

Aurízia Anica (coord.)

Envelhecer no Algarve



Envelhecer no Algarve

Ficha Técnica

Título: *Envelhecer no Algarve*

Coordenação: Aurízia Anica

Comissão científica:

Aurízia Anica

Filipe Nave

Rosanna Barros

Sandra Pais

Carolina Sousa.

Editor de Arte: Francisco Gil

Apoio Técnico: Teresa Cavaco

Edição: Universidade do Algarve

ISBN 978-989-8859-34-1

Faro, maio de 2018

Como vedes, a velhice antes de ser débil e inerte, é, pelo contrário, laboriosa, sempre empenhada em fazer ou planejar coisas novas, segundo a natural propensão de cada um na vida passada.

Cícero, Da Velhice

Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.

Hermann Hesse, Elogio da Velhice

Índice

Introdução.....	4
I - Novas perspectivas do envelhecimento	
Las ventajas de ser mayor: Gestionar el tercer tiempo.....	10
Animação Socioeducativa e Envelhecimento Ativo. Reflexões em torno da promoção da saúde e prevenção da doença	28
II- Envelhecer no Algarve	
Felicidade em Idosos – Vivências na Primeira Pessoa Happiness in the Elderly - Experiences in the First Person.....	38
Perfis de Funcionamento Psicológico em Adultos com Idade Avançada: Destaques de um Estudo no Sotavento Algarvio	50
Envelhecer no Algarve. Perceções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento ...	62
III- Saúde e qualidade de vida no proceso de envelhecimento	
Depressão e Incapacidade Funcional em Pessoas Idosas Institucionalizadas	86
Los grupos de apoyo de cuidadores familiares de personas con Alzheimer.....	98
Educar para prevenir o AVC. Uma estratégia para o envelhecimento ativo	111
El maltrato a las personas mayores. Nuevas manifestaciones.	116
IV- Projetos e práticas promotoras de envelhecimento ativo	
Música, emociones y recuerdos	126
Contributos do Teatro para o Envelhecimento (Cri)Ativo	137
O Papel dos Projetos de Animação Sociocultural com Idosos Institucionalizados..	152
Política Pública de Esporte, Recreação e Lazer para Pessoas Idosas: uma experiência com os Esportes Adaptados para Idosos em Porto Alegre - Brasil.....	167
Considerações finais	180

Introdução

O processo de envelhecimento da população no Algarve como objeto de estudo tem suscitado a atenção dos investigadores vai para uma década, apesar de a visibilidade dos resultados alcançados ter sido assaz escassa na literatura internacional. O oblívio a que esta região era votada pelos investigadores dedicados à temática do envelhecimento, os quais raramente desciam a sul do Tejo para recolha de dados, começou a ser ultrapassado quando a Universidade do Algarve, em boa hora, tomou a decisão de criar o curso de mestrado em Gerontologia Social, corria o ano de 2007. Os resultados da investigação sobre questões relativas ao envelhecimento na região começaram a surgir com a conclusão do primeiro curso, a partir de 2009, tendo vindo, desde então, a aumentar gradualmente as publicações, a um ritmo influenciado pelas vicissitudes económicas e sociais do país que influenciaram a procura desta formação. O crescente interesse pela investigação sobre aquela temática que, entretanto, concitava o investimento de organizações e poderes internacionais e nacionais, ficou assinalado pela realização, em 2013, na Escola Superior de Educação e Comunicação, da Conferência Internacional dedicada ao tema *Envelhecimento Ativo e Educação* e, no ano seguinte, pela publicação do *e-book* com o mesmo título. Aí já estava visível a preocupação de refletir sobre a realidade do envelhecimento no extremo sul do país, sem descurar as questões teóricas e o conhecimento empírico de outros contextos. O presente trabalho leva mais longe o olhar sobre a problemática do envelhecimento no contexto regional algarvio, não descurando, contudo, os contributos teóricos e práticos provenientes de outros lugares que, pela profundidade, dimensão ou originalidade do trabalho realizado, se constituem como desafios e fontes de reflexão para o futuro em qualquer lugar. É propósito deste livro contribuir para um diagnóstico fundamentado da realidade regional relativa ao fenómeno do envelhecimento e para a reflexão sobre novos caminhos e boas práticas promotores de envelhecimento ativo.

Este livro, sem ter a pretensão de ser exaustivo, procura dar um contributo para a resposta a questões relativas aos modos de envelhecer na região algarvia, a partir da perspetiva oferecida por estudos realizados na área de confluência das ciências sociais, da saúde e da educação que designamos geralmente por Gerontologia Social. O que se entende atualmente por envelhecimento humano? O que pensam as pessoas em idade avançada, residentes no Algarve, sobre o seu próprio processo de envelhecimento, sobre a sua felicidade, sobre a sua qualidade de vida? Que perfis de funcionamento psicológico e funcional se encontram na região e como se caracterizam? Quais as condições do envelhecimento positivo? Quais os fatores da qualidade de vida no envelhecimento? Quais os preditores do envelhecimento empobrecido ou com má qualidade de vida? Qual a proporção dos que envelhecem bem, muito bem ou mal na população algarvia? Quais as características destes grupos? Como se caracterizam os ambientes favoráveis e os desfavoráveis à qualidade de vida no envelhecimento? O que pensam as pessoas de idade avançada sobre as suas vivências no âmbito da participação em projetos promoto-

res do envelhecimento ativo? Como avaliam essas experiências? Como se pode desenvolver o potencial das pessoas idosas de modo a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida e para a sua felicidade? Como se pode apoiar os profissionais e os cuidadores de pessoas idosas, contribuindo para a eficácia da sua ação na área da prevenção da doença, na área da prevenção ou deteção do abuso e na área da prevenção do *stress* negativo emergente naquelas funções?

Os textos incluídos neste livro, que se encontra disponível na WEB¹, estão organizados em quatro capítulos. O primeiro capítulo é dedicado a perspetivas recentes do envelhecimento. À perspetiva fisiológica, que associa envelhecimento a decadência e patologia, **E. Lópiz** contrapõe uma perspetiva positiva e humanista fundamentada na psicogerontologia do «ciclo de vida» e na gerontologia crítica. Nesta perspetiva, o envelhecimento é entendido como uma etapa da vida em que ocorrem ganhos e perdas, tal como sucede em outras etapas. Lópiz salienta os ganhos que se verificam no domínio da inteligência pragmática e cristalizada, em formas de pensamento reflexivo, complexo ou dialético, designado pensamento pós-formal. Realça também os ganhos comprovados na área da personalidade, em particular, no âmbito do autodesenvolvimento e da autotranscendência. Segundo Lópiz, o envelhecimento bem-sucedido está associado a uma personalidade sábia, caracterizada pela sensibilidade e capacidade para aconselhar, que resulta da perícia para abordar temas e problemas complexos da vida. Os ganhos no processo de envelhecimento bem-sucedido são consequência de um processo histórico de séculos de melhoria das condições de vida, observadas especialmente nas áreas da saúde, alimentação e educação. Ainda assim, as desigualdades económicas e sociais, que persistem no presente, refletem-se em desigualdades na saúde, na educação, na qualidade de vida, na satisfação com a vida de grupos da população, em especial dos que têm idade mais avançada. Para desenvolver o potencial das pessoas idosas, o autor propõe dois caminhos: a educação e o empoderamento. A educação exige adequação às características, necessidades e motivações do público e formação específica dos formadores. O empoderamento implica o reconhecimento do ator social idoso como ator social pleno, capaz de participar, intervir e transformar a sociedade, a sua própria vida e as suas próprias organizações.

Ainda no primeiro capítulo, **Ralha-Simões & Barros** refletem sobre o contributo da educação ao longo da vida para o envelhecimento ativo, nomeadamente sobre o papel da animação socioeducativa na manutenção dos adultos idosos ativos e informados sobre questões relacionadas com a saúde e a doença, capacitando-os para que adotem comportamentos adequados à preservação da saúde ou ao controlo da doença. De acordo com estas autoras, cabe ao educador social criar ambientes de confiança e conforto facilitadores do desenvolvimento de atividades educacionais informais, mas significativas, facilitadoras de novas aprendizagens e de reelaboração consciente da experiência. Neste sentido, o animador desempenha um papel dinamizador e mobilizador de pessoas e grupos, renovando as interações sociais e promovendo a diversificação e

¹ No sitio <http://geronte.pt/>

(re)interpretação de experiências, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida dos intervenientes.

O segundo capítulo deste livro oferece uma perspetiva do processo de envelhecimento na região algarvia construída principalmente a partir de dados recolhidos junto dos seus residentes de idade avançada. **C. Luísa** procurou conhecer as teorias leigas de pessoas idosas relativas à felicidade, num estudo que envolveu três centenas de residentes na região. Relações familiares, relações sociais num sentido mais amplo, autonomia e saúde são os pilares da felicidade, segundo os participantes neste estudo. Numa outra perspetiva, **J. Gaudêncio** procurou identificar grupos com distintos perfis de envelhecimento numa amostra intencional composta por centena e meia de pessoas com idade avançada residentes no sotavento algarvio. Os resultados permitiram identificar um grupo maioritário no perfil positivo global, com trajetórias mais equilibradas de envelhecimento (50%), um grupo no perfil normal (27,6%) e um grupo no perfil comprometido (21,2%), caracterizado pelo declínio acentuado. As trajetórias de envelhecimento mais positivas configuram, segundo o autor, um padrão multidimensional que implica um estado cognitivo satisfatório, boa saúde mental e um funcionamento psicológico alicerçado numa avaliação positiva da vida e num sentido de realização pessoal.

Por seu turno, **A. Anica** realizou uma revisão da literatura científica sobre como se envelhece no Algarve, em particular sobre como percecionam os residentes nesta região o seu próprio processo de envelhecimento e quais os fatores associados à qualidade de vida no mesmo processo. Os resultados remetem para os acentuados contrastes socioculturais da região, para as diferenças de recursos materiais e imateriais e também nos modos de envelhecer, dissonâncias que se refletem na diversidade dos níveis de qualidade de vida no envelhecimento. Dos resultados dos estudos revistos sobre a qualidade de vida das pessoas com idade avançada nas respostas sociais e de saúde sobressai a necessidade de melhorar a adequação destas respostas às características, carências e escolhas das pessoas a quem se destinam, em especial das ERPI. Ao mesmo tempo, é evidente a necessidade de investir na preservação da boa qualidade de vida no contexto habitual de residência (*ageing in place*), uma vez que é neste contexto, com as devidas adequações do mesmo, que acontece o melhor envelhecimento, o mais ativo, o mais autónomo, o mais feliz.

O terceiro capítulo é dedicado às questões relativas à saúde. Partindo dos dados conhecidos sobre a considerável presença da depressão nas pessoas idosas institucionalizadas em vários pontos do país, **R. Pereira & J. Pacheco** quiseram avaliar esta questão nas ERPI, no Sul, e identificar as variáveis sociodemográficas que a influenciam, bem como conhecer a relação entre depressão e incapacidade funcional. Este estudo revelou um índice de depressão elevado entre os idosos institucionalizados (64,7%), com prevalência nas mulheres e nas pessoas com idade mais avançada. Por outro lado, os dados deste estudo apontam no sentido da inter-relação entre sintomas depressivos e autonomia na realização das atividades de vida diária. A manutenção da autonomia é, de acordo com os resultados obtidos, essencial na prevenção da depressão. Também o texto de **A. Santos** chama a atenção para a importância da adoção de estilos de vida saudável

na prevenção da doença, em especial das doenças cerebrovasculares que constituem uma das principais causas de morte e morbidade no país e na região algarvia, com prevalência nas pessoas com idade mais avançada.

Ainda no terceiro capítulo, o contributo de **C. Álvarez, J. Rodriguez & E. Costa** demonstra que os grupos de apoio de cuidadores familiares de pessoas diagnosticadas com Alzheimer podem ser um instrumento benéfico para os cuidadores e, indiretamente, para aqueles que são cuidados, como revela o estudo sobre as vivências, experiências e opiniões de cuidadores apoiados em Rota, Andaluzia. Os cuidadores reconhecem, entre outras alterações, empatia e confiança no profissional que apoia os grupos de cuidadores, melhoria da autoestima, diminuição do sentimento de culpa, compreensão e aceitação da doença e melhoria na sua forma de atuar com o doente.

A falta de formação dos cuidadores, tanto dos cuidadores formais como dos informais, é um fator de risco de maus tratos a pessoas idosas, como referem **G. Martín & F. Fornelio**. A formação e o apoio institucional aos cuidadores não só oferecem informação sobre como cuidar, como dão preparação para controlar o *stress* negativo e seus corolários, o esgotamento, o desespero, os quais estão associados aos maus tratos a pessoas idosas perpetrados pelos cuidadores. Apesar do fenómeno estar em grande medida confinado a espaços privados e ser ocultado geralmente pelas próprias vítimas, os dados conhecidos apontam no sentido de se tratar de perpetradores maioritariamente de sexo masculino e filhos das vítimas. Dadas as características do fenómeno, as autoras defendem que a prevenção e erradicação do mesmo implica a participação de todas as instâncias que o rodeiam, nas quais atuam os profissionais nas várias áreas de intervenção: social, de saúde, educativa e na família.

O quarto capítulo deste livro é dedicado à apresentação de projetos e práticas promotoras de envelhecimento ativo. **A. Matas** apresenta um projeto em fase preliminar de recolha e análise de histórias de vida, nas quais se procura encontrar a relação entre música e vida. Partindo do modelo de Juslin y Västfjäll, que pretende explicar a relação entre a música e o processamento emocional, este projeto almeja contribuir para a explicação de como a música permite evocar uma recordação e não somente uma emoção. Ao mesmo tempo que se questiona os participantes no projeto sobre os momentos especialmente significativos da sua vida, solicita-se a correspondente memória da música que está associada com aqueles momentos. Desta forma, acedendo às memórias dos factos ativa-se a emoção e vice-versa. A música é, portanto, a chave de acesso à emoção. O projeto prevê aplicações em contextos diversos: em pessoas com deterioração cognitiva, visto que as áreas cerebrais da memória são ativadas através da associação à emoção e não diretamente; na gestão de emoções para alterar estados anímicos negativos; em contextos educativos com jovens, para contacto destes com o património cultural recolhido nas histórias de vida.

No mesmo capítulo, **N. Marta & A. Anica** apresentam os resultados de um estudo sobre os benefícios da prática teatral de pessoas com idade avançada, principalmente em aspetos associados à saúde e bem-estar. Foi estudado o impacto da experiência dos participantes no Grupo de Teatro Sénior de Silves, no barlavento algarvio, du-

rante dois anos da sua atividade. Os resultados revelam os contributos da prática teatral reconhecidos pelos participantes em sete âmbitos: participação social, saúde mental, socialização, cooperação, envolvimento pessoal e compromisso com a vida, valorização e reconhecimento, e, por último, superação. Por seu turno, **C. Delgado & R. Barros** dão conta de como os participantes num projeto de animação sociocultural desenvolvido em centro de dia, no sotavento algarvio, apreciaram a sua experiência. O estudo permitiu verificar que os participantes revelaram competências das quais os próprios parecem não ter consciência e que as mesmas podem ser desconhecidas dos técnicos que com eles trabalham. Este projeto comprovou que pessoas com idade avançada estão disponíveis para vivenciar novas experiências e adquirir conhecimentos ao invés do que um antigo provérbio postula.

O capítulo termina com o estudo de **A. Rodrigues** sobre a relação do desporto adaptado para idosos e o processo de envelhecimento. O estudo foi desenvolvido sobre as alterações do quotidiano vivido e apreciado pelas pessoas idosas praticantes de câmbio, em Rio Grande do Sul, Brasil. A modalidade é promovida no contexto da Política Nacional do Idoso, sendo concebida como uma ferramenta de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Na perspetiva dos praticantes, o câmbio é vivido como uma prática desportiva competitiva e recreativa relevante na manutenção das capacidades físicas e cognitivas. Os mesmos realçam nesta prática o ambiente festivo, de socialização, que permite a convivência entre pares e a construção da sua identidade.

Em suma, o contributo maior do livro que agora se apresenta talvez seja o de dar voz às pessoas idosas residentes no Algarve para saber o que pensam da qualidade da sua vida, o que pensam dos serviços que lhes são prestados, o que pensam dos projetos em que participam. Sem ter esgotado os múltiplos contextos socioculturais da região, destacaram-se diferentes modos de envelhecer. As mulheres com esperança de vida maior, mas pior qualidade de vida no envelhecimento. Os que têm mais recursos económicos, mais recursos educativos e culturais, melhores redes familiares e de sociabilidade, os que gozam de boa saúde física e mental, melhor sentido de realização pessoal, também têm melhor qualidade de vida no envelhecimento. Contudo, mesmo aqueles que não beneficiam de uma trajetória de vida propiciadora do desenvolvimento integral das suas potencialidades e se encontram em idade avançada e em situações de grande vulnerabilidade podem melhorar a sua qualidade de vida se usufruírem de oportunidades de desenvolvimento pessoal e social, principalmente se estas oportunidades surgirem no seu contexto habitual de residência.

A sociedade inclusiva acolhe e interrelaciona as diferenças, apoia os mais frágeis, colmata os défices, oferece oportunidades e otimiza recursos para que na comunidade cada cidadão realize todo o seu potencial humano. A pessoa idosa é um cidadão de pleno direito. Não podemos ficar «à espera que o tempo passe».

I - Novas perspectivas do envelhecimento

Las ventajas de ser mayor: Gestionar el tercer tiempo

Enrique Fernández Lópiz¹

Resumen

Este artículo es el fruto de largos años de estudio y contacto con adultos mayores. Lo que expongo a continuación es un enfoque acorde a lo que he podido observar en este grupo de edad, que en el tiempo que vivimos ya no puede ser explicado ni comprendido desde un paradigma de deterioro, sino que es preciso un enfoque de posibilidad de 'enriquecimiento intelectual, personal y social'. De otro lado, es igualmente importante que los adultos mayores se hagan responsables de sus proyectos individuales y colectivos, de la formación de organizaciones propias para su defensa y empoderamiento, a la vez que hacedores de recursos educativos propios para este menester, y el diseño de las maneras de ocupación del ocio y tiempo libre que estimen más convenientes y oportunas. En resumen: los mayores como protagonistas de su 'ser en el mundo', de la planificación de sus voluntades y gestores de su 'tercera etapa de vida'.

Palabras clave: Psicogerontología, vejez, educación de adultos mayores, sabiduría.

Abstract

This article is the fruit of long years of study and contact with older adults. What I explain below is an approach according to what I have observed in this age group, that in the time we live can not be explained or understood from a paradigm of deterioration, but rather an approach of possibility of intellectual, personal and social enrichment. On the other hand, it is equally important that older adults take responsibility for their individual and collective projects, for the formation of their own organizations for their advocacy and empowerment. As well as the creation of their own educational resources for this purpose and the design of the leisure and free time occupation ways that they deem most convenient and opportune. In short: the elderly as protagonists of their 'being in the world', of the planning of their wills and managers of their 'third stage of life'.

Keywords: Psychogerontology, old age, education for the elderly, wisdom.

¹ Profesor Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Granada, especialidad en Psicogerontología.

Director del Grupo de investigación *Educación y Desarrollo a lo largo del Ciclo Vital y proceso de Envejecimiento*.

Facultad de Ciencias de la Educación.

Campus Universitario de Cartuja s/n. (18071)

Granada (España).

E-mail: elopiz@ugr.es.

