de vista físico ou intelectual, ou então para compensar uma vivência relativamente isolada, ou ainda para corrigir e minimizar vulnerabilidades do foro físico, mental ou social. Tem lugar o descanso e a vontade de descansar (tantas vezes ouvido aos idosos), ou poderá fazer sentido iniciar uma atividade estimulante que ajude a desentorpecer o corpo ou a alma, ambos cansados ou mesmo maltratados. A ideia de “mimo”, autoconcedido e/ou proporcionado por outrem parece-nos fazer aqui todo o sentido. Esta lógica é ainda um meio de excelência para a consecução de programas e de atitudes pessoais de promoção da saúde, ideia básica de onde afinal emerge o conceito de envelhecimento ativo proposto pela OMS.

1 *Um exemplo concreto de continuidade da atividade profissional é dado pelos agricultores idosos. Um estudo recente (Nobre, 2009) evidencia a importância e o caráter inovador da atividade idosos agricultores em ATM. Estes agricultores adaptaram a sua atividade produtiva (produção animal e florestação de terras agrícolas) aos condicionalismos do envelhecimento e à sua menor disponibilidade física para o trabalho. Esta estratégia permitiu assegurar ganhos muito importantes, tais como: 1) no caso dos agricultores em idade de pré-reforma a manutenção da produção animal gerou rendimentos que permitiram cumprir os pagamentos para a Segurança Social, assegurando assim o direito à reforma; 2) os que já estão reformados conseguem um acréscimo ao rendimento da reforma; 3) a florestação de terras agrícolas, atividade que não necessita de muito trabalho, assegura mais um rendimento suplementar, a valorização da propriedade e um investimento a longo prazo que poderá beneficiar os filhos. Desta forma, refere a autora, estes agricultores idosos, com sentido de inovação, contribuíram para a sustentabilidade do sistema de segurança social e para a execução de programas de desenvolvimento agrícola europeus (realizando projetos de investimento nas suas propriedades). Neste sentido estes idosos cumprem já, na prática, aquilo que as recentes políticas de sustentabilidade do estado social e do envelhecimento ativo e produtivo determinam.*

O esquema da figura 1 procura sintetizar e articular um percurso lógico que relacione os determinantes do envelhecimento ativo da OMS; as lógicas de construção identitária do idoso enquanto sujeito (*self*); e ações concretas que podem ser as apontadas ou outras desde que devidamente contextualizadas e refletidas. Todo o processo exige que o envelhecimento seja perspectivado como mais uma etapa do ciclo de vida e que seja sustentado na avaliação integral do idoso, isto é, que sejam avaliadas as condições biológicas, psicológicas e sociais que caracterizam cada idoso, o que obriga a adoção de uma abordagem interdisciplinar. Esta exigência sustenta a necessidade de se proceder a elaboração de um plano de desenvolvimento individual (PDI) para cada idoso. As lógicas de construção identitária não são mutuamente exclusivas, pelo contrário, é perfeitamente possível e até desejável, que a escolha de uma atividade ou ação com os idosos possa ser simultaneamente de descoberta e de compensação. Por exemplo a natação ou a hidroginástica podem se constituir como atividades de descoberta e ao mesmo tempo de compensação de alguma vulnerabilidade física ou postural devida a uma vida de trabalho. O que é fundamental em que as atividades propostas façam sentido para o idoso e que lhe reforcem o sentido de utilidade.² O esquema não evidencia qualquer mecanismo de retroação, como seria conveniente, todavia os mesmos deverão emergir, naturalmente, da reflexão dos atores sociais envolvidos nas práticas, sobretudo os cuidadores, seja em contexto familiar ou institucional. Por exemplo, do processo de desenvolvimento de atividades e ações para os idosos surgirão, seguramente, proposta concretas para a adequação dos determinantes do envelhecimento ativo.

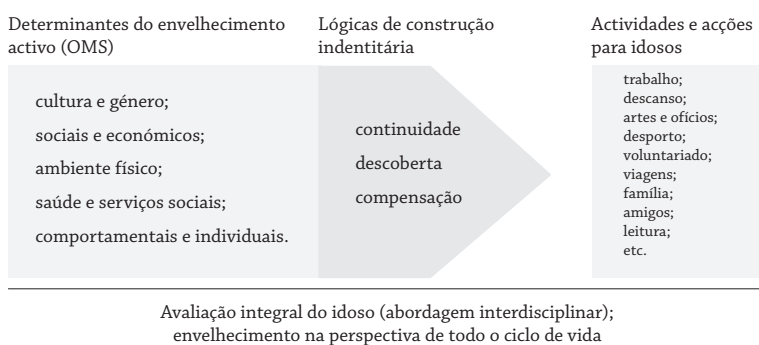


Figura 1 – Determinantes, lógicas identitárias e ações para o envelhecimento ativo

Assim, refletindo mais profundamente sobre os conceitos e tomando como referência algumas evidências empíricas³, dando relevo à ideia

² Uma extensa e sistemática lista de ideias para promover o envelhecimento ativo é proposta por Jacob (2011).

³ É bem conhecido o efeito estigmatizante de algumas iniciativas e programas específicos para idosos, assim como de algumas estratégias (toscas) de evitar esse efeito através de atividades ditas intergeracionais. Sendo este um assunto que merece estudos científicos mais aprofundados.

da continuidade do ciclo de vida, parece-nos fazer muito sentido dar primazia ao conceito de vida ativa em vez do conceito de envelhecimento ativo. A ideia de vida ativa tem vários méritos, designadamente: (1) desdramatiza a questão controversa de se determinar com exatidão o momento da senescência e do declínio psicossocial dos indivíduos; (2) atenua o risco de crise identitária da entrada na reforma, pois, de facto, na atualidade, os marcos de passagem das diferentes etapas de vida (que são construções sociais) são cada vez mais difusos e flutuantes; (3) é facilitadora do desenvolvimento de atividades intergeracionais espontâneas; (4) diminui o risco de idadismo e de qualquer atitude promotora de exclusão social baseada na idade dos indivíduos; (5) diminui o risco de substituição da estereotipia baseada na incapacidade do idoso pela estereotipia da sua capacidade plena (Fonseca, 2006). Chamar vida ativa ao conceito de envelhecimento ativo avançado pela OMS em 2002 é, pensamos, a melhor forma de garantir as condições societárias e intelectuais necessárias à sua plena concretização. O conceito de vida ativa salvaguarda melhor os valores perseguidos pelo conceito de envelhecimento ativo. A interiorização desta ideia assim como a sua observação ao nível das práticas é um processo que carece de ser construído socialmente, é uma mudança geracional a ser alcançada gradualmente. O reforço de programas educacionais (nível escolar e profissional) no sentido da inclusão social e da vida ativa e outrossim a melhor articulação das políticas sociais e dos atores institucionais no terreno são instrumentos essenciais par o alcance de uma vida mais ativa, mais compensadora, mais feliz.

A inclusão social, condição *sine qua non* do envelhecimento ativo, só pode ser alcançada num contexto de desenvolvimento económico e social sustentado. Idosos que aproveitem bem os seus dias (ativos) representam ganhos em toda a linha, de facto: contribuem menos para os encargos com a saúde dos cidadãos e contribuem mais, eles próprios, para a constituição de riqueza do país. Algumas alterações a introduzir nas práticas sociais e profissionais que contribuem para o alcance deste desiderato nem custam dinheiro, outras custam mas são investimentos altamente compensadores no futuro.

O envelhecimento ativo não é um desiderato alcançável com políticas ou programas de desenvolvimento avulso e sectoriais. O envelhecimento ativo deve fazer parte de uma estratégia de desenvolvimento que proporcione a cada cidadão toda uma vida ativa vivida com qualidade, isto é, deve corresponder ao ideal de uma sociedade inclusiva. Simplificando, às vezes é mais útil simplificar do que complicar, *Carpem diem*, aproveitem o dia ou gozem o dia, fazendo aquilo que ainda podem e desejem fazer em cada momento.

FERRAMENTA PAR A PRÁTICA:

Regras a observar na preparação de programas de envelhecimento ativo.

1. *Recolha informação junto dos idosos sobre: gostos pessoais de lazer, habilidades, competências, desejos adiados, entre outros. Esta informação pode ser obtida por questionamento direto ou por conversas informais.*
2. *Recolha informação junto dos idosos sobre hábitos, costumes, valores, crenças, entre outros. Esta informação pode ser obtida por questionamento direto ou por conversas informais.*
3. *Promova momentos de discussão com as partes interessadas para decisão sobre as atividades a realizar e as suas características específicas.*
4. *Planeie e desenvolva atividades de natureza intergeracional. Evite atividades destinadas a uma faixa etária específica.*
5. *Faça uma avaliação simples das opiniões sobre o decurso das atividades; valorize igualmente as opiniões positivas e negativas.*
6. *Indague os motivos da não participação nas atividades propostas; isto pode ser feito através de conversa informal.*
7. *Procure disponibilizar atividades que tenham um caráter permanente e informal, de modo a que a sua frequência possa ocorrer de forma espontânea e autónoma; por exemplo: oficinas de artes e ofícios, jardinagem, leitura, entre outras, adequam-se bem a esta forma de funcionamento mais informal.*

REFERÊNCIAS

- Cícero, M. (1998). *Da velhice*. Lisboa: Edições Cotovia.
- Erikson, E. (1972). *Identidade, Juventude e Risco*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Fonseca, A. (2006). O Envelhecimento. Algumas Questões Éticas. *Cadernos de Bioética*(40), 105-121.
- Giddens, A. (2001). *Modernidade e Identidade Pessoal* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Jacob, L. (2011). Vinte e Uma Ideias para o Envelhecimento Activo. In L. Jacob & H. Fernandes (Eds.), *Ideias para um Envelhecimento Activo* (1ª ed., pp. 225-230). Lisboa: Rutilus.
- Mendes, J. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?* (pp. 489-523). Porto: Edições Afrontamento.
- Moret, M., Desfilis, E., & González, J. (2007). Que Dicen los Mayores sobre el Envejecimiento Óptimo? Um Estudio Desde el Conocimiento Lego. *Revista de Psicologia INFAD*, 3(1), 545-558.
- Nobre, S. (2009). *Dinâmicas da Actividade dos Idosos Agricultores em Trás-os-Montes*. (Doutoramento), Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.
- OMS. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. New York: OMS - Organização Mundial de Saúde.
- Piaget, J. (1977). *Estudos Sociológicos*. Barcelona: Ariel.

CAPÍTULO 16 - INCLUSÃO SOCIAL DOS IDOSOS

Helena Pimentel & Margarida Silva

A crescente presença de pessoas idosas num mundo cada vez mais urbanizado e globalizado remete-nos para um novo paradigma de desenvolvimento de uma cultura do envelhecimento planeando a diversidade e promovendo a solidariedade. Com este capítulo pretendemos analisar formas mais inclusivas de participação social dos idosos, de modo a proporcionar-lhes uma vida ativa e ao mesmo tempo contribuir para a sustentabilidade do estado social. Mais do que pensar em programas e medidas de envelhecimento sofisticadas a nossa ideia é a de descrever mecanismos que tornem a vida das pessoas mais ativa e contributiva independentemente das vulnerabilidades que possam apresentar.

De resto, consta-se que as pessoas idosas fisicamente ativas estão mentalmente ativas e mantêm uma imagem positiva de si mantendo também melhor qualidade de vida. As orientações da OMS (2008) consideram importante promover a participação das pessoas à medida que envelhecem na vida económica, social, cultural e política da sua sociedade. Neste sentido, pretende-se veicular as possibilidades de ação das pessoas idosas na promoção da sua participação plena para alcançar uma velhice ativa e com qualidade.

A INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO: A PERSPETIVA DA INTERVENÇÃO EM SAÚDE

No contexto europeu a importância das medidas sociais e de saúde relativas à população com idade avançada, especialmente no que diz respeito às políticas de envelhecimento ativo, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) “como um processo organizado de oportunidades da saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”, converteu-se num objetivo prioritário governamental e institucional a todos os níveis. Em Portugal, assim como noutros países europeus, atualmente, várias circunstâncias determinam a necessidade de rever a situação dos idosos tendo em vista a sua plena inclusão social e cidadania. Os países em vias de desenvolvimento estão a envelhecer a um ritmo muito mais acelerado do que os países desenvolvidos: dentro de cinco décadas, um pouco mais de 80% da população idosa mundial viverá em países em desenvolvimento, enquanto em 2005 essa percentagem era de 60% (WHO; 2006). O envelhecimento da população e a urbanização são o culminar do bem sucedido desenvolvimento humano durante o século passado. É também enorme o desafio que este século terá de enfrentar. A maior longevidade é fruto de conquistas importantes em termos de saúde pública e de nível de vida. Segundo a Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento (WHO, 1997) “os idosos saudáveis são um recurso para as respetivas famílias e comunidades e para a economia”. O envelhecimento ativo é, pois, o processo de otimização de condições de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. As pessoas mais velhas são, seguramente, um recurso para as respetivas famílias, comunidades e economias, em meios envolventes que lhes proporcionam apoio e a possibilidade de capacitação. Também, a OMS (2007) salienta este facto e considera o envelhecimento ativo um processo contínuo, determinado por vários fatores que, isolados ou em conjunto, contribuem para a saúde, a participação e a segurança na terceira idade. Todos estes fatores, bem como a interação existente entre eles, desempenham um papel importante no que diz respeito à influência exercida sobre a forma como os indivíduos envelhecem.

Na atual conjuntura económica, a intervenção cívica assume ainda maior acuidade. Segundo Brenner (2008), os períodos de recessão económica criam elevados níveis de ansiedade. A situação é particularmente acentuada nas classes mais vulneráveis economicamente pois não têm recursos, nem materiais, nem psicológicos para fazer face à situação de crise. A mesma conclusão pode ser retirada do relatório

sobre os determinantes sociais e da saúde da OMS, de 2010 (CDSS, 2010). As políticas de promoção da saúde devem incluir, por isso, medidas de inclusão e de segurança perante o futuro, considerando a ocupação produtiva não como mera fonte de produção, mas como fonte de realização pessoal. Tornar o mundo um lugar melhor para os idosos, implica uma mudança na forma como olhamos os idosos e o envelhecimento, focando-nos nas potencialidades e oportunidades desta população.

Com efeito, uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias. Na verdade, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento que é fortemente influenciado por fatores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, dos estilos de vida desadequados e dos estados de doença. A forte evidência sobre o que determina a saúde sugere que todos estes fatores, bem como a sua interação, constituam um referencial de indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações.

A relação entre os aspetos socioeconómicos e a saúde tem sido documentada em diversos estudos (Volkoff e Thébaud-Mony, 2000; Villaverde Cabral, 2002). Em primeiro lugar, porque esta variável determina, em parte, o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade que, por sua vez, se encontra fortemente correlacionado com o seu rendimento, escolaridade, habitação e redes de sociabilidade; em segundo lugar porque as condições e a organização do trabalho têm um impacto indireto mas cumulativo sobre a saúde do indivíduo.

A questão que este propósito nos suscita é saber se os recursos (ou capitais, segundo a perspetiva de Bourdieu, 1998) informais, culturais, económicos são, marcadamente diferentes de acordo com os grupos sociais de pertença, e se, são diferentes as capacidades e as possibilidades de participação e responsabilização do cidadão pela sua saúde e pelos custos a despende. Consequentemente, muitos dos benefícios sociais importantes para o combate à doença e à melhora da saúde, por razões de ordem financeira, podem ficar comprometidos, quando não se dispõe de meios para o efeito.

No âmbito da saúde, o trabalho doméstico, é uma das grandes áreas da intervenção do idoso. Muitas vezes invisível efetuado maioritariamente

por mulheres enquanto ato de amor, de solidariedade e de criação de relações humanas. Este trabalho desenvolvido no seio familiar é de longo prazo e contribui para assegurar a reprodução da saúde dos seus membros, procurando o seu bem-estar e o melhor nível de saúde possível. Neste sentido, não se pode reduzir à esfera privada, uma vez que, sendo a família a primeira beneficiária, este trabalho vem por vezes colmatar deficiências do estado social. O Decreto-lei nº 281/03, de 8 de novembro, do Ministério da Saúde salienta a prestação de cuidados de saúde pela família e comunidade social como essenciais e imprescindíveis no apoio aos seus concidadãos não apenas para evitar o prolongamento dos internamentos como também para a reabilitação global e a independência funcional. Também o artigo 4º, do mesmo Decreto-lei, refere a família como elemento determinante da relação humanizada. A propósito destas questões vale a pena dizer que a família exerce uma influência importante, tanto na preservação da saúde dos seus elementos como, eventualmente, na prevenção de alguns dos riscos que porventura possam ocorrer ao transmitir um conjunto de saberes que concorrem nesse sentido. Importa, portanto, lembrar que é, normalmente, na família que todas as sociedades atribuem a responsabilidade de transmitir à sua prole os primeiros elementos culturais que incorporam, conjuntamente, a capacidade de veicular atitudes e comportamentos relacionados com a saúde. É o que habitualmente se designa por educação para a saúde, cuja intervenção é pensada em relação à escola enquanto espaço de socialização e de qualificação académica, descorando, contudo, que é na família que encontra a primeira instância de socialização a este nível.

Nesse sentido o conceito de educação para a saúde vai resgatar, ainda que de forma distinta, as propostas dos higienistas do século XIX, como Villermé, na França; Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e económicas como físicas e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (Terris, 1992). Inclui, também, a ideia de que a saúde pode desenvolver-se ao longo do ciclo da vida e que esta evolução é qualitativa. Com hábitos de vida saudáveis, a família transforma-se em agente primário de saúde na rua, na escola, no trabalho, contribuindo para que os membros da comunidade, onde está inserida, aprendam comportamentos saudáveis. Se a saúde é um valor para cada pessoa, necessariamente há de sê-lo para a comunidade. A educação, através da informação, potenciada pela transmissão de saberes intergeracionais converte-se num instrumento indispensável para assumir a responsabilidade ativa na defesa da saúde, tanto a nível individual como coletivo. Vale ainda a pena lembrar que, ao longo das últimas décadas, fruto da profissionalização das mulheres há uma maior abertura dos homens em relação a estas matérias. Hoje, também o

homem é cada vez mais solicitado a participar nessas tarefas. Daí que o funcionamento da família no seu todo seja substancialmente importante na promoção, conservação da saúde, prevenção e reabilitação da doença no seu quotidiano, de forma plural e diversificada.

Para além do apoio proporcionado pela família, cada pessoa deve cultivar, sobretudo em épocas de recessão, em que aumenta o nível de ansiedade e de *stress* enquanto efeitos negativos das crises económicas, uma atitude positiva de proteção e promoção da saúde, sobretudo, da saúde mental. O pensamento deve ser proactivo para contrabalançar o aumento da ansiedade e do *stress*. Ampliar o leque de relações e procurar ajuda em instituições, ou serviços de voluntariado existentes na comunidade pode constituir-se uma fonte viva de recursos para lidar com o problema.

Efetivamente, a visão de idosos como um subgrupo populacional vulnerável e dependente foi sendo substituída por um segmento populacional ativo e atuante. A ideia que todos os membros da sociedade devem contribuir de forma ativa para o bem-estar do coletivo encontra eco no contributo das pessoas idosas em grandes facetas da nossa vida. A prestação de cuidados aos netos, particularmente em idade pré-escolar, é mais um papel social ativo dos cidadãos idosos. Muitas vezes, os idosos fornecem outro tipo de suporte aos seus filhos, como ajuda financeira e emocional, sendo a prestação dos cuidados aos netos percecionada como uma extensão das suas tarefas (Bromer & Henly, 2004). Também, a participação cívica e política se traduz em formas de envelhecimento produtivo, uma vez que implica a realização de atividades imbuídas de valor social (Burr, Caro & Moorhead, 2002). Numa outra vertente, é essencial que a idade da reforma acompanhe a evolução da esperança média de vida. A permanência dos trabalhadores mais idosos nos seus postos de trabalho, aproveitando as vantagens decorrentes da sua experiência, minimizando os custos para a comunidade da sua antecipação deve ser repensada.

A INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO: A PERSPETIVA DA INTERVENÇÃO SOCIAL

Quando questionamos a natureza e fundamentos do conceito de inclusão social deparamo-nos com a impossibilidade de o tratar de uma forma autónoma por relação ao conceito que se lhe opõe: o de exclusão social. Tanto um como o outro podem ter níveis ou gradações diversas, pelo que se deve assumir que existe um *continuum* inclusão-exclusão, que impossibilita uma definição precisa de ambos. Neste sentido, a inclusão social não poderá ser representada, senão a partir de uma situação ideal (Costa, 2008: 72-76).

No que respeita à inclusão social das pessoas idosas, esta dificuldade acresce, dado que a própria definição oficial ou institucional de idoso tem subjacente um corte com um dos sistemas sociais que contribuem para a construção da inclusão e da cidadania: o sistema produtivo. “A etapa final da vida tem o seu início oficial ou institucional aos 65 anos” (Gracia e Peláez, 2006: 235), isto é, a partir desta idade nada justifica, oficialmente, que o indivíduo continue integrado em todas as dimensões constitutivas da sua inclusão. Mais, é comum a representação de que é importante que se afaste do mercado de trabalho e dos sistemas produtivos e que não ocupe espaço particularmente destinado a indivíduos mais jovens e, supostamente, com maior potencial de produção. “A desagregação dos laços profissionais acaba por se estender a outras esferas da vida. (...) Rompem-se os laços com os grupos de amigos, as redes de relações esboroam-se, a própria família deixa de ser integradora. Emerge a solidão, o isolamento, o “ficar fora”, a perda do “laço social”, a “desqualificação social” (Capucha, 1998:18). A partir daqui toda uma série de antinomias vão referenciar a vida das pessoas idosas. De ativos, os indivíduos passam a pensionistas; de casados (ou situação similar) passam, frequente e dolorosamente, a viúvos; de saudáveis passam a doentes ou, mais frequentemente, a inativos e passivos. Daqui resultam reconstruções identitárias, reconstrução de projetos de vida, reinvenção de formas de inclusão social e, frequentemente, enfrentamento de estereótipos e de formas assumidas de exclusão social.

Constatada esta realidade, o papel dos profissionais da intervenção social deve assumir duas dimensões complementares: a prevenção de situações de vulnerabilidade e exclusão social das pessoas idosas e o apoio na reconstrução de projetos de vida que potenciem espaços alternativos de inclusão. Dando forma às recomendações da ONU, o foco da intervenção deve assumir a participação ativa dos idosos nas suas comunidades e espaços de pertença, a família e o meio natural de vida. Às pessoas idosas deve ser dada a oportunidade de “permanecerem integradas na sociedade, participando ativamente na formulação e implementação de políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e partilhar o seu saber e habilidades com as gerações mais jovens” (Declaração Universal dos Direitos dos Idosos, artº 7º). Desta forma, a intervenção social com pessoas idosas deve pautar-se pelo cumprimento de diretrizes emanadas dos documentos que referem os seus direitos, nomeadamente a Declaração Universal dos Direitos Humanos, não descurando, contudo, a consideração de especificidades que devem considerar variáveis sociais e culturais, como a estrutura familiar, a forma de acumulação e transmissão do património e o valor social conferido a atributos físicos, intelectuais e estéticos, que determinam o lugar e o papel dos idosos na sociedade (Aristú, 2004: 325-340). Do

ponto de vista da intervenção social, os profissionais devem centrar-se particularmente nas condições de cada indivíduo face às potencialidades e constrangimentos evidenciados, negligenciando, tanto quanto possível, determinismos impostos pela “oficialização” da velhice.

IDOSOS, FAMÍLIA E COMUNIDADE: CONTORNOS DE UMA SOLIDARIEDADE FRÁGIL E IMPRESCINDÍVEL

Não se constituindo em objetivo de referência deste trabalho, não podemos deixar de refletir as transformações ocorridas ao nível da estrutura familiar, uma vez que estas estão na base de grande parte dos processos de isolamento e exclusão das pessoas idosas. A intervenção social com idosos não pode negligenciar o potencial das estruturas familiares na prestação de cuidados e deve potenciar a reconstrução de laços em processo de fragilização aliviando, em simultâneo, sentimentos de culpa por parte dos familiares e sentimentos de rejeição por parte dos idosos.

As alterações verificadas na estrutura familiar, a partir da década de sessenta do século XX, muito particularmente a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, induziram uma deslocação do espaço da solidariedade, da família para as instituições prestadoras de serviços sociais. Outrora instância privilegiada e quase exclusiva de prestação de cuidados, a família vê-se confrontada com dificuldades e impedimentos ao exercício dos seus papéis tradicionais o que implica, em grande parte dos casos, a institucionalização total ou parcial dos seus membros dependentes. Se numa primeira fase do processo de envelhecimento, o sistema familiar se reestrutura de forma a integrar os seus idosos, pelo potencial de apoio que estes constituem, em fases de agudização da dependência esta reestruturação complica-se ou não se verifica. Quando os idosos ainda são autónomos é notável o seu contributo para o equilíbrio familiar “fundamentalmente no acompanhamento dos netos e na execução de tarefas domésticas. Ao contrário, quando estes se encontram em situação de dependência (...) as dificuldades da família são de tal forma acrescidas que podem abalar profundamente as relações de solidariedade familiar, levando frequentemente (...) à procura de respostas fora da sua estrutura (...). No entanto, apesar deste “abrandamento” das relações familiares, é ainda na família que se encontra a maior rede de solidariedade intergeracional” (Ribeiro, 2001: 171).

Para que a idade não se converta num problema, para os idosos e para as famílias, é necessário investir em intervenções destinadas a revalorizar

as pessoas para além do seu estatuto de produtores e consumidores e, em simultâneo, apoiar as famílias no sentido de reforçar o “contrato intergeracional”.

A montante da institucionalização há todo um trabalho de apoio a realizar com a família centrado particularmente na criação de mecanismos de solidariedade familiar e comunitária. Este trabalho passa pela sensibilização e informação das famílias acerca dos serviços e recursos disponíveis, pelo apoio económico a famílias mais carenciadas, de modo que o idoso não se torne, ou deixe de ser, um peso para o orçamento familiar. Paralelamente, os profissionais devem promover a criação de programas de acolhimento temporário ou potenciar os existentes, de forma a proporcionar à família espaços de descanso e de alívio da tensão implícita à sua função de cuidadores.