Web: <http://www.ugr.es/~elopiz/www/principal.htm>

Más allá de la biología

Es muy satisfactorio para mí escribir sobre un tema que se encuadra en el amplio marco de la Psicogerontología, materia de la que soy profesor desde hace más de un cuarto de siglo en la Universidad de Granada (España).

Quiero comenzar este trabajo denunciando que múltiples errores en la metodología de investigación (Baltes, 1985) y los prejuicios sociales, contribuyeron hace unas décadas a construir una idea negativa de los adultos mayores. Hasta no hace mucho se ha pretendido equiparar la edad mayor con cierto determinismo biológico que ofrecía una versión de declive. En una conocida obra de Gould (1997), con relación a este supuesto del determinismo biológico del comportamiento, su autor denuncia la ‘dudosa’ certeza de algunas investigaciones que pretenden demostrar que las normas de conducta compartidas por razas, edades o clases sociales derivan de distinciones heredadas, innatas, biológicas. Es un supuesto engañoso y espurio, “dada la evidente utilidad que el determinismo presenta para los grupos dirigentes [...] y cierto contexto político”. (Gould, 1997, p. 2-3). Así, a las personas mayores se les aplicó en el siglo pasado este patrón engañoso que hace equivaler la edad avanzada con la biología y por lo tanto con la decadencia. Pero esta pretensión tenía y aún tiene razones sociales y políticas inconfesables. Según este supuesto, la metáfora sería la de que nacemos y evolucionamos hasta un punto álgido, a partir del cual viene la caída de la decrepitud, para finalmente morir.

Esto es inadmisibile en los tiempos que corren. Pensemos que actualmente, esta generación de mayores vive más de treinta años que nuestros bisabuelos, con lo cual la vejez constituye una etapa nueva de desarrollo prolongada, al igual que la infancia o la madurez. Y no sólo eso, sino que como ya apunté en una ocasión, la vejez tiene un ‘sentido en el mundo’ (Fernández Lópiz y Ferreiro, 2006).

En mi opinión, el paradigma que ha de servir para entender la vejez podría ser el de la escalera; la ascensión del espíritu humano que nos permite la sabiduría y una personalidad que integra el pasado en el aquí y el ahora, lo cual deviene en autenticidad. Y aunque el Universo se rige por las leyes de la termodinámica, cuya segunda ley dice que las cosas están en estado permanente de decadencia y deterioro (entropía), hay empero una Ley Universal: el espíritu humano puede continuar su ascensión hasta la plenitud, incluso en momentos de dificultad física o psicológica (Frankl, 1982).

La edad ya no se puede equivaler con la decadencia o la patología, sino con un potencial. Y ese potencial ya se comprueba a partir de los cincuenta años, momento en que muchos hombres y mujeres se sienten mejor, menos ansiosos, con menos estrés, menos agresivos e incluso según algunos estudios, con mayor índice de satisfacción y sensación de bienestar. Obviamente no se trata de ser optimistas sin sentido, pues aunque una parte de nuestro envejecer deriva de la genética y de la suerte en la vida, hay una parte importante que depende de nosotros mismos.

Mi formación dinámica y humanista me ha enseñado que el ser humano, en cualquier edad, es algo más que mera biología (Fernández Lópiz, 2000). De hecho, cuando los territorios espirituales son ignorados, la persona mutila y amputa elementos sustanciales de su calidad existencial porque pierde su esencia como “ser pensante y sentiente”, la “intelección sentiente” de que hablaba nuestro eminente filósofo Zubiri (2006).

Dimensiones de enriquecimiento en los adultos mayores

Hace ya muchos años descubrí la idea de Paul Baltes (Baltes y Baltes, 1980), según la cual el cambio es una cualidad inherente a la vida y en consecuencia a los seres humanos. Esa posibilidad de cambio no es exclusiva de los primeros años de vida, sino un fenómeno recurrente a lo largo de todo el arco existencial. Pero los padres del denominado enfoque Ciclo Vital dijeron aún más: que en cualquier etapa de la vida se dan ganancias y pérdidas. Este aserto sostiene que en las edades posteriores hay la posibilidad de logros diversos. Es decir, existe una cualidad plástica o maleable en los individuos a lo largo de toda su vida, que les permite, entre otras, alcanzar logros que no se dan en otras edades. Hay logros diferentes según cada etapa de vida (Fernández Lópiz, 2000a).

Además, creo importante señalar una idea social de los Baltes y cols. (1984), para entender las edades posteriores: la importancia de las variables históricas, las condicionantes económicas y culturales de una determinada generación, a la hora de entender la vejez. Los mayores que vivieron circunstancias históricas favorables (se alimentaron bien, estuvieron escolarizados, con una buena calidad de vida y una adecuada atención médica preventiva), colabora a que esta generación (actual) de mayores se mantenga en buenas facultades hasta edades muy avanzadas, lo que no ocurría en las generaciones anteriores que vivieron situaciones de mayor precariedad. Somos fruto del tiempo que nos toca vivir.

Ganancias cognitivas y de conocimiento en los mayores

Es comprobado que la inteligencia de los mayores medida con test de inteligencia, si se emplea una metodología adecuada en su medición (estudios longitudinales o secuenciales con pruebas fiables), no declina en la forma en que se afirmaba en el pasado siglo (Schaie, 1996; Baltes y cols., 1984; Rubio, Fernández Lópiz y Liébana, 1991). Actualmente se comprueba que el mantenimiento del C.I. en los mayores tiene un carácter social y económico relacionado con la educación, la alimentación, la salud, etc. Hay entonces una inteligencia que podemos denominar biológica o “fluida” que se mantiene largo tiempo, pero también se constata la presencia de una inteligencia fruto de los procesos de aprendizaje y enculturización (“inteligencia cristalizada” o “pragmática”), que se mantiene e incluso aumenta con los años (Horn, 1982). Si tomamos una comparación informática, con la edad puede declinar el hardware del conocimiento, la parte mecánica de la inteligencia, pero la educación y la experiencia tenidas a lo largo del tiempo, enriquece el software de la misma. Las pérdidas en inteligencia ‘mecánica’ o ‘fluida’ se compensan con las ganancias en inteligencia ‘pragmática’ o ‘cristalizada’.

Si nos referimos, no ya a la “cantidad” sino a la “calidad” de la inteligencia, las investigaciones vienen de nuevo a demostrar que en las edades postreras se accede a formas de pensamiento complejas muy importantes y poco estudiadas por las ciencias sociales y la Psicología, como la capacidad para formular nuevas preguntas ante interrogantes mal planteados (Arlin, 1975), el “juicio reflexivo” (Clayton, 1982, Kitchener y King, 1981), o el “pensamiento dialéctico”, y con él, la capacidad para concluir alguna forma de síntesis ante premisas contradictorias o paradójicas (Riegel, 1973). Son los

denominados “estilos de pensamiento post-formal”, que vienen a contradecir los tradicionales estudios piagetianos que encontraban en las estructuras intelectivas “formales” la culminación del desarrollo cognitivo. En la edad tercera hay avances cualitativos en el conocimiento, impensables en las etapas anteriores de la vida (Fernández Lópiz, 2007b, 2014a, pp. 91-97).

Ahondando en estas ideas he constatado e investigado un tesoro desechado por las Ciencias Humanas, una cualidad que todos reconocemos pero que apenas se ha investigado, una forma de “actuación cumbre” que solo emerge con la edad: la sabiduría, cualidad del desarrollo propia de la adultez tardía (Fernández Lópiz, 2000a, p. 104-112). Dejado en manos de poetas, filósofos o libros de gran tradición como la Biblia o la Torá, ahora, en manos de Baltes y Smith (1994), Dittman-Kohli y Baltes (1984), Stenberg (1994) y otros estudiosos, se demuestra una posibilidad inaudita en los mayores que incluye la pericia para abordar los asuntos y problemas complejos de la vida con mayor capacidad que en edades anteriores, e incluso es un predictor de salud (Fernández Lópiz, 2013, p. 179-197). Cualidades como la auto-extensión, que se focaliza en intereses y objetivos significativos; la auto-objetividad, que incluye sentido del humor, perceptividad y una filosofía unificadora de la vida como cotas de madurez psicológica; o un “excelente carácter”, como desvelan las investigaciones de Sowarka (Tesis Doctoral de 1987), son mencionadas por Baltes y Smith (1994) Todo ello y más es la sabiduría, una dimensión cumbre de conocimiento que aún hoy está en los inicios de la investigación. La sabiduría se empareja con lo que se ha dado en llamar el “envejecimiento dichoso” (Baltes y Smith, 1994; Fernández Lópiz, 2002a, pp. 131-132) y se vincula a competencias tan importantes como: la capacidad para aconsejar (dice el refrán español: “Del viejo, el consejo”), sensibilidad y capacidad para enfocar adecuadamente los problemas de la vida. Investigaciones que ponen de relieve que la edad y la experiencia capacitan para contextualizar los problemas y relativizar las verdades definitivas, de lo cual surge la comprensión excepcional, la discreción y destrezas comunicativas, o la virtud (Hollyday y Chandler, 1986); también la sagacidad, la perspicacia y el buen raciocinio (Sternberg, 1994); como tantas otras características propias de este elevado nivel de conocimiento.

Así, en lo que se refiere a calidad de conocimiento, con la edad se producen ganancias irrefutables y de hondo calado para la existencia humana.

Ganancias personales y en la adultez mayor

Las ventajas personales en la vejez se constatan en la experiencia de la psicoterapia dinámica con mayores (Cencillo, 199; Fernández Lópiz, 1994, 1991, 1993b), y consultando la bibliografía oportuna donde otros autores exponen sus conclusiones (Erikson, 1982; Kohut, 1983; Jung, 1953ab; Orwoll y Perlmutter, 1994). Esta área de la personalidad encuentra evidencias favorables que podrían resumirse en las palabras del gran director de cine sueco, Ingmar Bergman, cuando declaró que: “Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.

El asunto es que de manera complementaria a los avances que he mencionados en la esfera cognitiva que podríamos calificar como lo hacen los indígenas colombianos, co-

mo ‘sentí-pensantes’, sabemos que con la edad existe la posibilidad de transformaciones internas propias, relacionadas con la dimensión experiencial y sabia, que sugieren avances muy importantes en lo personal. Lucinda Orwoll y Marion Perlmutter (1994) y Fernández Lópiz (2013) confirman la posibilidad de progresos excepcionales de la personalidad con el advenimiento de las edades posteriores. Se definen y constatan según los experiencias y estudios, dos indicadores claves de la relación sabiduría-personalidad: el *autodesarrollo* y la *autotrascendencia*. La sabiduría, así, dependería de una estructura de personalidad singularmente integrada, que capacita a muchos sujetos mayores a trascender la visión meramente individualista para alcanzar a comprender mejor las preocupaciones colectivas y universales.

Para fundamentar teóricamente estos avances me baso en tres importantes psicoanalistas: E. Erickson, C.G. Jung y H. Kohut. Si bien estos autores mantienen diferentes posiciones dentro de la órbita psicoanalítica: psicosocial Erikson (1982); analítica Jung (1953*ab*); y teórico del self en el caso de Kohut (1986, 1977), hay puntos en común entre ellos: los tres consideraron el “autodesarrollo” y la “autotrascendencia” como atributos clave de la personalidad sabia de los adultos mayores. Autodesarrollo y autotrascendencia entroncan con una estructura de personalidad inusualmente madura que va más allá de la mera preocupación por uno mismo, para expandir las interacciones del Yo con los otros y con el mundo.

Autodesarrollo.

Para Erikson un Yo fenomenológicamente logrado se cumple como resultado de la negociación interna con los conflictos inherentes al estadio final de la vida. La dimensión que caracteriza esta cumplimentación es la “integridad” (*versus* “desesperación”) y su virtud asociada es la sabiduría. Las preocupaciones relacionadas con esta fase incluyen la aceptación responsable de la vida según se ha vivido, la positiva adaptación al deterioro físico, la aceptación serena de la finitud de la existencia, la renuncia al liderazgo futuro, a la vez que se mantiene una vivencia de continuidad con el pasado. En definitiva, el equilibrio de las tendencias sintónicas y distónicas a lo largo de la vida, es lo que constituye el autodesarrollo según este autor.

Para Jung, la individualización del ser es el camino hacia la vejez sabia. Hay dos ideas principales en la obra de Jung con relación a este extremo: la primera es que la personalidad se estructura en base a dos orientaciones principales: una vinculada al mundo externo (extraversión), y otra opuesta, en la que el sujeto se orienta a su mundo interior y a su experiencia subjetiva (introversión). El bienestar psicológico requiere que ambas orientaciones estén presentes y balanceadas. La segunda idea se refiere a otro par antitético: la asunción de las dimensiones masculina y femenina de la persona (fuerza, lógica, objetividad ‘vs.’ sentimientos). Jung hace interesantes observaciones al respecto de lo que vengo diciendo, en relación con la edad y la sabiduría. En el equilibrio de la díada introversión-extraversión, sostiene que con el paso de la edad se crea una necesidad de explorar sentimientos acerca del final de la vida y el propio envejecer, y por lo tanto se produce un repliegue hacia la interioridad. En relación a la segunda idea, la que involucra los aspectos femeninos y masculinos de la personalidad, propone que con la edad se tienden a expresar

las dimensiones más ocultas: la esfera femenina en el hombre y la masculina en la mujer. Su teoría, en suma, establece la fuente de la sabiduría intrapsíquicamente, al confrontar el individuo de forma progresiva los aspectos más profundos del ser. Este proceso se inicia con el acceso al inconsciente personal, la integración de los aspectos ocultos, la sombra oscura del ser, y el equilibrio y compensación entre fuerzas opuestas, tales como la realidad interna y externa, el bien y el mal, y las tendencias masculinas y femeninas. Esta autoconsciencia, que crea la base para una vejez sana y sabia, se puede observar en una capacidad más común entre los individuos mayores a tal menester.

Para Kohut, una vejez plena implica un avance, dentro de un “narcisismo” saludable, hasta llegar a la conformación de un adulto coherente, que afronta las vicisitudes de la vida apoyado en sólidos ideales y valores. La maduración de las tempranas necesidades narcisistas (infantiles), en formas adaptables adultas, el mantenimiento de una identidad estable, positiva y cohesiva en relación a los incidentes de la existencia (cambios corporales, enfermedad, experiencias traumáticas etc.), el abandono del narcisismo originariamente omniabarcador y el productivo acercamiento a un medio externo bueno y conveniente; eso definiría el ‘autodesarrollo’. Así, la personalidad de los individuos mayores próximos a la sabiduría, abandona el empleo de energía en estructuras infantiles para enriquecer las funciones adultas, lo que se manifiesta en una sana autoestima, sensación de plenitud e iniciativa, y ajuste social. Esto constituye para Kohut un presagio del ser mayor-sabio, cuyo desarrollo completo depende de otras transformaciones que resultan en la empatía, el carácter maduro y la aceptación de la transitoriedad. La transformación final del narcisismo en sabiduría representa el punto último del desarrollo de una personalidad sanamente constituida, según el autor.

Estas teorías ofrecen una panorámica de la persona mayor sabia como individuo organizado activo y que participa en un proceso dinámico de construcción personal saludable, que implica a dimensiones conscientes e inconscientes. Estas hipótesis sugieren que la personalidad sabia tiene una orientación productiva y una capacidad para la autonomía y el amor maduro, basadas en la apertura a la experiencia actual y la confianza en la respuesta personal a las situaciones de la vida.

Autotrascendencia.

Siguiendo los mismos autores, la persona sabia, como consecuencia del desarrollo personal es, también, capaz de trascender, de moverse más allá de las preocupaciones individualistas hacia temas universales. Para Orwoll y Perlmutter (1994), la autotrascendencia es una componente esencial de la adultez tardía sana y cabal que explica la capacidad de ver a largo plazo, y el profundo entendimiento de los temas filosóficos, sociales e incluso epistemológicos. La sabiduría, ligada a la madurez personal, se mueve desde un enfoque egocéntrico, a una aprehensión universalista de la realidad.

Erikson argumenta para la persona sabia un sentido transpersonal del Yo que se puede desarrollar en la adultez y en la vejez y que trasciende la mera identidad humana, similar a como las religiones e ideologías del mundo lo han reflejado en el transcurso de los tiempos. Esta trascendencia aparece también en la idea eriksoniana de desarrollo del Yo dentro de un “radio social en continua ampliación” y que hace demandas apropiadas al

estadio de la vida en que se vive. Para Erikson, la sabiduría requiere una expansión del contexto en el que el sentido subjetivo del Yo se sitúa en una perspectiva más amplia, más global y filosófica.

Jung considera que la sabiduría se caracteriza por un cambio interior hacia la conciencia colectiva, lo que se alcanza a través del autoconocimiento. Para este autor, la conciencia amplia lleva al individuo a una comunión absoluta, indisoluble y válida con el mundo en general. Ya no se trataría de conflictos-deseo egoístas, sino dificultades que conciernen a otros, tanto como a uno mismo. A este nivel, la información normalmente inaccesible a la conciencia se hace consciente en los sueños y símbolos. Esta esfera misteriosa llamada “inconsciente colectivo”, contiene información universal y arquetípica y es la fuente de la sabiduría. En la autotrascendencia, despreocupada de las pasiones individualistas, el ser aprende de estas fuentes arquetípicas y se abre a la percepción y a la comprensión. Esta apertura a las imágenes colectivas sirve para encontrar verdades fundamentales acerca de las experiencias humanas universales.

La autotrascendencia es igualmente relevante en la obra de Heinz Kohut. La transformación del narcisismo en su forma más completa es sólo posible cuando la energía psíquica del ser se transfiere a los ideales supraindividuales y al mundo con el que uno se identifica. Con esta orientación, el ser suspende su propia importancia, experimenta la empatía y responde a su propia impermanencia con humor y un dilatado sentido de la vida. Fundamentalmente, la sabiduría requiere el reconocimiento de las limitaciones de los poderes del ser como persona concreta y finita a través de un sentido de “narcisismo cósmico”. La sabiduría se labra, así, en un proceso de expansión del ser hacia una identidad universal, infinita, más que como una mortal e individualista.

Todos estos hallazgos conducen desde hace tiempo al convencimiento de que no se puede mantener la antigua concepción del mayor decadente o malhumorado. Porque la edad o el paso de los años, dice la magistral y comprometida actriz Jane Fonda, “no son más que una nueva oportunidad si se tiene el valor y el coraje necesario”.

Riesgos para alcanzar un ‘envejecimiento dichoso’

Conseguir cotas de sabiduría, buen ánimo y dicha en la mayoría de edad depende de factores diversos. Una parte depende, como decía antes, de la suerte y la genética que determinan la funcionalidad y la salud. Pero una proporción muy importante depende del entorno que nos toca y de cómo sepamos gestionar las vicisitudes con las que nos tropezamos, pues como ya sabemos, la vida siempre tiene un coste y requiere de constantes esfuerzos.

Un elemento social que influye mucho es el trato social hacia los adultos mayores. De un lado, la sociedad tiene un trato contradictorio e incluso paradójico hacia los adultos mayores. Todos sabemos que si bien por un lado se valora la sabiduría del mayor, su presencia como historiador fehaciente, sus valores morales y tantos atributos a los que ya me he referido anteriormente, sin embargo, lo que la sociedad realmente desea es lo joven: capacidad para producir, todo tipo de remedios quirúrgicos y cosmética para parecer jóvenes, etc. Esto es una contradicción en ocasiones tan palmaria que

puede afectar y de hecho afecta a la salud psíquica de los mayores que en el fondo se sienten desplazados.