No sentido de complementar a tarefa das famílias todo um trabalho deve ser desenvolvido ao nível da sensibilização e do envolvimento das comunidades. Os interventores sociais devem assumir a responsabilidade pela consciencialização da comunidade para a importância da manutenção das redes de amizade e de interajuda, estimulando e apoiando o desenvolvimento de projetos locais dirigidos a todos os grupos etários e que potenciem uma maior participação das pessoas idosas na vida das comunidades. “É na comunidade, no espaço vivencial, que a valorização dos aspetos positivos que esta fase encerra, tem de se situar, através designadamente do estímulo à participação em toda a vida comunitária que deverá começar, evidentemente, no próprio seio familiar” (Ribeiro, 2001: 195). Cabe aos profissionais abrir caminho ao desenvolvimento das capacidades e potencialidades dos idosos, sensibilizando as comunidades para o facto de que estes se podem constituir num recurso de excelência para as mesmas, particularmente porque são detentores de grande parte do património identitário dessas mesmas comunidades. O reconhecimento e valorização das experiências e saberes que os idosos acumulam ao longo da vida, podem ser canalizados para criar referências aos mais jovens e reforçar sentimentos de pertença. As comunidades sairão a ganhar quando criarem condições para o efetivo reconhecimento do potencial dos idosos dado que, para além das razões anteriormente expostas, os idosos possuem uma disponibilidade de tempo que pode ser canalizado para o desenvolvimento de atividades que irão favorecer o envelhecimento ativo (manutenção da saúde física e mental) e, simultaneamente, revitalizar espaços de solidariedade, de valorização, de afirmação cultural e identitária da comunidade.

CONTRIBUTOS PARA INTERVENÇÃO SOCIAL COM IDOSOS: PERSEGUINDO UM ENVELHECIMENTO ATIVO E PRODUTIVO.

Os objetivos da intervenção social com idosos podem sintetizar-se, de uma forma geral, em três grandes áreas de ação: melhorar as suas condições físicas e cognitivas, aumentar os seus níveis de autonomia e superar limites que eles próprios, a família e a sociedade lhes impõem. Intervir, no sentido de potenciar e melhorar aspetos tão simples como o exercício, a alimentação, o treino de competências cognitivas e a substituição de um estilo de vida passivo por um estilo mais dinâmico e participado, podem fazer a diferença. Não negligenciando o apoio e acompanhamento individualizados que os interventores sociais devem disponibilizar aos idosos, centramo-nos, neste ponto, na reflexão sobre a importância das intervenções em grupo, pelo potencial que encerram de induzir alterações nos estilos de vida, de uma forma participada e coletiva que, por si só, pode constituir-se num impedimento a situações de isolamento. A intervenção em grupo, particularmente direcionada para as dimensões da sensibilização e motivação, pode contribuir para realizar mudanças simples no quotidiano dos idosos, trabalhando a dimensão identitária (quem sou e o que quero), treinando habilidades para enfrentar constrangimentos do quotidiano, reforçando a autoestima através da valorização dos seus saberes e potencialidades. Baseados nos contributos de Garcia e Peláez (2006) propomo-nos a refletir sobre o trabalho com idosos em dinâmica de grupo, abrangendo as dimensões relacionadas com a intervenção familiar e pessoal, o equilíbrio pessoal e emocional e o desenvolvimento de recursos.

INTERVENÇÃO FAMILIAR E PESSOAL

Quando os cuidados à pessoa idosa se desenvolvem no meio familiar, a intervenção com famílias assume particular relevância e a intervenção em grupo tem como objetivo primordial modelar as relações e reforçar laços entre todos os elementos da estrutura familiar. À medida que o idoso avança na idade, intensificam-se e complexificam-se os cuidados, o que implica um aumento do desgaste físico, económico e social da família. Os grupos de autoajuda para familiares e cuidadores de pessoas idosas constituem-se num ambiente favorável à partilha de informação sobre a expectável evolução do estado físico e intelectual do idoso. Partilhar angústias e medos, mas igualmente experiências, com familiares e cuidadores que vivem situações similares, pode ser uma forma de aliviar a tensão e quebrar o isolamento a que muitos cuidadores são expostos. Assumir este papel pode implicar o abandono

de atividades (profissionais, sociais) que remetem o cuidador para um espaço de solidão e de angústia. Estes grupos, além de ajudarem no alívio das tensões e na partilha de frustrações podem igualmente favorecer a partilha de “técnicas” e estratégias para reduzir o desgaste físico e emocional, podendo ainda constituir-se em espaços únicos para aliviar sentimentos negativos (fadiga, mal-estar, frustração) e para libertar sentimentos de culpa.

EQUILÍBRIO PESSOAL E EMOCIONAL

Grande parte dos idosos em situação de dependência acaba por ter de enfrentar, mais cedo ou mais tarde, processos de institucionalização total ou parcial. Os grupos de intervenção no domínio do equilíbrio pessoal e emocional funcionam mais facilmente em ambientes institucionalizados, dadas as frequentes dificuldades de mobilidade destes idosos. Contudo, estas dinâmicas podem ser realizadas igualmente com indivíduos não institucionalizados, desde que se ultrapassem e garantam condições satisfatórias de mobilidade.

Os objetivos basilares destes grupos dirigem-se para eliminação de sentimentos de apatia e depressão, para o aumento da autoestima e melhoria das condições conducentes à autonomia. “As pessoas idosas têm uma grande necessidade de comunicar e os grupos constituem um ambiente ideal no qual se podem expressar, de forma verbal e não-verbal, e no qual os seus desejos e opiniões são considerados” (Gracia e Pelaez, 2006: 233). O grupo pode ajudar a reconstruir sentimentos de pertença, frequentemente abalados pela saída do seu meio natural de vida e à identificação com outros coletivos.

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS

Como anteriormente referimos, à entrada na velhice está associada a diminuição da participação e o isolamento. Os grupos têm um potencial considerável para o desenvolvimento de recursos que favoreçam a participação e o envolvimento dos idosos em atividades de lazer e/ou socioculturais. Os grupos centrados na execução de tarefas constituem espaços de favorecimento da comunicação, das relações interpessoais e da participação, impulsionando frequentemente o desenvolvimento de novas competências e a obtenção de gratificação pelo trabalho desenvolvido. Estes grupos, frequentemente designados de “oficinas”, são espaços de partilha e de trabalho em equipa e podem abranger áreas tão diversas quanto o teatro, a leitura, a música, as atividades artesanais, o exercício físico ou a preparação de eventos.

A presença dos interventores sociais é transversal a toda a atividades com grupos e as suas tarefas diversificam-se em função dos objetivos do grupo e das pessoas envolvidas. Contudo, comum a todo este trabalho em que o profissional se assume como coordenador e catalisador da atividade e energia do grupo, está a consideração das vontades e expectativas dos membros do grupo.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA

Princípios gerais da intervenção social com idosos

Os profissionais devem garantir o exercício da cidadania por parte dos idosos e o respeito escrupuloso pelos seus direitos, garantindo que não são violados direitos fundamentais, particularmente os consagrados na Declaração dos Direitos das Pessoas Idosas, assinada em Los Angeles em 1965 e reforçada pela Resolução 46/91 da Assembleia Geral da ONU, em 1991. Desta forma, devem zelar para impedir maus-tratos psicológicos como a negação do direito a tomar decisões, a violação da privacidade e a chamada de atenção ou humilhação pública. Em ambientes institucionalizados devem ter particular atenção à forma como os idosos são tratados, impedindo situações de maltrato, mas igualmente atitudes e infantilização e de violação da intimidade. Um dos direitos dos idosos mais frequentemente violados é o internamento compulsivo, pelo que os processos de institucionalização devem requerer particular atenção da parte dos profissionais que atuam nesta área. “Umhas vezes sem consciência, outras com a maior prepotência e violência, menospreza-se a opinião das pessoas de idade assumindo o seu destino e esquecendo que, apesar da idade, e/ou estarem mais ou menos dependentes, continuam com plena capacidade para usar os seus direitos, podendo ser os protagonistas da sua vida. (Ribeiro, 2001: 177).

De uma forma geral, os princípios que presidem e orientam a intervenção social com idosos, podem sintetizar-se nos seguintes propósitos:

- informar sobre os recursos disponíveis e condições e critérios de acessibilidade;
- facilitar o acesso a recursos sociais por parte dos idosos e dos cuidadores (familiares ou outros);
- apoiar na adequação dos espaços às necessidades dos idosos, particularmente daqueles que continuam a habitar sozinhos;
- informar sobre oportunidades de lazer (associações, programas de férias...) e criar condições de acesso;

- fomentar a criação de grupos de autoajuda;
- promover a prática de exercício físico;
- promover e/ou facilitar o acesso a espaços de culto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bourdieu, P. (1998), *Escritos de Educação*, Petrópolis, Vozes.
- Bromer, J. e Henly, J. (2004). Child care as family support: Caregiving practices across child care providers. *Children and Youth Services Review*.
- Burr, J., Caro, F., e Moorhead, J. (2002). Productive aging and civic participation. *Journal of Aging Studies*, 16, 87-105.
- Villaverde Cabral M.; Alcântara da Silva, P.; Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Volkoff, S; Thébaud-Mony, A. (2000). Santé au Travail: l'inégalité des parcours., In A. Leclerc et al. (Dir.), *Les inégalités sociale de santé*, Paris, INSERM/La Découverte.
- Terris, M. (1992), *Conceptos sobre Promoción de la Salud- Dualidades en la Teoría de la Salud Publica*. Washington, OPAS/OMS.
- CDSS (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Marmot, M. (2006). *Health in an unequal world. The Harveian Oration*. London: Royal College of Physicians of London.
- WHO. (1997). *Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento*. World Health Organization, (4), 21.
- WHO. (2006). *Population Ageing*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population.
- In (<http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>).
- Arostú, J. (2004), *Trabajo Social en la Postmodernidad*, Zaragoza, Libros Certeza.
- Capucha, L. (1998). Nós e eles cá dentro: sobre o mito de um Robinson Crusoe ao contrário. In *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção*, Lisboa, Debates Presidência da República.
- Costa, A. (org.) (2008), *Um Olhar sobre a Pobreza. Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*, Lisboa, Gradiva.
- Garcia, T. & Peláez, A. (2006). *Trabajo Social con Grupos*. Madrid, alianza Editorial.
- ONU (1991), *Declaração Universal dos Direitos dos Idosos*. Resolução 46/91 da Assembleia Geral da Organização das nações Unidas.
- Ribeiro, D. (2001). Envelhecimento. In Luísa Ferreira da Silva (org.), *Ação Social na Área da Família*, Lisboa, Universidade Aberta.

CAPÍTULO 17 - TRABALHAR BEM, VIVER MELHOR, ENVELHECER COM QUALIDADE

Adília Fernandes

Estão chegando à sábia conclusão de que ao invés de perder tempo lamentando mudanças é mais produtivo e prazeroso usar o tempo para celebrar e aproveitar a vida.

Sylvia Volpi (2008)

O mundo do trabalho atravessa um período de grande transformação e mudança. O trabalho e as condições de vida das pessoas estão em constante renovação. O acelerado desenvolvimento tecnológico pode conduzir ao progresso, mas pode, simultaneamente, aumentar os perigos relacionados com as condições de vida das pessoas.

O trabalho pode influenciar a saúde e a doença de diferentes formas, pode provocar alterações de saúde quando é exercida em condições lesivas para a saúde, se as capacidades individuais disponíveis forem inadequadas, ou se o suporte mútuo dos colegas for insuficiente. Mas, o trabalho também pode ser fonte de desenvolvimento pessoal e reforçar as competências e as capacidades individuais (Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho [ENWHP], 1997). Dominguez

Carmona (1988, 947) define-o como “el esfuerzo intelectual y físico del hombre aplicado a la transformación de la materia para hacerla más útil o a la prestación de ayuda a otros hombres [serviços] con el fin de perfeccionar al trabajador, proporcionándole una vida más digna y desarrollada, y de satisfacer sus necesidades y las de la comunidad”.

É fundamental compreender as transformações nas funções, nas organizações e nos processos de trabalho para entender as percepções e representações que o homem desenvolve sobre o trabalho. Cada pessoa tem uma visão diferente, dependente do meio social em que está inserido, considerando o seu contexto socioeconómico (Bulla & Kaefer, 2003).

O mercado do trabalho enfrenta na atualidade um novo desafio: o envelhecimento demográfico, que é considerado o fenómeno mundial mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas. Nos países em desenvolvimento tem-se verificado um aumento acelerado da população de sessenta e mais anos em relação à população geral. Portugal não é exceção e vai também enfrentar o impacto do envelhecimento da população como resultado da baixa de fecundidade e do aumento da longevidade.

Como referiu Welford em 1979, a história do estudo do envelhecimento é partilhada pelos Estados Unidos e pela Europa no período do pós-guerra. As primeiras preocupações com esta temática surgem na década de 20 com investigações sobre performances motoras e aprendizagem de trabalhadores, no setor industrial, realizados por Miles, na Universidade de Stanford na Califórnia (Ramos & Lacomblez, 2005).

Durante os anos 40, em Inglaterra, já se tinha verificado um interesse crescente pelo estudo do envelhecimento, devido às circunstâncias sociodemográficas dessa época, pois a população estava envelhecida e havia o problema da reconversão dos militares para contrariar a falta de mão-de-obra resultante das perdas humanas ocorridas durante a II Guerra Mundial (Teiger, 1995). Tanto os estudos efetuados nos Estados Unidos como os de Inglaterra partilhavam o mesmo objetivo, isto é, pretendiam definir os tipos de trabalho industrial mais adequados para os trabalhadores menos jovens (Ramos & Lacomblez, 2005). A história da investigação sobre o envelhecimento foi marcada por acontecimentos históricos, económicos e demográficos, foi evoluindo à medida que se desenvolvia o corpo teórico sobre o envelhecimento.

O envelhecimento funcional pode ser entendido como uma perda de capacidade para o trabalho, geralmente faz-se notar antes do envelhecimento cronológico (Bellusci & Fischer, 1999). Vários estudos têm revelado que promover a capacidade para o trabalho diminui a incapacidade e a reforma precoce (Raffone & Hennington, 2005).

Azevedo (1980) e Silva (2000) referem que o processo de envelhecimento não é apenas morfológico e fisiológico, também é temporal, pois ocorrem modificações progressivas dos sistemas de temporização dos processos orgânicos. Ao longo do envelhecimento ocorrem transformações cronobiológicas que provocam alterações no desempenho e na percepção da capacidade para o trabalho, pois a dessincronização interna dos diversos ritmos biológicos está associada à fadiga crónica e a sintomas ansiosos e depressivos.

O Instituto Nacional de Estatística, em 2002, divulgava que, em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos tinha duplicado nos últimos quarenta anos. Estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando em 2050, 32% do total da população. Em 2005 o Instituto Nacional de Estatística referia que, de acordo com estas previsões Portugal vai transformar-se num dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e um menor ratio percentual de população ativa.

O envelhecimento da população ativa irá provocar transformações na sociedade com diversas repercussões, nomeadamente a nível do mercado de trabalho. A mudança da estrutura etária coloca novos desafios, nomeadamente, o de garantir boas condições de saúde dos idosos e o de preservar a autonomia física e mental para que, ao manterem boas perspetivas de vida, possam manter papéis relevantes na sociedade (Giatti & Barreto, 2003). Com o envelhecimento da população trabalhadora colocam-se questões relacionadas com a idade de reforma, a capacidade para o trabalho e a saúde dos trabalhadores.

O referencial teórico desenvolvido na Finlândia defende que o desgaste que o trabalhador sofre depende de fatores decorrentes da carga física e mental do trabalho, assim como do ambiente e das ferramentas de trabalho, das características e recursos do trabalhador, podendo desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais possibilitando a diminuição da capacidade para o trabalho e o desencadeamento de doenças (Ilmarinen et al., 1991).

DETERMINANTES DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

O Instituto Finlandês de Saúde Ocupacional (FIOH) realizou estudos durante 11 anos que permitiram retirar conclusões importantes sobre envelhecimento funcional e capacidade para o trabalho. De salientar que o declínio do nível de capacidade para o trabalho se refletiu em doenças e sintomas, reforma ou afastamento por incapacidade e morte precoce (Tuomi, Ilmarinen, Martikainen, Aalto & Klockars 1997). O

envelhecimento biológico, a saúde, o trabalho e os estilos de vida foram apontados como principais fatores de alteração da capacidade para o trabalho.

FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Ao longo das últimas décadas foi-se desenvolvendo a ideia da existência de uma relação negativa entre produtividade e idade. Uma das representações sociais que mais frequentemente recai sobre os trabalhadores mais velhos é que, à medida que se envelhece, a capacidade para o trabalho diminui porque se é menos saudável ou fisicamente mais limitado e também porque se aprende com menor facilidade e as funções cognitivas estão deterioradas, acrescentando ainda a resistência à mudança, o que contribui para que os mais velhos se tornem inflexíveis ou obsoletos (Pestana, 2003).

Por volta dos 45 anos, devido ao aparecimento ou agravamento de alguns tipos de doenças pode ocorrer deterioração da capacidade funcional física e mental influenciada pela diminuição da capacidade cardiorrespiratória e músculo-esquelética (Ilmarinen, 1997; OMS, 1993).

Silva et al. (2000) fazem referência a estudos que indicam que a capacidade laboral diminui significativamente entre os 51 e os 62 anos de idade principalmente para trabalhadores de profissões com carga predominantemente física, uma vez que apresentam maiores diminuições da capacidade laboral do que os trabalhadores de profissões com mais carga mental. As diferenças individuais aumentam com a idade, num mesmo grupo ocupacional, geralmente, depois dos 55 anos.

O envelhecimento pode diminuir a capacidade mental devido à diminuição da memória, da capacidade de percepção e da velocidade de processamento da informação. No entanto, estas alterações podem ser compensadas pelo aumento do conhecimento, da experiência, da habilidade para trabalhar de forma independente e do maior vínculo ao emprego que trabalhadores mais velhos geralmente apresentam (Tuomi et al., 1997).

Pestana (2003) menciona que os resultados dos estudos efetuados nesta área são muito diferentes, pois alguns apontam para uma variação positiva entre idade e produtividade, outros para a sua relação inversamente direta, enquanto outros relatam que algumas das capacidades efetivamente diminuídas são compensadas pelas que se desenvolvem com o envelhecimento ou com o recurso a estratégias para colmatar as dificuldades que se começaram a sentir. Mas, a

maioria revela que, de uma forma geral, as diferenças de produtividade e desempenho profissional são maiores entre indivíduos do que entre grupos etários e decorrem mais de outros fatores, tais como o domínio físico e cognitivo, ainda que possam estar relacionados com a idade. Alguns autores referem ainda que as capacidades dos trabalhadores, geralmente, se situam muito acima dos requisitos exigidos pelo posto de trabalho e que a reforma surge quase sempre antes dessas capacidades se tornarem insuficientes para o desempenho profissional. O mesmo autor concorda que a capacidade de trabalho resulta da interação entre os recursos do indivíduo, as condições e a organização do trabalho. Os recursos individuais incluem a capacidade funcional, a saúde, assim como as competências básicas e profissionais e o nível educativo. Os valores e as atitudes dos indivíduos, assim como a sua motivação e satisfação no trabalho também são determinantes.

Alguns estudos revelam que os indivíduos do sexo feminino têm maior risco de diminuição da capacidade para o trabalho, devido às piores condições de trabalho e salariais assim como à dupla jornada de trabalho (Tuomi, Huuhtanen, Nykyri & Ilmarinen, 2001; Walsh et al., 2004).

As condições socioeconómicas são consideradas importantes na determinação da saúde e da capacidade para o trabalho, no entanto, os padrões de associação são complexos, podendo ser influenciados por fatores relacionados com o trabalho, as condições de vida e os hábitos de saúde (Tuomi et al., 1991).

ESTILOS DE VIDA

O tabagismo é apontado como prejudicial à capacidade para o trabalho e à capacidade física constituindo risco acrescido para as doenças cardiovasculares e pulmonares (OMS, 1993; Tuomi et al., 1991).

O consumo excessivo de álcool pode exercer efeitos prejudiciais para a capacidade para o trabalho, devido às alterações na saúde física e mental, à diminuição da produtividade, ao aumento do absentismo e ao aumento do risco de acidentes de trabalho (Tuomi et al., 1991).

A obesidade é considerada como um fator de risco para a diminuição da capacidade para o trabalho. O excesso de peso pode afetar a capacidade cardiorrespiratória e músculo-esquelética, podendo favorecer o aumento da morbidade devido a doenças crónicas (Pohjonen & Ranta, 2001; OMS, 1993).

A prática da atividade física é considerada como preditor de boa capacidade para o trabalho. As vantagens resultam do aumento do

consumo energético, da redução da gordura corporal, manutenção da capacidade aeróbica, resistência e força muscular, assim como da melhoria na percepção do estado de saúde e da autoestima e redução das reações emocionais ao stress (OMS, 1993; Pohjonen & Ranta, 2001; Tuomi et al., 1991; Tuomi et al., 1997).

Alguns estudos têm vindo a demonstrar que a prática regular de exercício físico acarreta resultados positivos tanto para o sono e seus possíveis transtornos, como para os aspetos psicológicos e transtornos de humor, tais como a ansiedade e a depressão e para os aspetos cognitivos tais como a memória e a aprendizagem. Verificou-se uma forte correlação entre o aumento da capacidade aeróbica e a melhoria das funções cognitivas. O exercício contribui para a integridade cerebrovascular, o aumento no transporte de oxigénio para o cérebro, a síntese e a degradação de neurotransmissores assim como para a diminuição da pressão arterial e dos triglicérides, a inibição da agregação plaquetária e o aumento da capacidade funcional (Mello, Bosloco, Esteves & Tufik, 2005).

Já em 1998, a Organização Mundial da Saúde assegurava que a prática regular de exercício contribuía para prevenir, minimizar e/ou reverter muitos dos problemas que frequentemente acompanham o processo de envelhecimento.

SAÚDE

A saúde é apontada como o fator que exerce maior impacto sobre a capacidade para o trabalho. A capacidade cardiorrespiratória e o funcionamento músculo-esquelético são considerados de extrema importância, devido ao papel que exercem sobre o desgaste do trabalhador, estando intimamente relacionados com o desempenho das exigências do trabalho (Ilmarinen et al., 1991; Ilmarinem, Tuomi, & Seitsamo, 2005).

Ilmarinen (1997) refere que a saúde mental se correlaciona menos com a capacidade para o trabalho do que a saúde física, sendo considerada mais relevante em trabalhos com elevadas exigências mentais.

Giatti e Barreto (2003) fazem referência a estudos que demonstram que as pessoas que trabalham apresentam melhores condições de saúde do que a população geral, sendo geralmente excluídas do mercado de trabalho as pessoas doentes e incapazes. O desemprego foi associado a piores condições de saúde, a maiores taxas de mortalidade e maior prevalência de sintomas psiquiátricos, de hipertensão arterial e hábitos de vida nocivos, como consumo de bebidas alcoólicas e cigarros. O

trabalho foi descrito como fator seletivo e também positivo para a preservação de melhores condições de saúde.

EDUCAÇÃO E COMPETÊNCIA

Tuomi et al. (1997a) consideram que a capacidade para o trabalho pode ser promovida pelo aumento da competência, ou seja, das habilidades e conhecimentos que o trabalhador dispõe para executar o seu trabalho, especialmente em atividades que exigem mais recursos psicológicos e cognitivos.

Tanto o hábito de estudar como a possibilidade de desenvolver e influenciar o trabalho são positivamente associados à capacidade para o trabalho (Tuomi et al., 2001).

TRABALHO

As condições e a carga de trabalho podem ter um efeito significativo na capacidade para o trabalho e na manutenção de competências a um nível aceitável quando ocorre o envelhecimento normal, não tendo apenas impacto direto na saúde e bem-estar dos trabalhadores (Capanni, Sartori, Carpentiero & Costa, 2005).

A relação entre as condições de trabalho e a saúde tanto pode produzir efeitos positivos como negativos. Condições de trabalho adequadas terão um efeito positivo sobre a saúde, já que podem incrementar no trabalhador, satisfação e bem-estar. As razões são evidentes, além de proporcionar benefícios económicos, que condicionam diversos determinantes de saúde, facilitam as relações sociais e a autoestima do trabalhador. Por outro lado, as más condições de trabalho estão na origem de diversos problemas tais como os acidentes de trabalho, as doenças profissionais, sejam ou não reconhecidas legalmente e as incapacidades laborais temporárias ou permanentes (Benavides, Ruiz-Frutos & Garcia, 2005).

Consideram-se como condições de trabalho diversos componentes tais como os conteúdos de trabalho, o tempo de trabalho, as condições materiais de trabalho, as condições de saúde e segurança, a formação profissional e o desenvolvimento pessoal facultado, assim como as práticas de gestão e de organização institucional (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

As condições de trabalho que obriguem o trabalhador a adotar posturas estáticas, a usar a força muscular, a levantar e transportar pesos,

a esforços intensos e repentinos, a movimentos repetitivos, posturas inadequadas, calor, frio, ruído, sujidade, humidade, equipamentos e ferramentas de trabalho desajustados, podem configurar cargas físicas inadequadas (Tuomi et al., 1991; Tuomi et al., 2001).

Os fatores psicossociais também têm efeitos importantes sobre a capacidade para o trabalho. Os conflitos de papéis, conflitos com os superiores hierárquicos, pressão de tempo, volume de trabalho, restrição no uso de habilidades e conhecimentos, limitações no controle sobre o próprio trabalho, o nível de responsabilidade, limitações no desenvolvimento profissional, a falta de reconhecimento e de valorização assim como os turnos e os conteúdos do trabalho podem exercer cargas de trabalho inadequadas (Tuomi et al., 1991; Tuomi et al., 2001).

A capacidade para o trabalho pode ser influenciada pelo tempo no trabalho ou na profissão, pois quanto maior for o tempo de exposição às exigências do trabalho, maior poderá ser o envelhecimento funcional (Tuomi et al., 1997).

A capacidade laboral depende de fatores relacionados com a pessoa e com o trabalho, referenciando os recursos do trabalhador, o ambiente de trabalho, o seu conteúdo e a comunidade laboral. Em relação aos recursos do trabalhador, a saúde é considerada como um fator de grande importância, alguns estudos realizados nos anos 80 revelaram que na faixa etária dos 40-44 anos havia 20% de trabalhadores com doenças impeditivas do trabalho, enquanto na faixa dos 60-64 anos havia 60%. As doenças que predominavam eram as do foro circulatório e músculo-esqueléticas. A satisfação com o trabalho foi outro dos fatores associados às alterações da capacidade laboral (Silva, Silva, Silvério, & Macedo, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um fenómeno contínuo na vida das pessoas. Nesse contínuo podem surgir algumas dificuldades que se vão manifestando em diferentes idades, atendendo às condicionantes das situações da vida e de trabalho. Pode-se ser “mais ou menos velho” em relação a uma determinada situação de trabalho, mas é possível evitar certas dificuldades, devidas ao envelhecimento, agindo-se sobre os meios de trabalho (Volpi, 2008).