De otro lado, sabemos que hay una prevalencia de actitudes desfavorables hacia los mayores. Butler en 1969 acuñó el término “ageism” que luego el psicogerontólogo argentino Salvarezza y otros autores tradujeron como “viejismo” (Salvarezza, 1991, pp. 23-27; Burba, Fernández Lópiz, González de Menne, 2002, Fernández Lópiz, 1997). O sea el viejismo es un tipo de actitud adquirida a muy temprana edad en la familia, que se manifiesta en la adultez de manera racionalizada en forma de prejuicios contra los adultos mayores que son concebidos como desmemoriados, infantiles, enfermos, pasados de moda, o que implican un “problema” social (Fernández Lópiz, 2003c). Las experiencias científicas muestran que los estereotipos negativos hacia la vejez, generan en las personas mayores una sensación de “amenaza” a la integridad personal, menor rendimiento a nivel de la memoria (Levy, 1996), en el sentimiento de autoeficacia y en trastornos de salud (Levy, 2000) y en toda una serie de retiros anticipados de compromisos y roles laborales y sexuales (Iacub, 2003). Es preciso librar una abierta batalla contra el viejismo que no trae sino malas consecuencias para los mayores, sobre todo cuando son tratados o atendidos por profesionales que albergan este tipo de prejuicios. De modo que así como se educa contra el machismo rampante, o el racismo, también hay que plantarle cara al viejismo como valoración negativa de una persona por el mero hecho de haber cumplido años.

También pueden surgir en la edad adulta mayor circunstancias como la excesiva presión para que los ancianos cambien de opinión política, moral o religiosa, lo que se produce en la familia o en entornos próximos, lo que genera en los mayores una forma de defensa que se manifiesta en rigidez e intolerancia frente a estas fuerzas coercitivas. Esto conduce a algunos mayores a mantener posturas simples e inflexibles, anti-sabias. Pero repito, constituyen una reacción defensiva ante la presión social y familiar.

Puede ocurrir igualmente que la enfermedad, la viudedad u otros acontecimientos trágicos desencadenen si no hay apoyo y consuelo, actitudes nihilistas encarnadas en formas de pensamiento simple ante problemas complejos, lo que supondría una posición igualmente anti-sabia y poco afortunada.

Quiero señalar que los rápidos avances que están aconteciendo en esta época, avances tecnológicos, morales, políticos, etc., pueden sumir a personas mayores bien formadas y con un bagaje cultural importante, en la incertidumbre y en un exceso de cautela paralizante. En estos casos, como ahora diré, la educación es un remedio muy interesante.

Y finalmente, no quiero olvidar una temática que goza de todo mi interés, la relación entre los mayores y sus ambientes (Ecología de la Vejez), tema sobre el cual llevo tiempo estudiando y que últimamente he reflejado en sendos artículos (Fernández Lópiz, 2014b, 2015d). Mi idea, dicho sucintamente, es que los mayores deben participar activamente sobre sus contextos y no ser meros peones a los que se les da todo servido. De igual forma, hay que tener muy en cuenta que el buen humor y bienestar de los adultos mayores se vincula a sus representaciones y vivencias del ambiente urbano que habitan, también del entorno geográfico, que con la edad cobra nuevos significados, e incluso con la ordenación del ambiente hogareño, cuyo mobiliario, texturas y luminosidad han de adecuarse a las necesidades, impedimentos y en su sensibilidad singular. De igual modo, he sido siempre de la idea de capacitar a los equipos asistenciales que se encargan de la

atención de las instituciones geriátricas, a fin de generar climas sociales sanos y positivos en estos recintos (Fernández Lópiz, 1993, 1996a, 2007a).

Por esto, quiero decir para finalizar este apartado, que cuando estas formas ambientales y sociales enfermantes asolan a los mayores, éstos deben organizarse y salir a flote, impidiendo que este flujo anti-mayor, que no es global pero existe, no perturbe su felicidad. Es importante, para que estas circunstancias de la contemporaneidad no les afecten, que prosigan su andadura como ciudadanos dinámicos y a la vez, fortaleciendo su identidad como sujetos de edad avanzada. Para ello propongo dos alternativas: la educación y el empoderamiento.

Educación con alumnado mayor

A mis alumnos de Psicogerontología en la Facultad de Ciencias de la Educación, siempre les comunico desde prácticamente el inicio de la asignatura que al finalizar la materia van a tener otra visión de la vejez y del proceso de envejecimiento, una visión más realista y una concepción del adulto mayor como alguien que transita su “tercer tiempo” con ilusiones que hay que saber actualizar en la labor educativa y de actividad con ellos (Fernández Lópiz, 2015c, 2002a). Esto no es una quimera, sino una realidad que procuro evidenciar con claridad. Parafraseando al psicoanalista francés Paul-Claude Racamier (1983) en su conocida obra *Le Psychanalyste sans diván*, nosotros, los psicólogos, pero también los educadores, tenemos que ser “embajadores de la realidad”. Esto significa que tenemos que convertirnos de cara a los mayores, en profesionales capaces, a la vez que discretos, de revalorizar de la mejor manera todas las formas posibles de su vida psíquica, incluidas aquellas fuerzas inconscientes u ocultas que estas personas guardan, y tratar de despertarlas al placer del conocimiento y el progreso individual; pues ésta es la realidad, y no otra (Fernández Lópiz, 2003ab).

Durante décadas se pensó la educación como una actividad dirigida a niños y a jóvenes. En nuestro actual mundo, en el que los adultos mayores se conservan saludables tras la jubilación y con necesidad de operar socialmente de forma activa, la educación dirigida a este grupo de edad se ha revelado como un recurso muy importante para conseguir objetivos diversos en la legítima pretensión de los mayores de “añadir vida a los años”, como reza el conocido dicho. Es una educación que debe ser instructiva y a la vez, saludable. El espacio educativo ha de tener el común denominador de combinar los aspectos teóricos, académicos o formativos, con aquellos otros de desarrollo personal, de socialización e inserción dentro del grupo. Entre educador y alumnado, se ha de establecer una zona formativa en la que éstos, a su vez, puedan intercambiar experiencias personales e incluso sus propios conflictos. Pero veamos esto más detenidamente.

Desde la conocida obra del gran psicólogo Kurt Lewin, sabemos que en todo contexto en el que participan diversos componentes, se da un “campo vital” de relaciones, que genera componentes de “fuerza” dentro de ese mismo campo, que altera las propiedades meramente individuales de sus componentes. La congregación educador-educandos es, al modo gestáltico, una “totalidad” en la que el conjunto es más que la suma de sus elementos. En la situación educativa con mayores se dan unas circunstancias que van más allá de la relación “educador” y “educandos”, siendo su objeto de es-

tudio el contexto del aula de forma molar. En la medida que varias personas se reúnen en torno a un tema, aparecen circunstancias en el grupo que lo modifican, tornándolo más complejo y también más rico.

Dado que los grupos propios de la educación con adultos mayores no son numerosos (Naval, 2001), el objetivo grupal-educativo debe ser desarrollar un trabajo en torno a capítulos o áreas de interés, aprovechando las condiciones que el discreto número de participantes facilita. De este modo, existe la oportunidad de generar pautas, no sólo para el progreso intelectual, sino para permitir que los componentes del seminario o taller puedan incluir el conocimiento interpersonal (Fernández Lópiz, 2002a). El educador puede adquirir, de esta forma, un conocimiento más preciso de los intereses y particularidades de su alumnado, y éstos pueden beneficiarse de las interacciones entre pares y de una mayor proximidad con el educador, lo que redundará en un general beneficio. Este trabajo pedagógico también toca de lleno el mundo de los afectos: compartir experiencias, aumentar el grado de confianza, fomentar la cohesión, colaborar en incorporaciones enriquecedoras, etc. En suma, la educación con mayores debe tener en cuenta también los aspectos emocionales subyacentes a la tarea formativa. El educador debe formar un espacio de grupo en el cual el alumnado pueda profundizar sobre su actual vivir, su posición como individuos de edad, en una atmósfera de libertad suficiente como para aceptar y tolerar libremente la discusión de ideas y pareceres.

A fin de ejercer una labor profesionalizada para este grupo de edad, es muy aconsejable estudiar la psicología de los adultos mayores (Fernández Lópiz, 2014c, 2000^a; Fernández Lópiz y Marín, 1998). Y en este plano de preparación de los futuros educadores de adultos recuerdo de nuevo el peligro de los prejuicios de carácter “viejista” (anti-mayor) (Burba, Fernández Lópiz, González y Luque, 2002). Es decir, si mis actitudes y expectativas sobre el alumnado son malas, el resultado de mi acción como docente acabará confirmando mis taxonomías mentales, mis heurísticos infundados, y acabarán cumpliéndose. Se conoce como el efecto Rosenthal-Jacobson o de la profecía autocumplida. Quiere decir que los educadores que tienen una idea negativa de su alumnado, inconscientemente se las arreglan para que éstos acaben fracasando, ratificándose así su creencia.

Para que esto no suceda, hay que subrayar que la educación de la que hablamos reviste particularidades, que son acordes al auditorio. Este tipo de educación requiere ritmos de aprendizaje diferentes, motivaciones distintas, un mayor nivel de personalización en la tarea, capacidad para apropiarse de sistemas simbólicos ya experimentados, y un elevado nivel de desarrollo personal y de capacidad para ir llevando al alumnado hacia afanes e intereses genuinos del grupo, que además, puedan tener una irradiación en colectivos más amplios como la familia, el barrio, la ciudad, el mundo en definitiva. Esta edad difiere de otras edades y sus particularidades plantean al educador un abordaje para el que se han sugerido criterios de intervención socio-educativos que incluyen una mayor implicación personal (Tamer, 1995).

A continuación señalo sucintamente los fundamentos teóricos y de intervención basados en una psicología dinámica y transaccional, según mi parecer. Este enfoque implica criterios y asunciones, entre ellos:

- Actitud de comprensión del rol de los mayores en el ámbito educativo y en la sociedad en general. Hay en ello una fundamentación en conocidos autores como Carl Rogers o Viktor Frankl.

- Hipótesis grupoanalíticas y dinámicas sobre la formación del Equipo Docente y de lo que, en definitiva, debe presidir una organización educativa ideal (Foulkes y otros).

- A estos planteamientos deben agregarse los de la Ecología Social iniciada por Moos (1987) que asume que los grupos generan un “clima social” con personalidad propia, que les da unidad y coherencia. Desde esta perspectiva, hay que optar por ambientes socio-educativos positivos en relación a variables como la complementariedad comunicativa, el manejo correcto de los educadores de los refuerzos sociales, o la organización del tiempo (Fernández Lópiz y Marín, 2001). Todo ello hace necesaria desde mi modo de ver la formación de los educadores en autoconocimiento, comunicación interpersonal, abordaje de conflictos, etc. (Fernández Lópiz, 2000b, 2002b).

Para el logro de organizaciones educativas con estas características siempre he sugerido la necesidad de implementar cursos de capacitación para el equipo de educadores (Fernández Lópiz, 2015a). Esta formación debe ser ofertada por los Centros e Instituciones que brindan este servicio. La formación ha de perseguir una mejora en el clima social de la organización educativa en su conjunto, y más concretamente en el aula. La estabilidad y la armonía socio-afectiva entre los miembros del equipo docente, como la que debe haber entre éstos y el alumnado, son un factor de cambio principal del ambiente social, en aras a la validez y al carácter saludable de la educación.

Creo haber evidenciado la importancia cada vez mayor de la educación con alumnado mayor. La educación se manifiesta en salud física y social, mejora del estado de ánimo y la autoestima, aprendizaje de habilidades, comprensión del mundo cambiante en que vivimos, visibilidad y participación social. Pero para este cometido hacen falta educadores comprometidos con esta tarea (Bedmar, Fresneda y Muñoz, 2004), y a la vez formados para el trabajo con este colectivo en todo nivel (Fernández Lópiz, 2016). Lo que ocurre es que la formación de estos educadores constituye un tema poco trabajado y poco investigado en la literatura psicológica y pedagógica. Esta falta de reflexión e indagación sugiere la presencia de un fenómeno de empirismo profesional, toda vez supone que se aprende a ser educador de mayores sobre el terreno, sobre la marcha, sin que haya apenas especialización en este campo tan pujante hoy día. Si hay especialidad en educación infantil, primaria, secundaria y algo para el profesorado universitario, existen muy pocas opciones dirigidas a los educadores de mayores. Hay, pues, esta necesidad, haciendo hincapié, no sólo en su dimensión intelectual o de aprendizaje de materias académicas, sino también en el conocimiento profundo de la Psicogerontología y en la formación socio-afectiva que requiere este tipo de actividad (Fernández Lópiz, 2002a, 2012b).

La educación con personas de edad se produce en un espacio compartido y con enormes posibilidades. Los mayores precisan conseguir los más elevados niveles de independencia, pasar del estancamiento a una manera de actividad y empleo ilusionante y creativo de su tiempo (Fernández Lópiz, 2015c). El educador debe promover que las personas mayores se sientan protagonistas sociales, a la vez que incorporen esa dimensión protagónica a la propia mismidad. Los mayores necesitan capacitarse para lograr otra forma de percibir las relaciones entre ellos y el mundo. Hemos demostrado que esto hace que aumente la confianza en sus posibilidades para desenvolverse en una sociedad cambiante y abordar los problemas con mayor confianza. Lo que sucede entonces es que el sujeto estará dominando el material bruto de sus propias vivencias, sentimientos y pensamientos, aceptando que éstos son una parte que contribuye de manera importante a

una definición de “ser mayor en el mundo”, como actor de su propia historia, como ciudadano dinámico y eficiente.

No hay que olvidar los cambios políticos en favor de este tipo de actividades. Pero también es preciso tener presente el aislamiento que aún persiste entre algunas poblaciones de mayores y la falta de recursos culturales y de crecimiento, sobre todo en zonas rurales. Pero las nuevas perspectivas de la filosofía educativa, la Gerontagogía y la Psicogerontología tienen muy clara la necesidad de lo que se viene a denominar “life long learning” (“aprendizaje a lo largo de toda la vida”), a fin de integrar a los mayores a todo nivel. Porque no olvidemos que la participación de los adultos mayores en actividades educativas se debe a la ilusión por aprender (el anhelo por el conocimiento), a poder incursionar en la educación como algo que quedó pendiente (asignatura pendiente), para afrontar mejor con sus pares los problemas de soledad, enfermedad, viudez, etc., también por razones prácticas de incorporar conocimientos que tengan una utilidad (aprender un idioma de cara a un viaje al exterior) y como forma de ejercitación mental y física (pues hay talleres de Yoga, Tai chi, etc.). Lo cual tiene como consecuencias principales un aumento de la autoestima, mayor capacidad para comprender los cambios que a todo nivel se producen en nuestro mundo, tiene un efecto saludable física y psíquicamente, y favorece y facilita la implementación de los propios intereses que antes estaban adormecidos. Todo esto se demostró en un trabajo que dirigí a modo de Tesis Doctoral (Yuni, 1999).

Finalizo este punto recomendando a los responsables universitarios, sobre todo a aquellos vinculados a las Facultades de Ciencias de la Educación, que reparen en esta carencia y ofrezcan una nueva especialidad en sus estudios, para aquellos jóvenes que deseen dedicarse a la Educación con Adultos Mayores, una actividad cada vez más demandada socialmente, lo cual, vaticino, irá *in crescendo* en un futuro inmediato en los Centros de Día, Residencias, Universidades, y otras instituciones tanto públicas como privadas.

Gerontología crítica: el empoderamiento como necesidad para los mayores

La denominada Gerontología Crítica, representa un enfoque general cuya base teórica se encuentra en los postulados de los autores de la Escuela de Francfort, las teorías neo-marxistas, y más recientemente en el postmodernismo. La Gerontología Crítica propone un análisis de los supuestos y valores sociales y culturales subyacentes en la construcción teórica de la gerontología y relativiza el pretendido alcance universal de conceptos clave propios de esta disciplina. En el nivel metodológico, “la Gerontología Crítica adopta una perspectiva contrapuesta a la denominada ‘gerontología tradicional’, de corte positivista” (Fernández Lópiz, 2012a, p. 119). En ese sentido, el objetivo no es tanto explicar la realidad de los mayores buscando sus causas por medio de la experimentación, sino ‘comprenderla’ en el sentido fenomenológico del término, captar el significado que para los sujetos, las instituciones y las sociedades posee el envejecimiento como proceso personal y social. A diferencia con los estudios positivistas, esta forma de analizar la vejez aboga por la utilización de formas cualitativas de investigación.

El antropólogo Lawrence Cohen subrayó en su momento que desde los años 90, ha cobrado gran relevancia la Gerontología Crítica (Cohen, 1994, p. 139), como enfoque que debe incluir a los mayores como sujetos inmersos en un entorno cultural. Afirma Cohen la escasez de teoría antropológica en la gerontología y la necesidad de que el fenómeno del envejecimiento de la población en la sociedad contemporánea se aborde con indagaciones que respondan a la creciente importancia de este tema en el mundo académico y en los debates sociales, políticos y económicos; la necesidad de conjuntar la Gerontología con la Antropología. Desde ese planteamiento general, cobran relevancia las técnicas de investigación que permiten captar los significados que los sujetos otorgan al proceso de envejecimiento y, por ello, se centran habitualmente en el nivel microsociedad, recurriendo a las historias de vida, las entrevistas en profundidad, la observación de contextos específicos, los grupos focales y los grupos triangulares como técnicas de recolección de información.

Además, frente a una concepción pasiva del adulto mayor, se ofrece la idea de éstos como “actores sociales”, con capacidad para sobreponerse a las condiciones de la estructura social, donde se destaca el valor de la experiencia personal y el papel proactivo de los individuos de edad como agentes dentro de la sociedad.

Dado que, en definitiva, el conocimiento gerontológico es conocimiento social, no debe excluirse la carga moral de sus constructos científicos. Conceptos analíticos básicos -tales como familia, la dependencia, el estrés- son primariamente conceptos culturales, no sólo variables libres de valores. Asimismo, los constructos llevan una teleología implícita para mantener la sociedad y para el desarrollo individual, que replican valores corrientes o roles sociales, y estructuras intergrupales. En ‘este enfoque crítico’ coexiste una variedad de perspectivas teóricas, sustentadas en diferentes disciplinas o marcos conceptuales. Es decir, la ‘gerontología crítica’ se presenta como un marco conceptual más general del que se nutren posiciones tales como la gerontología feminista (Fernández Lópiz, Marín y Alfaro, 1999) y la economía política del envejecimiento, entre otras.

Pero un aspecto que quiero destacar es “la contribución de la ‘gerontología crítica’ a la mejora de las intervenciones sociales, al señalar que estas pueden ser perfeccionadas prestando más atención a los componentes culturales e institucionales” (Fernández Lópiz, 2012a, p. 118) y también por la relevancia que otorgan al “empoderamiento” (*empowerment*) como objetivo de cualquier tipo de intervención (Iacub y Arias, 2010). Por eso, con relación a las organizaciones y redes sociales, la integración y la participación comunitaria son factores con un importante impacto sobre los niveles de calidad de vida en la vejez. En las últimas décadas, las organizaciones de adultos mayores han hecho acto de presencia y se han multiplicado de forma exponencial. Actualmente existen múltiples grupos y redes de personas de edad, muchas de las cuales se han formado de modo auto-gestionado y con distintos fines. En algunos casos el motivo de su creación ha sido explícitamente reivindicativo y se han focalizado en la lucha por garantizar sus derechos. En otros casos la razón ha sido meramente generar espacios de reunión, de realización de actividades culturales, sociales, deportivas y recreativas. Participar en este tipo de organizaciones y de redes de mayores, brinda la posibilidad de ser agentes en el análisis de sus problemas, en la búsqueda de soluciones, en el incremento de la autoconfianza y de la competencia (Gracia-Fuster, 1997; Fernández Lópiz, 2012, pp.