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a um maior investimento nos locais de trabalho enquanto ambientes privilegiados para a promoção e a manutenção da saúde. Acredita-se que uma força de trabalho saudável, motivada e bem qualificada é fundamental para o futuro social e para o

bem-estar económico das nações. Neste sentido, os Serviços da Comissão Europeia apoiaram o lançamento de uma Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho [ENWHP], em 1997, da qual emanou a declaração de Luxemburgo que foi adotada por todos os membros da Rede, presentes na reunião que teve lugar em 27 e 28 de novembro de 1997 e onde podemos ler que:

“(...) o sucesso das organizações depende da existência de trabalhadores bem qualificados, motivados e saudáveis. Uma força de trabalho saudável, motivada e bem qualificada é fundamental para o futuro social e para o bem-estar económico. A Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT) terá um papel decisivo na preparação e capacitação das pessoas e das organizações para enfrentar estes desafios. A saúde ocupacional tradicional contribuiu significativamente para melhorar a saúde nos locais de trabalho, através da redução do número de acidentes e da prevenção das doenças profissionais. Contudo, parece evidente que uma abordagem tradicional da saúde ocupacional é insuficiente para enfrentar os desafios mencionados. Através da PSLT as empresas, os estabelecimentos e demais organizações assistirão a uma redução dos custos decorrentes da doença e a um aumento da produtividade, como resultado de obterem uma força de trabalho mais motivada, com elevada moral e melhores relações profissionais. A PSLT é uma estratégia integrada que visa prevenir a doença no trabalho (incluindo as doenças profissionais, a má gestão do stress, os acidentes e outras lesões e as doenças relacionadas com o trabalho) e contribuir para desenvolver o potencial de saúde e o bem-estar da população trabalhadora individuais”.

A União Europeia assinala que, devido ao envelhecimento demográfico, a mão-de-obra tornar-se-á um recurso que deve ser gerido com cuidado acrescido, podendo ocorrer um aumento da procura de mão-de-obra mais qualificada, provida de maior empregabilidade, assim como de postos de trabalho mais adaptáveis. Devem ser implementadas medidas que reconheçam a contribuição das pessoas idosas para a vida social, cultural e económica, permitindo-lhe dessa forma participar ativamente em todos os aspetos da vida em sociedade. Assim, tem vindo a abordar a questão do prolongamento da vida ativa de um número cada vez maior de trabalhadores em fim de carreira evitando a sua exclusão do mercado de trabalho, preocupando-se em adotar medidas destinadas a preservar e reforçar a sua empregabilidade. Torna-se necessário investir

nas competências, na motivação e na mobilidade das pessoas, bem como apoiar e disseminar boas práticas, no sentido de assegurar uma aprendizagem ao longo da vida, valorizando a noção de uma formação contínua que não exclua ninguém em razão da idade e da antiguidade (Palma, 2001).

A saúde dos trabalhadores e os locais de trabalho saudáveis são, em si mesmos, valores social e economicamente relevantes para o desenvolvimento sustentado das comunidades, dos países e do mundo (Direção Geral da Saúde, 2009).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Azevedo, M. (1980). *Efeitos Psicológicos do Trabalho por Turnos*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Coimbra. Coimbra.
- Belluscí, S. & Fischer, F. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista de Saúde Pública*, 33, 602-609. Extraído de: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0034-89101999000600012&script=sci_arttext a 18-04-2006.
- Benavides, F., Ruiz-Frutos, C. & García, A. (2005). Trabajo y salud. In Benavides, F., Ruiz-Frutos, C. & García, A., *Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (2.ª ed.). Barcelona: Masson.
- Bulla, L., & Kaefer, C. (2003). Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso. *Revista Virtual Textos & Contextos*, 2, (II), 1-8. Extraída de: <http://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/957/737> em 15 de dezembro de 2011.
- Capanni, C., Sartori, S., Carpentiero, G. & Costa, G. (2005). *Work ability index in a cohort of railway construction workers*. International Congress Series (1280), 253-257. Extraído de: <http://www.sciencedirect.com/science> em 27/04/2006.
- Direção Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2009-2012: Promoção e proteção da saúde no local de trabalho*. Extraído de: http://www.arsalgarve.minsaude.pt/site/images/centrodocs/Prog_Nacional_SO_DGS_09_12.pdf em 15 de dezembro de 2011.
- Dominguez Carmona, M. (1988). Salud laboral. In: G. Piedrola Gil et al. (Org). *Medicina preventiva y salud publica* (8a ed.). Barcelona: Salvat.
- Giatti, L. & Barreto, S. (2003). Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 759-76. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15879.pdf> em, 18 - 04 - 2006.
- Ilmarinen, J. (1997). Aging workers. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23 (Suppl 1), 3-5.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Eskelinen, L., Nygård, C-H., Huuhtanen, P. & Klockars, M. (1991). Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scand J Work Environ Health*. 17 (Suppl 1), 7-11.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K. & Seitsamo, J. (2005). *New dimensions of work ability*. Proceedings of second International Symposium on Work Ability held in Verona, Italy between 18 and 20 October 2004. Consultado a 06/03/2006 em: www.google.pt/language?hl=pt-PT.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Consultado a 18 de abril de 2007 em: http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/Estudos?ESTUDOSest_boui=106499&ESTUDOSmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2005). *Dia Internacional do Idoso*. Consultado em 4 de julho de 2010 em: <http://www.solidariedade.pt/admin/artigos/uploads/d050928.pdf>.
- Mello, M., Bosloco, R., Esteves, A. & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspetos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Esporte*. 11, n.º3 -Mai/Jun, 203-207.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1993). *Vieillesse et capacité de travail. Rapport d'un Groupe*

d'étude de l'OMS. Genève: OMS. [Série de rapports techniques n° 835].

- Organização Mundial da Saúde (1998). *The World Health Report*. Disponível em: <http://www.who.ch>. Consultado a 6 de julho de 2010.
- Palma, L. (2001). *Recriar o Futuro*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.
- Pestana, N. (2003). Trabalhadores mais Velhos: Políticas Públicas e Práticas Empresariais. *Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho*. 1.ª Edição. Lisboa: Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho. Ministério da Segurança Social e do Trabalho. Retirado de : www.dgert.msst.gov.pt em 19 - 03 - 2006.
- Pohjonen, T. & Ranta, R. (2001). Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up. *Prev Med*. 32, 465-475.
- Raffone, A. & Hennington, É. (2005). Avaliação da Capacidade Funcional dos Trabalhadores de Enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 39(4), 669-676. Extraído a 18-04-2006 de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n4/25542.pdf>
- Ramos, S. & Lacomblez, M. (2005). Envelhecimento, trabalho e cognição: 80 anos de investigação. *Plur(e)al*, 1, (1), 52-60. Extraído de <http://plureal.up.pt/revista/artigo.php?idem=18-04-2006>
- Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho [ENWHP]. (1997). *Declaração do Luxemburgo sobre Promoção da Saúde no Local de Trabalho na União Europeia*. Extraída de: <http://www.dgs.pt/ms/10/default.aspx?pl=&id=5523&access=0> em 15 de dezembro de 2011.
- Silva, C. (2000). *Distúrbios do Sono do Trabalho por Turnos - Fatores Psicológicos e Cronobiológicos*. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.
- Silva, C., Silva, I., Silvério, J., & Macedo, E. (2000). Métrica de Ritmos Sociais. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 341-353.
- Silva, C., Silvério, J., Nossa, P., Rodrigues, V., Pereira, A. & Queirós, A. (2000). Envelhecimento, Ritmos Biológicos e Capacidade Laboral - Versão Portuguesa do *Work Ability Index* (WAI). *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 329-339.
- Teiger, C. (1995). Penser les relations age/travail au cours du temps. In Jean Claude Marquié, Dominique Pauniès e Serge Volkoff (Eds.). *Le Travail au fil de l'âge*. Toulouse : Uctares Éditions.
- Tuomi, K., Eskelinen, L., Toikkanen, J., Jarvinen, E., Ilmarinen, J. & Klockars, M. (1991). Work load and individual factors affecting work ability among aging municipal employees. *Scand J Work Environ Health*. 17 (Suppl 1), 28-34.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L. & Klockars, M. (1997). Aging, work, life-style and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 23 (Suppl. 1), 58-65.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Klockars, M., Nygård, C-H., Seitsamo, J., Huuhtanen, P., Martikainen, R. & Aalto, L. (1997a). Finnish research project on aging workers in 1981-1992. *Scand J Work Environ Health*. 23 (Suppl 1), 7-11.
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. & Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occup Med*, 51 (5), 318-324.
- Volpi, S. (2008). Ergonomia e Envelhecimento. *Revista Cipa* n° 388. Extraído de: <http://www.gerovida.com.br/gerontologia/ergonomia-envelhecimento4.html> a 15 de dezembro de 2011.
- Walsh, I., Corral, S., Franco, R., Canetti, E., Alem, M. & Coury, H. (2004). Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. *Revista de Saúde Pública*; 38(2): 149-156. Consultada a 2 de julho de 2010 em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200001&lng=en

CAPÍTULO 18 - SABEDORIA POPULAR: UM CONTRIBUTO NO ENVELHECIMENTO ATIVO

Celeste Antão

“A velhice faz o homem prudente”

O envelhecimento é considerado um processo lento e gradual. Ocorre em diferentes ritmos para diferentes pessoas e depende de influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas do curso de vida. Ele é, porém, universal, isto é, ocorre em todos os seres vivos (Vitta, 2000, p.18). É contudo, um dado adquirido que não se envelhece ao mesmo ritmo e nem o envelhecimento é encarado de igual forma.

As preocupações com o envelhecimento, a busca de estratégias como forma de minorar os aspetos negativos a ele associados são cada vez mais uma necessidade mas também um desafio. Nesta linha de pensamento, já Kofi Anam (2002) defendia que a expansão do envelhecer não deveria ser um problema, mas sim uma das maiores conquistas da humanidade, contudo, é necessário traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer.

Néri (1995) considera que, um envelhecimento bem sucedido relaciona-se com a maneira pela qual um idoso consegue adaptar-se as diversas situações de ganhos e perdas com as quais se depara, podendo

ser estas perdas significativas vivenciadas pelo idoso: aposentadoria, mudança de papéis sociais, viuvez, doenças, perdas de entes queridos, alterações na própria autoimagem, entre outras.

De uma forma geral, a literatura sobre as pessoas idosas, refere esta etapa da vida associada a perdas e deterioração no domínio biopsicológico. Apesar da existência de certas limitações de ordem biológica decorrentes de natureza genética e ambientais, é possível haver conservação de competências e habilidades intelectuais, que podem ser rentabilizadas. A experiência acumulada permite mesmo a alguns idosos alcançar elevado grau de especialização e domínio nos mais diversos campos da atividade humana. Uma área onde os idosos se podem destacar, graças ao acúmulo de experiências é o narrar, interpretar o passado, bem como analisar o presente à luz da experiência pregressa (Neri, 2001). De igual modo, também Baltes (1990) e Erikson (1997) consideram a possibilidade de ganhos ao longo de todo o percurso do desenvolvimento humano.

Com o avançar da idade, a pessoa com os saberes acumulados ao longo da vida sobre um determinado facto social, uma comunidade ou uma época, tanto podem pesar como um fardo, como podem constituir uma riqueza, uma moeda relacional nas trocas sociais (Neri, 2001).

Parece consensual, que estes atributos associados ao idoso, são cada vez menos reconhecidos e valorizados. Durante muitos anos era comum ouvir-se que quando morria um idoso, é como que se queimasse uma biblioteca. Sabe-se que há alguns anos, por exemplo, também era natural pedir a bênção aos pais, numa atitude clara de respeito à sua presença e àquilo que tinham vivido.

O idoso, com a sua sabedoria adquirida nos seus muitos anos de vida, era o guardião e principal transmissor dos valores da cultura herdada dos seus antepassados. Hoje, porém, a realidade é algo diferente, as fontes de informação e sua disseminação assumem outras proporções e a representação social do idoso não é a mesma.

De uma forma geral, o olhar sobre a imagem dos idosos na sociedade, contribui muitas vezes para que, o próprio idoso tenha um autoconceito negativo, já que a sociedade tenta moldar o envelhecimento aos padrões do sistema organizacional, a partir de suas normas e dos seus ideais humanos.

A discriminação social faz com que muitos idosos sejam destinados ao isolamento e a uma atitude passiva, comprometendo a sua saúde física, mental e social. Entretanto, convém salientar que a sociedade educa os indivíduos, principalmente, para preencherem o tempo de trabalho não levando em consideração as vivências adquiridas durante o tempo de não trabalho. Em consequência disso, a aposentadoria vem acompanhada de

desvalorização social, tornando-se um período indesejável, carregado de preocupação, sendo mal aproveitado. Veras (1999: 7), adverte que “ a aposentadoria tem sido o selo da velhice e da inutilidade social.”

Tendo em conta esta perspetiva levantam-se algumas questões que poderão ser objeto de reflexão: Como podemos ajudar pessoas a permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como se poderá encorajar o sentimento de utilidade? Como podemos reconhecer e apoiar o contributo que as pessoas mais velhas podem dar aos mais novos.

O IDOSO E O S SEUS SABERES

“Se queres um bom conselho, pede-o ao velho”

O idoso tem de ser compreendido num contexto sociocultural e afetivo mesclado de recordações e tradições que o fazem sentir como pessoa diferente dos outros, mas com muitos saberes que poderão ser partilhados. Falar dos saberes dos idosos e da sua sabedoria popular implica, que tenhamos algumas considerações sobre o conceito de sabedoria.

Marchand, (2005) citando Csikszentmihlyi & Rarhunde (1990), Baltes & Smith (1990) e Sternerbeg (1990) refere que para as pessoas do senso comum é uma forma específica do saber, que se ocupa das verdades universais e não com fenómenos superficiais, que organiza os valores numa ordem hierárquica, que se esforça por compreender como os diversos aspetos da realidade se relacionam entre si e que tem características de mestria.

O conceito de sabedoria é pois amplo, na medida em que pressupõe diversas dimensões - dimensão cognitiva, afetiva e relacional. Assim, a dimensão cognitiva apela a juízos cuja característica específica e incidirem sobre problemas particulares e complexos. Do ponto de vista afetivo apela a elevados níveis de descentração, de sensibilidade em relação a indicadores de natureza emocional, que possibilitam a perceção das intenções dos outros. Por último, do ponto de vista emocional, a sabedoria pressupõe o sentimento de generatividade, ou seja, a preocupação em relação à formação e orientação dos outros em geral e das novas gerações em particular (Marchand, 2005). Este conceito é pelo exposto multidimensional e pressupõe:

1. Competência geral;
2. Conhecimento pragmático ou elevado conhecimento sobre assuntos e problemas do quotidiano;

3. Capacidades reflexivas ou meta analíticas
4. Elevado conhecimento sobre diferenças de valores e de prioridades, bem como a capacidade de compreender e gerir a incerteza (Baltes & Smith, 1990; Kramer (2003).

Além destas concepções, baseadas em teorias implícitas, várias teorias, chamadas explícitas, foram apresentadas no sentido de esclarecer o conceito, no entanto, foram-se diferenciando pelo peso que os autores atribuíam à cognição e ao afeto Marchand, (2005). Também Erikson, tendo em conta as oito idades do ser humano, atribuiu à velhice como valor emergente a sabedoria. Com base em dados clínicos a emergência não é natural, nem Universal, pois embora dependa da experiência de vida, e nesse sentido os velhos estariam aptos a exibí-la, a sabedoria depende também de oportunidades socioculturais (Neri, 2005 citando Erikson).

Considerando, que existem factos específicos, que proporcionam o desenvolvimento da sabedoria, Baltes & Smith (1990 e Smith & Baltes (1992) reforçam alguns deles, que devem ser retidos nomeadamente a idade cronológica, a experiência de um leque de situações e de condições humanas, a prática de um tutor ou mentor e determinadas posições motivacionais tal como a generatividade.

Para Boaventura Santos (s/d), a sabedoria popular é o conjunto de máximas correntes na comunidade, aforismos e verdades gerais do senso comum, ao passo que a sabedoria didática, é uma sabedoria esplanada com um pensamento racional de determinados indivíduos dentro de uma comunidade, sendo que a primeira é conformista e a segunda é por vezes crítica.

PROVÉRBIOS: UM SABER TRANSMITIDO PELA ORALIDADE

“Vida é hoje, ontem já se foi, amanhã talvez não venha”.

O valor da escrita, hoje difundido, não pode ser negado, sendo mesmo impensável nos nossos dias viver sem ela. De igual modo é difícil imaginar a atualidade, sem a escrita e a tecnologia. O contexto discursivo do provérbio, pela sua construção na oralidade, é perene e volátil, todavia, não menos representativo nem omissivo ao longo das gerações (Antão, 2009). Ong (1998) aponta características específicas, que estão presentes ao nível do pensamento oral: mais aditivo que subordinativo; proximidade com o mundo vital; mais agregativo do que analítico (a opinião já vem avalizada, cristalizando de certo modo o pensamento; tom predominante emocional. A comunicação verbal

está sempre envolvida em relações interpessoais (caracterizadas tanto pela atração como pelos antagonismos); mais empático e participativo do que objetivamente distanciado; não está interessado em definições abstratas (as palavras adquirem o seu significado no contexto em que são expressas, incluindo os gestos, inflexões vocais, expressão facial, entre outros); é situacional e concreto.

Curiosamente, podemos agora perceber, que parece ter sido a prática da oralidade e de todo o pensamento oral, que terá vindo progressivamente a contribuir para a universalidade e intemporalidade dos provérbios.

Falar de provérbios é falar de aspetos culturais, modos de encarar e compreender a realidade que foram passando de geração em geração que pela brevidade das frases, pela sua musicalidade e caráter persuasivo, foram sendo memorizadas pelos ouvintes.

São surpreendentes os saberes, que o povo tem sobre a educação, na medida em que, muito embora fruto de elaboração de épocas remotas, as considerações que ele faz sobre a educação não se limitam ao senso comum, vão mais além e são ainda hoje pertinentes e atuais (Mimoso, 2008, Antão, 2009). Numa pesquisa de 411 provérbios, Mimoso (2008) recorrendo à análise de conteúdo e, contrariamente ao esperado pela autora, chegou à conclusão de que os provérbios conferem à educação uma grande importância, expressa não só pelo número de provérbios a ela dedicados, mas também pelas apreciações positivas aí contidas. Também, noutra pesquisa, sobre os provérbios relacionados com a saúde, Antão (2009) chegou à conclusão que de 290 provérbios estudados 56,5% encerravam verdades cientificamente aceites.

Os provérbios continuam a seduzir o leitor atual, sobretudo pelo que encerram de esforço de percepção, reflexão e expressão verbal. A sua beleza é-lhe conferida pelo uso metafórico da linguagem, pelas aliterações, pelo virtuosismo da língua, pela elegância do estilo, pela agudeza do raciocínio. Mas o humor, os jogos de ideias, o duplo sentido que ostentam são também uma forma de divertimento. Dado que refletem experiências de vida, que abordam aspetos fundamentais da vida, que veiculam a opinião geral (senso comum) e que aconselham, criticam, proíbem, admoestam são também uma ótima fonte de conhecimento dos valores éticos, estéticos e sociais de um povo. Tal como a sentença, que as máximas são como os algarismos que compreendem grandes valores em poucas letras (Mimoso, 2008).

Tendo em conta os níveis de literacia do nosso país, onde existem muitos idosos, que não sabem ler nem escrever, parece fazer sentido toda a cultura onde a pessoa nasce, cresce, vive e morre. As suas lembranças

passam pelo que ouviram, viram, fizeram e memorizaram.

Ferrigno (2003, p.181-190) salienta algumas modalidades de conhecimento que os idosos podem oferecer aos mais novos, desde que haja oportunidade para tal: (1) histórias de família, de bairro, da cidade do país, proporcionando-lhes a possibilidade de conhecerem as suas origens e da sua gente; (2) valores éticos como a honestidade, solidariedade que progressivamente tem sido um pouco esquecidos num processo civilizacional, sem as quais e segundo o autor se instala a barbárie nas relações sociais, devendo portanto ser preservados; (3) saberes práticos do dia-a-dia, da natureza com as coisas e pessoas que tanto nos ensinam sobre a vida; (4) informações de modelos de como enfrentar a velhice, a doença, a morte, no fundo, uma educação de modelos de comportamentos.

Considera ainda que os jovens são particularmente sensíveis a bons exemplos de conduta, e alheios a conselhos que mais parecem sermões aborrecidos e por vezes incoerentes.

Transmitir valores que foram muito úteis para as diversas áreas de nosso desenvolvimento aos jovens da atual geração é sonho que muitos educadores esperam concretizar e, a escola, constitui-se um importante meio para que isto realmente se efetive.

Os ditados de sabedoria popular podem tornar-se num importante recurso didático numa sala de aula, permitindo o professor trabalhar conceitos, numa oportunidade de despertar a atenção e o respeito dos jovens no que diz respeito ao conhecimento de vida dos mais velhos. É interessante destacar que muitos provérbios fazem-nos refletir sobre a nossa responsabilidade com o outro e com nós mesmos e isto deve ser transmitido ao aluno.

Os provérbios não nos dizem tudo sobre a realidade, sendo portadores de crenças, eles encerram expectativas e vontades relativas aos conteúdos veiculados e tal como afirma Batista (2006) são fonte ou desaguadouro de um saber popular e é na sua aplicação assertiva que reside o seu valor.

A quantidade de tempo livre que o idoso tem, se por um lado, pode ser apontada como uma barreira, pode tornar-se útil na medida em que se pode envolver em inúmeros projetos de forma a estimular diferenciadas formas de diversão e ao mesmo tempo um leque variado de oportunidades pedagógicas a outros grupos etários.

Além da transmissão dos provérbios, o relato de tradições, experiência na organização de eventos, nomeadamente de cariz popular poderá ser outra forma de ocupar e valorizar o idoso.

Com base no referido, torna-se evidente que é preciso possibilitar

que os indivíduos envelheçam com autonomia e independência, com permanência ativa ou seja, no fundo com qualidade de vida.

Cada ser humano vivencia uma série de interações numa dicotomia de ensinar-aprender. Assim, tal como diz o provérbio “até morrer aprender”, explicitando a continuidade da aprendizagem. Cada pessoa, é em si mesma, uma fonte original de saber, de sensibilidade e afetividade. Em cada momento de nossas vidas estamos sempre dando algo a quem nos ensina e estamos aprendendo alguma coisa junto a quem ensinamos. A pessoa, ao interagir com a vida e o mundo e, mais ainda, com outros atores culturais de seus círculos de vida, e sobretudo com alguém que lhe é significativo aprende e reaprende. E, assim, cada pessoa é um sujeito social, de um modo ou de outro culturalmente socializado com uma experiência individualizada de sua própria cultura.

“Cada terra tem seu uso, cada roca tem seu fuso”

Para a pessoas idosas, mais do que simplesmente ensinar ou informar, gostam de contar aquilo que sabem, vivenciaram com os seus antepassados, transmitindo a sabedoria destes e que muitas vezes, sem terem consciência disso, constituem uma mais-valia. Embora já não fazendo parte da população dita ativa, os mais velhos merecem ser chamados a participar nas resoluções de vários tipos de problemas da comunidade. Esta interação é vantajosa, permitindo a união do presente e o passado gerando sentimentos de utilidade na pessoa idosa, criando espaços e momentos socioculturais e afetivos significativos para os envolvidos.

A função pedagógica do provérbio reside ainda na sua dimensão histórica e sua dimensão social. O provérbio é uma manifestação social. O seu uso é difundido nas várias camadas sociais e em diferentes áreas geográficas. Os provérbios têm também alvos intencionais bem definidos, acusando, definindo, defendendo, restringindo, edificando, estimulando, consolando, dando esperança e tranquilizando, propiciam a quem os ouve e a quem os usa variadíssimos momentos de interativos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Com base neste conceito, urge então aproveitar por um lado e rentabilizar, por outro, todas as potencialidades da pessoa idosa. É justamente, tendo em conta estas três vertentes que a sabedoria popular pode dar o seu contributo.

Apalavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de

estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas, que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades (WHO, 2005).

É verdade que os provérbios não condensam só sabedoria. A sua construção está numa observação focalizada e justaposta ao contexto local, regional e cultural havendo neles também disfunções ao exporem as convicções, eles expõem os preconceitos (Antão, 2009). Contudo se considerarmos que eles encerram um esforço de percepção, reflexão e expressão verbal da realidade e que o seu humor, os jogos de ideias, o duplo sentido que ostentam poderão também ser ferramenta pedagógica importante de promoção da saúde - considerando que existe um número considerável deles no âmbito dos determinantes da saúde, alertando para estilos de vida promotores de saúde poderão ser uma forma de divertimento de quem os diz e quem os ouve.

Todas as atividades intergeracionais poderão ser grandes incentivos para os idosos participarem significativamente de forma cooperativa na sua comunidade de forma individual ou em grupos, na medida em que são capazes de gerar a sensação de serem estimados, combatendo os sentimentos de incapacidade e exclusão social.

Seguem-se algumas sugestões de atividades que poderão ser desenvolvidas em diferentes contextos usando a sabedoria popular especialmente os provérbios.

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA I:

Atividades a desenvolver com idosos no âmbito da sabedoria popular

Considerando que os idosos têm mais tempo livre e disponibilidade na colaboração o envolvimento dos idosos em diferentes projetos poderá contribuir para os seguintes objetivos: desenvolver a capacidade de comunicação; criar e fortalecer laços afetivos; desmistificar estereótipos acerca dos idosos; fomentar sentimentos de utilidade; proporcionar momentos de socialização; desenvolver a atividade reflexiva dos intervenientes.

Na Família:

“Toma em rapaz bom caminho, segui-lo-ás em velhinho”

É no contexto familiar e quando estão presentes diferentes gerações que os saberes e valores podem ser veiculados. E porque como diz o provérbio “recordar é viver”, em muitos momentos é possível vivenciar e recordar proporcionando momentos de divertimento e interação através da utilização da sabedoria popular, designadamente:

11. O contar histórias reais ou ficcionadas permitem ao emissor e recetor momentos de aprendizagem fantásticos. Quem não se lembra de ouvir alguma vez os seus avós dizerem “eu no meu tempo...” que no momento ríamos, gozámos ou até duvidámos e hoje recordamos com carinho e saudade as descrições e os contextos?
12. E porque os tempos mudaram, promover a iniciativa de os mais idosos aprendem a usar as novas tecnologias de informação e comunicação com seus próprios netos.
13. Promover a partilha da guarda temporária dos netos, poderá proporcionar uma troca de experiência de saberes em função das suas experiências.