115-121), así como en los logros de desarrollo y fortalecimiento individual y social. En definitiva, independientemente del fin por el cual hayan surgido la creación, el sostenimiento y la participación en estas redes, éstas son a la vez causa y consecuencia del ‘empoderamiento’ de los propios adultos mayores, en los que amplían su capacidad de participación política y social y los proyectan como grupo de presión y de poder.

En síntesis, este encuadre sostiene que, tanto la teoría como las prácticas de intervención gerontológica, soslayan las capacidades de las personas mayores y dejan en mano de los miembros de la segunda edad las decisiones relativas a su situación presente y futura. El ‘empoderamiento’ es vital, una posición emancipatoria de las personas mayores, donde se destaca la fuerza y la diversidad de este grupo de edad. Los sujetos y las comunidades de mayores deben orientarse a tomar el poder para predecir, controlar y participar en su propio destino, la educación que les interese, organizarse contra las agresiones más o menos explícitas en el entorno familiar, institucional y social, defender sus intereses a todo nivel, participar en temas medioambientales que les atañen, la ocupación de su ocio (Fernández Lópiz, 1996b), dirigir su destino, todo ello con el fin de actuar efectivamente para mejorar sus vidas y el destino de su grupo etario.

Conclusiones

Dentro de la brevedad que deben conllevar unas conclusiones, creo haber podido demostrar en este capítulo que los adultos mayores son personas que transitan un período importante de la vida y que en este tiempo, las posibilidades de estar sanos y activos hasta edades muy longevas, lleva emparejada la posibilidad de ganancias en el terreno cognitivo, personal y social. Pero es probable que se presenten obstáculos en el camino debido al trato social no siempre adecuado hacia este grupo de edad, y también por la presencia evidente de prejuicios viejistas que marginan a las personas meramente por haber cumplido años. Para gestionar y abordar mejor estas dificultades e impedimentos he propuesto dos vías que considero principales: la primera es la educación, con cuanto de enriquecimiento y favorecedora tiene para los mayores que participan en estas actividades; la segunda indicación es la necesidad de que sean los mayores quienes gestionen y decidan, tanto individualmente como colectivamente, sobre su propio destino e intereses, eso que la Gerontología Crítica anglosajona denomina “*empowerment*” y que podemos traducir como “empoderamiento”.

Bibliografía

- Arlin, P.K. (1975). Cognitive development in adulthood: A fifth stage? *Developmental psychology*, 11, pp. 602-606.
- Baltes, P.B. (1985). Psicología evolutiva del ciclo vital. Algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría. En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios. (Comp.) *Psicología Evolutiva*. Tomo I. Madrid. Alianza Psicología.

- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1980). Plasticity and variability in psychological aging: Methodological and theoretical issues. En G. Gursky (Ed.): *Determining the effects of aging on the central nervous system*. Berlin: Schering.
- Baltes, P.B.; Dittmann-Kohli, F. y Dixon, R.A. (1984). New perspectives on the development of intelligence in adulthood: toward a dual-process conception and a model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y O.G. Brim Jr. (Eds): *Life-span development and behavior*. New York: Academic Press, 6, pp. 33-76.
- Baltes, P.B. y Smith, J. (1994). Psicología de la sabiduría y su ontogénesis. En R.J. Sternberg: *La Sabiduría: su naturaleza, orígenes y desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bedmar, M.; Fresneda, M.D. y Muñoz, J. (2004). *Gerontagogía: Educación en personas mayores*. Editorial de la Universidad de Granada.
- Burba, M.C., Fernández Lópiz, E., González de Menne, M.C., Luque, I. (2002). Discriminación por vejeísmo en estudiantes universitarios: un estudio transcultural. *Psico-Logos*. Octubre. Universidad Nacional de Tucumán. Argentina.
- Butler, R.N. (1969). Age-isme: Anopher form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-236.
- Cencillo, L. (1999). *Abordaje terapéutico de ancianos*. Madrid: Ediciones Fundación.
- Clayton, V. (1982). Wisdom and intelligence: The nature and function of knowledge in the later years. *International Journal of Aging and Human Developmen*, 15, pp. 315-321.
- Cohen, L. (1994). *Old Age. Annual. Review Antrpol.*, 23, pp. 137-158
- Erikson, E.H. (1982). *The Life Cycle Completed: A review*. New York: W.W. Norton.
- Fernández Lópiz, E. (1991). La Psicoterapia Analítica en Ancianos. Ponencia presentada en el *IV Congreso de la Federación Nacional de Sociedades Psicoanalíticas*. Granada, 8 y 9 de Noviembre. Actas del Congreso, pp. 85-98.
- Fernández Lópiz, E. (1993a). Optimización del Clima Social en una Residencia de Ancianos: Una experiencia en la provincia de Granada. *Folia Neuropsiquiátrica. Vol. XXVIII. N° 1*. Edita Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Granada: Hospital Clínico San Cecilio. Universidad de Granada, pp. 53-62.
- Fernández Lópiz, E. (1993b). Aplicaciones del Concepto de Narcisismo en la Vejez: Un enfoque psicoanalítico. *Revista Publicaciones. N° 21*. Universidad de Granada, pp. 61-68.
- Fernández Lópiz, E. (1994). Una experiencia de psicoterapia de grupo con ancianos de una residencia geriátrica: comprobación empírica de su efecto sobre la calidad de las relaciones sociales. *Actas de III Congreso Infad*. Universidad de León, pp. 142-147.
- Fernández Lópiz, E. (1996a). Geriátricos: Fundamentos y datos para una propuesta institucional. *Revista de la Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas*. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), Vol. 7, n° 1 y 2, pp. 21-48.
- Fernández Lópiz, E. (1996b). Tiempo libre y nuevas responsabilidades en los adultos mayores. *Propuestas: Revista de la Universidad Nacional de la Matanza: Año II, N° 4*. Buenos Aires (Rep. Argentina), pp. 31-44.
- Fernández Lópiz, E. (1997). Ideas y actitudes improductivas en la enseñanza con alumnos mayores. *Propuestas: Revista de la Universidad Nacional de la Matanza: Año III, N° 6*, pp. 107-128. Buenos Aires (Rep. Argentina).

- Fernández Lópiz, E. (2000a). *Explicaciones sobre el Desarrollo Humano*. Madrid: Pirámide.
- Fernández Lópiz, E. (2000b). *Los Equipos Asistenciales en las Instituciones: Guía teórico-práctica de técnicas de Análisis Transaccional*. Madrid: Narcea.
- Fernández Lópiz, E. (2002a). *Psicogerontología para Educadores*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Fernández Lópiz, E. (2002b). Rasgos asilares en residencias para mayores: una propuesta de terapia institucional. En Rubio Herrera y otros (Coord.): *Temas de Gerontología IV*. Granada: Grupo Editorial Universitario, pp. 397-408.
- Fernández Lópiz, E. (2003a). La formación de docentes para la educación de personas mayores. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*. Vol. 19 (1), pp. 19-27.
- Fernández Lópiz, E. (2003b). Psicogerontología para educadores. En Pétriz, G. (Comp.): *Nuevas dimensiones del Envejecer: Teorizaciones desde la Práctica*. Edita Programa Permanente de Adultos Mayores (PEPAM). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata, pp. 33-64.
- Fernández Lópiz, E. (2003c). Mitos improductivos en la enseñanza con alumnos mayores. En J. Sáez Carreras (Coord.): *Educación y aprendizaje en las personas mayores*. Madrid: Editorial Dykinson, pp. 209-230.
- Fernández Lópiz, E. (2007a). Ecología social en instituciones geriátricas: la formación del equipo asistencial con técnicas de Análisis Transaccional. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*. Nº 56, 1er Semestre/2007, AÑO XXV, pp. 84-94.
- Fernández Lópiz, E. (2007b). Enfoques teóricos en Psicología Evolutiva. En Fernández de Haro, E., Justicia Justicia, F. y Pichardo, M.C.: *Enciclopedia de Psicología Evolutiva y de la Educación*. 2 Vol. Málaga: Ed. Aljibe, S.L. Vol I, pp. 51-77.
- Fernández Lópiz, E. (2012a). *Psicología del Envejecimiento*. Granada: Editorial GEU: Grupo Editorial Universitario.
- Fernández Lópiz, E. (2012b). Sobre la necesidad de la materia de Psicogerontología en las Facultades de Ciencias de la Educación. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 67, 2º Semestre/2012, AÑO XXX, pp. 218-234.
- Fernández Lópiz, E. (2013). Salud y sabiduría. En M^a. C. Burba Pons; E. Fernández Lópiz; M^a C. González Verheust; L. E. Luque. *Vejez y diversidad*. Córdoba (Argentina): Editorial Brujas, pp. 179-197.
- Fernández Lópiz, E. (2014a). *Temas de Psicología del Desarrollo Infantil*. Granada: Editorial AVICAM.
- Fernández Lópiz, E. (2014b). Ecología del Envejecimiento I. Aspectos epistemológicos, teorías de la adaptación y tradiciones en la investigación. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*. Nº 70, 1er Semestre/2014, AÑO XXXII, pp. 43-61.
- Fernández Lópiz, E. (2014c). La Psicogerontología como materia necesaria para los educadores de adultos mayores. En Aurízia, Anica; Antonio Frágoso; Carlos Ribeiro; Carolina de Sousa: *Envelhecimento Ativo e Educação*. Edita Universidade do Algarve (Portugal). E-Book., pp. 18-29.

- Fernández López, E. (2015a). Sobre la formación del docente-facilitador de personas mayores. *Revista Educação & Realidade*. V. 40, n. 1 (2015). *Educação e Envelhecimento*, pp. 149-171.
- Fernández López, E. (2015b). Ecología del Envejecimiento II. Teorías fenomenológicas y humanistas sobre el ambiente: la utilidad del Análisis Transaccional para mejorar el clima social en Instituciones de mayores. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*, 72, 1er Semestre/2015, AÑO XXXIV, pp. 21-39.
- Fernández López, E. (2015c). El carácter ilusionante de la educación para el alumnado mayor: repercusiones en el terreno de la identidad. En: Compilación por el 10º Aniversario de la Fundación del Programa Educativo para la Salud de Adultos Mayores (PEPSAM). *La Educación de Mayores en la Universidad: Un espacio de formación y transformación social*. Buenos Aires: Universidad Nacional del Noroeste de Buenos Aires (UNNOBA): Colección Testimonio., 192 pp. (Junín: Primera Edición Especial), pp. 47-68.
- Fernández López, E. (2016). La importancia de la educación con adultos mayores: necesidad de formación con técnicas de Análisis Transaccional con el equipo docente. *Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista*. N° 75, 2º Semestre/2016, AÑO XXXIV, pp.: 149-173.
- Fernández López, E., Marín Parra, V. y Alfaro Llana, I. (1999). "Género y envejecimiento humano". *Revista Conceptos: Boletín de la Universidad del Museo Social Argentino*, N° 3, Mayo/Junio, pp. 36-42. Buenos Aires (Rep. Argentina).
- Fernández López, E. y Marín Parra, V (2001). La estructuración del tiempo según el análisis transaccional: un estudio comparativo entre adultos, mayores institucionalizados y mayores no institucionalizados. *Geriatría: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*. Vol. 17, Año XVII, pp. 33-41.
- Fernández López, E. y Ferreiro, M. T. (2006). El sentido de la vejez en el tiempo de hoy. *Geriatría: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*. Vol. 22 (6), pp. 43-51.
- Frankl, V.E. (1982). *Psicoterapia y humanismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gould, S.J. (1997). *La falsa medida del hombre*. Barcelona: Crítica.
- Holliday, S.G. y Chandler, M.J. (1986). *Wisdom: explorations in adult competence*. Basel Switzerland: Karger.
- Horn, J.L. (1982). The aging of human abilities. En B.B. Wolman (ed.): *Handbook of developmental psychology*. Englewood-Cliffs, N.Y.: Prentice-Hall, pp. 56-71.
- Iacob, R. (2003). La Post-Gerontología. La política de las edades. *Revista de Trabajo Social Perspectivas. Notas sobre intervención y acción social*, 8, 12, 31-40.
- Iacob, R. y Arias, C.J. (2010). El empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health y Social Issues vol. 2*, pp. 25-32.
- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Jung, C.G. (1953a). *Two essays on analytical psychology*. New York: Pantheon Books.
- Jung, C.G. (1953b). *Psychology and alchemy*. New York: Princeton University Press.
- Kitchener, K.S. y King, P.M. (1981). Reflective judgement: Concepts of justification and their relation relationship to age and education. *Journal of applied developmental psychology*, 2, pp. 89-116.

- Kohut, H. (1977). *Análisis del Self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (1986). *¿Cómo cura el análisis?* Buenos Aires: Paidós.
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age by explicit selfstereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.
- Levy, B. (2000). Handwriting as a reflection of aging-stereotypes of Geriatric Psychiatry: *A Multidisciplinary Journal of Mental Health and Aging*, 33, 81-94.
- Moos, R.H. (1987). *The social climate scales: A user's guide*. Palo Alto, CAL: Consulting Psychologist Press y Stanford University Medical Center.
- Orwoll, L. y Perlmutter, M. (1994). Estudio de las personas sabias: la integración de una perspectiva de personalidad. En R.J. Sternberg: *La Sabiduría: su naturaleza, orígenes y desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer, pp. 145-163.
- Racamier, P.C. (1983). *Le Psychanaliste sans Divan*. Paris: Payot.
- Riegel, K.F. (1973). Dialectical operations: The final period of cognitive development. *Human Development*, 16, pp. 346-370.
- Rubio, R., Fernández Lópiz, E. y Liébana, J.A. (1991). El Desarrollo Cognitivo en la Edad Adulta y la Senectud: Perspectivas Teóricas. *Revista Publicaciones. Nº 19-20*. Universidad de Granada, pp. 81-88.
- Savarezza, L. (1991). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós, pp. 23-27.
- Schaie, K.W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R.J. (1994). *La Sabiduría: su naturaleza, orígenes y desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Yuni, J.A. (1999). Optimización del desarrollo personal mediante la intervención educativa en la adultez y la vejez. *Tesis Doctoral* (Director: Dr. Enrique Fernández Lópiz).
- Zubiri, X. (2004). *Inteligencia sentiente*. Madrid: Tecnos.

Animação Socioeducativa e Envelhecimento Ativo. Reflexões em torno da promoção da saúde e prevenção da doença¹

Rute Ralha-Simões²
Rosanna Barros³

Resumo

Não sendo intuito deste artigo mapear as diversas perspetivas relativamente à conceptualização de envelhecimento e de velhice, não obstante a relevância desse debate, assume-se, como objeto de reflexão, a ideia de envelhecimento saudável, o que remete quer para fatores de risco de saúde quer de promoção da saúde associados ao envelhecimento. Esta questão vem merecendo crescente atenção por parte de diversos profissionais, entre os quais educadores sociais e animadores comunitários, pois as medidas de política social hodierna assumem que é essencial mobilizar os recursos possíveis para promover a saúde desta população, não se tratando apenas de oferecer soluções para os problemas que vão surgindo, mas sendo essencial prevenir a sua ocorrência. Destacam-se pontes que interligam a animação socioeducativa com a promoção e a prevenção da saúde para fazer do processo de envelhecimento uma oportunidade de incremento da participação ativa enquanto fator que pode ampliar a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Animação socioeducativa; educação ao longo da vida; envelhecimento ativo; promoção da saúde.

Abstract

This article is not intended to map the different perspectives regarding the conceptualization of aging and old age, although it is recognized relevance to this debate. It takes up the idea of healthy aging as an object of reflection, which will highlight the factors associated with aging, whether they are health risk factors or health-promoting factors. This question has been the subject of increasing attention from various professionals, including social educators and community leaders; indeed, the current social policy measures assume that it is essential to mobilize the potential resources to promote the health of this population, not only trying to offer solutions to problems that arise, but also preventing its occurrence. Moreover, in this article we aim to build bridges between socioeducational animation and health promotion and health risk prevention that can help to make the aging process an incremental opportunity for active participation as a factor that can increase the quality of older people's life.

Keywords: Active aging; health promotion; lifelong learning; socio-educational animation.

¹ Uma primeira versão do capítulo foi publicada na *OMNIA - Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes*, Nº 4, 31-37. {ISSN: 2183-4008}

² Assistente Editorial da OMNIA – Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes. rute.ralha.simoed@gmail.com

³ Universidade do Algarve. rbarros@ualg.pt

Introdução – notas sobre envelhecimento, saúde e educação ao longo da vida

O envelhecimento nem sempre foi considerado como uma parte integrante do processo de desenvolvimento humano, que ocorre a partir do momento em que nascemos. Esta problemática tem, contudo, vindo a adquirir mais relevo nos últimos tempos pois o aumento da longevidade é uma realidade a que assistimos de modo marcante, na nossa época, em especial no mundo ocidental. O conseqüente alargamento demográfico desta faixa etária, que resulta da conjugação desta situação com um decréscimo da taxa de fertilidade, introduz novas necessidades em termos de saúde e de educação. Trata-se de aspetos muito particulares que é essencial identificar como objetos de estudo da gerontologia, porém com premência de investigação interdisciplinar, para se poderem conhecer as suas respetivas especificidades em termos dos novos desafios que envolvem e das iniciativas que é possível levar a cabo para lhes dar a adequada resposta (Lerner, 2002).

Assim, se por um lado, o conceito de envelhecimento não é consensual no âmbito das ciências sociais, não deixa de ser possível, não obstante, encontrar alguns pontos de acordo entre os vários autores que se lhe referem a partir de áreas disciplinares diversas, os quais partilham, em geral, a convicção de que “este pode ser definido como um fenómeno caracterizado como um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida e fazem parte do seu ciclo natural” (Correia, 2014, p.7). Independentemente do tipo de demarcação que se adotar para classificar um indivíduo como idoso, é hoje admitido, sobretudo de um modo estatisticamente fundamentado, que o conjunto da população idosa tenderá a representar uma parte determinante da população mundial nas próximas décadas. Em Portugal, por exemplo, o Instituto Nacional de Estatística prevê que os idosos irão ter no futuro uma enorme prevalência, projetando-se que virão a atingir, em 2050, cerca de 3 milhões num total populacional de 9302 milhares (INE, 2002; WHO, 2002).

Ora, não sendo nosso intuito neste artigo mapear as diversas perspetivas relativamente à conceptualização de envelhecimento e de velhice, apesar da relevância do debate (Ralha-Simões e Ralha-Simões, 2015), assumimos como objeto de reflexão a ideia de envelhecimento saudável, o que remete quer para fatores de risco de saúde quer de promoção da saúde que se associam ao envelhecimento a nível populacional. Dado que o conceito de saúde do idoso não tem, necessariamente, uma perspetiva unidimensional, ligada diretamente às patologias e aos défices próprios destas idades, interessamos enfatizar a sua conotação que envolve aspetos do bem-estar. Adotamos, desta forma, o entendimento, bastante amplo, da Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca de envelhecimento saudável, que pretende precisamente transmitir uma mensagem mais inclusiva, reconhecendo a importância de muitos fatores que influenciam o modo como se envelhece, muito para além dos cuidados primários de saúde; de facto, tal como a referida organização definiu, a saúde deve ser entendida como “um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade” constituindo assim “um conceito positivo, enfatizando recursos pessoais e sociais, tanto como capacidades físicas” (WHO, 1998 p.1).