Em Lares/Centros de dia:

“Até aos quarenta eu bem passo, depois ... ai minha perna, ai meu braço”

3. *Começar as atividades lúdicas do dia com um provérbio de uma forma aleatória ou de escolhas temáticas (sendo que este poderá ser rotativo por cada idoso) permitindo uma reflexão e análise conjunta dos mesmos, proporcionando a cada um reviver e expressar situações em que eram utilizados, concordância/discordância dos mesmos e com que objetivo os utilizavam.*
4. *Comemoração dos dias mundiais com provérbios alusivos (dia mundial do idoso, dia mundial da alimentação, dia mundial da saúde, ou simplesmente referentes aos determinantes da saúde).*
5. *Exposição semanal do contributo obtido pelos idosos; a sua compilação impressa ou digital (permitiria a familiarização com as novas tecnologia, se feita pelos idosos.*
6. *Tertúlias ao serão, entre a população dos lares.*

7. *Criação e utilização de jogos (palavras cruzadas e enigmas com provérbios)*

Na escola:

“Para longa vida, regra e medida no beber e na comida”

Sendo este o espaço onde a educação e aprendizagem se processam de forma mais formal, é possível recorrer a meios informais na consolidação da formação. A escola independentemente do grau de ensino poderá ser o espaço de trocas intergeracionais e a exploração da cultura de um povo poderá ser útil. As parecerias com lares de idosos, universidades seniores, de uma forma esporádica ou integrando projetos de forma a existir envolvimento de diferentes gerações como por exemplo:

3. Participação em festividades no âmbito das instituições envolvidas (com canções, jogos tradicionais e teatro);
4. Participação em contos, histórias, rábulas;
5. Introdução em momentos pontuais de provérbios, enfatizando aqueles que são promotores de saúde, com o objetivo de os pôr em prática bem como, proporcionar e desenvolver o espírito crítico e reflexivo dos mais novos. Pois cada vez mais parece importante aumentar a consciência e a participação das diversas faixas etárias nas discussões sobre estilo de vida.
6. Integração dos idosos nas novas tecnologias.

Na comunidade:

“Quanto mais vivemos, mais aprendemos”

1. *Tertúlias com provérbios em rádio;*
2. *Demonstração de jogos populares característicos da infância dos idosos integrados nas festividades das localidades onde estão inseridos;*
3. *Participação em semanas culturais, dando possibilidade às pessoas idosas de participarem em exposições/concursos com artefactos próprios das suas vivências, inseridos em temáticas definidas ou temas livres.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Antão, C. (2009). *A Importância dos provérbios na promoção da saúde*, Tese de doutoramento, Universidade da Estremadura, Badajós.
- Baltes, P. & Baltes M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The modelo f selective optimization with compensation*, in Baltes M. & Baltes Eds, *successful Aging: Perspectives from the Behavioural Sciences*, New York: Combridge University Press.
- Batista, N. (2006). *Virtudes e desvantagens do envelhecimento à luz do texto proverbial português: Cruzamentos da psicologia popular com a psicologia científica*, Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/339> tese de mestrado Instituto superior de Psicologia, consultado em 20/10/2011.
- Boaventura Santos (s/d). *Para uma sociologia das ausências* Em http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/sociologia_das_ausencias.pdf, consultado em 29/12/2011.
- Bosi, A. (1999). *Dialética da Colonização*. 4 ed., São Paulo: Cia. das Letras.
- Dinarés, C. (2006). *Comunicar.com saúde: Análise da comunicação expressa nos folhetos de informação aos diabéticos*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta de Lisboa (5.º Curso de Mestrado em Comunicação em Saúde), Lisboa.
- Erikson, E. (1997). *The life cycle completed*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Ferrigno, J. (2003). *Co-educação entre Gerações*, São Paulo: SESC.
- Ferrigno, J. (2009). *O conflito de gerações: actividades culturais e de lazer como estratégia de separação com vistas à reestruturação de uma cultura intergeracional solidária*, tese de doutoramento, Instituto de Psicologia da Universidade de S. Paulo.
- Freire, B. (2003). O que é, o que é: Folclore e Cultura Popular”, *Boletim Salto para o Futuro-Cultura Popular e Educação*, Rio de Janeiro: TV Escola.
- WHO (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*, em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf, consultado em 29/12/2011.
- Marchand, H. (2005). *A idade da sabedoria- maturidade e envelhecimento*, Porto: Ambar.
- Martins, P. (2010). Do provérbio em contexto didáctico: proposta de trabalho, *Parémia*, 19, p. 95-104.
- Mimoso, A. (2008). Provérbios: uma fonte para a História da Educação, *Revista Lusófona de Educação* 156-16.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento-Perspectivas biológicas, psicológicas e sociais*, Brasil: Papirus.
- Ong, W. (1998). *Oralidade e cultura escrita: a tecnologização da palavra*. Campinas: Papirus. [original inglês: 1982].
- Veras, R. (1999). *O Brasil envelhecido e o preconceito social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, UERJ, UNATI.
- Vitta, A. (2000). *Atividade Física e Bem-Estar na Velhice*. In: NERI, Anita Liberalesco; FREIRE, Sueli Aparecida (Org). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus. P.81-89.

VI ANDAMENTO

TEMÁTICAS COMPLEMENTARES

CAPÍTULO 19 - COACHING NA INTERVENÇÃO GERONTOLÓGICA

Ana Galvão e Carmo Neves

“Nada em ti exageres ou exluas. Sê tudo quanto és, no mínimo que fazes”

Fernando Pessoa

O coaching é um processo, um percurso, uma ferramenta que o sujeito tem ao seu dispor, que lhe permite fazer escolhas/opções no sentido de potenciar/reformular os seus projetos, atingir o bem-estar, melhorar a qualidade de vida, promover o seu desenvolvimento e o autoconceito. O coaching surge como uma importante ferramenta para nos ajudar a mudar positivamente e inspirar outros a alcançar os seus objetivos, alicerçados na consciência, responsabilização e compromisso.

Neste sentido, O coaching é um processo de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, que decorre no âmbito de uma relação profissional, continuada mas limitada no tempo, entre o coach e o coachee, que ajuda a obter resultados extraordinários na vida, na profissão e nas organizações. “O coach é um guia, um acompanhante, num processo de “soprar brasas” colaborando na identificação e superação de obstáculos no desenvolvimento e crescimento do coachee (Wolk, 2009). A tarefa do coach consiste em ajudar o coachee a aprender a ser um observador. Visa revelar o potencial do coachee para maximizar a sua

própria performance, ajudando-o mais a apreender do que ensinando-o. Coaching é um tipo particular de aprendizagem que requer transformação pessoal. A aprendizagem é a incorporação de novas crenças acerca de nós próprios, das nossas relações, e do mundo que nos rodeia.

O coachee como cliente (quer seja na sua vida pessoal ou profissional) aprofunda o seu autoconhecimento, aumenta a sua eficácia, o seu rendimento e melhora a sua qualidade de vida (ICF, 2012). O coaching promove no sujeito dois movimentos, o ir em profundidade (dentro de si) e o ir em extensão (para o mundo). Desta interface resultará o chegar ao ponto desejado.

O PROCESSO DE COACHING

No processo de coaching a aprendizagem transformacional desejada desenrola-se em seis fases, designadamente: explicitação do contexto, descrição da situação presente, descrição da situação ideal objetivada, aprendizagem reflexiva, delineamento do plano de ação e, por último, a fase de acompanhamento. Na prática, estas fases são sequenciais e as suas fronteiras difusas, facto que se explica pela natureza reflexiva de todo o processo e também de algumas metodologias usadas, nomeadamente, a escuta ativa e as questões poderosas que são transversais a qualquer processo de coaching.¹

A fase inicial de explicitação do contexto é um momento em que o coachee expõe a situação na sua generalidade e onde são transmitidas e clarificadas as ideias/regras fundamentais do processo de coaching. Um coach não é mentor, psicólogo, consultor, confessor ou protagonista. Um coach é antes *egoless*, facilitador de mudança, catalisador para a ação, “detetor” de paradigmas (crenças/referenciais que podem ser inibidores ou emancipadores), é um parceiro, uma pessoa que antes de mais gera confiança. Deve ainda ficar claro que a transformação desejada é da responsabilidade única do coachee, sustentada na aprendizagem e incorporação de novas crenças acerca do próprio e das relações que estabelece com o mundo que o rodeia, tomando consciência plena das consequências da mudança. Nesta fase é essencial dar atenção ao espaço e ao ambiente, uma vez que é nela que se cria a atmosfera de confiança entre coach e coachee.

Segue-se a descrição da situação presente, fase em que se procura detalhar o descrito na fase de contexto, objetivando a situação presente do coachee, como forma de preparar o eventual processo de transformação/transposição para a situação ideal.

1 Para uma descrição de ferramentas de coaching, consultar (Catalão & Penim, 2010).

Na terceira fase, a da explicitação da situação ideal, o coachee é convidado a perspetivar o futuro desejado para si. Procura-se que formule e verbalize um ideal de vida que proporcione maior bem-estar, maior satisfação pessoal consigo próprio e a melhoria da qualidade da relação com os outros significantes. Em alguns a transposição para a situação ideal poderá corresponder a uma simples clarificação e aceitação da situação presente.

A fase de aprendizagem reflexiva é onde ocorre o momento de descoberta sobre o que se deve manter, o que carece de ser aceite, o que se deve eliminar (características que não nos deixam caminhar direção ao futuro desejado) e o que há a mudar tendo em vista o reforço das competências pessoais.

A fase seguinte, o plano de ação, consiste na definição dos objetivos SMART (Gestão, 2012) a desenvolver, isto é, ações específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e devidamente calendarizadas. O plano de ação, que pode ser escrita ou não, é uma escolha pessoal do coachee; todavia, a nossa experiência profissional diz-nos que, para a maioria dos casos, para haver um maior comprometimento, é preferível a forma escrita.

A sexta fase, fase de acompanhamento, é aquela em que é deixada ao coachee a iniciativa de procurar o apoio/suporte do coach, quando julgue necessário, de modo a otimizar o processo de transformação a que se propôs, cabendo ao coach essencialmente a atitude de questionar o coachee sobre a forma como este está a vivenciar o processo e eventuais ajustes a introduzir, no sentido da concretização dos resultados.

Em média, um processo de coaching decorre em quatro sessões com a duração entre 30 e 60 minutos, intervaladas de duas a três semanas. Desta forma o coachee tem tempo e espaço para tomar consciência e validar as suas próprias descobertas, que tanto podem ocorrer durante as sessões (sobretudo provocadas pelas questões poderosas e a gestão dos silêncios na interação coach-coachee) ou no intervalo delas quando o coachee vivencia o seu quotidiano.

Explicado sucintamente o processo, centremos a atenção nas metodologias. O desenvolvimento transformacional para o estado desejado de bem-estar é conseguido pelo equilíbrio, pela congruência, entre corporalidade, linguagem e emocionalidade. Estas três dimensões são os elementos importantes da interação social, sendo através delas que comunicamos com os outros e também tomamos consciência da nossa própria identidade (identidade de ego ou identidade sentida²). A corporalidade diz respeito à linguagem do corpo, do gesto, da postura,

² A identidade de ego ou identidade «sentida» é a sensação subjetiva da sua situação, da sua continuidade, do seu carácter, que advém ao indivíduo como resultado das suas experiências sociais (Goffman, citado por (Mendes, 2001)

sendo um sinal, um espelho, do estado emocional dos indivíduos. A linguagem é o conjunto de símbolos e signos que possibilita a comunicação humana, sendo simultaneamente, produto e fator da cultura e da identidade dos indivíduos. As emoções são os elementos visíveis, por vezes difusos e ambíguos, que refletem o estado de espírito dos indivíduos e que têm uma inscrição corpórea e linguística. Depreende-se, portanto, que estas três dimensões estão profundamente interrelacionadas entre si, as quais devem apresentar congruência e reconstrução entre elas.

No processo de coaching, aquando da escuta ativa, o coach descodifica o conteúdo destas três dimensões, atendendo à sua congruência e harmonia expressiva e argumentativa. Por exemplo, quando o coachee verbaliza que se sente bem a ajudar os outros mas, no entanto, o seu tom de voz e a sua expressão corpórea, denunciam falta entusiasmo ou mesmo algum incómodo ou insatisfação (denunciado por um encolher de ombros, uma expressão facial mais tensa, um olhar interrogativo). Este processo de escuta ativa, no nosso ponto de vista, seria mais justamente designado por “escuta a 300%” em que: 100% está relacionado com a comunicação eficaz, 100% relativos à implicação com a emocionalidade do coachee (o ato de calçar os sapatos do coachee e sentir a pedra que o incomoda...) e 100% dedicado à vigilância e manutenção da condição de *egoless* do coach. Fazem parte do processo de escuta ativa a gestão dos silêncios, nos quais o coachee encontra condições para expor as suas ideias ao seu ritmo e também para realizar momentos de introspeção que poderão revelar-se da máxima utilidade.

Sobre as designadas questões poderosas, elas destinam-se a incentivar o coachee à autorreflexão. A essência do coaching reside na pergunta e sua excelência na capacidade de colocar perguntas poderosas (Catalão & Penim, 2010). A colocação destas questões emana do discurso do coachee, sobretudo quando o mesmo utiliza expressões ambíguas, ideias imprecisas ou pouco claras, situações que suscitam dúvida ao próprio coachee, afirmações muito vincadas (sempre, nunca, nada). A pergunta poderosa não é de todo colocada pelo coach mas sim pelo próprio coachee no seu discurso, cabendo ao coach o papel de transformar ideias e afirmações em perguntas oportunas e indutoras de reflexão. São estas questões que despoletam o processo de consciencialização, aceitação ou de mudança.

A escuta ativa e a colocação de questões poderosas facilitam a deteção de paradigmas, isto é, de crenças, de convicções profundas, que tanto podem ser inibidoras como indutoras de ação. Sendo, no primeiro caso, necessário proceder-se a sua desmontagem como condição para a mudança e, no segundo caso, ajudar o coachee a ver e utilizar

essas crenças positivas como alavancas de mudança. Ainda relativo às questões poderosas, o coach dá primazia ao “para quê?” em detrimento do “porquê?”, dado que todo o processo transformacional se baseia na ação e é projetado no futuro desejado pelo coachee. Em coaching o passado é usado como um recurso, como um fundo de experiências de aprendizagem que importa capitalizar positivamente na projeção do futuro. O coaching não tem por finalidade melhorar o passado mas sim potenciar o futuro desejado.

A ATITUDE DE COACH NA PRÁTICA GERONTOLÓGICA

A atitude de coach na prática gerontológica poderá ser útil em duas situações: a atitude de coach para com os outros e a atitude de auto-coach.

A atitude de coach para com os outros corresponderá a um processo em que o gerontólogo fará uso e usufruirá das metodologias de coaching acima apresentadas, as quais devem, idealmente, estar interiorizadas nas práticas profissionais. O gerontólogo poderá familiarizar-se com o coaching, seja através de um processo de coaching ou da frequência de uma formação especializada. Com estas competências o gerontólogo poderá gerir de forma mais eficiente a complexidade da relação gerontólogo-idoso, que tanto podem ser resultantes de situações de vulnerabilidade de natureza física, psicológica e cognitiva, como podem ser resultado de um desejo de incremento da qualidade de vida do idoso tendo em vista o envelhecimento ativo e produtivo (ver capítulo 16). A mundovisão de um idoso poderá ser distinta da mundovisão do gerontólogo, em matérias como os sistemas de valores, a relação com o corpo, a religiosidade, a sexualidade, entre outras. Compete ao gerontólogo a tarefa de alinhar as diferentes perceções e de desenvolver estratégias comunicacionais que potenciem a empatia e o interconhecimento, como sejam a escuta ativa e a interpretação da corporalidade (o olhar, a curvatura do corpo, os longos silêncios, expressões faciais, a repetição das ideias, os lapsos de memória, as contradições discursivas, etc.). Por sua vez, as perguntas poderosas poderão ajudar a clarificar situações e relacionamentos entre idosos como forma de incrementar a harmonia, ajudando a mitigar as situações de quezília muito habituais entre grupos de idosos, sobretudo em situação de institucionalização prolongada.

Também no âmbito das relações gerontólogo-família do idoso a atitude de coach poder-se-á revelar de extrema utilidade dado que é essencial compreender com clareza o envolvimento dos familiares com a situação do idoso. É frequente e até natural a divergência de opiniões entre os familiares do idoso e entre estes e o idoso sobre a situação que

melhor convirá à qualidade de vida do idoso e da família. Neste sentido uma correta interpretação das emoções, da corporalidade e da linguagem poderá revelar-se essencial. O mesmo se passa em relação à colocação de questões poderosas aos familiares do idoso, no sentido de clarificar a situação presente e perspetivar as possibilidades futuras a seguir.

Por fim, a atitude de coach pode ainda ser útil no contexto das relações do gerontólogo com outros profissionais das equipas interdisciplinares das organizações de apoio ao idoso. Como foi referido anteriormente, o gerontólogo é um profissional muito recente que carece de reconhecimento profissional pleno, quer do ponto de vista oficial, quer do público em geral. O capital simbólico da sua profissão ainda não atingiu o mesmo nível de reconhecimento de outras profissões envolvidas no cuidado ao idoso, como sejam a medicina, enfermagem, serviço social, psicologia.³ Esta situação suscitará, seguramente, situações de crise identitária profissional e até pessoal que podem em certa medida ser ultrapassadas pela interiorização da atitude de coach. Estar consciente das suas emoções, ser capaz de colocar questões poderosas a si próprio sobre o seu desempenho e desejos profissionais e pessoais constituirá uma mais-valia no processo de construção da sua identidade profissional.

Por sua vez, a atitude de auto-coach é aquela em que um indivíduo toma consciência das suas competências, vulnerabilidades e crenças, mobilizando-as, eficazmente, na concretização dos seus objetivos e bem-estar. Para isso, ele deve ser capaz gerir as suas emoções, interpretando os sinais da sua corporalidade e linguagem verbal. Vejamos um exemplo concreto que ocorre frequentemente. Imaginemos que sentimos que alguém nos está a incomodar e a nossa atitude é a de imputar a responsabilidade do incómodo ao outro, não fazendo o que está ao nosso alcance para construir o nosso bem-estar. Algumas razões que podem estar na base desta atitude de passividade são: a vitimização, o querer chamar a atenção, o conformismo, o comodismo, o receia à mudança, entre outras. Pelo contrário atitude de auto-coach, neste caso, seria a de questionar o que é que este incómodo diz sobre nós próprios, encontrar as nossas próprias vulnerabilidades e de seguida encontrar um caminho, um curso de ação conducente à regularização da situação como forma de alcançar o bem-estar.⁴

3 Ver a este respeito o ensaio «Gerontólogo: Motivações e Escolhas na Construção de uma Nova Profissão na Área da Saúde» (Pereira, 2010).

4 Embora não fazendo parte dos objetivos deste capítulo, que é dedicado ao gerontólogo enquanto cuidador formal de idosos, não podemos deixar de referir que o coaching poderá ser igualmente útil aos cuidadores informais de idosos. De facto, como poderá ser constatado da leitura do capítulo 13 deste livro, dedicado à autoeficácia do cuidador informal de idosos, o coaching poderá enriquecer em muito o conjunto de competências destes cuidadores, quer tendo em vista a prestação de um melhor cuidado ao idoso, quer tendo em mente a proteção da qualidade de vida do próprio cuidador, na sua exigente e desgastante missão de cuidar de um ente querido. Nesse sentido aconselhamos vivamente o leitor a ler ambos os capítulos e tirar as devidas ilações.

SINTESE

As exigências na qualidade da prestação dos cuidados formais ao idoso, as vicissitudes da relação com a família do mesmo e a vivência da profissão e da dinâmica organizacional, colocam os gerontólogos sob constante pressão e renovados desafios quotidianos. Por um lado o gerontólogo necessita de se desenvolver como pessoa e como profissional que trabalha em contextos de vulnerabilidade humana habitualmente presente na prestação do cuidado aos idosos; por outro lado, tem como tarefa ajudar a construir a própria profissão, dado que a mesma ainda não está devidamente regulamentada e institucionalizada e precisa de garantir a utilidade social em concorrência com outras profissões já reconhecidas e igualmente envolvidas no cuidado ao idoso. Também podemos constatar que estes profissionais, fruto da sua formação interdisciplinar e da proximidade relacional, possuem um conhecimento abrangente do idoso (ver capítulos 2 e 3 deste livro).

Assim, o coaching enquanto processo que beneficia do contributo de várias ciências sociais e do comportamento humano, constitui um contributo importante para o desempenho pessoal e profissional do gerontólogo, permitindo-lhe otimizar toda a riqueza da experiências, competências, especialização e talento que ele próprio possui e ajuda a encontrar soluções criativas para as situações no trabalho e na vida pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Catalão, J. A., & Penim, A. T. (2010). *Ferramentas do Coaching*. Lisboa: Lidel.
- Gestão, P. d. (2012). Objetivos SMART Retrieved 07/Janeiro/2012, 2012, from www.portal-gestao.com
- ICF. (2012). International Coach Federation Retrieved 07/Janeiro/2012, 2012, from www.icfportugal.com
- Mendes, J. (2001). O Desafio das Identidades. In B. S. Santos (Ed.), *Globalização. Fatalidade ou Utopia?* (pp. 489-523). Porto: Edições Afrontamento.
- Pereira, F. (2010). Gerontólogo: Motivações e Escolhas na Construção de uma Nova Profissão na Área da Saúde. In A. Delicado, V. Borges & S. Dix (Eds.), *Profissão e Vocação. Ensaio sobre Grupos Profissionais* (pp. 95-114). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Wolk, L. (2009). *Coaching: El Arte de Soplar Brasas*. Buenos Aires: Gran Aldea Editores.

CAPÍTULO 20 - EXERCÍCIO FÍSICO NO IDOSO

André Novo & José António de Paz

O envelhecimento biológico, indissociável de uma diminuição da capacidade funcional, tem implicações na maioria dos órgãos e sistemas. Podendo ocorrer na ausência de qualquer sinal ou sintoma, estas alterações podem ter um impacto importante no desempenho das atividades de vida diárias dos idosos, o que compromete de forma importante a sua independência funcional.

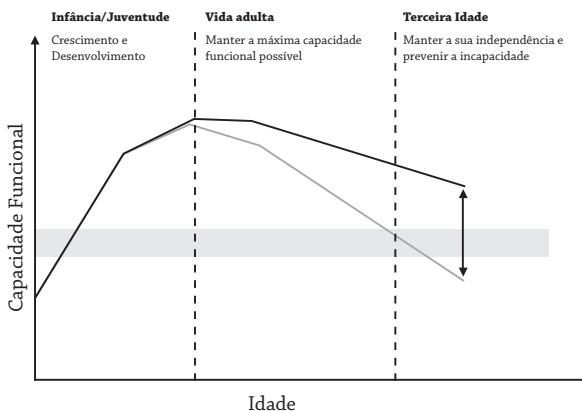


Figura 1 – Curva de capacidade funcional ao longo do ciclo vital – adaptado de “World Health Organization [WHO] (2002). Active Ageing: A Policy Framework.”

A diminuição da capacidade aeróbia e do desempenho dos músculos esqueléticos com o envelhecimento são dois exemplos de envelhecimento fisiológico, já descrito com evidência científica desde meados dos anos 90 (Holloszy & Kohrt, 1995). Com estas alterações fisiológicas importantes, os idosos são condicionados a utilizar uma percentagem maior da sua capacidade máxima para a execução de qualquer exercício submáximo, quando comparados com indivíduos jovens saudáveis. Esta condição vai fazer com que se instale uma sensação de fadiga mais rapidamente.

TERMINOLOGIA ESPECÍFICA DO EXERCÍCIO FÍSICO

A abordagem a um tema tão específico como o exercício físico no idoso, recomenda a definição dos termos mais utilizados, de forma a clarificar e uniformizar a terminologia, tantas vezes desconhecida e complexa designadamente (WHO, 2010):

- **Atividade física:** todo o movimento corporal produzido pelo sistema músculo-esquelético, com gasto de energia;
- **Atividade física potenciadora da saúde:** atividade que, quando se acrescenta à atividade habitual, reporta benefícios para a saúde (ex.: caminhar a passos largos, saltar à corda, dançar, jogar futebol ou ténis, levantar pesos, praticar yoga);
- **Capacidade cárdio-respiratória:** componente da forma física relacionada com a saúde. Capacidade dos sistemas circulatório e respiratório para fornecer oxigénio durante os períodos de atividade física continuada. Costuma expressar-se em termos de consumo máximo de oxigénio medido ou estimado ($VO_{2máx}$);
- **Desporto:** diversidade de atividades realizadas que respeitam regras específicas, praticadas por prazer ou por competição. As atividades desportivas costumam consistir em atividades físicas realizadas em equipa ou individualmente, ligadas a uma entidade formal (ex.: associação, clube, etc.);
- **Exercício:** subcategoria da atividade física que é programada, estruturada e repetitiva e que responde a um objetivo, no sentido de melhorar ou manter uma ou mais componentes da forma física, do rendimento físico ou da saúde;
- **Exercício aeróbio:** atividade em que os grandes grupos musculares do corpo se movem ritmicamente durante um período de tempo. A atividade aeróbia, também denominada de resistência, melhora a capacidade cardiorrespiratória (ex.: caminhar, correr, nadar, andar de bicicleta);

- **Flexibilidade:** componente da forma física relacionada com a saúde e com o rendimento, que corresponde ao alcance dos movimentos possíveis de uma articulação. A flexibilidade está especificamente vinculada a cada articulação e depende de um certo número de variáveis, como a elasticidade de tendões e ligamentos. Os exercícios de flexibilidade melhoram a capacidade de uma articulação para atingir o máximo dos seus movimentos;
- **Treino de equilíbrio:** exercícios estáticos e dinâmicos, praticados com o objetivo de melhorar a capacidade da pessoa para responder a movimentos de desequilíbrio ou a estímulos desestabilizadores, causados pelo próprio movimento, pelo meio ou por outras causas.

ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS DO PROCESSO NORMAL DE ENVELHECIMENTO

As alterações fisiológicas decorrentes do processo normal de envelhecimento são complexas, multifatoriais, explicadas por alterações típicas, com significados funcionais próprios e tentar-se-ão resumir seguidamente. Estas alterações podem ser divididas em cinco grandes grupos: função muscular, função cardiovascular, função pulmonar, capacidade física funcional e composição corporal/metabolismo (Chodzko-Zajko et al., 2009):

FUNÇÃO MUSCULAR

Força muscular e potência: a força isométrica, concêntrica e excêntrica diminuem a partir dos 40 anos e esta diminuição acelera-se depois dos 65-70 anos. A força dos membros inferiores diminui de forma mais acelerada que a dos membros superiores. A potência diminui mais rapidamente que a força. Os défices na força e na potência são importantes preditores de incapacidade e mortalidade.

Resistência muscular e fadiga: a resistência diminui e a manutenção da força a uma dada intensidade pode aumentar com a idade. Os efeitos da idade nos mecanismos da fadiga são inconclusivos e dependentes de outros. Apesar disso, poderá ter um impacto negativo na recuperação de atividades repetitivas do dia-a-dia.

Equilíbrio e mobilidade: as alterações sensoriais, motoras e cognitivas alteram a biomecânica (sentar, manter-se de pé, locomoção). Estas alterações, juntamente com as restrições ambientais, podem afetar adversamente o equilíbrio e a mobilidade. Esta diminuição do equilíbrio aumenta o medo de cair e pode reduzir a atividade diária.

Performance e controlo motor: o tempo de reação aumenta. A velocidade de movimentos simples e repetitivos diminui. Verifica-se uma alteração no controlo e na precisão de movimentos. As tarefas complexas são mais afetadas que as simples. Esta alteração tem um impacto em muitas das atividades instrumentais da vida diária, aumentando o risco de lesão e dificultando a aprendizagem de novas tarefas.

Flexibilidade e movimento articular: o declínio aos 70 anos é significativo para a anca (20 a 30%), coluna (20 a 30%) e para a flexão da articulação tíbio-társica (30 a 40%), especialmente em mulheres. A elasticidade dos músculos e tendões diminui. Esta flexibilidade reduzida pode aumentar o risco de lesão, de quedas e de lombalgias.

FUNÇÃO CARDIOVASCULAR

Função cardíaca: a frequência cardíaca máxima (podendo ser calculada subtraindo o resultado da multiplicação de 0,7 pela idade a 208 [208 - 0,7 x idade]), o volume sistólico e o débito cardíaco diminuem. A resposta da frequência cardíaca diminui no início do exercício. O padrão de enchimento diastólico está alterado e a percentagem da ejeção ventricular esquerda reduzida. Verifica-se uma diminuição da variabilidade da frequência cardíaca como resposta ao esforço. A função cardíaca é um importante fator da redução da capacidade de exercício com o envelhecimento.

Função vascular: a aorta e os seus ramos principais perdem elasticidade. A capacidade vasodilatadora e a dilatação dependente do endotélio das artérias mais periféricas diminui. Estes fatores conduzem a um aumento do risco de doença vascular crónica.

Tensão arterial: a tensão arterial em repouso (especialmente a sistólica) aumenta. A tensão arterial durante exercício máximo e submáximo é maior, quando comparado com adultos jovens, sobretudo nas mulheres idosas. Este aumento da tensão arterial reflete o aumento do esforço cardíaco.

Fluxo sanguíneo periférico: a circulação nos membros inferiores está geralmente reduzida, em repouso e durante exercício máximo e submáximo. A vasoconstrição esplâncnica e renal durante o exercício submáximo pode estar reduzida com a idade. Estes fatores podem ter influência no exercício, atividades de vida diárias e na regulação da tensão arterial nas pessoas idosas.

Difusão de oxigénio: a difusão de oxigénio é a mesma em repouso ou durante exercício submáximo e igual ou ligeiramente inferior em exercício máximo.

Composição e volume sanguíneo: redução do volume plasmático. Há uma redução, ainda que pequena, dos valores de concentração de hemoglobina. Estas alterações podem contribuir para uma redução do volume sistólico máximo através da redução da pré-carga cardíaca.

Regulação dos fluidos corporais: a sensação de sede diminui. As capacidades de conservação da água e do sódio renal estão comprometidas. A água corporal total diminui com o envelhecimento. Estas alterações podem conduzir a desidratação e a uma reduzida tolerância ao exercício com calor.

FUNÇÃO PULMONAR

Ventilação: a parede torácica perde elasticidade. A força dos músculos expiratórios diminui. Os idosos adotam diferentes estratégias de respiração durante o exercício. O esforço respiratório aumenta. Estas alterações não limitam o exercício, exceto em atletas.

Trocas gasosas: perda de alvéolos e aumento dos alvéolos remanescentes. A superfície para as trocas gasosas nos pulmões encontra-se reduzida. A gasometria arterial está geralmente em parâmetros normais até ao exercício máximo.

CAPACIDADE FÍSICA FUNCIONAL

Consumo máximo de oxigénio: a média de redução é de 0,4 a 0,5 mL/Kg/min/ano (9% por década) em adultos sedentários saudáveis. Estudos longitudinais sugerem que a taxa de declínio é mais acelerada com o avançar da idade. O consumo de oxigénio máximo é um indicador da reserva funcional e a sua diminuição é um fator de risco de doença e mortalidade.

Cinética de absorção de O₂: a cinética de absorção de O₂ no início do exercício está retardada, comparativamente com indivíduos jovens. Esta diferença pode ser atenuada com exercícios de aquecimento adequados. Caso contrário, a fadiga poderá surgir precocemente.

Limiars ventilatórios e de lactatos: os limiars ventilatórios (expressos como percentagem do VO_{2máx}) aumentam com a idade. A máxima produção, tolerância e taxa de clearance de lactato pós-exercício diminui. Estes são fatores indicativos de capacidade reduzida para exercícios de alta intensidade.

Eficácia do esforço submáximo: o custo metabólico de caminhar está aumentado. A eficiência no exercício está conservada, mas o débito

de O_2 pode estar aumentado em idosos sedentários.

Cinemática da deambulação: a velocidade preferida para caminhar está diminuída. O comprimento do passo está diminuído. O tempo de apoio nos dois membros inferiores é maior. A variabilidade da caminhada é maior. Estas diferenças são exageradas quando o equilíbrio está afetado. Estes fatores trazem implicações na capacidade funcional e no risco de queda.

Capacidade de subir escadas: a altura máxima do passo está reduzida, o que reflete a diminuição de força muscular, da coordenação da ativação muscular e do equilíbrio dinâmico dos membros inferiores. Esta capacidade diminuída tem implicações na mobilidade e na execução das atividades de vida diárias.

COMPOSIÇÃO CORPORAL/METABOLISMO

Altura: a altura diminui aproximadamente 1 centímetro por década entre os 40 e os 50 anos, acelerando a partir dos 60 (mais rapidamente nas mulheres que nos homens). Os discos vertebrais são sujeitos a compressão e a curva da coluna dorsal (cifose) torna-se mais acentuada. As alterações vertebrais podem prejudicar a mobilidade e outras atividades diárias.

Peso: o peso aumenta de forma consistente entre as 3^a, 4^a e 5^a décadas de vida, estabilizando até antes dos 70 anos e depois diminui. As alterações relacionadas com a idade no peso e no índice da massa corporal podem mascarar a perda de massa muscular e o ganho de gordura. Uma grande e rápida perda de peso em idosos pode significar um processo patológico.

Massa livre de gordura: a massa livre de gordura diminui 2 a 3% por década dos 30 aos 70 anos. As perdas de proteína e de potássio refletem a perda de tecido metabolicamente ativo (ex.: músculo). A massa livre de gordura parece ser um regulador fisiológico importante.

Massa muscular: a massa muscular total diminui a partir dos 40 anos, acelerando a partir dos 65-70 anos. Os membros inferiores perdem massa muscular mais rapidamente, com reduções do número e no tamanho das fibras (mais do tipo II que do tipo I). Estes fatores fazem com que haja redução da velocidade e da potência muscular.

Qualidade do músculo: aumenta o conteúdo em lípidos e colagénio. O conteúdo da cadeia pesada de miosina tipo I aumenta e do tipo II diminui. Diminui a força pico. A capacidade oxidativa por quilograma de músculo diminui. As alterações podem estar relacionadas com a

resistência à insulina e com a fraqueza muscular.

Adiposidade regional: a gordura corporal aumenta entre a 3ª e a 5ª décadas de vida, com acumulação preferencial na região visceral (intra-abdominal), especialmente nos homens. A partir dos 70 anos a quantidade de gordura diminui. A acumulação de gordura está relacionada com doenças cardiovasculares e com doenças metabólicas.

Densidade óssea: o pico da densidade óssea é atingido na última metade da 2ª década de vida. A densidade mineral óssea diminui 0.5% por ano ou mais a partir dos 40 anos. As mulheres têm uma perda de osso desproporcionada após a menopausa (2 a 3% por ano). A osteopenia (1 a 2.5 desvios padrão) eleva o risco de fratura.

Alterações metabólicas: com o envelhecimento, a taxa metabólica de repouso (absoluta e por quilograma de massa livre de gordura), a taxa de síntese proteica muscular (mitocôndria e cadeia pesada de miosina) e a oxidação de gordura (durante exercício sub-máximo) diminuem, o que pode influenciar a utilização do substrato durante o exercício.

BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO

Apesar dos numerosos efeitos adversos de um estilo de vida sedentário e dos benefícios de um, ainda que modesto, aumento da atividade física, a inatividade continua a ser uma constante entre vários grupos etários da população, sobretudo entre os idosos.

A atividade física é um fator de risco modificável, com benefícios demonstrados no aumento da longevidade, no aumento da força muscular e da qualidade do osso, no controlo do peso, na redução dos sintomas de depressão, na redução do colesterol, na melhoria da atividade sexual, na melhoria da memória, da capacidade cognitiva e da qualidade do sono, na prevenção e no controlo da diabetes, na promoção da saúde cardiovascular, na redução da tensão arterial e do risco de acidente vascular cerebral.

AUMENTA A LONGEVIDADE

As pessoas fisicamente mais ativas vivem mais anos. Quem pratica exercício físico regularmente tem menos probabilidades de morrer comparativamente com indivíduos sedentários, tal como já demonstrado num estudo publicado em meados dos anos 90, levado a cabo durante 20 anos (Rosengren & Wilhelmsen, 1997). A atividade física está inversamente associada a todas as causas de morte em idosos,

quer homens quer mulheres; a sua influência é mais forte nas mulheres e verificam-se benefícios com pequenos aumentos da atividade física (Brown et al., 2012).

AUMENTA A FORÇA MUSCULAR

O treino de força aumenta a força e a massa muscular, reduzindo a quantidade de gordura corporal (Sarsan, Ardiç, Ozgen, Topuz, & Sermez, 2006). Num programa de treino de força em idosos, 3 vezes por semana, durante 12 semanas, esperam-se encontrar alterações significativas na massa muscular, na força muscular, na capacidade funcional e na qualidade de vida (Geirsdottir et al., 2012).

AUMENTA A QUALIDADE DO OSSO

Um estilo de vida ativo melhora a densidade mineral óssea. Exercícios com pesos promovem a formação e atrasam a perda de tecido ósseo e podem proteger contra a osteoporose (Kemmler et al., 2004). Têm sido desenvolvidos alguns trabalhos que demonstram que o exercício em mulheres osteoporóticas pós-menopáusicas têm um efeito positivo na densidade mineral óssea (Howe et al., 2011).

CONTROLA O PESO

O exercício físico regular ajuda a alcançar e a manter um peso saudável, aumentando o metabolismo. Este aumento do metabolismo faz com que a percentagem de utilização de energia se mantenha elevada durante períodos mais longos do dia. Idosos com menores níveis de atividade física têm mais probabilidade de ganhar peso (Shiroma, Sesso, & Lee, 2012).

EFEITO ANTIDEPRESSIVO

O exercício físico regular promove a saúde mental e reduz os sintomas de depressão e pode mesmo ser considerado uma alternativa ao tratamento farmacológico em idosos, especialmente ao fim de 16 semanas de exercício praticado 3 vezes por semana, durante 30 minutos (Mather et al., 2002). O efeito do exercício aeróbio em pacientes com transtorno depressivo maior é similar aos efeitos de tratamento com sertralina durante 4 meses (Hoffman et al., 2011).

EFEITO NA REDUÇÃO DO COLESTEROL

O exercício por si só não utiliza o colesterol como energia, como erradamente se pensa, mas influencia favoravelmente os níveis de colesterol no sangue, diminuindo o LDL (lipoproteína de baixa densidade), HDL (lipoproteína de alta densidade), triglicerídeos e o colesterol total. Estas alterações, decorrentes do exercício físico, podem ser independentes de alterações na composição corporal (Kelley, Kelley, & Tran, 2004).

MELHORA A FUNÇÃO SEXUAL

O exercício físico regular mantém ou melhora a atividade sexual, quer em homens quer em mulheres, através de melhoria da condição física, da força e tônus muscular, da resistência, da composição corporal e da função cardiovascular (Hsiao et al., 2011). Os homens que praticam exercício físico regularmente têm menos probabilidades de sofrer de disfunção erétil e impotência, comparativamente com indivíduos sedentários com as mesmas características (Bacon et al., 2003).

MELHORA A MEMÓRIA E A CAPACIDADE COGNITIVA

O exercício físico regular evita um declínio acentuado do fluxo cerebral, promovendo a estimulação de áreas do cérebro responsáveis pela memória e pela aprendizagem (Lucas et al., 2012). Os idosos que praticam exercício físico obtêm melhores resultados em testes que implicam tomada de decisão e nos testes que implicam a utilização da memória para atingir a solução (Wu et al., 2007).

MELHORA A QUALIDADE DO SONO

O exercício diário pode fazer a diferença na qualidade do sono. A queda natural na temperatura corporal, 5 a 6 horas após o exercício, pode ajudar a adormecer. O exercício parece ser uma arma eficaz no controlo da apneia do sono (Kline et al., 2011).

PREVINE E CONTROLA A DIABETES

A atividade física moderada e uma dieta equilibrada podem garantir uma redução de 50 a 60% no risco de desenvolver diabetes tipo 2 (Lindström et al., 2003). Tem sido demonstrado que tanto o exercício físico supervisionado (redução média de 0.6% na hemoglobina glicosilada)

(Duclos, Virally, & Dejager, 2011) como o não supervisionado (Ferrer-García et al., 2011) tem benefícios no controlo da glicose sanguínea.

PROMOVE A SAÚDE CARDIOVASCULAR

A falta de atividade física é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares havendo uma clara relação inversa entre a atividade física e todas as causas de mortalidade (Janssen & Jolliffe, 2006).

REDUZ A TENSÃO ARTERIAL

Ainda não está esclarecida a forma como o exercício provoca redução da tensão arterial. Apesar disto, todas as formas de exercício parecem ser eficazes na redução da tensão arterial, sendo que o exercício aeróbio parece ser aquele que tem mais efeitos sobre indivíduos hipertensos (Pinto et al., 2006), apesar de estudos mais recentes demonstrarem que o treino de força também é eficaz no controlo tensional (Moraes et al., 2011).

REDUZ O RISCO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Os níveis moderado e alto de atividade física podem reduzir o risco de acidentes vasculares cerebrais, quer isquémicos, quer hemorrágicos (Lee, Folsom, & Blair, 2003).

FERRAMENTA PARA A PRÁTICA:

Planeamento de exercício físico adequado ao idoso.

Tendo em conta os benefícios do exercício já elencados, e na tentativa de contrariar as alterações decorrentes do processo normal de envelhecimento, a American College of Sports Medicine (ACSM), conjuntamente com a American Heart Association (Chodzko-Zajko et al., 2009) recomendam 150 minutos por semana de atividade física para se obterem benefícios relativamente à saúde. Contudo, com o aumento da atividade física através de maior intensidade, frequência e/ou duração, os benefícios também aumentam. É ainda de referir que, se os idosos não conseguirem praticar exercício físico durante pelo menos 150 minutos por semana devido a condições patológicas, devem ser o mais ativos que a sua condição permitir. Atualmente, as orientações internacionais definidas pela ACSM para a prática de exercício físico

por idosos (Chodzko-Zajko et al., 2009), encontram-se organizadas em exercícios aeróbios, exercícios de força, exercícios de flexibilidade e exercícios de equilíbrio.

Exercícios aeróbios:

Frequência: para atividades de intensidade moderada, acumular pelo menos 30 até 60 minutos por dia (para maior benefício) em períodos de pelo menos 10 minutos cada, de forma a totalizar 150 a 300 minutos por semana. Outra das hipóteses é a de acumular 20 a 30 minutos ou mais por dia de atividades de intensidade vigorosa para totalizar 75 a 100 minutos por semana. Pode-se ainda estabelecer uma combinação equivalente de atividades moderadas ou vigorosas.

Intensidade: numa escala de esforço físico de 0 a 10, considera-se 5 a 6 para intensidade moderada e 7 a 8 para intensidade vigorosa.

Duração: para atividades de intensidade moderada, acumular pelo menos 30 minutos por dia em períodos de 10 minutos cada um ou 20 minutos por dia de atividade de intensidade vigorosa contínua.

Tipo: qualquer modalidade que não exija *stress* ortopédico. Caminhar é a atividade mais comum. Exercícios aquáticos e bicicleta estática podem ser vantajosos para aqueles que tenham limitações em atividades que exijam suporte de peso corporal.

Exercícios de força

Frequência: pelo menos 2 vezes por semana.

Intensidade: entre moderada (5 a 6) e vigorosa (7 a 8) numa escala de 0 a 10.

Tipo: treino progressivo com pesos (8 a 10 exercícios envolvendo os maiores grupos musculares, 8 a 12 repetições para cada um), subir escadas e/ou outras atividades que aumentem a força muscular.

Exercícios de flexibilidade

Frequência: pelo menos 2 vezes por semana.

Intensidade: moderada (5 a 6) numa escala de 0 a 10.

Tipo: qualquer atividade que mantenha ou aumente a flexibilidade utilizando alongamentos (preferencialmente estáticos) para cada grande grupo muscular.

Exercícios de equilíbrio (indicado preferencialmente para idosos com risco de queda ou com problemas de mobilidade):

Devido a uma deficiente e desadequada evidência científica, não há recomendações específicas sobre frequência, intensidade e tipo de exercícios de equilíbrio. No entanto, a AMCS recomenda:

1 – Posturas cada vez mais difíceis que reduzam gradualmente a base de sustentação (ex.: apoio nos dois membros inferiores, um pé à frente do outro, apoio num membro inferior);

2 – Exercícios dinâmicos que alterem o centro de gravidade (ex.: caminhar com um pé à frente do outro, caminhar em círculos);

3 – Provocar stress em grupos musculares específicos (ex.: apoio nos dedos dos pés, apoio nos calcanhares)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bacon, C. G., Mittleman, M. A., Kawachi, I., Giovannucci, E., Glasser, D. B., & Rimm, E. B. (2003). Sexual function in men older than 50 years of age: results from the health professionals follow-up study. *Ann Intern Med*, *139*(3), 161-168. doi: 200308050-00005 [pii]
- Brown, W. J., McLaughlin, D., Leung, J., McCaul, K. A., Flicker, L., Almeida, O. P., Dobson, A. J. (2012). Physical activity and all-cause mortality in older women and men. *Br J Sports Med*. doi: bjsports-2011-090529 [pii] 10.1136/bjsports-2011-090529
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., Medicine, A. C. o. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*, *41*(7), 1510-1530. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c
- Duclos, M., Virally, M. L., & DeJager, S. (2011). Exercise in the management of type 2 diabetes mellitus: what are the benefits and how does it work? *Phys Sportsmed*, *39*(2), 98-106. doi: 10.3810/psm.2011.05.1899
- Ferrer-García, J. C., Sánchez López, P., Pablos-Abella, C., Albalat-Galera, R., Elvira-Macagno, L., Sánchez-Juan, C., & Pablos-Monzó, A. (2011). [Benefits of a home-based physical exercise program in elderly subjects with type 2 diabetes mellitus]. *Endocrinol Nutr*, *58*(8), 387-394. doi: S1575-0922(11)00221-X [pii] 10.1016/j.endonu.2011.05.010
- Geirsdottir, O. G., Arnarson, A., Briem, K., Ramel, A., Tomasson, K., Jonsson, P. V., & Thorsdottir, I. (2012). Physical function predicts improvement in quality of life in elderly icelanders after 12 weeks of resistance exercise. *J Nutr Health Aging*, *16*(1), 62-66.
- Hoffman, B. M., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Coons, M. J., & Blumenthal, J. A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosom Med*, *73*(2), 127-133. doi: PSY.0b013e31820433a5 [pii] 10.1097/PSY.0b013e31820433a5
- Holloszy, J., & Kohrt, W. (1995). Exercise. In A. P. Society (Ed.), *Handbook of Physiology. Aging*. (pp. 633–666). Bethesda, MD.
- Howe, T. E., Shea, B., Dawson, L. J., Downie, F., Murray, A., Ross, C., Creed, G. (2011). Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*(7), CD000333. doi: 10.1002/14651858.CD000333.pub2
- Hsiao, W., Shrewsbury, A. B., Moses, K. A., Johnson, T. V., Cai, A. W., Stuhldreher, P., Ritenour, C. W. (2011). Exercise is Associated with Better Erectile Function in Men Under 40 as Evaluated by the International Index of Erectile Function. *J Sex Med*. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02560.x

- Janssen, I., & Jolliffe, C. J. (2006). Influence of physical activity on mortality in elderly with coronary artery disease. *Med Sci Sports Exerc*, *38*(3), 418-417. doi: 00005768-200603000-00004 [pii] 10.1249/01.mss.0000191185.58467.be
- Kelley, G. A., Kelley, K. S., & Tran, Z. V. (2004). Walking, lipids, and lipoproteins: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Prev Med*, *38*(5), 651-661. doi: S0091743503003657 [pii] 10.1016/j.ypmed.2003.12.012
- Kemmler, W., Lauber, D., Weineck, J., Hensen, J., Kalender, W., & Engelke, K. (2004). Benefits of 2 years of intense exercise on bone density, physical fitness, and blood lipids in early postmenopausal osteopenic women: results of the Erlangen Fitness Osteoporosis Prevention Study (EFOPS). *Arch Intern Med*, *164*(10), 1084-1091. doi: 164/10/1084 [pii] 10.1001/archinte.164.10.1084
- Kline, C. E., Crowley, E. P., Ewing, G. B., Burch, J. B., Blair, S. N., Durstine, J. L., Youngstedt, S. D. (2011). The effect of exercise training on obstructive sleep apnea and sleep quality: a randomized controlled trial. *Sleep*, *34*(12), 1631-1640. doi: 10.5665/sleep.1422
- Lee, C. D., Folsom, A. R., & Blair, S. N. (2003). Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. *Stroke*, *34*(10), 2475-2481. doi: 01.STR.0000091843.02517.9D [pii] 10.1161/01.STR.0000091843.02517.9D
- Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Aunola, S., Cepaitis, Z., Hakumäki, M., Tuomilehto, J. (2003). Prevention of diabetes mellitus in subjects with impaired glucose tolerance in the Finnish Diabetes Prevention Study: results from a randomized clinical trial. *J Am Soc Nephrol*, *14*(7 Suppl 2), S108-113.
- Lucas, S. J., Ainslie, P. N., Murrell, C. J., Thomas, K. N., Franz, E. A., & Cotter, J. D. (2012). Effect of age on exercise-induced alterations in cognitive executive function: Relationship to cerebral perfusion. *Exp Gerontol*. doi: S0531-5565(11)00342-1 [pii] 10.1016/j.exger.2011.12.002
- Mather, A. S., Rodriguez, C., Guthrie, M. F., McHarg, A. M., Reid, I. C., & McMurdo, M. E. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, *180*, 411-415.
- Moraes, M. R., Bacurau, R. F., Casarini, D. E., Jara, Z. P., Ronchi, F. A., Almeida, S. S., Araujo, R. C. (2011). Chronic Conventional Resistance Exercise Reduces Blood Pressure in Stage 1 Hypertensive Men. *J Strength Cond Res*. doi: 10.1519/JSC.0b013e31822dfc5e
- Pinto, A., Di Raimondo, D., Tuttolomondo, A., Fernandez, P., Arnao, V., Arna, V., & Licata, G. (2006). Twenty-four hour ambulatory blood pressure monitoring to evaluate effects on blood pressure of physical activity in hypertensive patients. *Clin J Sport Med*, *16*(3), 238-243. doi: 00042752-200605000-00009 [pii]
- Rosengren, A., & Wilhelmsen, L. (1997). Physical activity protects against coronary death and deaths from all causes in middle-aged men. Evidence from a 20-year follow-up of the primary prevention study in Göteborg. *Ann Epidemiol*, *7*(1), 69-75. doi: S1047279796001068 [pii]
- Sarsan, A., Ardiç, F., Ozgen, M., Topuz, O., & Sermez, Y. (2006). The effects of aerobic and resistance exercises in obese women. *Clin Rehabil*, *20*(9), 773-782. doi: 20/9/773 [pii] 10.1177/0269215506070795
- Shiroma, E. J., Sesso, H. D., & Lee, I. M. (2012). Physical activity and weight gain prevention in older men. *Int J Obes (Lond)*. doi: ijo2011266 [pii] 10.1038/ijo.2011.266
- Wu, C. W., Chen, Y. C., Yu, L., Chen, H. I., Jen, C. J., Huang, A. M., Kuo, Y. M. (2007). Treadmill exercise counteracts the suppressive effects of peripheral lipopolysaccharide on hippocampal neurogenesis and learning and memory. *J Neurochem*, *103*(6), 2471-2481. doi: JNC4987 [pii] 10.1111/j.1471-4159.2007.04987.x
- World Health Organization [WHO] (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*.
- World Health Organization [WHO] (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Switzerland.

CAPÍTULO 21 - EDUCAÇÃO EMOCIONAL, UM CONTRIBUTO PARA A GERONTOLOGIA

Augusta Veiga-Branco

“... o amor com a intenção de fundir-se com outros organismos desejados; a felicidade que agora sabemos definir como a ausência de medo, tal como a beleza – e por fim aprendemo-lo – é a ausência de dor.”

(Punset, 2010: 21)

PORQUE GOSTO . . .

Assuma-se, com a necessária humildade, que construímos os nossos referenciais daquilo para que temos apetência - como quando dizemos vulgarmente “*gosto*” - com base nos nossos estados emocionais. Na prática, se vivermos emoções de polaridade positiva relativamente a um contexto, vamos querer repeti-lo. Por oposição, teremos tendência a rejeitar as vivências, temáticas, pessoas ou objetos que - por serem percebidos como estímulos emocionalmente competentes de caráter negativo - nos remetem a um estado de corpo negativo, por terem emergido de emoções de polaridade negativa. Poderemos fazer um

esforço para memorizar, selecionar e racionalizar, mas na base, “... o aspecto que define os nossos sentimentos emocionais, é a análise consciente dos estados corporais modificados pelas emoções, e é por esse motivo que os sentimentos podem servir de barômetros da gestão da vida.” (Damásio, 2010: 80). Esta evidência científica, deixa toda a pertinência para a emoção, e portanto para a Educação Emocional.