Com efeito, este enquadramento permitiu estabelecer pontes diversas entre a saúde comunitária, a psicologia e a educação ao longo da vida de que resultaram, por exemplo, num primeiro momento o conceito de envelhecimento bem-sucedido (Fontaine, 2000), e mais recentemente, o conceito de envelhecimento ativo. Para a consolidação deste último conceito nos contextos da ação político-educacional muito têm contribuído as instâncias internacionais como a, já mencionada, OMS, que em 1999 proclamou o *Ano Internacional das Pessoas Idosas* e, em 2002, lançou o documento *Active Ageing. A Policy Framework*. Desde então, outros atores intergovernamentais se juntaram a esta agenda, dos quais destacamos a União Europeia, que declarou o ano de 2012 como *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações*. Ora, o conceito de envelhecimento ativo que assim vem sendo disseminado, estabelece, como coloca Correia, que o mesmo é agora “aplicável a todos os indivíduos e populações no sentido de promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva, potenciadora do bem-estar físico, psicológico e social ao longo da vida, com a participação do indivíduo na sociedade, de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades” (2014, p. 10).

Deste modo, as estratégias socioeducativas que sejam possíveis implementar para, mediante um envelhecimento ativo, conseguir contribuir para que o idoso se mantenha saudável, são uma matéria que vem merecendo crescentemente grande atenção por parte de diversos profissionais, entre os quais os educadores sociais e os animadores comunitários, pois as medidas de política social hodierna assumem que é essencial mobilizar os recursos possíveis para promover a saúde desta população, não se tratando apenas de oferecer soluções para os problemas que vão surgindo, mas sendo essencial prevenir a sua ocorrência. Neste quadro, o presente artigo procura, então, evidenciar algumas lógicas de intervenção sociocomunitária que, deste a nossa ótica, podem concorrer nesse sentido, ou seja que podem contribuir significativamente para promover a saúde do idoso através da manutenção do seu bem-estar físico e mental. Aqui a perspectiva da educação ao longo da vida permite-nos convocar a relevância que os processos pedagógicos da educação não formal manifestamente têm para alcançar este desiderato, nomeadamente focalizando o papel que a animação socioeducativa tem vindo a ter para manter os adultos idosos ativos e informados sobre questões relacionadas com a saúde e a doença, capacitando-os para tomarem eles próprios a iniciativa de procurar contrariar alguns fatores que podem ser nocivos à sua saúde.

A Promoção da saúde e a prevenção da doença como uma unidade dialética

Manter as pessoas mais velhas saudáveis é pois um objetivo que se vem revelando essencial no nosso tempo, tanto mais que, em sociedades como a nossa, aumentou muito esta faixa da população, devido não só ao decréscimo da natalidade e ao aumento da esperança de vida já referidos, mas também à significativa melhoria dos cuidados de saúde a que a generalidade das pessoas tem agora acesso. Contudo, é preciso ter igualmente em consideração que os adultos que agora vivem mais tempo, podem, paradoxalmente, manifestar alterações de saúde estreitamente ligadas ao processo degenerativo, que vai ocorrendo ao longo da vida, com impacto a nível biológico, cognitivo e psi-

cológico, como refere Fernández-Ballesteros (2009), que menciona alterações ao nível da atenção, da perceção, da memória, da emoção e da personalidade, as quais podem obstaculizar a capacidade do indivíduo para conseguir continuar a gerir as condições que ajudam a proporcionar-lhe uma vida saudável, minimizando fatores patogénicos e contribuindo para a prevenção do agravamento da doença.

Neste sentido, Mota Pinto (2006) salienta que só podemos considerar o aumento da esperança de vida, que se constata atualmente, como um progresso se ele não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas que vivem agora mais tempo, relembrando a autora que a OMS salienta que não basta viver mais, mas que é sobretudo preciso que as pessoas vivam com saúde mostrando também uma adequada capacidade para usufruir desse prolongamento da sua existência, que agora se tornou possível, ou seja, trata-se de “dar mais vida aos anos e não apenas mais anos à vida” (p.80). É neste enquadramento que se torna essencial promover a saúde do idoso, e que ganha, por isso, relevo o papel capacitador que a animação socioeducativa comporta na sua lógica de intervenção comunitária para que os idosos consigam manter uma desejável qualidade de vida nesta altura da sua existência.

Porém, esta tarefa nem sempre é fácil, representando um grande desafio que se coloca à sociedade como um todo. Para a concretizar é necessário, por um lado manter um horizonte de esperança em toda a ação fomentada pela intervenção comunitária, pois como explicou Paulo Freire “não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança” (2001, p. 91), e por outro lado, é indispensável saber recorrer criativamente a diferentes estratégias para ajudar os mais velhos a serem protagonistas ativos da manutenção de uma vida saudável, pois, tal como se refere na Carta de Ottawa⁴ a promoção da saúde é “o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre, e para melhorar, a sua saúde. (...) A saúde é um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas da responsabilidade do sector da saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar” (OMS, 1986).

É por este motivo que a promoção da saúde e a prevenção da doença são aqui pensadas, à luz dos pressupostos da educação permanente, como uma unidade dialética. Trata-se de convocar para o âmbito da reflexão acerca do envelhecimento ativo uma racionalidade de tipo complexa, que também aporta repercussões para a racionalidade educativa que tem, de igual modo, de reaprender a pensar para poder pensar de novo a realidade educacional ao longo da vida (Barros, 2011). Uma realidade educacional complexa de cariz gerontológico pode abraçar, portanto, o desafio de promover a saúde e prevenir a doença através da animação socioeducativa crítica que na sua intervenção comunitária procurará dialogar com outras epistemologias de modo a assumir a unidade dialética contraditória que existe entre teoria e prática, entre linguagem e pensamento, entre subjetividade e objetividade, entre espaço e tempo, e inevitavelmente entre o saber dos educadores e a experiência de vida dos educandos idosos.

⁴ Documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986.

Esperança de vida e vidas com esperança – a perspetiva da animação socioeducativa do idoso

Do ponto de vista da gerontologia educacional a promoção da saúde do idoso e da prevenção da doença está complexamente associada com a eficácia da promoção alargada de um envelhecimento ativo (Assis, Hartz e Valla, 2004), que, reiteramos, na proposta da OMS (2002) diz respeito a um processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida com a idade. Desta forma há vários objetivos que a intervenção educacional para a promoção do envelhecimento ativo visa atingir, como, por exemplo, o de contribuir para estender a expectativa de vida saudável e de qualidade de vida a todas as pessoas, enquanto envelhecem, aumentando neste processo a satisfação com a vida, que resulta, entre outros fatores, do incremento da participação social, cultural e económica.

Ora, se entendermos, num primeiro momento, a animação socioeducativa como um conjunto de práticas cuja finalidade geral é estimular, sobretudo pela educação não formal, a iniciativa e a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento sustentável e conscientizado, tendo presente a dinâmica global da vida sociopolítica em que os sujeitos estão integrados (Pérez-Serrano e Guzmán-Puya, 2006), então ganha relevo o seu potencial para trabalhar no social em prol do envelhecimento ativo. Ou seja, a intervenção comunitária pela animação, nestes mesmos contextos de proximidade, tem a capacidade de criar comunidades de aprendizagem através de projetos e programas de animação sustentados metodologicamente numa variedade multifacetada de técnicas de trabalho com grupos que se serve, frequentemente, de dinâmicas de grupo, jogos educativos, dramatizações, entre outros recursos que constituem o património de ação educacional de qualquer animador (Ander-Egg, 1992; Ayuso-Carrasco, 2002).

Ora, o facto de o conceito de animação ser claramente polissémico, como se retira de uma simples revisão de literatura, não nos impede de identificar como aspetos basilares, para a reflexão em curso, a ideia de que a animação intervém para dar vida a um coletivo pondo aspirações comuns em relação (Froufe-Quintas e Sánchez-Castaño, 1998; Calvo, 2002). Se a aspiração comum passar por promover a saúde e prevenir a doença o animador estará encarregue de fazer confluir atividades interdisciplinares e intergeracionais de pendor socioeducativo nos contextos de vida dos idosos, de maneira a que os mesmos sejam protagonistas da ação. Nos termos de Jacob, a “animação com idosos representa um conjunto de etapas com o objetivo de facilitar o acesso a uma vida mais ativa e mais criativa, à melhoria nas relações e na comunicação com os outros, para uma melhor participação na vida da comunidade de que faz parte, desenvolvendo a autonomia pessoal” (Jacob, 2007, p. 31).

Na perspetiva da animação socioeducativa do idoso o objetivo permanente é atuar em todos os campos de desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos, no sentido de os estimular quer a nível físico quer cognitivo e psicológico. Desta forma, os períodos de ócio e lazer são criativamente reconvertidos em oportunidades para que o individuo tome nas suas mãos a responsabilidade por se manter saudável. Para tal, o animador tem o compromisso de delinear, com a população, objetivos educativos espe-

cíficos promotores de um envelhecimento ativo, para serem concretizados no quadro de atividades deliberadamente conduzidas para capacitar e sensibilizar para os fatores de risco que podem conduzir à doença.

Para tal, é necessário que o animador seja devidamente qualificado para levar a cabo este papel (Monera-Olmos, 1992) mas também e, no que concerne ao conteúdo da intervenção que se propõe implementar no campo da saúde, que saiba, de igual forma, como poderá se articular adequadamente quer com outros elementos da comunidade adjacente quer com outros profissionais, (De Miguel Badesa, e Rodrigo Moriche, 2011), nomeadamente os de saúde cuja colaboração no desenrolar da intervenção é essencial para que se alcancem os fins que se propõem promover no âmbito da capacitação para um envelhecimento ativo, de cariz esperançoso e solidário (Pinto, 2008).

Para tornar sustentável uma vida com esperança torna-se pertinente, como refere Alves Júnior (2007), contrariar o legado de épocas passadas em que se recomendava aos mais velhos sobretudo descanso, recolhimento e inatividade. Com efeito, nos nossos dias, entende-se que é essencial para a manutenção de uma boa saúde do idoso que este mantenha bons níveis de atividade e de participação social, fatores que surgem associados a uma melhor saúde não só física como mental. É neste enquadramento que a animação socioeducativa surge como um importante recurso para conscientizar o idoso acerca de questões relevantes do seu próprio contexto envolvente, e da sua constelação de interesses, que o podem ajudar a manter-se saudável ao longo do seu percurso de vida, na medida em que nunca é tarde para ser ativo.

Especificidades da animação socioeducativa dos idosos – agir nos contextos e contextualizar a ação

A animação socioeducativa conduzida com a intencionalidade de promover a saúde e prevenir a doença no idoso tem uma especificidade própria que, como temos afirmado, importa conhecer e saber respeitar. Com efeito, o processo de envelhecimento vai alterando, em vários sentidos, tanto negativos como positivos, as capacidades de adaptação e mudança do indivíduo, tornando-o mais sensível aos condicionalismos exteriores do ambiente físico e humano que o rodeia, o que tanto se pode constituir com um obstáculo como pode ser utilizado enquanto elemento facilitador duma intervenção socioeducativa junto dos indivíduos nesta faixa etária (Sequeira, 2013). Ou seja, de certo modo, a finalidade-charneira da animação socioeducativa do idoso pressupõe “ajudar as pessoas adultas idosas a planificarem as estratégias para o envelhecimento, de promover novos interesses e novas atividades, de estimular e treinar a vitalidade física e mental e de ocupar, utilmente, os grandes tempos livres disponíveis” (Osório, 2004, p. 252).

Posto isto, há que ter também em conta que nem os idosos constituem um grupo homogéneo nem os seus contextos e condições de vida são uniformes. Assim sendo, das várias características socioculturais em presença num dado grupo de idosos há que saber retirar sinergias e conteúdos para as atividades educacionais que aportem significados e interesses partilhados, capazes que fazer expandir o que se sabe para produzir, a partir daí, novas aprendizagens. Trata-se de contextualizar a ação educacional através da valo-

rização, e da reflexividade sobre, a experiência de vida, que implica um processo dialético entre o pensamento, a reflexão e a aprendizagem, que se desenrola de uma forma faseada e sequencial, e cujo resultado é considerado significativo, na medida em que permitiria atribuir um sentido novo à experiência, isto é, uma reelaboração consciente da experiência em sentido Deweyniano.

O enquadramento em que o idoso está inserido é por isso um aspeto importante a ter sempre em conta na animação socioeducativa. Aspetos referentes à sua geografia quotidiana são igualmente relevantes, quer o idoso seja abordado no seu domicílio ou se encontre integrado na comunidade, em centros de dia, centros sociais ou em estruturas residenciais para idosos. Em qualquer destas coordenadas é essencial promover a ligação positiva ao meio envolvente e a participação na comunidade, sobretudo porque em idades avançadas há o risco do indivíduo tender a diminuir a sua atividade física e intelectual, com efeitos nefastos na capacidade de concentração, de coordenação e de reação, que podem não só levar à perda de autoestima, à autodesvalorização pessoal, bem como à apatia, desmotivação, isolamento social ou mesmo à depressão, fatores esses que contribuem para o surgimento ou agravamento de patologias (Sequeira, 2013).

Portanto, a animação socioeducativa do idoso tem também como missiva estimular novos papéis sociais nesta idade, reconhecidos e considerados válidos nos contextos locais, para que o idoso volte a sentir-se parte integrante da sociedade e, em simultâneo, alguém autónomo e responsável por si próprio. Para tal é fundamental que o animador seja crítico e capaz de operar uma intervenção comunitária a montante e a jusante da rotina quotidiana do idoso, sendo por isso indispensável que o animador conheça bem os idosos com quem trabalha, estabelecendo um ambiente de confiança e de conforto em que se possam exprimir livremente, mas também as lógicas de ação das organizações presentes nos seus contextos de vida, bem como os sentidos e representações acerca do idoso operantes na comunidade envolvente, fomentando a problematização dos costumes dos enquadramentos ambientais em que se inserem, e incentivando práticas de reflexão partilhada acerca de ambientes que possam ser propiciadores do aparecimento de patologias. Dado que tem que agir nos contextos e contextualizar sempre a sua ação de intervenção o animador é essencialmente um dinamizador e um mobilizador junto de indivíduos e grupos, relativamente aos quais desenvolve uma ação conjunta, assente numa comunicação positiva, para fomentar relações humanas renovadas que contrariem a exclusão do idoso da vida coletiva e se alicercem no incremento da expansão generalizada da qualidade de vida, num enquadramento em que a saúde constitui um vetor essencial.

Considerações finais

Neste artigo incorremos acerca das pontes que interligam a animação socioeducativa com a promoção e a prevenção da saúde para fazer do processo de envelhecimento uma oportunidade de incremento da participação ativa nos fatores que podem fazer ampliar a qualidade de vida do idoso. Refletiu-se acerca dos sentidos que o conceito de envelhecimento ativo pode aportar para adultos com maior esperança de vida, desde que com eles se faça um trabalho de intervenção alicerçado na educação ao longo da vida.

Nesse sentido vimos como a animação socioeducativa do idoso pode constituir-se como um importante instrumento de emancipação pessoal e social, pela mudança e transformação de hábitos. Refletimos ainda acerca da pertinência de fazer com que o animador se assuma como um agente capacitador, sendo indispensável que conheça e respeite as necessidades e as particularidades da população e da comunidade envolvente, articulando-se nesse processo, sensível e inteligentemente, com outros profissionais que aportem interdisciplinarmente aos sentidos complexos da sua intervenção transformadora.

Referências bibliográficas

- Ander-Egg, E. (1992). *La animación y los animadores*. Madrid: Narcea.
- Alves Júnior, E. (2007). Fundamentado uma proposta de animação cultural para idosos e aposentados brasileiros. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana*, 1(1), 1-18.
- Assis, M., Hartz, Z. & Valla, V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3) 557-581.
- Ayuso-Carrasco, I. (2002). *Animación sociocultural – Intervención multidisciplinar*. Jaén: Editorial Formación Alcalá.
- Barros, R. (2011). *Genealogia dos conceitos em educação de adultos: Da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida – Um estudo sobre os fundamentos político-pedagógicos da prática educacional*. Lisboa: Chiado Editora.
- Calvo, A. (2002). *La animación sociocultural: una estrategia educativa para la participación*. Madrid: Alianza.
- Correia, E. de S. (2014). *Saúde do idoso - Polifonia de vozes*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo (tese de mestrado).
- De Miguel Badesa, S. & Rodrigo Moriche, M. P. (2011). Competencias complementarias en diferentes ámbitos educativos: educación formal y animación sociocultural. In M.B. Montoro (ed.). *II Jornada Monográfica – Pedagogia Social y Educación Social: una mirada al futuro* (pp. 64-77). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *La psicología de la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Fontaine, R. (2000). *Psicología do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freire, P. (2001). *Pedagogia da Esperança – Um reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Froufe-Quintas, S. & Sánchez-Castraño, M. A. (1998). *Animación sociocultural – nuevos enfoques*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- INE (2002). Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística*, 32.
- Jacob, L. (2007). Animação do idoso. *Cadernos Soialgest*, N.º 4 (Animação de idosos).

- Lerner, R.M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd ed.). Mahwah: Erlbaum.
- Monera-Olmos, M.L. (1992). Los animadores socioculturales: su personalidad y su tipología. In Quintana, J.M. (org.). *Fundamentos de Animación Sociocultural* (pp. 256-275). Madrid: Narcea.
- Mota-Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 11(2), 74-86.
- Osório, A. (2004). Animação Sociocultural na terceira idade. In *Animação sociocultural – Teorias, programas e âmbitos* (pp.250-263). Lisboa: Instituto Piaget.
- Osório, A. & Pinto, F. (coord.) (2007). *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Pérez Serrano, G. & Pérez de Guzmán Puya, M.V. (2006). Qué es la animación socio-cultural: epistemología y valores. Madrid: Narcea Ediciones.
- Pinto, G. (2008). Animação sociocultural no lazer: Contribuições possíveis para saúde em hospitais. *Animador Sociocultural: Revista Iberoamericana*, 2(1), 1-18.
- Ralha-Simões, R. & Ralha-Simões, H. (2015). Envelhecimento e qualidade de vida: para além da integridade e do desespero. *OMNIA*, 3, 11-19.
- Sequeira, S. (2013). *Animar para melhor envelhecer, com satisfação*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Educação (tese de mestrado).
- WHO (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion: Visto em 2-10-2015: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO (1998). The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all: Visto em 2-10-2015: <http://www.who.int/whr/1998/en/>
- WHO (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization. (A contribution of the WHO to the Second United National World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002). Visto em 10-10-2015: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

II- Envelhecer no Algarve

Felicidade em Idosos – Vivências na Primeira Pessoa

Happiness in the Elderly - Experiences in the First Person

Cláudia Luísa¹

Resumo

O envelhecimento da população portuguesa surge como um desafio demográfico e social, sendo uma realidade crescente.