A análise que a seguir se expõe, pretende sugerir e defender a Educação Emocional, não só como uma formação em torno dos afetos, ao nível psico afetivo, mas sobretudo como uma formação inespecífica, porque se acredita, que devolve ao sujeito a capacidade para se fortalecer como protagonista do seu bem-estar (Asensio et al., 2006) como promotor da sua saúde. Não se pretende, com esta proposta, defender o primado dos afetos e da emoção, como maior espaço formativo e muito menos preterir a componente técnica e científica operacionalizante. Trata-se de aceitar e pôr em ação um intelecto emocional, em conformidade com uma “*inteligência generosa*” cuidativa, conscientes, de que é preciso ver as situações, também naquilo que elas têm de menos “exato”, como a sensibilidade, a emoção, ou seja, os afetos de que estão impregnados os fenómenos relacionais humanos. Seja com eles mesmos, com os pares ou com o mundo. Partindo destes pressupostos, o que aqui se defende é que a Educação Emocional deveria ser tema por direito próprio na formação de saúde em geral, e de Gerontologia em particular, e portanto, necessariamente, dos respetivos atores educativos, no seu estatuto de Gerontólogos, que para tal se venham a sentir motivados.

Como definição de Educação Emocional, e para melhor esclarecer esta proposta, adota-se a definição de Bisquerra (2000: 243) do “processo educativo, contínuo e permanente, que potencializa o desenvolvimento emocional, como complemento indispensável do seu desenvolvimento cognitivo, constituindo ambos, elementos essenciais ao desenvolvimento da personalidade integral”. Considera-se esta descrição de aquisições, como uma forte mais valia tanto em Gerontologia Educativa como em Educação Gerontológica. Tal como em qualquer outra área científica, desde as Ciências da Educação às Ciências da Saúde e naturalmente em Gerontologia, a natureza da responsabilidade de ser Gerontólogo, desloca o sentido e o significado da responsabilidade, de carácter (só) executivo, para o carácter reflexivo e construtor de novos caminhos, nomeadamente, nos paradigmas formativos, com comunidades de idosos e seus cuidadores.

É exatamente nesta fusão de responsabilidades, pela articulação necessária entre os conteúdos funcionais de ser Gerontólogo, nos atuais desafios para a Gerontologia no sec. XXI, que faz todo sentido apresentar e defender a pertinência da educação dos afetos, das emoções.

No campo da responsabilidade de *gerir equipas multidisciplinares e relações pluridisciplinares “em arena”*, seria tranquilizador sabermos que nos espaços onde estão os nossos antecessores, estão gerontólogos capazes de perceber e (re)conhecer: 1) as perspetivas emocionais dos elementos da equipa, prementes no momento; 2) o que as desencadeou e como evitar o seu contágio (em emoções negativas) ou favorecer e expandir os sentimentos emocionais positivos; 3) as estratégias de gestão de emoções negativas, nas respetivas interações. E como é naturalmente visível, a exequibilidade dos pressupostos atrás descritos exige também deles, enquanto “lemes de relações” com pessoas em fragilidade biopsicossocial, os *personal skills de gestão emocional*, quer como cuidadores, quer como elementos de equipa interdisciplinar, em que a “*autogestão e a inter gestão dos afetos*” estão subjacentes.

É então necessário repensar o currículo. Torna-se agora pertinente tomar significativo o quotidiano escolar, e tomar a iniciativa de operar um corte epistemológico, uma mudança de paradigma que questione uma lógica de educar os afetos e os sentimentos. Uma lógica tributária da relação pedagógica, que em Rogers se define por terapêutica, e se produz de maneira racional e emocional, a partir das relações que se estabelecem nas salas de aula, nos corredores escolares, operando conhecimentos e reconhecimentos significativos. Seria esta a metodologia inscritora de “*marcadores somáticos*”¹ (Damásio, 2003; 2010) positivos, que estimulem os idosos a gostar de, que induzam a repetição, que por sua vez é promotora de neuroplasticidade. As escolas devem proporcionar aos futuros gerontólogos a legitimação para estudar e atender aos sentimentos emocionais e a cultivar o que é próprio das emoções, dos sentimentos, consistindo o seu processo em reconhecer o idoso ou os seus cuidadores, e a vida que os animam. Este é o interesse da unidade razão e emoção: não negligenciar nada daquilo que nos cerca, considerar processos cognitivos e processos vitais, nos contextos em que se desenham as nossas relações que têm como património subjacente, ao mesmo tempo, as energias plasmadas a partir do sentimento e razão.

QUE CONTRIBUTOS PODERIA TER A EMOÇÃO?

A bibliografia científica é claramente demonstrativa que a criação “*de representações mapeadas*” para construir a nossa percepção do real, bem como, “*a criação de registos de memória dos mapas sensoriais*” (Damásio

1 DAMÁSIO (2010), fundamenta a Hipótese do Marcador Somático, por oposição à perspetiva clássica da «razão nobre», ao defender que há um conjunto de memórias de experiências (negativas ou positivas), que marcaram o corpo (soma), com uma sensação específica (agradável ou desagradável). Este marcador somático, se estiver dotado de tonalidades negativas das memórias emocionais, uma vez acionado, faz convergir a atenção para o resultado que previsivelmente será de desprazer, conduzindo a um comportamento de evitamento para não voltar a viver a sensação negativa (que está em memória).

2010: 174) construtores da nossa memória, a cognição, as decisões em geral e as relações podem ser alteradas com a expressão ou a percepção valorativa que a emoção pode desencadear. Este é um argumento de mais valia para colocar elementos emocionais positivos nas técnicas pedagógicas, para os formandos idosos se sentirem estimulados, e poderem viver o ambiente educativo de forma emocional positiva. Além desta relevância, também seria importante que os parceiros educativos – os gerontólogos e os idosos – tivessem a oportunidade de pensar e viver com evidência a gestão dos seus afetos, para que a partir dessa tonalidade emocional colocada sentissem que poderiam tomar decisões – supostamente racionais – a partir de emoções geridas. Este ponto é um argumento que foi, e se vem mantendo, relevante em Damásio (1995; 2000; 2003; 2010), o de ter demonstrado a impossibilidade de separar a emoção da razão, defendendo mesmo que, alguém privado das suas emoções alteraria as decisões supostamente racionais, razão porque é aqui considerado.

A mesma noção da impossível dicotomia entre racionalidade e emoção viria posteriormente a ser reforçado por Goleman (1996: 310) além de que este autor destaca as evidentes possibilidades de disciplinar a mente emocional, para direcionar e mesmo potencializar a mente racional. Tal conceção, além de pouco preocupada com as relevâncias aos níveis neurofisiológicos e experienciais, investe fortemente na evidência da energia emocional, como um capital determinante de comportamentos e decisões.

A EMOÇÃO COMO UM ATRIBUIDOR DE SENTIDO

Numa conceção concisa e definitiva, recuperam-se as palavras de Marques-Teixeira (2003: 49) ao defender que *«as emoções não são apenas reações», são fenómenos de manutenção de vida, de natureza evolucionista, precedente ao aparecimento dos seres humanos, que evoluindo simultaneamente à evolução da racionalidade, são atualmente «fenómenos emocionais [que] têm uma estrutura muito complexa, constituída por três ramos: um, inscrito no domínio biológico (ramo neuropsicológico); outro, na musculatura facial (ramo expressivo); e um outro, inscrito na natureza simbólica dos fenómenos psicológicos (ramo fenoménico)». Esta conceção, segundo o mesmo autor, ao inserir o ramo fenoménico no conceito de emoção, e porque este diz respeito à natureza simbólica dos fenómenos psicológicos, serve para aceder ao contexto do sujeito através do simbolismo que o contexto tem para ele. Dito de outro modo, e tal como o autor defende, «estes fenómenos, refletem sob a forma de experiências diretas, o significado das situações e dos fenómenos...», ou seja, o tipo de*

experiências emocionais experienciadas pelos sujeitos serão indicadores para aceder ao significado e ao sentido que essas experiências terão para eles.

Mas, para deixar claro que as emoções dotam os humanos da capacidade de “*atribuição de sentido*”, é necessário refletir acerca do quanto estes fenómenos são essenciais, já que, e mais do que isto, «*as emoções constituem o enquadramento da própria racionalidade, no sentido de que permitem ao sujeito “estar sintonizado” com o mundo*» (Marques-Teixeira, 2003: 49), numa perspetiva holística, que se manifestam através das suas qualidades específicas, e que tanto o humor como as emoções - o que aqui interessa evidenciar - matizam as nossas experiências. Ainda segundo este autor, não só não podem considerar-se «*intrusões ou interrupções na nossa objetividade racional*», como é um facto que «*uma emoção é estruturada por conceitos e juízos, a maior parte deles aprendidos (pelo menos nos seus detalhes e aplicações) e está envolvida numa estratégia de autopreservação física e psicológica*», fenómeno racional e emocional, que se observa em todas as idades, e nos idosos em particular.

ESCOLHER ATRAVÉS DE UM “MARCADOR SOMÁTICO”

As emoções são decisivamente importantes na decisão em que é requerida a atividade racional de carácter envolvente sócio-relacional e pessoal. Por exemplo, decidir a quem aceitar, a quem perdoar, com quem partilhar, ou decidir investimentos, carreiras ou orientações de conduta necessitam de um grande volume de informação e de um apurado “*marcador somático*” para assumir uma escolha, tendo em conta a experiência e o contexto do decisor. Damásio, considera os marcadores somáticos, «*um caso especial do uso de sentimentos, criados a partir de emoções secundárias (...) que foram ligados, por via da aprendizagem, a certos tipos de resultados futuros, ligados a determinados cenários.*» (p.186), que podem a todo o momento ser usados, quer queiramos ou não, para fundamentarem uma escolha ou decisão para o futuro. De forma a dar contornos a este processo, a perspetiva somatofisiológica e integradora de Damásio (2000; 2003²), e os trabalhos de LeDoux (2000), acentuam o envolvimento da emoção e razão nos processos mentais, através das influências que o estado do corpo também tem nesses processos. E como esse estado corpóreo é alterado pela tonalidade emocional e pelo nível de ativação que dela emerge, resultam num conjunto significativamente estimulador ou inibidor do envolvimento do sujeito e por isto, no desenvolvimento e na aprendizagem. Num dado momento Damásio

² Damásio exemplifica que esta integração somatofuncional entre corpo, cérebro e mente, com «a ativação do sono (que) diminui a atenção, e eventualmente suspende a consciência; as emoções de fundo e os moods, que com elas se relacionam, são também largamente influenciados pela exposição à luz, tanto no que diz respeito à intensidade como à quantidade. A mudança no estado de corpo, traduz-se em alterações mentais» (p. 228,229). Itálico do autor.

(2003: 242-244) reafirma - e usando a interpretação das palavras de Espinosa - que *«a mente e os raciocínios podem mudar o estado de corpo, mas em menor intensidade do que as mudanças que o corpo pode desencadear na nossa mente»*, sugerindo a primazia do estado de corpo sobre os estados de espírito, e a forma como estes podem moldar o raciocínio, embora também esclareça que *«as ideias podem criar outras ideias numa autonomia criativa a que o corpo não tem acesso»*. Esta ideia do impacto somatofisiológico, com determinação integradora sobre a pessoa como um todo, empresta força à hipótese de indução de contextos emocionais: as percepções (sentidas no corpo) que os parceiros educativos vivem, induzem um estado de espírito, que acaba por se tornar consonante com essas percepções corpóreas, ou seja de tonalidade negativa ou positiva, e assim ocorrerem ao nível da consciência, como sentimentos negativos ou positivos. Desta noção integradora, em que o sujeito age perante um estímulo, conforme a atribuição que lhe confere, emerge a perspectiva de uma interação simbólica, que o sujeito desenvolve com os contextos em que se enquadra.

DA EMOÇÃO PARA A APRENDIZAGEM

A nossa aprendizagem é seletiva (LeDoux³, 2000), e modelada pela *«filtragem afetiva»* (Karli, 1995) que o sujeito produz na atribuição dos significados e do simbolismo, pelo que cabe também lembrar à educação, que o que fica em memória, é o residual, a essência. Se o idoso, conseguir reter a essência, impregnada de uma tonalidade emocionalmente positiva, este voltará ao assunto, porque *«os estados afetivos orientam a recolha de informação, ao mesmo tempo que facilitam o armazenamento das informações»* (Karli, 1995: 142) podendo fazer novas abordagens aos conteúdos e reaprendizagens estimuladas por curiosidade, animada pela alegria ou pela ansiedade. E essa será a melhor arma para as descobertas do saber, que derrotam de vez a cegueira e os reducionismos.

Aprender uma mensagem, absorver e reter uma informação, é uma atividade cognitiva, através da memorização. Mas é a intensidade afetiva, sentida ou não no ato momentâneo em que ocorre, pela impregnação no sujeito do estímulo atencional, percecionado como competente (ou não), que determina a estabilidade e duração comportamental desse conhecimento. Aprendemos tanto melhor e mais profundamente, quanto mais emocionalmente estimulante for percebido o objeto de

3 LeDoux, quando defende que a memória é seletiva, dá ênfase à nossa capacidade de retenção dos estímulos percebidos como "mais competentes" pelo sujeito; donde defender que nem todos os pormenores de um acontecimento são aprendidos por nós da mesma maneira, ao contrário, «o aperfeiçoamento da memória produzido pela ativação emocional, pode afetar alguns aspetos mais do que outros» (p.221), o que reforça o impacto das memórias emocionais em detrimento das memórias explícitas.

aprendizagem. O poder do fenómeno designado por Damásio⁴ por “*estímulo emocionalmente competente*” (EEC) na aprendizagem, deixa claro o quanto a emoção é essencial na aprendizagem e como a vivência desse EEC, pode deixar inscrito em nós um “reportório de ação específica” (p.70), que para sempre podemos repetir, como resposta já experienciada de solução eficaz, que não necessita à posteriori, de nova organização química e neural. Esta é a mais valia das experiências de vida.

Emoções, sentimentos, afetos... são fenómenos inerentes à humanidade, com características comuns, mas distintos entre si (Goleman, 1995; 1999; Damásio, 1995, 2000; 2003) e com significado neuro morfológico diferenciado, mas de importância vital no comportamento relacional, decisório, cognitivo... e, portanto, na aprendizagem. O ato de aprender, a vida em geral e os conteúdos académicos em particular, está carregado de significados emocionais. Recordar é reviver emoções.

A este propósito e fazendo ponto de referência para a relação entre a memória, essencial nesse processo e a afetividade, Karli⁵ (1995: 142) defende de forma evidente que *«a conotação ou significação afetiva que vem associar-se aos parâmetros objetivos de um estímulo ou de uma situação, faz parte integrante da informação suscetível de ser memorizada»*, deixando claro que a tonalidade afetiva carrega de simbolismo a matéria ou o contexto e será também nessa condição que o sujeito, uma vez em contexto de aprendizagem, lhe atribuirá valor para ser memorizado.

Aprender (Marques-Teixeira⁶, 1997) é um processo, cujo contributo valorativo emocional da experiência - e nesta, a intensidade emocional atribuída aos estímulos - se constitui como variável, que pode modificar o nível da aprendizagem, como produto. Aprendemos não só mas também, com o contributo de sistemas de memória sensorial, através dos quais os estímulos nos impressionam (Marques-Teixeira⁷, 1997). O valor e a tonalidade emocional atribuídos a estes estímulos poderão determinar se estas apreensões se tornam transitórias ou permanentes. A não

4 Damásio defende que em experiências repetidas com um EEC, se desencadeiam conjuntos de respostas comportamentais, que ficam memorizadas no corpo, para voltarem a ser repetidas nos momentos em que o mesmo EEC é percebido. Defende que o resultado imediato destas respostas é uma alteração temporária no estado do corpo e no estado das estruturas cerebrais que mapeiam o corpo e suportam o pensamento, para colocarem o organismo em circunstâncias de sobrevivência e ao bem-estar.

5 Karli, incide a sua atenção nos estados afetivos como predisponentes para todos os comportamentos em geral, e também para a aprendizagem. Na memória visual, aponta a amígdala, como complexo essencial no reconhecimento do significado afetivo dos objetos e das situações, como capaz de gerar um determinado «estado afetivo», assumindo que este «estado afetivo assim induzido, põe em jogo uma verdadeira filtragem afetiva das informações visuais, uma escolha das informações sobre as quais, a atenção vai incidir de forma seletiva e que vão ser objeto de um tratamento privilegiado», o que em suma, determina o nível e quantidade de elementos a serem apreendidos.

6 Marques Teixeira considera que aprendizagem se refere ao «processo de adaptação do comportamento à experiência», e a memória refere-se aos «registos permanentes que estão na base desta adaptação»; conceitos que neste trabalho têm importância, dado que as experiências emocionais e os respetivos aspetos valorativo e adaptativo podem constituir-se como variáveis a considerar na aprendizagem.

7 O autor aborda os sistemas sensoriais, como contributos de aprendizagem, já que num brevíssimo espaço de tempo retêm a informação recebida, de tal modo que o organismo tem hipótese de a codificar em memória permanente e transformá-la em memória de longa duração (MLD) e memória permanente.

utilização dos factos (não estimulantes) apreendidos, desencadeia formas de “aprender a esquecer” o que se aprendeu e ou a recordar seletivamente (LeDoux, 2000: 221). Retemos o que mais nos impressiona e é este conjunto de dados que se guarda: a vivência, a essência. A aprendizagem dos conteúdos dos livros não é só o que fica, mas também e sobretudo a relação emocional que os alunos estabelecem com essa aprendizagem, através da interação simbólica que foi (se foi) assim desenvolvida. Neste fenómeno o professor é reconhecidamente uma variável importante de significação contextual. Neste aspeto das perceções do sujeito/contexto e realização formativa, a investigação parece apontar alguns dados empíricos que emprestam pertinência à inclusão da Educação Emocional no campo educativo, tanto para professores como para alunos:

- Relativamente aos alunos, os estudos efetuados comprovaram a correlação entre maior QE (Quociente Emocional) e adaptação escolar. Mais especificamente comprovou-se que a IE dos alunos não só se relaciona estatística e significativamente com critérios objetivos de adaptação escolar, tal como o rendimento académico; mas também com menor número de sanções por agressividade e hostilidade.
- Relativamente aos professores, a investigação de Franco⁸ (2003: 437-441), vem comprovar:

«a formação na temática da IE, conduz a mudanças efetivas das atitudes das professoras na sua relação com os seus alunos: passaram a ter atitudes maioritariamente orientadoras, ou seja, reveladoras de uma maior gestão emocional, (...) passaram a ser capazes de identificar um maior número de emoções (...) e permitiu-lhes interiorizar estratégias que as habilitam a melhor resolver problemas que impliquem identificar, usar, compreender e gerir emoções».

Do ponto de vista conceptual, recuperam-se as palavras de Mão-de-Ferro⁹ (1999) «*comunicar é partilhar significações*». Sendo a comunicação em educação carregada de simbolismos, e estes em aspetos valorativos emocionais, parece evidente que por serem os sentimentos e as emoções que sustentam os comportamentos do professor, serão também estes que irão plasmar nos alunos os estados afetivos, ou não, necessários para estimular a aprendizagem.

Só para mencionar como a ideia não é nova, no sentido de “moderna”, recupera-se a ideia expressa por Vigotsky (2003:121), em

⁸ Esta investigação teve como objetivo verificar o impacto que uma reflexão, no âmbito da formação de professores, sobre as emoções, sua identificação, modificação, compreensão e a sua utilidade na tomada de decisão (inteligência emocional), podia ter quer nos professores, quer nos alunos.

⁹ O autor defende que a comunicação se revela no «porque damos significado às coisas, que conseguimos, de uma forma coerente, orientar-nos de modo a satisfazer as necessidades no contexto social em que nos situamos».

1926, quando defendeu as reações emocionais como fundamento do processo educativo, tendo ao tempo já considerado que «*o professor tem de provocar a correspondente emoção do aluno e preocupar-se para que essa emoção esteja ligada ao conhecimento*». Este médico e psicopedagogo, além de considerar que «*educar significa estabelecer novas reações*» (p. 76), considerou também que o professor, enquanto educador seria detentor desse capital estimulativo... e ao ser estimulador deveria também ser o gestor dessa energia, de maneira a integrá-la nos conteúdos, e que estes tenham o significado cognitivo da emoção experienciada, razão porque o aluno se lembraria deles.

Este fenómeno poderá servir de base à questão: Qual seria a mais-valia de serem instituídas as metodologias de ensinar com emoção? Serviria como resposta que, pelo menos, tornaria o ato de aprender e ensinar mais humanizante... mas não é suficiente. A bibliografia disponível acerca das características inter relacionais insiste em «*ter aptidão para estabelecer a relação*» (Postic, 1979: 11) e as atitudes e características do (bom) professor aqui exploradas, além de incidirem nas componentes didáticas e técnicas, dão especial atenção às variáveis pessoais do professor como pessoa. Nesta dimensão, o autor defende que através da sua “função simbólica” o professor emite e recebe comportamentos como retroação direta, pelo que, em suma, o epicentro de todos os contextos educativos, nos tempos remotos como na pós modernidade, é a habilidade de relação: a relação intra e interpessoal. E estas habilidades dizem respeito às inteligências interpessoal e intrapessoal (Gardner, 1995: 14-18) e a três capacidades da Inteligência Emocional (Goleman, 1995; 1999): a Empatia, a Gestão de emoções e a Gestão de emoções em grupos, e mais recentemente de Competência Emocional (Veiga-Branco, 2004; 2007).

Principalmente porque a ação relacional deve estar imbuída de uma intencionalidade educativa, há uma energia motivacional, «*como componente dinâmico ou energético da ação, que traduz os esquemas afetivos que a orientam*» (Gimeno Sacristan 1999: 35) e, como defende este autor, «*os motivos pessoais e sociais compartilhados dão sentido à educação*». Mas esta atribuição de sentido, ao que o professor concebe como educação, tem de forma subjacente uma expressão afetiva acerca de como se sente enquanto educador e enquanto par social, na rede social do tecido educativo. Este ponto adquire substancial importância, já que as interações com os outros modificam as tonalidades emocionais e alteram a sua gestão, porque como defende Karli (1995: 167)

«o desenvolvimento de um comportamento adaptado e gratificante requer necessariamente que os estímulos e as situações da vida social possam adquirir a sua plena significação (cognitiva e afetiva) e conseqüentemente, todas as suas virtudes

“motivantes” nas – e através das – interações concretas com o meio social.».

Na verdade, o desenvolvimento dos estados afetivos, tanto no ser humano em geral como no professor em particular, não decorrem só da relação consigo mesmo; os outros com quem interage são variáveis também de profunda influência no processo.

A forma e a eficácia como os professores sentem e gerem a energia emocional, que está subjacente à dinâmica motivacional, evidenciará um conjunto de destrezas preditivas da sua competência, nas ações como ser humano afetivo e social, no dizer de Gimeno Sacristan (1999) e como agente educativo. Karli (1995: 142) acentua que «o conjunto de aspetos cognitivos de uma situação, concentra-se frequentemente numa experiência afetiva (...) que constitui o essencial da leitura que o cérebro faz dessa situação...», nomeadamente quando é necessário usar essas capacidades cognitivas, onde segundo Karli, essa experiência afetiva, será «o principal determinante do comportamento de resposta.» (p.149). Ora isto diz respeito à relação educativa, quer na sua dimensão formativa pessoal quer de aprendizagem, tendo em conta a sua importância direta no sucesso do desenvolvimento intra e interpessoal das pessoas do professor e aluno, bem como dos que com eles interagem.

As emoções positivas solicitam do sujeito que aprende uma energia motivadora para direcionar a atenção e a aprendizagem, e esta é uma mais valia ao nível da Gerontologia. E além desta ideia, é de entre todas a ambiência social – no contexto de educação de idosos - a que mais contribuiria com efeitos antirredutores do que *educere*, no sentido de aprender a aprender pode significar.

Como contributo essencial poderia ser pensada a proposta dentro das instituições educativas, no sentido de haver a formação em educação emocional. Este tema deve ter uma aplicação transversal, e, como tal, deve poder ser aplicado e gerido por todos os professores, independentemente da sua área de formação. No entanto para a sua aplicação, se assim for considerado pela instituição, podem ser usados em parceria, formadores da área de psicologia e ou psicopedagogia, constituindo-se como equipa interdisciplinar.

Para terminar, relembra-se, que os Gerontólogos, que aprendessem a vivenciar com mais frequência emoções de tonalidade positiva, do que emoções de tonalidade negativa, estariam em melhor posição para fortalecer a motivação, a atenção em contextos do processo de apreender e aprender, já que há um efeito circular de relações que se potencializam entre si, e que contribui para o idoso se relacionar afetivamente com o conhecimento novo e reestruturar o já adquirido. Por motivos vários, as

necessidades adaptativas aos contextos do campo social e profissional, emergentes das conjunturas macro das políticas educativas, exigem aos gerontólogos, destrezas de carácter intra pessoal e inter pessoal, que os modelos formativos por si só, não comprovaram dar (Braga, 2001) e que parecem ser as características de natureza pessoal (Postic, 1984; Rogers, 1974; 1985), a que os autores de feição psicopedagógica defenderam desde sempre para ser educador, em contextos de educação, mas que em gerontologia – no seu sentido de educere - faria todo o sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Asensio, J.; Garcia-Carrasco, J.; Nuñez Cubero, L.; Larrosa, J. (2006). *La Vida Emocional. Las emociones y la formación de la identidad humana*. Barcelona: Ariel.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación Emocional e Bien-estar*. Barcelona: Praxis.
- Cantero, J.M.; Navas, F.P. (2004). *Processos Psicológicos Básicos*. Madrid: McGrawHill.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Fluir. Una Psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.
- Damáso, A. (1996). *O Erro de Descartes*. Men Martins: Europa-América.
- Damáso, A. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Men Martins: Europa-América.
- Damáso, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurobiologia do Sentir*. Men Martins: Europa-América.
- Damáso, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do Cérebro Consciente*. Temas e debates. Maia: Circulo de Leitores.
- Dimberg, U.; Thunberg, M.; GrunedaL, S. (2002). "Facial reactions to emotional Stimuli: Automatically controlled emotional responses". *Cognition and Emotions*. 16 (4), 449-471.
- Dupont, P. (1982). *La Dynamique de la Classe*. Paris: PUF.
- Ekman, P. (2004). *Qué Dice ese Gesto?*. Barcelona: Integral.
- Fernandez-Abascal, E.; Palmero, F. (1999). *Emociones e Salud*. Barcelona: Ariel.
- Franco, M. G. (2003). *A gestão das Emoções na Sala de Aula: Projeto de modificação das atitudes emocionais de um grupo de docentes do 1º Ciclo do Ensino Básico*: Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Educação, Psicologia da Educação. Universidade da Madeira.
- Gardner, H. (1995). *Inteligências Múltiplas. A Teoria na Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gimeno Sacristan, J. (1999). *Poderes Instáveis em Educação*. Porto Alegre: Artmed.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Circulo de Leitores.
- Jesus, S. (2004). *Psicologia da Educação*. Coimbra: Quarteto.
- Karli, P. (1995). *O Cérebro e a Liberdade*. Mem Martins: Ed. Piaget.
- LeDoux, J. (2000). *O Cérebro Emocional. As Misteriosas Estruturas da Vida Emocional*. Lisboa: Pergaminho.
- Marques-Teixeira, J. (1997). "Aprendizagem e Memória. Abordagem Psicofisiológica". *Psicofisiologia II – Texto de Apoio, Curso de Psicologia Clínica*. Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
- Marques-Teixeira, J. (2003). "Emoções: Delimitação conceptual". *Saúde Mental*. 6, 48-54.
- Malaret, G. (1999). *As Ciências da Educação*. Lisboa: Livros e Leituras.
- Postic, M. (1990). *A Relação Pedagógica*. 2ª ed. Coimbra: Coimbra Ed.
- Punset, E. (2010). *Viagem ao Poder da Mente*. Alfragide. Dom Quixote. p 21.
- Rogers, C. (1981). *Terapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Paidós
- Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. New York: Guilford Press.