Nesse sentido, e de forma a compreender como os idosos percecionavam os seus estados de felicidade, as suas teorias leigas, realizou-se um estudo que envolveu 300 pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, na região do Algarve.

Foram aplicados um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada, seguindo-se uma análise de conteúdo e sua respetiva categorização.

Os resultados indicam que as categorias que melhor descrevem a felicidade dos idosos são a categoria social e a saúde, sendo a sua presença mantida através de atitudes e comportamentos individuais.

Conclui-se que para haver felicidade a família, as relações sociais, as atividades de manutenção diária, a autonomia e a saúde são as principais fontes vivenciadas pelos idosos.

Palavras-chave: Teorias Leigas; Felicidade; Idosos.

Abstract

The ageing of the Portuguese population emerges as a demographic and social challenge, being a growing reality. In this sense, and in order to understand how the elderly perceive their state of happiness, their lay theories, a study was conducted with involved 300 people, aged 60 years or more, in the Algarve region. A demographic survey and a semi-structured interview were conducted followed by a content analysis. The results indicate that the categories that best describe the happiness of the elderly are the social category and health, and their presence is maintained through individual attitudes and behaviors.

It is concluded that to be happy the family, social relations, activities of daily maintenance, autonomy and health are the main sources experienced by the elderly.

Keywords: Lay theories; Happiness; Elderly.

¹ Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação, Departamento de Ciências Sociais e da Educação. Email: cluisa@ualg.pt

Introdução

O envelhecimento humano é um processo natural, mas irreversível. Uma realidade crescente, fruto dos avanços na área da saúde e melhorias de vida, estudada por profissionais de diferentes áreas científicas. Diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que surgem como consequência do tempo sobre os seres vivos. É um processo natural da vida, é contínuo, ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa,

“...ninguém envelhece da mesma maneira nem ao mesmo ritmo. Isto significa que as experiências do envelhecimento não são iguais para todos. As diferenças genéticas, socioeconómicas, culturais e espirituais resultam em diferentes experiências de envelhecimento” (Filhó & Sarmiento, 2004, p. 15).

A evolução demográfica em Portugal caracterizou-se por um aumento do peso dos grupos etários mais velhos e uma redução do peso da população jovem, o que cumulativamente com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, se traduz numa alteração do perfil da população, primando por um progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa, sem precedentes na história do País. Este processo ocorre, em parte, devido à melhoria das condições de saúde, aos avanços tecnológicos e científicos, mas também devido ao aumento de conhecimentos sobre esta realidade (Ribeiro, 2007).

Segundo dados recentes (Pordata, 2016) a população idosa residente em Portugal, era de 10.325.452 indivíduos, sendo que para cada 100 jovens existiam 148 idosos. A esperança média de vida segue igualmente a mesma tendência, e em 2011, era de 82,6 anos para as mulheres e de 76,7 anos para os homens (INE, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2002).

O aumento exponencial do número de idosos lança diversos desafios à sociedade, pois não basta envelhecer, mas sim envelhecer de forma positiva.

Neste sentido, é necessário e urgente repensar o papel da pessoa idosa numa ótica de mudança, de estratégias produtivas e não incapacitantes, para que vivam com qualidade de vida e de forma satisfatória. Ou seja, para que gozem de um envelhecimento bem-sucedido.

Para Fernández-Ballesteros (2011), o envelhecimento bem-sucedido é descrito por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos e sociais e apreendido por indicadores definidos culturalmente.

“Encara igualmente o envelhecimento positivo, numa perspetiva ecológica referindo que este implica o esforço de uma sociedade solidária (com sistemas de proteção sanitária e social) como do próprio indivíduo, que é o motor do seu desenvolvimento pessoal, da sua saúde, da sua participação e da sua segurança” (p.16).

A percepção das pessoas idosas, em todo o processo de envelhecimento bem-sucedido, é de extrema importância para que se possam delinear respostas positivas adequadas às suas necessidades.

Neste sentido, as teorias leigas também designadas de ingénuas ou do senso comum podem dar um contributo relevante, pois permitem compreender melhor a realidade atual dos idosos, o que pensam e como se sentem nesta fase da vida.

Segundo vários autores (Furnham, 1988; Heider 1958; Kelly, 1955; Ramirez & Levy, 2010 citados por Luísa, 2017), as teorias leigas servem para explicar eventos do contexto social, marcos de referência que influenciam os processos de percepção e interpretação da informação, bem como a predição de eventos e, em consequência, também as eleições e os comportamentos das pessoas. Embora não sejam objeto de confirmação científica, cada vez têm mais impacto no pensamento e na relação social. É um campo de estudo que tem vindo a ser gradualmente aceite e reproduzido como resultado do senso comum. As teorias leigas têm um papel fundamental no pensamento e compreensão da realidade social.

Segundo Pelechano (2010), os modelos leigos ou não académicos, da ciência em geral e da psicologia em particular, representam um considerável número de tendências que se refletem praticamente em todos os domínios psicológicos, sendo o bem-estar subjetivo/felicidade um deles.

A temática da felicidade tem vindo cada vez mais a ser mais investigada, pois é um conceito que interfere na vida dos indivíduos de forma considerável. No entanto, existe alguma dificuldade na sua definição, facto que se deve à própria terminologia usada ser vasta (alegria, contentamento, satisfação, bem-estar subjetivo) bem como ao facto de ser abstrata e subjetiva.

Quer seja do ponto de vista psicológico, económico ou social a felicidade passou a ser um constructo em análise, bem como os seus determinantes.

Ao longo da história da humanidade há diversos registos na tentativa de compreender a felicidade. Na Antiga Grécia, por exemplo, Aristóteles (séc. IV a.C.) considerava a felicidade como uma atividade da alma de acordo com um princípio racional. Epicuro, por sua vez (séc. III a.C.) argumentava que a felicidade só devia ser alcançada por via da satisfação dos desejos de uma forma equilibrada, sem perturbar a tranquilidade geral.

Na contemporaneidade Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), ao fazerem uma abordagem concetual do tema, concluem que as teorias da felicidade continuam a ser as mesmas, antes formuladas pelos filósofos gregos. A tentativa de explicação das diferenças individuais no bem-estar subjetivo pautam-se por:

“a) A satisfação das necessidades causa felicidade, enquanto a persistência da sua insatisfação causa infelicidade” (p.276); e por b) “O grau de cumprimento dos objetivos necessário para produzir satisfação depende do nível de adaptação ou aspiração, que é influenciado pela experiência passada, as comparações com os outros, os valores pessoais, e outros fatores” (p.276).

Para Ryff (1989), a felicidade pode ser entendida pela autoaceitação do indivíduo, pelas relações positivas com os outros, pela sua capacidade de autonomia, de independência e de autocontrolo e pela existência de um projeto de vida e de crescimento pessoal.

No entanto, a felicidade pode ser vista como um estado, que pode ser global ou conseguido através de estados parciais ou situações de felicidade ou ainda como um sentimento geral que permite ler positivamente as diferentes situações de vida. Segundo Portela e Pires (2007), “a felicidade é um conceito que engloba o bem-estar subjetivo (BES) e a satisfação geral, portanto inclui as dimensões afetivas e cognitivas do indivíduo” (p. 45).

Mas afinal do que depende a felicidade? São diversos os fatores que contribuem para que um indivíduo se sinta feliz, apesar de Damásio (2003) referir que “(...) aquilo que um ser humano precisa para viver feliz varia consideravelmente com a personalidade, circunstâncias socioculturais, idade e recursos materiais (p.301). Fatores estes também defendidos por Diner (1984), ao mencionar que para haver bem-estar subjetivo importam aspetos como a satisfação subjetiva, os rendimentos, as variáveis demográficas, as relações sociais, a personalidade e as influências biológicas.

Para as teorias teológicas, a felicidade é adquirida quando algum estado objetivo é atingido ou quando uma necessidade é suprimida. Outras defendem que a felicidade é conseguida através das relações e interações sociais, atividades de lazer, entre outras. Para as teorias da comparação social, a felicidade resulta a partir da comparação entre um padrão e uma condição real.

Sendo a felicidade algo inerente a todo o indivíduo, interessa compreender o que diferentes grupos etários entendem pela mesma, e neste caso em concreto, o que pensam os idosos sobre a felicidade e seus determinantes.

É possível, através da investigação realizada neste domínio, perceber que são vários os fatores que determinam a felicidade entre as pessoas idosas.

Fernández-Ballesteros (2010), refere que a perceção dos idosos acerca daquilo que é envelhecer bem, passa por “permanecer de boa saúde até morrer; ser capaz de cuidar de si; ter família e amigos com quem possam contar e sentir-me bem comigo próprio.” (p.52). Assim, a saúde, a independência, as relações sociais e a satisfação com a vida parecem ser os fatores que surgem de forma mais generalizada e consistente no que significa envelhecer bem.

Já Luz e AmatuZZi (2008), que realizaram um estudo de carácter exploratório sobre as vivências da felicidade de pessoas idosas, destacam a dimensão familiar e a laboral como fontes de felicidade. “Felicidade é uma vida tranquila, estar tudo bem, tudo em harmonia, ter muita paz, muito amor com a família, com os netos, a família é muito importante” (Luz & AmatuZZi, 2008, p.305). Amorim, França e Valentini (2017) destacam igualmente a importância do apoio social, da vida familiar e conjugal, da situação económica e da avaliação da saúde para a felicidade subjetiva.

Por sua vez, Lima (2008) admite que a felicidade pode ser um indicador para completar os valores objetivos da qualidade de vida em pessoas idosas.

Vianna (2005), ao investigar sobre a representação da felicidade no mundo ocidental refere, que a mesma tem tendência a aumentar com a idade, sendo o envelhecimento preditor de felicidade. Na antiguidade Epicuro (citado em Vianna, 2005), relata que:

“(…) não é ao jovem que se deve considerar feliz e invejável, mas ao ancião que viveu uma bela vida. O jovem na flor da juventude é instável e é arrastado em todas as direcções pela fortuna; pelo contrá-

rio o velho ancorou na velhice como num porto seguro e os bens que antes esperou cheio de ansiedade e de dúvida os possui agora cingidos com firme e agradecida lembrança” (p.163).

Quanto à análise da variável escolaridade, quando correlacionada com medidas de felicidade, através do número de anos de estudo ou títulos obtidos, demonstra uma relação pouco significativa, já a variável casamento aparece bastante destacada. Os resultados demonstram que as pessoas casadas de ambos os sexos sentem mais felicidade do que as que nunca se casaram e as que estão divorciadas ou separadas. A variável casamento tem sido descrita como sendo aquela que apresenta uma maior correlação com a felicidade e o bem-estar subjetivo.

Estudos recentes concluíram que as pessoas idosas, apesar dos contratemplos que acompanham o envelhecer, como a perda da saúde ou de algum familiar/amigo, não se mostram mais infelizes do que as pessoas de meia idade, o que revela que os mesmos têm a capacidade de controlar as suas emoções e fazer sobressair as positivas em detrimento das negativas (Oliveira, 2010).

Segundo Diener, Suh, e Oishi (1997), as pessoas felizes experimentam com mais frequência acontecimentos positivos e têm mais facilidade em lidar com acontecimentos inesperados. Também Csikszentmihalyi (1999), refere que apesar dos acontecimentos negativos que a vida lhes proporciona, os idosos consideram-se mais felizes do que as pessoas mais jovens.

O Estudo de Berlim sobre Envelhecimento (The Berlin aging Study ou BASE de Baltes & Mayor, 1999), conclui também que a maioria dos idosos era feliz. Desses idosos 63% manifestavam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a vida presente, o mesmo acontecendo com a vida passada, onde 83% estavam satisfeitos.

Em Portugal, segundo um estudo do Observatório da Sociedade Portuguesa da Universidade Católica (2017) sobre indicadores gerais de felicidade e satisfação com a vida, foi possível concluir que os participantes se sentem em geral felizes (Média [M] = 6.64; Desvio padrão [DP] = 1.75). Comparando os resultados obtidos neste estudo com resultados alcançados em período homólogo (julho de 2016 versus julho de 2017) foi possível constatar que o valor médio de felicidade global cresceu 4.0%, passando de 6.39 (DP = 1.77) em julho de 2016 para 6.64 (DP = 1.75) em julho de 2017, sendo inferior ao crescimento de 5.3% ocorrido entre março de 2016 e março de 2017.

A Fundação Francisco Manuel dos Santos realizou igualmente um estudo, coordenado por Manuel Villaverde Cabral (2013), onde é referido que em termos globais os portugueses com idade igual ou superior a 50 sentem-se felizes com a sua vida em geral (3,70). Percentualmente, mais de dois terços dos inquiridos consideram-se felizes ou muito felizes (68,1%), enquanto cerca de um quarto não se sente feliz nem infeliz (24,6%). Muito poucos revelam sentirem-se infelizes ou muito infelizes (6,9%). Esse sentimento genérico de felicidade tende, no entanto, a diminuir com o avançar da idade e é menor entre as mulheres e entre quem tem um estatuto socioeconómico mais baixo bem como a escolaridade. Quanto aos preditores de felicidade é evidenciado que quanto menor for a prática de atividades individuais e sociais diversificadas, assim como quanto menor for a escolaridade e quanto menos as relações estiverem centradas na família, menor é o sentimento de felicidade. De igual modo, quanto menor for o

rendimento e os estados de saúde menores serão os índices de felicidade. É certo que os estados de doença tendem a aumentar à medida que se envelhece, mas não se é necessariamente mais infeliz se houver qualidade de vida e atividades individuais ou sociais que gerem satisfação.

Após feita uma análise global sobre os determinantes mais significativos no estudo da felicidade, verifica-se que questões relacionadas com as redes de socialização (família e amigos), com o rendimento, a autonomia e a saúde são de extrema importância para as vivências felizes na terceira idade.

Embora seja possível constatar que existem várias investigações sobre felicidade em pessoas idosas, no que diz respeito ao estudo das teorias leigas sobre felicidade somente foi possível encontrar na revisão da literatura um estudo de Furnham e Cheng (2000), embora com públicos mais jovens. Em termos de resultados, estes aproximam-se dos obtidos com públicos idosos, pois mais uma vez a felicidade depende do suporte social, da personalidade, da realização e liberdade de vida, segurança e saúde.

Método

Para o estudo, de caráter exploratório optou-se por um método misto, através da combinação de uma abordagem qualitativa e quantitativa. (Quivy & Champenhout, 1998). Numa primeira etapa utilizou-se uma entrevista semiestruturada, cujos resultados, após a devida análise e categorização, foram importantes para desenhar a fase quantitativa. A mesma passou pelo agrupamento dos dados em categorias e pela sua quantificação e cruzamento, através de testes estatísticos, com os dados sociodemográficos.

Objetivos

O objetivo central do estudo foi a compreensão dos significados leigos de felicidade, em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no Algarve.

Como objetivos específicos pretendia-se elaborar uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas do público-alvo; conhecer as categorias mais representativas dos conceitos leigos de felicidade atendendo à sua frequência e percentagem e identificar o número total de categorias bem como perceber a sua relação com os dados demográficos.

Amostra

A amostra era composta por 300 indivíduos, sendo estes maioritariamente mulheres (77,0% - 231 inquiridos). As suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos. A maioria dos inquiridos encontra-se reformada (84,7% - 254 indivíduos), sendo que 48% são pensionistas. Também se verificou que a maioria dos indivíduos se encontrava casado (57,0% - 171 indivíduos), existindo ainda uns substanciais 32,3% que já enviuvaram.

Quando a atenção recai sobre o grau de escolaridade dos inquiridos verifica-se que o grupo mais representado é o que corresponde ao 1º Ciclo (34,0% - 102 indiví-

duos), sendo seguido pelos detentores de formação superior (13,7% - 41 indivíduos). Note-se ainda que 8,0% dos inquiridos (24 indivíduos) mencionaram não terem tido acesso a qualquer tipo de escolarização.

Relativamente às questões de habitabilidade, 47,3% dos inquiridos (142 indivíduos) vivem com o cônjuge, 27,0% (81 indivíduos) vivem sozinhos e 10,3% (31 indivíduos) vivem com o cônjuge e com os filhos.

Quanto ao local de residência dos inquiridos estes dividem-se pelas cidades algarvias de Vila Real de Santo António (27,3% - 82 indivíduos), Faro (25,3% - 76 indivíduos), São Brás de Alportel (20,0% - 60 indivíduos), Loulé (10,0% - 30 indivíduos), Albufeira (9,3% - 28 indivíduos) e Lagos (8,0% - 24 indivíduos).

A maioria dos inquiridos encontrava-se na Universidade da Terceira Idade (59,3% - 178 indivíduos), sendo as Associações de Desenvolvimento Local as segundas mais representadas (19,3% - 58 indivíduos).

Instrumentos

A todos os sujeitos foi administrado um protocolo que continha um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada.

O questionário de dados demográficos era composto por várias questões de caracterização pessoal, (sexo, idade, escolaridade, estado civil, reformado, pensionista, com quem vive e onde vive) e ainda por uma questão sobre o contexto a que pertenciam.

A entrevista semiestruturada continha três questões abertas e uma fechada sobre a temática da felicidade.

Procedimentos

Para a realização do estudo foram feitos vários contactos institucionais e não institucionais, uma vez que o objetivo era realizar um estudo transversal, tendo uma amostra de diferentes zonas do Algarve e também de diferentes realidades. A amostra foi recolhida nos Concelhos de: Vila Real de Santo António, mais concretamente na Universidade de Tempos Livres, na Junta de Freguesia e nas Piscinas Municipais; Em Faro, na Universidade de Terceira Idade e na CIMFaro; em Loulé, na Universidade de Terceira Idade; em São Brás de Alportel, na Universidade de Terceira Idade; em Albufeira, na Universidade de Terceira Idade e na Associação ASCRATIA e em Lagos, na Universidade de Terceira Idade.

Em cada uma destas instituições, várias foram as pessoas que se disponibilizaram para fazer parte do estudo, tendo os seus dirigentes aceite igualmente o convite.

Em termos processuais foram realizadas algumas tarefas, uma vez que foi necessário fazer um pré-teste, a alguns sujeitos com características idênticas às da amostra (foram inquiridos 30 sujeitos), no sentido de tornar os instrumentos mais adequados ao objetivo do estudo, especialmente das questões abertas, uma vez que a interpretação podia não ser clara para todos.

De acordo com as características dos indivíduos, optou-se por lhes dar liberdade no preenchimento do questionário, pois havia muitas pessoas capazes de o fazer

autonomamente, após uma explicação do que se pretendia. Outras tiveram de ter a ajuda do investigador, devido às suas limitações (não sabiam ler nem escrever, não viam bem, estavam cansadas, etc).

Resultados

Concluída a fase de recolha de dados, foi possível perceber, através da análise dos resultados, o que os idosos entendem por teorias leigas de felicidade e quais os determinantes que contribuem para o seu bem-estar subjetivo.

Assim, na questão “*De forma breve e concisa, diga-nos o que é a felicidade ou ser feliz?*”, a maior parte dos inquiridos, 32,7%, identifica a categoria social como a mais representativa, seguida da saúde com 25,7%, da sentir-se bem com 22%, da psicológica com 18%, da ausência com 11,3% e da categoria residual com 10,3%.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e quatro categorias, sendo que 61,7% (185 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 27,3% (82 indivíduos) a duas categorias, 8,7% (26 indivíduos) a três categorias e 2,3% (7 indivíduos) a quatro categorias. A média total de categorias é de 1,51, a mediana de 1 e o DP = 0,751.

Quando questionados sobre “*Quais as coisas importantes para se sentir feliz?*” 41% dos participantes são da opinião que a categoria saúde é a mais importante, seguida da categoria social com 36% e da psicológica com 20,7%. Menos expressivas surgem as categorias residual com 14,7%, a condições externas com 14,3% e a categoria não sabe com 8,7% das respostas.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e cinco categorias, sendo que 58,3% (175 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 26,7% (80 indivíduos) a duas categorias, 11,3% (34 indivíduos) a três categorias, 3% (9 indivíduos) a quatro categorias e 0,7% (2 indivíduos) a cinco categorias. A média total de categorias é de 1,61, a mediana de 1 e o DP = 0,852.

Para a questão “*Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?*”, a categoria mais mencionada pelos inquiridos foi a categoria comportamental com 38,3%, seguida da social com 22,3%, da residual com 20,3%, e da categoria não sabe com 13%.

O número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre uma e quatro categorias, sendo que 76,3% (229 indivíduos) responderam somente a uma categoria, 20,3% (61 indivíduos) a duas categorias, 2,7% (8 indivíduos) a três categorias e 0,7% (2 indivíduos) a quatro categorias. A média total de categorias é de 1,27, a mediana de 1 e o DP = 0,542.

Quando se questiona acerca da percepção de felicidade, pode ler-se na *Figura 1* que 46,0% dos inquiridos (138 indivíduos) consideram-se bastante felizes, havendo ainda 27,7% (83 indivíduos) a estimarem que são pouco felizes e 21,7% (65 indivíduos) a considerarem-se muito felizes. As categorias menos representadas são as correspondentes ao nada e muitíssimo felizes, ambos com 2,3% de inquiridos (7 indivíduos).

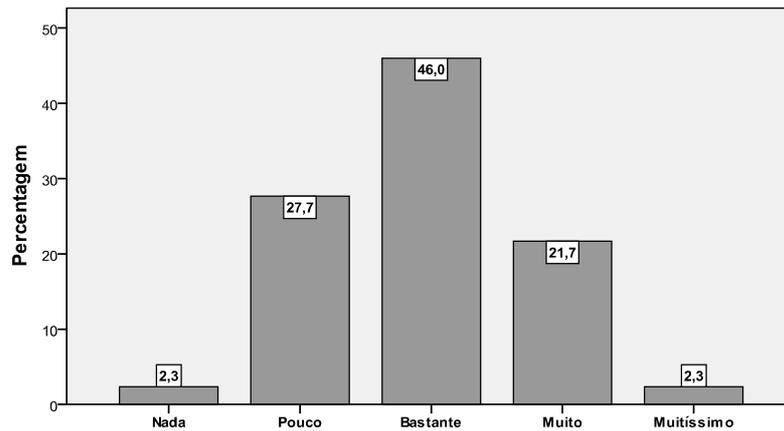


Figura 1. Diagrama de barras da percepção de felicidade dos inquiridos.

A análise das respostas relativas à percepção de felicidade, tendo em conta as variáveis demográficas, permitiu encontrarem-se alguns resultados estatisticamente significativos: os homens tendem a considerarem-se mais felizes do que as mulheres ($U = 6342,5$; $N_1 = 69$; $N_2 = 231$; $p = ,006$); existe uma tendência fraca para a percepção da felicidade ser menor na medida em que a idade é maior ($r_s = -,14$; $N = 300$; $p = ,016$); comparativamente com os indivíduos que se encontram solteiros/divorciados ou viúvos, aqueles que se encontram casados ou a viverem em união de facto consideram-se mais felizes ($U = 8454,5$; $N_1 = 124$; $N_2 = 176$; $p < ,001$); existe uma tendência fraca para a percepção de felicidade ser maior na medida em que o grau de escolaridade é maior ($r_s = ,24$; $N = 300$; $p < ,001$); o grupo de indivíduos pensionistas percebe a sua felicidade como sendo maior do que os que não são pensionistas ($U = 9779,5$; $N_1 = 144$; $N_2 = 156$; $p = ,038$); os inquiridos a viverem com o cônjuge ou com o cônjuge e os filhos percebem-se como mais felizes do que os que vivem sozinhos ($H = 17,09$; $gl = 3$; $p = ,001$); por fim, os que frequentam a universidade da terceira idade tendem a considerarem-se mais felizes do que os restantes ($U = 8959,5$; $N_1 = 178$; $N_2 = 122$; $p = ,006$). Deste modo, unicamente não se encontraram resultados estatisticamente significativos quando a variável demográfica utilizada foi a "reforma" ($U = 5652,0$; $N_1 = 254$; $N_2 = 46$; $p = ,707$).

Discussão

O objetivo deste estudo centra-se na compreensão dos significados leigos de felicidade em pessoas idosas residentes Algarve.

Para os idosos em estudo, embora não se possam generalizar os resultados, quando questionados sobre o que é a felicidade ou ser feliz, a maior parte identificou a categoria social como a mais representativa, seguida da categoria saúde. Relativamente as coisas que os fazem sentir felizes, destacam a categoria saúde como a mais importante, seguida da categoria social e da psicológica. Em termos individuais, quando questionados sobre "Que coisas costuma fazer para tentar ser feliz?", a categoria mais indicada foi a categoria comportamental seguida da social.

Estes dados são suportados pela literatura existente, pois para os idosos a felicidade passa por ter um bom suporte familiar, uma vida conjugal positiva e ter amigos com quem possam conviver e partilhar experiências. Quer a saúde física como a psicológica também são relevantes. Dados confirmados nos estudos de Furnham e Cheng (2000) e de Amorim et al (2017) que referem que os indivíduos associavam a felicidade ao suporte social. Os indivíduos leigos defendem que o apoio social e a estima são um importante fator para a felicidade individual, o que (Argyle & Furnham, 1983; Campbell, 1976 & Larson, 1978) já tinham também constatado, pois as redes sociais são uma importante fonte de felicidade. Cabral (2013) e Vianna (2005) confirmam igualmente a importância do suporte social para haver felicidade.

Luz e Amatuzzi (2008), sobre as vivências da felicidade de pessoas idosas, corroboram as dimensões apresentadas, pois os idosos destacam a dimensão familiar e a laboral de grande importância para serem felizes. A família e a interação familiar são ainda destacadas como sendo uma fonte de proteção, segurança e de afeto.

Relativamente aos determinantes de felicidade, os idosos destacam o seu comportamento, pautado por questões relacionadas com um estilo de vida saudável, pela realização de atividades individuais e sociais prazerosas, bem como ter índices de autonomia, independência e saúde para gerir a sua vida. Resultados corroborados por Fernández-Ballesteros (2010) e Luz e Amatuzzi (2008), que referem que a saúde, a independência, as relações sociais e a satisfação com a vida parecem ser os fatores que surgem de forma mais generalizada e consistente no que significa envelhecer.

Relativamente à relação entre as variáveis sociodemográficas e os índices de felicidade, a mesma é significativa nas questões relacionadas com a vida conjugal, a escolaridade, a idade, o género e a situação social. Resultados estes que podem ser sustentados pelos estudos de Amorim et al. (2017), Cabral (2013), Oliveira (2010) e Vianna (2005), que destacam que os homens experienciam índices mais elevados de felicidade que as mulheres, a escolaridade e os rendimentos mais elevados também são indicadores de um maior índice de felicidade bem como a existência de uma relação conjugal em detrimento de vivências individuais.

Conclui-se que, para os idosos a felicidade passa por ter um bom ambiente social e familiar, inclusive uma boa vida conjugal, pois temem o isolamento e a solidão. A interação social saudável deve ser acompanhada de um certo nível de saúde física e psicológica sendo as atitudes comportamentais individuais essenciais para a sua existência.

Conclusões

As teorias leigas ou de senso comum são um campo de estudo vasto, mas muito pouco explorado quando se trata de públicos idosos.

A felicidade é um construto bastante subjetivo e multidimensional e estudado há muito tempo por diversas áreas, pois é algo que interfere na história de vida de cada um de nós, sendo o seu interesse crescente por parte da sociedade.

O presente estudo pretendeu compreender o que os idosos Algarvios entendem por felicidade e que fatores interferem no seu bem-estar subjetivo.

A felicidade, relatada pelos mesmos, encontra-se expressa em questões de carácter social e de saúde. Sendo que a sua permanência depende de questões comportamentais, como sendo um estilo de vida saudável, poder ter uma vida ativa e independente e conseguir realizar as atividades diárias de forma autónoma e satisfatória.

Conclui-se que, e embora não se possa generalizar, a percepção de felicidade entre os idosos é positiva sendo que as representações do envelhecimento também elas seguem a mesma tendência não afetando o seu bem-estar geral.

Referências

- Amorim, S., França, H. & Valentini, F. (2017). Predictors of happiness among retired from urban and rural areas in Brazil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30. Porto Alegre. Acedido em março de 2018 no website: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v30/1678-7153-prc-s41155-016-0055-3.pdf>.
- Argyle, M. & Furnham, A. (1983). Sources of satisfaction and conflict in lay-term relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 481–493.
- Baltes, P. & Mayer, K. (Eds.). (1999). *The berlin aging study: aging from 70 to 100*. Cambridge: University Press.
- Cabral, M. V. & Ferreira, P. M. (Eds.) (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist* 31, 117–124.
- Damasio, A. (2003). Feelings of Emotion and the Self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001. Acedido em março de 2018 no website: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1279.014>.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Suh, Lucas & Smith. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. Acedido em março de 2018 no website https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41. Acedido em março de 2018 no website: <http://siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/diener.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2010). The concept of ‘ageing well’ in Latin American and European countries. *Ageing & Society*, 30.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Posibilidades y Limitaciones de la Edad In López, J. *Envejecimiento Activo, Libro Blanco* (pp.101-146). Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid: Imerso.
- Filhó, J. & Sarmiento S. (2004). *Envelhecer bem é possível – cuidando de nossos idosos na família e na comunidade*. São Paulo: Edições Loyola.

- Furnham, A. & Cheng, H. (2000). Lay theories of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 1, 227–246.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos de 2011 – resultados provisórios*. Lisboa: INE.
- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology* 33, 109–125.
- Lima, A. (2008). A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UNTI/UERJ. In Veras, P. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UNATI – EURJ.
- Luísa, C. (2017). *Teorias leigas em pessoas idosas – Conhecer para intervir, guia para educadores sociais e cuidadores*. Viseu: Editora Psicossoma.
- Luz, M. & Amatuzzi, M. (2008). Vivências de felicidade em pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, 25(2), 303-307.
- Observatório da Sociedade Portuguesa da Universidade Católica (2017). *Indicadores gerais: felicidade e satisfação*. Lisboa. Acedido em março de 2018 no website: <https://www.clsbe.lisboa.ucp.pt/pt-pt/cea-osp-felicidade-e-satisfacao-com-a-vidajul17>.
- Oliveira, B. (2010). Felicidade, optimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica* 52, volume 1. Universidade de Coimbra.
- OMS (2002). Global Forum for Health Research: The 0/90 Report on Health Research. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Portada/INE (2016). *Indicadores de Envelhecimento*. Acedido em janeiro de 2018 no website: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.
- Pelechano, V. (2010). Unas notas acerca de la psicología lega y modelos asimilados. *Análisis y modificación de conducta*, 36, (135).
- Portela, C. & Pires, C. (2007). *Psicologia diferencial: os vários temas deste ramo da psicologia*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Quivy, R. & Champenhout, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia De Investigação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Porto: Livpsic.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Silva, R. (2011). *Valores e Felicidade no Século XXI - Um Retrato Sociológico dos Portugueses em comparação europeia*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Vianna, F. (2005). *A representação da felicidade no mundo ocidental*. (Tese apresentada no programa de pós-graduação). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Perfis de Funcionamento Psicológico em Adultos com Idade Avançada: Destaques de um Estudo no Sotavento Algarvio

Jacinto Gaudêncio¹

Resumo

O estudo insere-se no âmbito de uma investigação para doutoramento em Psicologia Clínica, ainda a decorrer. Fundamenta-se numa visão holística e positiva do processo de envelhecimento, enquadrada na Psicologia do Ciclo de Vida (Baltes & Baltes, 1990) e na abordagem multidimensional do bem-estar psicológico (Ryff, 1989).

Objetivo: Identificar grupos com distintos perfis de envelhecimento, mais ou menos bem-sucedidos, ou positivos, numa amostra intencional de adultos com idade avançada ($N=156$; $M = 80,4$ anos; $DP = 7,2$ anos) residentes no Sotavento Algarvio.

Método: Abordagem holística orientada para a pessoa com recurso a entrevistas individuais para aplicar instrumentos de avaliação do funcionamento psicológico (funcionamento cognitivo, bem-estar psicológico, saúde mental). Na análise estatística utilizaram-se métodos de análise multivariada, nomeadamente análise fatorial e análise de agrupamentos.

Resultados: Maioria dos participantes foi categorizada no *perfil positivo global* ($n=78$), que aponta para trajetórias mais equilibradas de envelhecimento. Os demais participantes foram integrados no *perfil normal* ($n=43$) e no *perfil comprometido* ($n=33$), este a apontar para declínio acentuado no curso do envelhecimento.

Conclusões: As trajetórias de envelhecimento mais positivas configuram um padrão multidimensional que envolve, para além de um estado cognitivo satisfatório e boa saúde mental, um funcionamento psicológico alicerçado numa avaliação positiva da vida e num sentido de realização pessoal.

Palavras-chave: perfil de envelhecimento, envelhecimento bem-sucedido, funcionamento psicológico positivo

Abstract

The study is part of an ongoing PhD research in Clinical Psychology. It is based on a holistic and positive view of the aging process, framed in life-span psychology (Baltes & Baltes, 1990) and in the multidimensional approach to psychological well-being (Ryff, 1989).

Aim: To identify subgroups with different ageing profiles more or less successful, or positive, in an intentional sample of elderly adults ($N=156$, $M=80.4$ years, $SD = 7.2$ years) living in the Eastern Algarve.

Method: Person-oriented approach (Bergman, Magnusson, & El-Khoury, 2003), with individual interviews to apply the instruments to assess the psychological functioning of participants (cognitive functioning, psychological well-being, mental health). Data analysis used multivariate analysis methods, namely factorial analysis and cluster analysis.

Results: Most participants were categorized into the *overall-positive profile* ($n=78$), which points to more balanced trajectories of ageing. The other participants were integrated in the *average profile* ($n=43$) or in the *compromised profile* ($n=33$), the latter pointing to a marked decline in some dimensions of psychological functioning.

Conclusions: The more positive trajectories of ageing configure a multidimensional pattern that involves, besides a satisfactory cognitive state and good mental health, a psychological functioning based on a positive assessment of life and on a sense of personal fulfilment.

Keywords: aging profiles, successful ageing, positive psychological functioning

¹ Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve. E-mail: jgauden@ualg.pt
Este capítulo retoma e desenvolve alguns tópicos de uma comunicação não publicada da autoria de Gaudêncio, J., Duarte-Silva, M. E., e Ferreira, A. S. (2016). Perfis de Envelhecimento Mais ou Menos Bem-Sucedidos: Um Estudo no Sotavento Algarvio. Comunicação apresentada no IX Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia que teve lugar de 30 de junho a 2 de julho de 2016 na Universidade do Algarve.

Introdução

O aumento significativo da esperança média de vida é, sem dúvida, um dos maiores sucessos da história do século XX e o envelhecimento da população humana tornou-se um fenómeno que assume na atualidade características verdadeiramente globais (Birren & Schroots, 2001). É amplamente reconhecido que este fenómeno tem assumido um particular relevo em Portugal, com os indivíduos com 65 ou mais anos a representarem 20.3% da população, o que nos torna o quarto país com maior percentagem de população idosa nos 28 Estados Membros da União Europeia e o 3º país que apresenta a maior percentagem de população com mais de 85 anos (5,9%), só ultrapassado pela Grécia e pela Lituânia (Eurostat, 2017). Em termos de número, no nosso país os indivíduos com mais de 65 anos correspondem a mais de dois milhões de pessoas, das quais 600.000 mil têm mais de 80 anos e, de entre estas, 260.000 têm mais de 85 anos, conforme indicam dados recentes do Eurostat (2017).

As complexas implicações do significativo aumento de longevidade da população humana não podem ser reduzidas, como demasiadas vezes acontece, a um grave problema social e à ênfase nas preocupantes consequências demográficas e económicas que daí resultam, nomeadamente em termos do aumento de custos com a gestão dos sistemas de cuidados de saúde e da segurança social. Para além desses aspetos que, obviamente, não devem ser descurados, é também fundamental reconhecer, em toda a sua importância, que a extensão da esperança média de vida e a procura de condições ótimas para um envelhecimento bem-sucedido constituem uma oportunidade única para a evolução cultural das sociedades humanas e para o desenvolvimento positivo de cada indivíduo ao longo do seu ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2008; Freund, Nikitin, & Ritter, 2009).

No Sudoeste do Algarve, na região conhecida como Sotavento, existe uma numerosa população idosa a viver em condições geográficas, económicas e socioculturais muito diversas, com grandes contrastes entre o litoral urbano com cidades onde a população cresce e há uma oferta significativa de serviços de apoio e o interior rural, em especial na serra algarvia, que está em processo de desertificação e apresenta elevados índices de envelhecimento. Este contexto geral informa o presente estudo que se focou na análise, categorização e agrupamento de indivíduos com diferentes perfis psicológicos de envelhecimento mais ou menos bem-sucedidos ou desejáveis tendo, para esse fim, constituído uma amostra muito heterogénea de pessoas com idade avançada em termos de idade, recursos, contextos e percursos de vida. Analisam-se seguidamente, de forma breve, alguns aspetos teóricos e questões pertinentes no campo de investigação das diferenças individuais no envelhecimento que presidiram à elaboração deste estudo.

Perspetiva ciclo de vida do envelhecimento bem-sucedido

O facto de o conceito comumente designado de “Envelhecimento Bem-Sucedido” (EBS) não ter ainda uma definição consensualmente aceite pelos investigadores que a ele se dedicam, malgrado mais de 50 anos de numerosas investigações e discussões teóricas e de a comunidade científica usar uma variedade de termos para

designar trajetórias positivas de envelhecimento, muitas vezes de forma intermutável com o termo bem-sucedido, como acontece com as designações de ótimo, ativo, saudável, produtivo, positivo, não coloca necessariamente em causa o potencial científico desse conceito que tem o mérito de apontar para uma nova e fundamentada visão positiva do envelhecimento, como destaca Fernández-Ballesteros (2008). Aliás, numa revisão da literatura, esta mesma investigadora e colaboradores (Fernández-Ballesteros et al. 2013) concluem que a proximidade de sentidos que une os diferentes termos que são usados de forma intermutável com o de EBS é conforme a uma rede semântica que tem no seu núcleo “envelhecer bem”, expressão comum usada pelas pessoas de diversas culturas para se referirem a trajetórias positivas de envelhecimento e que é o termo mais usado internacionalmente para designar uma perspectiva leiga dessas mesmas trajetórias.