- Salovey, P. (2001). Applied Emotional intelligence: regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. In Ciarrochi, J.; Forgas J.; Mayer, J.D. (Eds), *Emotional Intelligence in every life*. Philadelphia, Psychology Press. 123-135.
- Schutte, N.; Malouff, J.; Simunek, Mckenley, J.; Hollander, S. (2002). "Characteristic Emotional Intelligence and Emotional Well-being". *Cognition and Emotion*, 16 (6), 769-785.
- Veiga-Branco, M. (1992). "Psicologia Da Educação: A Relação Educativa não se Desenvolve de um Modo Aleatório nem de Acordo com a Vontade Exclusiva do Formador". *Nursing*: 51-53.
- Veiga-Branco, M. (2000). "Competência Emocional do Professor. *Revista Galego-Portuguesa de Psicopedagogia e Educación*, 4, 6: 311. Ed.U.C./U.M.
- Veiga-Branco, A. (2004). *Competência Emocional em Professores*. Coimbra: Quarteto.
- Veiga-Branco, M. (2007). Competência Emocional em Professores (cap. 20) in *Candeias, A.; Leandro de Almeida. A Inteligência Humana: Investigações e Aplicações*. Coimbra: Quarteto.
- Veiga-Branco, M. (2009). La Inteligencia Emocional en una Organización de Educación. V *Jornades "La intelligençia emocional a les organitzacions"*. Barcelona.
- Vigotsky, L. (2003). *Psicologia Pedagógica*. Edição Comentada. Porto Alegre: Artmed.

CAPÍTULO 22 - SABEDORIA, CONHECIMENTO E ESPIRITUALIDADE NO IDOSO

Emília Magalhães

INTRODUÇÃO

Nos primeiros sessenta anos do século XX, a Psicologia assumiu que os anos da velhice eram de declínio. A Psicologia do Desenvolvimento era uma psicologia do crescimento orientado à produtividade e à autonomia física e cognitiva, características do adulto. Neri (2006), citando Yerkes (1921); Miles e Miles (1932); e Lehman (1953), refere que predominava a noção do declínio intelectual na vida adulta e na velhice, não se vislumbrando compatibilidade com qualquer ideia de desenvolvimento em idades mais avançadas.

A construção social do conceito de velhice está sujeita a mudanças relacionadas com a idade: quando se é velho e o que é ser velho, é diferente para as crianças, adolescentes, adultos e velhos. Torna-se importante salientar que velhos são quem a sociedade diz que o são, e que, por conseguinte, os velhos e a imagem social dominante que se tem deles é uma construção social. Esta imagem social tem variado ao longo da história e mesmo atualmente não é igual em todas as sociedades.

Na nossa sociedade, os que têm o poder são adultos da meia-idade, e o modelo de valores dominante é um “modelo jovem”. Um dos elementos essenciais desta construção social da velhice é a representação mental desta etapa como período de “deterioração” e “involução” (López Sánchez & Olazábal Ulacia, 2006). De acordo com estes autores, esta forma de ver as coisas, entendia que a evolução humana passava por um período de desenvolvimento (até à idade adulta), estabilidade (durante a vida adulta) e de deterioração (na velhice); todas as capacidades seguiam uma única direção: a mudança seria então unidirecional, universal e irreversível.

Sabe-se hoje que esta conceção está errada. A mudança das diferentes capacidades não é unidirecional, nem universal, nem irreversível. Embora algumas capacidades possam deteriorar-se, outras mantêm-se e inclusive podem enriquecer-se, as pessoas evoluem de formas diferentes, e há mudanças que são reversíveis.

SABEDORIA

A sabedoria é uma competência que tradicionalmente foi considerada com ganhos associados à idade (Triadó & Villar, 2008). Segundo Barros de Oliveira (2005: 81) a sabedoria já era assunto tratado na Bíblia, muito antes dos psicólogos se debruçarem sobre esta temática, de facto, diz, no “Livro da Sabedoria” o Rei Salomão Século. X a.C., referindo-se à sabedoria assinalava que: “Mais ágil que todo movimento é a Sabedoria, ela atravessa e penetra tudo, graças à sua pureza. Ela é um sopro do poder de Deus, e uma irradiação límpida da glória do Todo-Poderoso, assim nada de mancha pode insinuar-se nela ...”.

A sabedoria é uma das metas que todo o ser humano pode desejar atingir e que, tradicionalmente era uma característica que estava associada à velhice. Os idosos podem apresentar comportamentos que permitem a designação de sábios, se bem que a sabedoria seja descrita como um fenómeno que envolve características cognitivas, motivacionais e emocionais. A sabedoria é considerada uma manifestação da inteligência prática e dos mecanismos de seleção, otimização e compensação (SOC), descritos por Baltes e Staudinger (2000) citados por Neri (2006).

Surgiu assim a Psicologia do Envelhecimento, caracterizada pela relevância do desenvolvimento ao longo de toda a vida (*lifespan*), dando origem a novas metodologias, novas perspetivas teóricas, mais orientadas no sentido da compreensão e explicação de aspetos específicos do envelhecimento.

Segundo Lerner; Dowling e Roth (2003), citados por Neri (2006), o paradigma *lifespan* é hoje a corrente dominante na Psicologia do

Envelhecimento, cada vez mais adotada por um número crescente de investigadores que antes incidiam os seus estudos em grupos etários anteriores à idade adulta e velhice. A mesma autora cita Baltes; Staudinger e Lindenberger (1999) os quais referem que o paradigma *lifespan*, considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões de desenvolvimento, é transaccional, dinâmico e contextualista, compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidireccional de mudanças orientadas por influências genético, biológicas e socioculturais de natureza normativa e não normativa, caracterizadas por ganhos e perdas concorrentes e pela interação entre o indivíduo e a cultura. A mesma autora refere ainda que uma das contribuições mais importantes do paradigma *lifespan* diz respeito a um conjunto de princípios derivados da investigação sobre os padrões do desenvolvimento intelectual na velhice e sobre a modificabilidade dos desempenhos cognitivos através do treino. A investigação incidiu no modelo de inteligência de Horn e Cattell (1966): a inteligência “fluída” e inteligência “cristalizada” e ainda, na inteligência “mecânica” e inteligência “pragmática” de Baltes et al., (1995). A sabedoria seria como referido a manifestação da inteligência prática, pois inclui as capacidades e processos intelectuais adquiridos a partir da interação da experiência com as capacidades fluídas exemplificadas pelo raciocínio lógico. Assim a inteligência fluída declinaria com a idade, pelo facto de depender dos mecanismos neurológicos responsáveis pelo processamento da informação. A inteligência cristalizada, designada ainda por Baltes et al. (1995) como o software do funcionamento intelectual, não declina com a idade podendo mesmo apresentar progressos desde que existam oportunidades culturais e que as capacidades fluídas não estejam afetadas por declínio patológico acentuado.

Nesta perspetiva a sabedoria constituiria o protótipo da inteligência pragmática, entendida não somente como factual, mas principalmente reflexiva. Implicando a planificação da vida e a avaliação ponderada dos meios rumo ao fim, capaz de enfrentar todas as dúvidas e adversidades, o que implica grande equilíbrio e experiência para dar pleno sentido à vida (Barros de Oliveira, 2005: 81-82).

A sabedoria foi relacionada ainda à grande capacidade de comunicação e de julgamento, bons conselhos, compreensão, conciliação de opiniões e reflexão antes da decisão (Barros de Oliveira, 2005: 81-82). Baltes e Smith (1990) citados pelo mesmo autor designam como fatores essenciais associados à sabedoria os seguintes: bom senso, experiência, enquadramento mais abrangente dos acontecimentos, grande capacidade de observação, abertura de espírito, independência de pensamento. Izquierdo e Angel (2007) citam Staudinger e Baltes (1996) os quais definem sabedoria como o conhecimento “expert” nas questões vitais.

Uma pessoa seria sábia quando: tem melhor conhecimento dos factos ao anular situações conflituosas; quando domina melhor as estratégias perante as consequências de uma tomada de decisões; quando considera todos os aspetos do meio, estabelecendo prioridades; e, quando reconhece as inseguranças da vida para poder resolvê-las (Izquierdo and Angel, 2007).

Baltes et al. (1995); Baltes et al (1999) e Baltes e Staudinger (2000) citados por Kunzmann (2009), definem sabedoria como um conjunto de conhecimentos altamente desenvolvidos, a prior, ou sobre a base de um importante trabalho cultural e psicológico. Por sua vez, Kramer (2000) e Sternberg e Dennis (1996) também citados por (Kunzmann, 2009), referem-se à sabedoria como um conhecimento avaliado pelo tempo, e que guia o nosso comportamento otimizando a produtividade simultaneamente a nível individual, de grupo e inclusive a sociedade. A sabedoria é um ideal conceptual mais que um estado de expressão comportamental.

Após a análise dos diferentes conceitos filosóficos, culturais e históricos da sabedoria, (Baltes & Staudinger, 2000), citados pelo mesmo autor, salientam alguns aspetos frequentemente apontados ao falar dela. Assim a sabedoria, representa um nível superior de conhecimento, juízo e conselho, um conhecimento alargado, profundo e equilibrado, que tem a ver e aplica-se a questões importantes e difíceis relacionadas com a vida e o seu significado, atendendo às limitações e incertezas do próprio conhecimento. Frequentemente a sabedoria é entendida como a confluência perfeita entre a mente e o carácter, entre o conhecimento e a virtude, direcionada à prática do bem, tanto do próprio, como e sobretudo o do próximo. Esta complexidade e multidimensionalidade do conceito de sabedoria corresponde às múltiplas linhas de investigação que se debruçaram no seu estudo da sabedoria (Villar, 2006). A perspetiva do modelo da sabedoria de Berlim, proposto por Paul Baltes e seus colaboradores, foi a que gerou maior número de resultados até ao momento, razão pela qual se vai descrever mais pormenorizadamente no primeiro ponto do texto.

O MODELO DE SABEDORIA DE BERLIM — A SABEDORIA COMO UM CONHECIMENTO “EXPERT”

“Un conocimiento altamente valorado y extraordinariamente cualificado sobre la manera de afrontar los problemas fundamentales (es decir, existenciales), relacionados con el sentido y la conducción de la vida”.

(Kunzmann, 2009: 297).

A abordagem da sabedoria de uma forma científica não é tarefa fácil, pois trata-se de um novo conceito e ainda não existem técnicas estandardizadas de realizar a sua avaliação, os procedimentos qualitativos foram os utilizados, por Baltes e colaboradores (Baltes & Staudinger, 2000; Baltes et al., 1995; Baltes et al., 1999), que utilizaram como base da avaliação tarefas de “planificação da vida” e “revisão da vida” (Fernández-Ballesteros, 2003). A mesma autora refere que, inicialmente, o paradigma pragmático de sabedoria, foi orientado para o estudo em idosos e os resultados revelaram que a mesma tem mais probabilidade de ocorrer na velhice que em idades anteriores do desenvolvimento, pois depende da experiência acumulada. No entanto ser idoso não é condição suficiente para a emergência da sabedoria, pois outros aspetos como a profissão, tipos de experiência sócio-históricas, riqueza de experiências pessoais, a personalidade e a inteligência, são fatores que condicionam o aparecimento de desempenhos sábios na velhice, conforme o revelado no Berling Aging Study, realizado por Baltes e Mayer (2001) que se irá aprofundar a seguir.

Triadó e Villar (2007), mencionam que o desenvolvimento do conhecimento sábio ao longo da vida de acordo com o modelo de Berlim de Baltes e Mayer, identifica três tipos de fatores responsáveis pelo seu desenvolvimento: o primeiro tipo relaciona-se com os contextos e experiências vitais genéricas que podem gerar conhecimento relacionado com a sabedoria (exemplo: grau académico, a experiência relacionada com receber e oferecer conselhos, educação de outros, desempenhar uma profissão que implique dirigir e reponsabilizar-se com pessoas); o segundo tipo inclui uma série de vivências mais específicas relacionadas com a planificação e gestão e revisão de vida que implica a sabedoria tais como: ter experiência na resolução e problemas e dilemas vitais, ser mentor ou dispor de certas qualidades ou motivações por exemplo um forte interesse por questões humanas ou ainda um impulso para a melhoria e excelência pessoal; por último salientam-se certas disposições e fatores individuais, que embora não sejam determinantes favorecem a sabedoria, estamos a falar de aspetos como a criatividade, a inteligência a flexibilidade ou um tipo de personalidade caracterizado por um interesse em aprender e uma abertura a novas experiências. O mesmo autor reforça que a sabedoria foi considerada como um conjunto de conhecimentos sobre os assuntos fundamentais da vida e que têm a ver com: a planificação, que inclui o estabelecimento de metas relevantes e de esforços destinados a alcançá-las; a gestão, ou seja a melhor forma de enfrentar e evitar as situações problemáticas e a administração das nossas possibilidades para levar uma vida com qualidade; e, a revisão de vida, relaciona-se com o dar significado ao que foi já vivido, no sentido de entender que valeu a pena ter vivido.

Kunzmann (2009) menciona que para descrever este conjunto de conhecimentos com mais detalhe desenvolveram-se cinco critérios, por se supor que o conhecimento qualificado relacionado com o sentido da vida e o comportamento que se aproxima à sabedoria devem-se cumprir todos e cada um dos cinco critérios. Dois desses critérios, designados de básicos por serem característicos de todo o tipo de perícia: (1) um conhecimento rico e objetivo da natureza humana e do curso da vida; e (2) um bom conhecimento prático das formas ou estratégias de enfrentar os problemas da vida, designado muitas vezes por *coping*, conceito que será desenvolvido adiante. Os outros três critérios são denominados por meta-critérios pelo facto de se considerarem exclusivos da sabedoria e, além disso, coadjuvam, a ideia de universalidade: (3) o contextualismo no curso da vida, dito de outra forma, a consciência e compreensão da multitude de contextos da vida, a forma como se relacionam entre si e as mudanças que experimentam no percurso da mesma; (4) o relativismo dos valores e a tolerância, ou seja, o reconhecimento dos diferentes valores e prioridades vitais dos diferentes indivíduos, sociedades e culturas; e, (5) o saber fazer frente à incerteza, aceitando a limitação do próprio conhecimento.

Para analisar a sabedoria, pede-se aos participantes que pensem em voz alta sobre problemas hipotéticos, por exemplo: “imagine que alguém recebe uma chamada telefónica de um grande amigo dizendo que não aguenta mais a situação e que vai suicidar-se”; ou, “Uma jovem de 15 anos quer casar-se imediatamente”. Como se poderiam resolver estes problemas? Os avaliadores qualificados, avaliam as respostas a estes problemas, utilizando os cinco critérios descritos, para poder definir o conhecimento relacionado com a sabedoria (esta avaliação, tendo como base os critérios mencionados, mostrou fiabilidade e validade satisfatória).

Baltes et al. (1995) citados por Kunzmann (2009), referem que num estudo realizado em Berlim, com figuras públicas de idade madura e idosos reconhecidos, à priori, como sábias e com experiência da vida, obtiveram resultados melhores nas tarefas realizadas em laboratório, superando os adultos da mesma idade não reconhecidos como sábios. Baltes e Staudinger (2000) e Kunzmann e Baltes (2005), citados pelo mesmo autor, apontam como os principais resultados das investigações:

1. *Os níveis altos de conhecimento relacionado com a sabedoria são raros. Muitos adultos estão no caminho da sabedoria, mas são muito poucos os que alcançam um elevado nível de conhecimentos relacionados o a mesma, de acordo com as tarefas do modelo de Berlim.*

2. *O conhecimento relacionado com a sabedoria parece começar a desenvolver-se entre o final da adolescência e o início da idade adulta. Por sua vez, Pasupathi; Staudinger, e Baltes (2001), num estudo em uma amostra de pessoas entre 14 e 20 anos de idade, concluíram que o conhecimento relacionado com a sabedoria aumenta consideravelmente neste período da vida. Baltes et al. (1995) e Baltes et al. (1999), referem que em quatro estudos com uma amostra de 533 indivíduos com idades compreendidas entre 20 e 89 anos, a relação entre o conhecimento relacionado com a sabedoria e a idade cronológica é praticamente irrelevante.*
3. *No desenvolvimento do conhecimento e o juízo relacionado com a sabedoria durante a segunda metade da vida, são decisivos outros fatores distintos da idade, já que intervêm uma diversidade de fatores de diferentes âmbitos que favorecem a perícia em questão e que vão desde o estilo sociocognitivo da pessoa (por exemplo, a inteligência social e a abertura à experiência), às circunstâncias sociais e culturais (por exemplo, exposição às mudanças sociais) e, ainda, o contexto social próximo do indivíduo (por exemplo, a presença de modelos de papel). Staudinger, Smith, e Baltes (1992); Smith, Staudinger e Baltes (1994); e Staudinger, Lopez, e Baltes (1997), salientam que as experiências de vida, a formação e a prática profissional e certas preferências motivacionais (como o interesse por entender e ajudar os outros), parecem ser mais importantes que a inteligência académica e os traços básicos da personalidade, no desenvolvimento do conhecimento relacionado com a sabedoria durante a idade adulta. Se a confluência de fatores favorecedores se efetua, alguns indivíduos podem continuar a sua trajetória de desenvolvimento até níveis de conhecimento mais alto, no entanto, os idosos estão entre os que melhores pontuações obtêm nas tarefas relacionadas com a sabedoria (Kunzmann, 2009).*
4. *Os ganhos em relação com a sabedoria, medidos segundo as tarefas de Berlim, podem melhorar por meio de intervenções sociais e cognitivas, por exemplo uma tática mnemotécnica (método de Loci), em que se faz viajar os participantes numa nuvem em volta do mundo, pode ser usada para chamar a atenção sobre o relativismo cultural e a tolerância. Staudinger e Baltes (1996) concretizaram uma experiência em que pediram aos participantes para pensarem em voz alta acerca de um problema relacionado com a sabedoria, mediante uma série de condições experimentais que incluem interações sociais imaginárias e reais. Esta técnica pode realmente incrementar os resultados nas tarefas relacionadas com a sabedoria em indivíduos que têm um potencial latente.*

A COMPREENSÃO DA SABEDORIA BASEADA NA PERSONALIDADE

Ardelt (2004) citado por Kunzmann (2009) define sabedoria como a integração de características cognitivas, reflexivas e afetivas. As qualidades cognitivas, são as competências em discernir e lidar com a complexidade e incertezas da vida, rumo à verdade; as reflexivas, têm a ver com o conhecimento descritivo e interpretativo, buscando o significado profundo dos acontecimentos e aceitando a realidade e as afetivas referem-se a uma maior compreensão e empatia com os outros.

Baltes et al. (1999) citado ainda pelo mesmo autor, referem que a sabedoria se adquire por meio de um processo de aprendizagem e exercício extenso e intenso, o qual requer um alto grau de motivação no sentido de atingir a excelência, bem como a existência de circunstâncias ambientais favoráveis e ainda outros fatores como: certas capacidades intelectuais, disponibilidade de mentores, o domínio de certas experiências vitais adversas, abertura a novas experiências e ainda valores relacionados com o crescimento pessoal, a benevolência e a tolerância. Os autores declaram também que os caminhos que conduzem à sabedoria podem ser vários, pois que as combinações de fatores favoráveis conduzem a níveis de sabedoria semelhantes.

A clarificação da estrutura e conteúdo da personalidade sábia ainda estão por esclarecer. Helson (1997), citado por (Kunzmann, 2009) refere-se às componentes da personalidade sábia: *sabedoria prática*, reflete o desenvolvimento intrapessoal, respostas afetivas maduras, conhecimento de si mesmo, integridade; *sabedoria transcendente*, autotranscendência, aceitação dos limites o conhecimento e compromissos filosóficos/espirituais.

Gough e Heibrun (1983) procedem a avaliação da Sabedoria Prática através de uma escala, Adjective Check List – (ACL), constituída por 18 adjetivos indicadores de uma pessoa sábia/sensata, por exemplo: ser justo, perspicaz, inteligente, amplos interesses, maduro, realista, razoável, reflexivo, pensativo, tolerante, compreensivo ou prudente, etc.. Os adjetivos contra indicadores, foram considerados, por exemplo: Imaturo, intolerante, imprudente ou superficial. Esta escala aplicou-se como medida baseada na própria declaração e na informação de um observador (Kunzmann, 2009).

A DINÂMICA EMOCIONAL DA SABEDORIA

“São os atos e os objetos que admiramos que definem a qualidade de uma cultura, bem como as nossas reações a quem é responsável por esses atos e objetos”

“Sem recompensas adequadas, a probabilidade de os comportamentos admiráveis serem imitados diminui. O mesmo se passa com a compaixão, tem que ser recompensada para ser imitada, os indivíduos mostram compaixão para com aqueles que os rodeiam e isso leva a uma esperança numa sociedade saudável”.

(Damásio, 2010: 162)

Estudos recentes (Baltes & Staudinger, 2000); (Kunzmann & Baltes, 2003), referem as disposições emocionais e motivacionais, considerando-as fatores determinantes no desenvolvimento do conhecimento relacionado com a sabedoria, em dado momento (Kunzmann, 2009). De acordo com o mesmo autor, desde o ponto de vista do desenvolvimento, certas experiências e disposições emocionais podem ser fundamentais para a aquisição da sabedoria como um sistema de conhecimentos qualificados relacionados com o sentido e orientação da vida. As relações entre os sentimentos orientados para os outros; empatia, ou simpatia e os sentimentos egocêntricos; angústia, ira, por um lado, e o conhecimento ligado à sabedoria, por outro lado, podem seguir em ambos os sentidos.

A sabedoria foi considerada um recurso pessoal, com orientação a experienciar certas emoções positivas, como a simpatia, o amor, a compaixão e tendência a reduzir as experiências que originam emoções negativas, como sentimentos de hostilidade, desespero, angústia (Ardelt, 2004, citado por Kunzmann, 2009). Assim, as pessoas com altos níveis de conhecimento relacionado com a sabedoria experimentam os acontecimentos potencialmente desencadeantes de emoções de modo muito diferente das pessoas com baixos níveis do referido conhecimento (Kunzmann, 2009).

Damásio (2010) declara que “As emoções propriamente ditas, (o receio, a raiva, a tristeza e repulsa) são apenas uma joia da coroa que faz parte da regulação da vida”. Este autor salienta a importância de distinguir entre emoção e sentimento, referindo que as emoções são programas complexos, em grande parte automatizados, de ações modeladas pela evolução levadas a cabo no nosso corpo, desde as expressões faciais e posições do corpo até às mudanças nas vísceras e meio interno.

Os sentimentos de emoção, por outro lado, são, composto pelo que acontece no corpo e na mente quando sentimos emoções. Dito de outra forma talvez mais clara; as emoções são ações acompanhadas por ideias e modos de pensar, enquanto que os sentimentos emocionais são acima de tudo percepções daquilo que o nosso corpo faz durante a emoção, a par, das percepções do estado da nossa mente durante o mesmo período de tempo.

As chamadas emoções universais referidas anteriormente, estão presentes em muitas culturas e são facilmente identificáveis - expressões faciais, por exemplo. A universalidade das expressões emocionais revela até que ponto o programa de ação emocional ou dinâmica emocional, é inato, automatizado e previsivelmente estável, levando-nos a um determinismo genético.

Damásio (2010) refere que há uma considerável personalização das reações emocionais em relação ao estímulo causal, dito de outra forma, somos muito parecidos, mas não totalmente, já que a influência da cultura em que crescemos, ou a educação individual, dá-nos a possibilidade de controlar, em parte, as nossas expressões emocionais. As demonstrações públicas do riso ou do choro, são diferentes nas variadas culturas, pois são moldadas, mesmo entre membros de classes sociais específicas.

Kunzmann (2009) coloca a seguinte questão - Qual a orientação motivacional que acompanha a sabedoria? A resposta a esta questão foi respondida através de um estudo realizado por Kunzmann e Baltes (2003) e que revelou como era previsível que os adultos com níveis mais altos de conhecimento ligado à sabedoria mostrassem menor preferência pelos valores que andam à volta de uma vida cómoda e agradável, mas sim uma maior motivação para os valores orientados para o próprio eu, como o crescimento pessoal e a perspicácia, e ainda por valores direcionados para os outros, com a proteção do meio ambiente, o compromisso social e o bem-estar dos amigos. As pessoas com níveis mais altos de conhecimento em relação à sabedoria, mostram também menor preferência por estratégias de confronto dos conflitos que tenham uma preocupação unilateral pelos próprios interesses, (domínio, submissão e evitação), preferindo confrontos que reflitam preocupação pessoal e dos outros (cooperação).

MODELO QUE RELACIONA AS CONDIÇÕES E CONSEQUÊNCIAS DA RESILIÊNCIA DO EU E DA PERSONALIDADE NOS IDOSOS

Baltes e Mayer (2001) referem que a resiliência do Eu é influenciada por fatores de risco e por processos de autoproteção. Sendo considerados como fatores de risco: os riscos sócio económicos, classe social, prestígio social, educação (em anos), rendimento, número de diagnósticos, visão, audição, atividades da vida diária e Idade. Como processos de autoproteção, foram designados: as características da personalidade, emoções, estratégias de *coping*, sistema de estratégia, experiência de vida, conceitualidade do Eu. Os primeiros estariam relacionados com os estados depressivos nas pessoas idosas e os últimos com a satisfação de vida.

Os fatores de risco apontados por Baltes, são designados por Vaz Serra (2011) como circunstâncias indutoras de *stress*, designadamente: acontecimentos traumáticos; acontecimentos significativos da vida; situações crônicas indutoras de stress; micro-indutores; macro-indutores; acontecimentos desejados que não ocorrem e traumas ocorridos nos primeiros estádios de desenvolvimento.

Ainda relacionado com as circunstâncias indutoras de *stress*, Cecil Helman (2000) citada por Vaz Serra (2011), salienta que os fatores culturais desempenham um papel complexo na resposta do indivíduo ao *stress*, podendo ser considerado protetor ou patogénico. Os valores culturais de um grupo podem proteger contra o *stress* quando, por exemplo, fortalecem a coesão social e familiar de forma que o indivíduo lide melhor com as situações adversas. No entanto a autora, declara que esses mesmos valores culturais podem também proporcionar um aumento de *stress*: “certas crenças, valores, expectativas e práticas culturais, podem aumentar o número de circunstâncias indutoras de *stress* a que o indivíduo está exposto. Cada cultura define o que constitui “êxito” e “fracasso”, “prestígio” e “desprestígio”, um comportamento de “mérito” ou “reprovável”, “boas” ou “más” notícias. A diferença dos conceitos é enorme nas diversas sociedades. A autora refere ainda que, o indivíduo tenta alcançar os objetivos que são definidos e os níveis de prestígio e padrões de comportamento que o grupo cultural a que pertence espera dos seus membros. O fracasso em alcançar esses objetivos, pode determinar frustração, ansiedade ou mesmo depressão, ainda que absurdos para os membros de outras sociedades.”

Kobasa (1979); Kobasa, Maddi, e Kahn (1982); Kobasa, Maddi, e Puccetti (1982); e Kobasa e Puccetti (1983) citados por Vaz Serra (2011) fazem referência a um tipo de personalidade particularmente resistente ao *stress*, as pessoas com esta personalidade, são confiantes, acreditam em si e no que são capazes de fazer, aceitam mudanças, consideram as situações de *stress* como um desafio e uma oportunidade de crescimento pessoal. A resiliência ou hardiness, foi definida como, “a aptidão para recuperar rapidamente da doença, da depressão, da diversidade ou de fenómenos semelhantes”.

Lazarus e Folkman (1984) citados por Vaz Serra (2011), referem que o *coping* representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, internas e externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos. Vaz Serra (2011) cita Monat e Lazarus (1985) os quais salientam que *coping* se relaciona com os esforços realizados para lidar com situações de dano de ameaça e de desafio, quando o indivíduo não tem disponível no seu repertório de comportamento uma resposta automática para confrontar a situação.

Ainda a este propósito o mesmo autor cita Snyder (1999), que menciona que as estratégias de *coping* correspondem às respostas, dadas pelo indivíduo, que têm por finalidade diminuir a “carga” física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de *stress*. A eficácia destas estratégias, segundo estes autores, avalia-se pela capacidade que têm em reduzir de imediato a perturbação sentida bem como no futuro, poder mesmo ser evitado o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do ser humano. As estratégias de lidar com situações indutoras de *stress* têm modalidades diferentes: orientadas para a resolução do problema; para o alívio das emoções sentidas; e, em outros casos, no sentido de busca de apoio social.

UMA TEORIA INTEGRAL (KEN WILBER, 2005)

Seria uma falha não incluir neste capítulo a visão holística da teoria integral, não só por me ter fascinado e servido de reflexão, mas principalmente porque a sabedoria, de acordo com o modelo da Teoria de Berlim, para além dos conhecimentos profundos em várias áreas científicas, contempla outros aspetos relacionados com o desenvolvimento da consciência humana, o que vai permitir um melhor entendimento.

O autor da teoria integral, Ken WILBER, é considerado um dos fundadores do movimento da “Psicologia Transpessoal”, tendo-se desligado deste movimento em 1983 e criado o campo dos “Estudos Integrais”, do qual faz parte a “Psicologia Integral”. É um dos mais heterodoxos filósofos e pensadores contemporâneos.

A sua obra visa a integrar o conhecimento humano, apresentando uma visão coerente que interliga harmoniosamente ciência, filosofia, arte, ética e espiritualidade. É o fundador e presidente do Integral Institute, que congrega mais de 400 pesquisadores nas áreas de Educação, Negócios, Política, Ecologia, Direito, Psicologia, Medicina, Arte e Espiritualidade, entre outras.

É o escritor académico mais traduzido dos EUA. Alguns de seus livros, já traduzidos para o Português, são: O espectro da Consciência; A Consciência sem Fronteiras; O Projeto Atman; O Paradigma Holográfico; Um Deus Social; Transformações da Consciência; O Olho do Espírito; A União da Alma e dos Sentidos; Psicologia Integral; Uma Teoria de Tudo; Boomerite; Graça e Coragem; A Visão Integral.

Neste capítulo pretende-se fazer apenas uma abordagem desta visão integral, despertando no leitor o interesse para a análise posterior da Teoria de Ken Wilber. Porém, antes de nos debruçarmos sobre a

Teoria Integral de Ken Wilber, torna-se importante analisar a origem da consciência, que tanta polémica suscita e que vários autores têm dispensado muito tempo ao seu estudo.

Mathieu e Thuan (2001), num diálogo sobre um continuum da consciência, declaram que a mesma pode atingir o conhecimento perfeito, significando isto que despertou do sono da ignorância, manifestado espontaneamente através de uma compaixão sem limites. Este conhecimento, das nossa existências passadas, a acumulação de hábitos de todas as espécies permanecem latentes no continuum da nossa consciência e influenciam substancialmente a nossa forma de pensar e de agir. O mesmo autor refere ainda que a tendência mais arreigada em nós é o egocentrismo, ou seja, a crença na existência de um Eu que está no centro do mundo. A reflexão intelectual diz o autor, não é suficiente para rapidamente contrariar esta tendência, sendo necessário neutralizá-la, cultivando outras tendências opostas que funcionam como antídotos, tais como: o altruísmo, a tolerância, o desapego ou a reflexão contra o egoísmo, a cólera e o apego. Outro processo seria recorrer à meditação como efeito de libertação ou ainda conseguir que estas tendências egocêntricas sejam utilizadas como catalisadores no sentido de realizar uma transformação ainda mais rápida.

Wilber (2005: 28-29), declara que a Dinâmica da Espiral, vê o desenvolvimento humano como algo que progride através de oito estádios, que são designados por memes, “um meme é simplesmente um estádio básico de desenvolvimento que pode ser expresso em qualquer atividade”. Os memes são ondas que fluem, com grandes zonas de sobreposição e mesclagem, ou espiral dinâmica que reflete o desenvolvimento da consciência. Foram atribuídos nomes e cores a esses memes, para melhor entendimento Beck e Cowan (1996) citados por Wilber (2005). Os primeiros seis níveis são “níveis de subsistência” e vão do bege ao verde. Ao completar o meme verde, a consciência humana encontra-se num estado propício a um “salto”, rumo ao “Pensamento da Segunda Camada”. A consciência da segunda camada permite pensar verticalmente e horizontalmente, o pensamento da segunda camada passa do pluralismo ao integralismo. Refere ainda que aproximadamente um a dois por cento da população se encontra numa posição integral da segunda camada da Espiral de Desenvolvimento, e cerca de vinte por cento se encontram no nível verde, sendo esta posição a que levará ao “salto importante”, para a transformação integral. Assim o meme verde tem que entrar em colapso para que possa libertar a energia necessária ao salto para a segunda camada (Wilber, 2005).

Referencia também que a boomerite é a principal causa de fixação ao meme verde, e aponta para o facto de o problema boomerite ser

já identificado e reconhecerem-se os seus perigos, indiciar já se ter ultrapassado a parte mais difícil. Wilber (2005) salienta ainda que o conceito de boomerite está associado a uma geração egocêntrica onde impera o narcisismo. A geração dos baby boomers, foi caracterizada por ter uma vitalidade e idealismo extraordinários, uma grande vontade de fazer experiências com novas ideias sendo designada como a “geração que desperta”. Mas por outro lado tem uma invulgar dose de autocentração e de narcisismo, ou seja, uma sobrevalorização do eu e em simultâneo, uma subvalorização dos outros e das suas contribuições.

O narcisismo é considerado por muitos investigadores entre eles Howard Gardner, psicólogo evolutivo de Harvard e autor das “Oito Inteligências de Gardner [1983]”.

Todo o percurso do desenvolvimento humano segue no sentido de um declínio do egocentrismo e diminuição do narcisismo, ou seja, a capacidade de ter em conta outras pessoas, lugares, coisas, e dessa forma entender progressivamente a sua interação com o mundo. Cada estágio mais elevado leva ao declínio do egocentrismo evidenciando-se no indivíduo cada vez mais a compaixão e a preocupação com os outros.

A Espiral da Compaixão, de acordo com Wilber (2005) é constituída por muitas ondas de consciência em progressão, que vão do egocentrismo ao cosmo centrismo passando pelo etnocentrismo, à medida que o desenvolvimento progride do pré-convencional para o convencional e depois para o pós-convencional, ou seja, do egocentrismo para o etnocentrismo, o narcisismo e o egocentrismo diminuam. A Espiral da Compaixão é uma espiral que se expande do “eu” para o “nós” e posteriormente para “todos nós”, ficando então aberta a uma abrangência integral.

Wilber (2005) descreve que uma das fontes de narcisismo é a simples incapacidade de crescer e evoluir, principalmente na passagem do egocêntrico para o sociocêntrico, certos aspetos da consciência podem ficar “presos” ao domínio egocêntrico, o que resulta numa adaptação difícil às regras e papéis da sociedade. Mas a atitude pós-convencional - que envolve o exame, a reflexão e a crítica relativamente às normas da sociedade - só pode ser atingida se o indivíduo passar primeiro pelos estádios convencionais, uma vez que as competências obtidas nesses estádios são pré-requisitos necessários à consciência pós-convencional. Ou seja, alguém que não consegue alcançar os estádios pós-convencionais produzirá, não uma crítica pós-convencional da sociedade, mas sim uma rebelião pré-convencional onde se encontra o narcisismo.

O mesmo autor menciona que os críticos dos baby boomers afirmam de forma unânime que esta geração tem sido particularmente rebelde

que teve dificuldade de adaptação às realidades convencionais. À medida que a nossa consciência começa a encontrar um lugar na segunda camada, referida anteriormente por Wilber, uma genuína Teoria de Tudo converte-se numa possibilidade notável.

Para este autor, a vantagem da consciência integral de segunda camada é a de ajudar de forma mais criativa com soluções para os problemas urgentes tais como: alimentar os milhões de pessoas esfomeadas, que se encontram nas ondas da espiral mais básicas, alojar os milhões de sem-abrigo nos níveis mais simples, levar os cuidados de saúde aos milhões que os não possuem. Ao conseguir apreender quadros globais, pode ajudar a sugerir soluções mais convincentes. São os nossos corpos governativos, as instituições educativas, diz o autor, que carecem rapidamente de uma abordagem mais integral. Poder-se-ia usar a visão integral de todas estas formas, para lidar com um mundo que ficou ligeiramente louco. A sabedoria será então conseguida quando a consciência se encontrar num meme ou nível de desenvolvimento da segunda camada, de acordo com Wilber.

Quando pensamos em pessoas sábias, a imagem que nos vem à mente é geralmente a de uma pessoa idosa, porque pensamos que é um atributo que se incrementa com a idade. No entanto, já tivemos oportunidade de analisar de acordo com os vários autores citados ao longo deste capítulo que não é totalmente verdadeira esta afirmação. Triadó e Villar (2008) reforça esta ideia dizendo que o facto de ser idoso não converte o ser humano automaticamente em sábio. A idade apenas facilita o ter vivido experiência e nada mais. O conhecimento relacionado com a sabedoria está mais relacionado com o que cada um foi capaz de aprender, com as suas vivências, o contacto com situações que o forçaram a questionar-se e a decidir-se sobre os problemas vitais.

Como foi descrito anteriormente resultado de estudos feitos neste âmbito, as pessoas com conhecimento relacionado com a sabedoria são relativamente raros mas os que chegam a sábios são ainda mais escassos.

Gostaria de dissertar sobre alguns sábios tais como o Dalai Lama e o Papa João Paulo II entre outros, que pelo seu comportamento sábio nos merecem atenção e nos levariam a muitas mais páginas para analisarmos e refletirmos. Nessa impossibilidade, a minha escolha foi a de um filósofo que me sensibilizou por aquilo que tive oportunidade de ler, mestre espiritualista que apesar de já ter falecido deixou uma obra extraordinária de livros, conferências, textos, que está disponível nas várias fundações, centros, escolas, núcleos culturais com o seu nome e espalhadas por todo o mundo, trata-se de Krishnamurti, filósofo 1895/1986, um dos grandes mestres espirituais. Nasceu na Índia e faleceu na América. Considerado

por muitos escritores marcantes: Henry Miller, Aldous Huxley, Bernard Shaw e cientistas tais como: David Bohm (físico), Frijof Capra, Rupert Sheldrake e Karl Pribram. Todos estes cientistas em várias áreas, foram atraídos pela sua pesquisa sobre “A natureza e os limites do pensamento” e a sua visão holística da vida, convergia com o que estes cientistas encontraram nas áreas que exploravam. David Bohm (físico) salienta que “a obra de J. Krishnamurti está permeada por aquilo que se pode chamar a essência da abordagem científica, quando esta é considerada na sua forma mais levada e pura”.

Krishnamurti (2004), refere que a necessidade da mudança social, económica e moral, é percebida e que a resposta vem da consciência velha, sendo o pensamento o principal ator. A desordem, a confusão e o sofrimento em que se encontram os seres humanos situam-se nesta área da consciência e sem, uma mudança profunda toda a atividade humana, política, económica ou religiosa, apenas levará à destruição de cada um de nós e da próprio planeta. Salienta ainda que a verdadeira moralidade não é criada no pensamento, não é resultado da pressão do meio em que se vive, não vem de ontem, da tradição, mas nasce no amor, isto é ser “uma luz dentro de nós mesmos” e isto sim é liberdade, ou seja estar liberto da dependência do apego da ânsia de experiências “espirituais”.

Este filósofo declara, que uma nova consciência e uma nova moralidade são necessárias para dar origem a uma mudança radical na cultura e na estrutura social presentes. Apesar de ser evidente a constatação deste facto, as pessoas, quer as “progressistas”, quer as “conservadoras” e ainda as que defendem a revolução violenta, parecem não dar atenção a essa necessidade. Diz o autor que qualquer dogma, ou fórmula, ou ideologia, fazem parte da consciência velha, são elaboradas pelo pensamento e este domina o mundo, pois é responsável pela imensa tecnologia, pela separação das pessoas. A vida da maioria das pessoas são vazias, interiormente pobres, em que a desordem impera, a falta de lucidez, a contradição – dizendo uma coisa e fazendo outra – mas Krishnamurti (2004) sublinha que ao tomarmos consciência da desordem, então nasce a ordem, que é integridade, virtude e declara que esta é ordem e que a ordem só pode ser compreendida quando se observa a desordem em nós mesmos. A ordem para este mestre espiritual significa beleza e esta beleza profunda reside onde há ordem, e só poderá haver ordem onde há total ausência de egoísmo, ou seja quando o Eu não é importante.

CONCLUSÕES

Ao longo do já extenso texto, resultado de uma pesquisa bibliográfica intensa e a possível, podem-se salientar algumas conclusões do que

ao momento se sabe sobre esta temática, ainda pouco explorada pelos investigadores, mas que está a despertar interesse aos estudiosos da Psicologia Evolutiva.

As investigações realizadas por Baltes e sua equipa e descritas no primeiro ponto do capítulo foram claras no sentido de se entender que a sabedoria não estará incluída entre as perdas que frequentemente acompanham o envelhecimento (Kunzmann, 2009).

Salientou-se ainda que a pessoa sábia não é só aquela que tem conhecimentos, mas trata-se de uma pessoa transformada, que se comporta como uma pessoa sábia, que está em paz e harmonia consigo mesma e que manifesta um largo conhecimento sobre os problemas humanos. A sabedoria estará presente quando a pessoa é capaz de dar sentido à sua vida, de se aceitar a si mesmo e de ter uma preocupação sincera no cuidado e bem estar com os outros (Triadó & Villar, 2008).

De referir que a maioria dos adultos experimentam estabilidade no conhecimento relativo à sabedoria, e têm capacidade para ativar certos conhecimentos a ela ligados, anteriormente desativados ou ocultos através de determinadas estratégias e orientações. alguns indivíduos podem experimentar mesmo um crescimento até muito idosos em sabedoria, se os recursos individuais e as circunstâncias forem favoráveis.

As pessoas com conhecimento relacionado com a sabedoria estão em sintonia quanto à necessidade de haver uma mudança significativa da consciência humana. Importante salientar a Dinâmica da Espiral, descrita por (Wilber, 2005): “Podemos prosseguir na estrada do materialismo científico, do pluralismo fragmentado e do pós-modernismo desconstrutivista; ou podemos, de facto, escolher um caminho mais integral, abrangente e inclusivo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Baltes, P. & Mayer, K. (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (1 ed.). Cambridge University Press.
- Barros de Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (1 ed.). Porto: Livpsic - Psicologia.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: A Construção do Cérebro Consciente* (1 ed.). Maia: Temas e Debates – Círculo Leitores.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Kunzmann, U. (2009). Desarrollo adulto y dinámica emocional – motivacional. In R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Pirmide.
- López Sánchez, F. & Olazábal Ulacia, J. (2006). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- Mathieu, R. & Thuan, T. (2001). *O Infinito na Palma da Mão*. Lisboa: Editorial Notícia.
- Neri, A. (2006). Legado de Paul. B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Triadó, C., & Villar, F. (2006). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.

- Triadó, C., & Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Bellcaire d'Empordà (Girona): Aresta.
- Vaz Serra, A. (2011). *O Stress na vida de todos os dias* (3 ed.). Coimbra: Editor Vaz Serra.
- Villar, F. (2007). Inteligencia y Sabiduría. In C. Triadó & F. Villar Posada (Eds.), *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.
- Wilber, K. (2005). *Uma Teoria de Tudo: Uma Visão Integral da Economia, da Política, da Ciência e da Espiritualidade*. Cruz Quebrada: Oficina do Livro, Estrela Polar.

NOTAS BIOGRÁFICAS DOS AUTORES

AUTOR:

Fernando Augusto Pereira:

Doutorado em Ciências Sociais pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto-Douro.

Professor Adjunto da Escola Superior Agrária do Instituto Politécnico de Bragança, desde 1997.

Docente convidado da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, desde de 2004.

Investigador efetivo do Centro de Investigação e Intervenção Social de Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, desde 2008.

Coordenador do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Áreas Científicas de Investigação: Identidades profissionais; uso do conhecimento em contexto de trabalho; idosos e envelhecimento.

Outros Títulos Publicados:

“A vida Pasmada do Lagostim do Angueira”.

“Identidades Profissionais, Trabalho Técnico e Associativismo Agrário em Trás-os-Montes e Alto Douro”.

COLABORADORES:

Ana Maria Nunes Português Galvão

Doutorada em Psicologia.

Licenciada em Psicologia Clínica pela Universidade do Porto

Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança/ Escola Superior de Saúde.

Executive Coach reconhecida pela ICF (International Coaching Federation).

Psicóloga no Gabinete Clínico do Instituto Politécnico de Bragança.

Coordenadora do Departamento das Ciências Sociais e de Gerontologia.

Investigadora do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII).

Áreas Científicas de Investigação: Desenvolvimento Humano.

Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Doutorada em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica.

Mestre em Psicologia, com Especialização em Psicologia Social e das Organizações.

Especialista em Enfermagem na Comunidade.

Licenciada em Enfermagem.

Professora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Investigadora do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII).

Áreas científicas de investigação: Saúde ocupacional; idosos e envelhecimento.

André Filipe Morais Pinto Novo

Doutorado em Ciências da Atividade Física e do Desporto – Universidade de León.

Licenciado em Enfermagem; Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Professor Equiparado a Assistente do 1º triénio da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Investigador do Centro de Investigação em Saúde, Desporto e Desenvolvimento Humano (CIDESD).

Vice-Coordenador do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII).
Áreas Científicas de Investigação: avaliação e prescrição de exercício em grupos específicos da população; reabilitação física.

Carlos Pires Magalhães

Doutorado em Gerontologia Social.

Mestre em Psicologia.

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a componente dominante em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.

Docente do Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Membro da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI).

Investigador do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII).

Áreas de principal Interesse: Gerontologia e Geriatria.

Celeste da Cruz Meirinho Antão

Doutorada em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica - Universidad da la Estremadura.

Mestre em Promoção / Educação para a Saúde – UTAD.

Licenciada em Enfermagem - Escola de Enfermagem Dr. Ângelo Da Fonseca Coimbra.

Bacharel em Enfermagem - Escola de Enfermagem de Bragança.

Docente do Instituto Politécnico de Bragança - Escola superior de Saúde.

Investigadora do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII).

Emília Eduarda Rodrigues de Magalhães

Doutorada em Intervenção e Desenvolvimento Psicológico ao Longo do Ciclo Vital – Universidad de la Estremadura.

Licenciada em Enfermagem – Escola Ângelo da Fonseca

Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Bragança/ Escola Superior de Saúde.

Diretora do Curso de Gerontologia do IPB/ESSa.

Investigadora do Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso (NIII).

Áreas Científicas de Investigação: Idoso, envelhecimento, depressão.

José Antonio de Paz

Doutorado em Medicina.

Licenciado em Medicina.

Especialista em Medicina do Desporto.

Professor Titular da Universidade de León (Espanha); Investigador do Instituto de Biomedicina da Universidade de León (IBIOMED).

Áreas Científicas de Investigação: avaliação e prescrição de exercício em grupos específicos da população; fisiologia do desporto.

Luis Manuel Jacob Jacinto

Doutorando em “Educação de adultos” pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

Mestre em Gestão de Recursos Humanos pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

Pós-graduação em Gestão de Instituições Sociais, pelo ISCE (Lisboa).

Licenciado em Educação Social pela Escola Superior de Educação de Santarém e Universidade de Vigo (Espanha).

Presidente-Fundador da RUTIS desde 2005.

Professor da Escola Superior de Saúde de Bragança.

Diretor Técnico de uma IPSS durante 8 anos.

Diretor da Socialgest, Consultadoria Social, Lda.

Autor do livro “Animação de Idosos” e “Ideias para um Envelhecimento Ativo”.

Maria Helena Pimentel

Doutorada em Sociologia da Saúde pela Universidade do Minho

Mestre em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Licenciatura em Enfermagem

Especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Escola Superior de Saúde do IPB – Núcleo de Investigação e Intervenção dos Idosos.

Determinantes da Saúde; Suporte Social; Autoconceito, Identidade; Género; Exclusão Social.

Maria José Almendra Rodrigues Gomes

Doutoranda em Sociologia na Universidade do Minho.

Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Bragança.

Especialista em Enfermagem de Reabilitação Escola Superior de Enfermagem

Dr. Ângelo da Fonseca.

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Bragança/Escola Superior de Saúde de Bragança.

Áreas Científicas de Investigação: AVC; Qualidade de Vida

Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Doutorada em Ciências de Educação - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Mestrado: Promoção/Educação para a Saúde - Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Presidente da Direção e Associada Fundadora da PAIDEIA - Plataforma Aberta - Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional.

Coordenadora do Projeto Piloto Internacional: “Competência Emocional e Saúde dos Estudantes do Ensino Superior”.

Investigadora convidada do Centro de Investigação e Intervenção Social de Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, desde 2009.

Áreas científicas de investigação: Competência Emocional; Educação Emocional e Inteligência Emocional.

Maria Augusta Pereira da Mata

Doutoranda em Psicologia Social na Universidad de Salamanca.

Mestre em Saúde Pública pela Universidade do Porto.

Licenciatura em Enfermagem.

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Vice-Coordenadora do Núcleo de Investigação e Intervenção no Idoso (NIII).

Áreas científicas de Investigação: Intervenção Comunitária; Cuidado informal.

Maria Teresa Vega Rodríguez

Doctora en Psicología Social por la Universidad de Salamanca, España.

Profesora Titular de la Universidad de Salamanca.

Directora del Grupo de Investigación e Intervención en Salud y Servicios Sociales (INSASO).

Áreas científicas de interesse: Intervenção Comunitária; Intervenção Social en Salud.

Maria do Carmo Neves da Silva

Mestranda em Gestão das Organizações (Ramo da Saúde) – Instituto Politécnico do Porto.

Pós- Graduada em Gestão de Recursos Humanos.

Licenciada em Filosofia e Desenvolvimento de Empresas (Gestão) – Universidade Católica.

Executive Coach reconhecida pela ICF (International Coaching Federation).

Margarida Santos Silva:

Doutoranda em Sociologia – Universidade do Minho.

Mestre em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Católica Portuguesa.

Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

Professora Assistente da Faculdade de Ciências Sociais do Centro Regional de Braga da Universidade Católica Portuguesa.

Investigadora do Centro de Investigação e Intervenção Educativas da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Áreas científicas de investigação: Identidades profissionais; uso do conhecimento em contexto de trabalho; processos de profissionalização em trabalho social.

Marisa Accioly Domingues

Professora Doutora do Curso de Graduação em Gerontologia da Universidade de São Paulo-São Paulo- Brasil.

Licenciada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba- Brasil.

Pós- Graduada em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) São Paulo-Brasil.

Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Área de Investigação: Políticas Públicas e Suporte Social.

Marcio Vara

Licenciado em Gerontologia – Escola Superior de Saúde de Bragança.

Mestrando em Gestão de Serviços de Saúde.

Director Técnico do SAD do Centro Social e Paroquial de Babe;

Gerente da OldCare – Serviços Gerontológicos.

Gerente da Evolução Tranquila Lda.

Rui Manuel Teixeira da Costa

Licenciado em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

Pós Graduado em Psicogerontologia pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

Pós Graduado em Sexualidade Humana pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.

Áreas Científicas de Investigação: Saúde Sexual e Perturbações Sexuais, Psicogerontologia e Psicogeriatría.