Desde há mais de um quarto de século que a investigação sobre o envelhecimento diferencial numa perspectiva psicológica de ciclo de vida tem vindo a contribuir significativamente para o aprofundamento científico da área de estudos iminente multidisciplinar que envolve o envelhecimento bem-sucedido. O campo de investigação designado de envelhecimento diferencial foi conceptualizado por Paul Baltes e colaboradores (e.g., Baltes, & Smith, 1997; Smith & Baltes, 1993; Gestorf, Smith, & Baltes, 2006) com o objetivo de investigar as diferenças individuais que ocorrem no envelhecimento e os processos que lhe estão subjacentes e fundamenta-se nos princípios e meta conceções da Psicologia do Ciclo de Vida (*Life-span Psychology*). Segundo esta, o rácio de perdas funcionais em importantes domínios da vida ao longo do processo de envelhecimento assume variações internas no próprio indivíduo e entre indivíduos diferentes. Para diferenciar padrões ou perfis de envelhecimento normal e bem-sucedido são necessárias múltiplas avaliações em diversos domínios da vida, dado que a multidimensionalidade é uma característica central do envelhecimento bem-sucedido, como tem sido evidenciado pela investigação neste campo (para uma revisão ver Freund & Riediger, 2003; Martin, Kelly, Kahana, Kahana, & Poon, 2012).

Estado cognitivo, saúde mental e bem-estar psicológico enquanto critérios fundamentais de envelhecimento bem-sucedido

O reconhecimento da natureza iminente multidimensional do conceito de EBS não tem sido suficiente para ultrapassar as clivagens que se verificam entre as abordagens de inspiração biomédica, cujos estudos concedem uma grande ênfase à operacionalização de critérios baseados em indicadores de saúde física, funcionamento cognitivo e autonomia funcional, e as abordagens psicossociais que, de modo distinto, focam-se em aspetos subjetivos do processo de envelhecimento e dão ênfase a critérios como satisfação de vida, bem-estar, recursos pessoais e envolvimento social, usando instrumentos psicométricos para capturar estes fenómenos. No entanto, os critérios biomédicos e psicossociais não se excluem entre si e existem teorias multidimensionais do EBS que utilizam componentes de ambos os modelos como, por exemplo, os que foram formalizados por Baltes e Baltes (1990) e Bowling e Dieppe (2005). Neste quadro, apresenta-se seguidamente de forma breve uma seleção de três critérios de EBS amplamente referenciados na literatura.

Estado cognitivo

O funcionamento cognitivo surge na investigação como um dos critérios ou dimensões fundamentais do envelhecimento bem-sucedido, conjuntamente com a saúde física e mental, o bem-estar, a autonomia, a integração e apoio social e a segurança económica (Vandenplas-Holper, 2000). Estudos europeus apontam que quase todos os indicadores do funcionamento físico e cognitivo estão relacionados com a esperança de vida (BURDIS network, 2004). A investigação longitudinal sobre os adultos com idade avançada indica também que, apesar de variações individuais significativas, um grande número sofre em algum grau de declínio cognitivo, ainda que moderado (Gestorf, 2004). Sabe-se também que disfunções graves no domínio cognitivo, nomeadamente a demência, são um importante fator que impede estas pessoas de viverem de forma independente nas suas casas (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008). No entanto, há também uma forte evidência indicando que os padrões de envelhecimento são muito diversificados, mesmo em idosos com idade muito avançada, com diversos estudos (para uma revisão ver Paúl, 2007) a evidenciarem que um largo número (oscilando entre 30% a 50%) consegue gerir a sua vida de forma independente e parece considerar a vida uma experiência positiva, até muito perto da morte.

Saúde mental

Como assinalam Jeste, Depp, e Vahia (2010) numa revisão de estudos, a maioria dos determinantes do EBS com forte presença de avaliações físicas e funcionais são afetados negativamente pela depressão. Por seu lado, traços psicológicos considerados positivos têm efeitos assinaláveis na mortalidade, com diversos estudos longitudinais a indicarem que um sentido elevado de propósito na vida, algum otimismo e uma atitude positiva face ao envelhecimento estão associados a ciclos de vida mais longos. Verifica-se também um crescente reconhecimento na investigação de que existe uma forte interação entre processos cognitivos, emocionais e motivacionais, o que pode oferecer meios para alcançar “insights” importantes sobre o funcionamento da mente no curso do envelhecimento (Scheibe & Carstensen, 2010). Ocorreram igualmente profundas mudanças face à conceção de saúde mental que, cada vez mais, tem vindo a ser considerada do ponto de vista do bem-estar e da satisfação de vida, ao contrário do que aconteceu durante muito tempo em que era definida pela negativa como correspondendo, basicamente, à ausência de doença mental.

Bem-estar psicológico

A investigação tem vindo a demonstrar em numerosos estudos que o bem-estar está associado com a saúde mental e é um fator que promove o funcionamento psicológico positivo (Ryff & Singer, 2002; Ryff, Singer & Love, 2004) mesmo em idades avançadas. A teoria do bem-estar psicológico formalizada por Carol Ryff enfatiza uma abordagem de curso de vida ao crescimento pessoal e à autonomia durante o envelhecimento (Ryff & Singer, 2006). Esta teoria estabeleceu seis dimensões centrais do funcionamento psicológico positivo que incluem: visão positiva de si próprio (*aceitação de*

si), prosseguir propósitos que dão significado à vida (*objetivos de vida*), realizar o seu potencial (*crescimento pessoal*), experienciar ligações significativas com os outros (*relações positivas*), gerir as exigências do meio envolvente (*domínio do meio*) e exercer uma direção própria na orientação da sua vida (*autonomia*). De acordo com a investigação conduzida por Ryff e Singer (2006), as dimensões objetivos de vida e crescimento pessoal mostram algum declínio no adulto idoso enquanto as relações positivas e a aceitação de si mostram poucas variações com a idade.

No essencial, os pressupostos do presente estudo resultam da convergência de um quadro teórico holístico sobre o envelhecimento diferencial e o bem-estar, que enforma as perspetivas ciclo de vida, com uma metodologia de investigação orientada para a análise dos padrões empíricos ou perfis multidimensionais de funcionamento das pessoas (*Person-Oriented Approach*) (Bergman, Magnusson, & El-Khoury, 2003). Neste quadro, o objetivo do estudo é verificar se a identificação e análise das diferenças individuais observadas numa amostra de indivíduos com 65 ou mais anos nos domínios do funcionamento cognitivo, saúde mental e dimensões de bem-estar permite categorizar os participantes em três grupos com distintos perfis psicológicos de envelhecimento, nomeadamente, perfil empobrecido, ou menos positivo, perfil normal ou comum e perfil bem-sucedido ou globalmente mais positivo.

Método

Participantes

Com a colaboração de técnicos das instituições, os participantes do estudo foram contactados em centros comunitários, centros de dia e lares residenciais em três cidades do Sotavento do Algarve (Loulé, Faro e Olhão) e em seis localidades situadas em áreas rurais e interiores (Vale Silves, Tôr, Querença, Salir, Estói, Barranco do Velho). Dois psicólogos fizeram entrevistas individuais aos participantes, com uma duração que oscilou entre 70 a 100 minutos, para recolher dados sociodemográficos e aplicar os instrumentos. Os únicos critérios de exclusão considerados para este estudo foram ter idade inferior a 65 anos, diagnóstico de demência e presença de patologias incapacitantes ou doenças que impediriam os participantes de entender o consentimento informado que lhes foi pedido. A amostra foi constituída por 156 pessoas (com idades oscilando entre 65 a 97anos), a média de idades foi 80.4 anos ($DP = 7.2$ anos) sendo a maioria dos participantes mulheres (64.7%) e pessoas na situação de viuvez (64.1%). A faixa etária 75-84 anos foi a mais representada (43.6%) e a faixa onde se incluíam os sujeitos muito idosos, com 85 ou mais anos, correspondeu a um terço da amostra. Quanto às qualificações profissionais, a maioria dos participantes tinha baixas qualificações (61.5%) e perto de um terço tinha qualificações médias, sendo pouco expressiva (6.4%) a presença de sujeitos com um estatuto profissional elevado.

Em relação à escolaridade, verificou-se um nível elevado (28.2%) de iliteracia, com mais de um quarto dos participantes a não saber ler nem escrever. A maioria dos sujeitos tinha alguma educação formal, com 41% da amostra a ter o antigo ensino primário, correspondente a 3 ou 4 anos de instrução na época da ditadura salazarista e 20.4% frequentou ou concluiu o ensino secundário ou equivalente. A amostra é distribu-

ída igualmente entre as áreas urbanas e rurais. A maioria dos participantes vivia na comunidade (65,4%), percentagem esta onde se incluem os participantes que viviam na sua casa, ou de familiares, com algum tipo de apoio diário em centros de dia ou comunitários (33.3%), e os que eram autónomos e viviam de modo independente na sua casa (32.1%). Os restantes participantes viviam em instituições como lares residenciais (34.6%). Como esperado, os indivíduos que viviam na comunidade de forma independente apresentavam uma média de idades inferior ($M = 76,82$, $DP = 5,58$) à dos indivíduos que viviam na comunidade e eram utentes de centros de dia ou que viviam em lares residenciais ($M = 82,38$, $DP = 7,38$).

Instrumentos

Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) (Botelho, 2005) para a avaliação da capacidade funcional e recolha de dados sociodemográficos;

Avaliação Breve do Estado Mental (Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro Caldas, & Garcia, 1994), adaptação à população portuguesa do “Mini Mental State Examination (MMSE)” (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) para examinar o funcionamento cognitivo;

Escalas de Bem-Estar Psicológico, versão reduzida, adaptação portuguesa das “Scales of Psychological Well-Being-reduced version” (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) realizada por Novo, Silva e Peralta (1997) para avaliar as dimensões do bem-estar;

Inventário de Saúde Mental, adaptação portuguesa do original “The Mental Health Inventory (MHI-5)” (Ware, Johnston, Davies-Avery, & Brook, 1979; Veit, & Ware, 1983) realizada por Ribeiro (2001) para examinar a saúde mental;

Questionário SOC, versão curta, adaptação portuguesa do original “The SOC Questionnaire (Short-Form)” (Freund & Baltes, 1988) realizada por Amado, Diniz e Martin (2006) para avaliar as estratégias de Seleção, Otimização, e Compensação.

Análise de Dados

Aplicaram-se procedimentos estatísticos multivariados, nomeadamente, análise de agrupamentos (*cluster analysis*), análise fatorial exploratória e análise fatorial de correspondências. Utilizou-se a análise de agrupamentos para verificar se a identificação e análise dos resultados intraindividuais obtidos pelos participantes na unidade analítica sob estudo, definida por um conjunto de variáveis representando o funcionamento psicológico, permitia fundamentar empiricamente o agrupamento dos participantes em grupos homogéneos. No processo de agrupamento foi selecionado o método de agregação não-hierárquico *k-means* antecedido pela aplicação do método de agregação hierárquico de Ward para auxiliar a estabelecer com rigor o número de grupos que era possível delinear na amostra em estudo. Para fins descritivos, aplicou-se o teste *F* da Anova para examinar a contribuição de cada variável no modelo usado para definir os agrupamentos. Embora a amostra inicial sob estudo fosse constituída por 156 participantes, somente 154 que responderam em todas as medidas das variáveis selecionadas foram incluídos no processo de agrupamento. Todas as análises foram efetuadas com recurso ao programa informático *IBM SPSS Statistics 22*.

Resultados

Estando o estudo ainda a decorrer, como já se referiu, destacam-se aqui somente os resultados mais expressivos já verificados e apresenta-se uma sinopse das múltiplas análises estatísticas que conduziram à seleção das variáveis que estiveram na base da constituição dos agrupamentos, o mesmo se aplicando às diversas análises estatísticas inerentes ao processo de agrupamento dos participantes em distintos perfis de funcionamento psicológico.

A elegibilidade da solução com três perfis de funcionamento psicológico

Os resultados apontaram para a elegibilidade da solução com três perfis que correspondiam a distintos padrões de envelhecimento passíveis de serem categorizados em três posições distintas num *continuum* de funcionamento psicológico na idade avançada - que vai dos perfis mais bem-sucedidos aos menos bem-sucedidos. Esta solução triádica fundamenta-se nos resultados consistentes obtidos pelas análises estatísticas anteriormente referenciadas, como se pode observar na Tabela 1. Optou-se por designar como “Perfil Positivo Global” aquele em que se verificaram globalmente os melhores resultados obtidos pelos participantes e que, comparativamente aos resultados obtidos nos outros dois perfis, pode ser considerado o mais positivo ou bem-sucedido na amostra em estudo.

No mesmo sentido, optou-se por designar como “Perfil Normal” aquele cujos resultados globais se situavam imediatamente abaixo dos obtidos no perfil mais bem-sucedido, ocupando assim uma posição intermédia e o perfil com os resultados globais claramente inferiores aos dois primeiros foi designado como “Perfil Comprometido” no sentido de ser o perfil que na amostra exprime trajetórias de envelhecimento menos positivas ou menos bem-sucedidas.

Em termos de representatividade, como se pode verificar na Tabela 1, o *Perfil Positivo Global* representa o grupo mais numeroso de participantes (49.68%), seguido pelo *Perfil Normal* (27.92%) e pelo *Perfil Comprometido* (21.42%). Sumariam-se em seguida os resultados obtidos nas seis variáveis constituintes dos perfis.

Estado cognitivo e saúde mental: dimensões proeminentes nos perfis de envelhecimento.

A análise dos resultados relativos ao estado cognitivo e à saúde mental dos participantes revelou-se fundamental no estabelecimento dos distintos padrões de funcionamento psicológico que se procurava delinear na amostra em estudo. Mediante os valores expressos pelo *F* da Anova, conforme se pode ver na Tabela 1, o estado cognitivo foi a variável que mais se destacou de entre as seis variáveis que integravam o modelo que foi aplicado para definir os perfis seguido, a uma certa distância, pela saúde mental.

Como se pode observar na Tabela 1, é no *Perfil Positivo Global* que se registam os valores médios mais elevados destas duas variáveis. No entanto, é de ressaltar que o estado cognitivo no *Perfil Comprometido* apresenta uma média superior à que foi obtida no *Perfil Normal* estando, assim, mais próxima da média do funcionamento cognitivo

verificada no *Perfil Positivo Global*. Este resultado sugere que o funcionamento cognitivo não é aqui num fator determinante na compreensão dos traços distintivos do *Perfil Comprometido* ao contrário do que sucede, como se verifica na Tabela 1, com a saúde mental e algumas dimensões relativas ao funcionamento psicológico, nomeadamente Balanço de Vida e Realização Pessoal, em que as médias são inferiores aos outros dois perfis mais positivos de envelhecimento

Tabela 1. Características dos Três Perfis Psicológicos de Envelhecimento com as Médias, Desvios Padrões e *F* da Anova nas Seis Variáveis Usadas no Processo de Agrupamento

	<i>Grupos</i>						
	Perfil Positivo Global (n=78)		Perfil Normal (n=43)		Perfil Comprometido (n=33)		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<i>Variáveis</i>							
Estado cognitivo	27.50*	2.01	18.33	2.33	25.21	3.57	187.27
Saúde mental	20.97 *	2.62	19.42	3.66	12.58	2.91	91.89
Balanço de vida (F1-BEP)	5.11 *	.74	5.00	.88	3.96	1.09	21.63
Sentido de controlo (F4-BEP)	4.18 *	1.16	3.62	1.09	3.64	1.01	21.57
Realização pessoal (F2-BEP)	3.17 *	1.15	2.27	.77	2.40	.97	13.14
Autodeterminação (F5-BEP)	4.69	1.04	4.89*	.90	3.87	1.20	9.77

Nota. Valores assinalados com um asterisco representam as médias mais elevadas obtidas pelos perfis em cada variável.

Dimensões fatoriais das escalas de bem-estar psicológico que integraram os perfis

As dimensões fatoriais extraídas da análise fatorial exploratória (AFC) conduzida na adaptação portuguesa de Novo, Silva e Peralta (1997) da versão curta das Escalas de Bem-Estar Psicológico (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 1995) que se revelaram mais significativas no delineamento dos perfis dos três grupos na amostra em estudo foram as seguintes: *Balanço de Vida*, o primeiro fator extraído na AFC (F1-BEP, 14.30 da variância) é também a dimensão de bem-estar que mais se destaca no processo de agrupamento e refere-se a uma avaliação retrospectiva da vida que se teve, envolvendo diferentes níveis de satisfação do sujeito e uma perceção maior ou menor do valor e do sentido que atribui à sua experiência de vida; *Sentido de Controlo Pessoal sobre Recursos Internos e Externos*, o quarto fator extraído na AFC (F4-BEP, responsável por 10.29 da variância) assumiu um maior destaque nos perfis e refere-se a um sentido de competência para lidar com as dificuldades do dia-a-dia e fazer uso de oportunidades do meio envolvente para criar contextos que se adequem às necessidades pessoais do sujeito; *Sentido de Realização Pessoal*, o segundo fator extraído na AFC (F2-BEP, 12.90 da variância) surge na terceira posição nas dimensões de bem-estar dos perfis e refere-se ao

sentido que o sujeito tem de realizar o seu próprio potencial e perceber melhorias no “Self” e no comportamento ao longo do tempo; *Autodeterminação e Resistência à Pressão Social*, o quinto fator extraído na AFC (F5-BEP, responsável por 9.67 da variância) é a quarta dimensão de bem-estar nos perfis e refere-se à capacidade do sujeito para ser autodeterminado e independente na organização da sua vida, nomeadamente ser capaz de resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinadas formas.

Discussão

Do processo de agrupamento das pessoas de idade avançada que participaram no estudo resultaram três perfis diferenciados de funcionamento psicológico no envelhecimento. Esses três perfis de funcionamento foram estabelecidos a partir da análise e agrupamento dos resultados individuais obtidos pelos participantes em avaliações do estado cognitivo, saúde mental e quatro dimensões fatoriais de bem-estar psicológico que mostraram ser bastante relevantes na caracterização e diferenciação dos perfis dos participantes. A categorização desses três perfis de envelhecimento como sendo mais ou menos positivos, desejáveis ou bem-sucedidos, baseia-se, essencialmente, em critérios vinculados pela perspectiva ciclo de vida no que respeita ao envelhecimento diferencial, como já se referiu. Os resultados obtidos permitiram delinear, de uma forma que se considera consistente, três padrões psicológicos de envelhecimento, seguidamente descritos.

Perfil Positivo Global (n=78): as pessoas de idade avançada agrupadas neste perfil pareciam experienciar as trajetórias de envelhecimento mais equilibradas com ênfase na saúde mental e nas dimensões de bem-estar. Em cinco das seis variáveis tiveram pontuações superiores à média da amostra, o que significa melhor estado cognitivo, melhor saúde mental, balanço de vida mais positivo, melhor sentido de realização pessoal e melhor sentido de controlo sobre recursos internos e externos.

Perfil Normal (n=43): as pessoas de idade avançada agrupadas neste perfil pareciam experienciar na maioria das dimensões trajetórias normais de envelhecimento. Este perfil é caracterizado por algum declínio no estado cognitivo, sentido diminuído de realização pessoal, boa saúde mental e bom sentido de autodeterminação.

Perfil Comprometido (n=33): as pessoas de idade avançada agrupadas neste perfil pareciam experienciar as trajetórias de envelhecimento menos desejáveis. Este perfil, embora apresente um estado cognitivo mediano, teve as pontuações médias mais baixas em três variáveis, o que indica saúde mental pobre, balanço de vida menos positivo e um baixo sentido de autodeterminação.

O desenvolvimento do presente estudo vai passar, em grande parte, pela validação externa dos três perfis que foram estabelecidos, mediante a análise das intercorrelações que se verificam entre os perfis e variáveis que não integraram o processo de agrupamento, entre as quais, a capacidade funcional, avaliação subjetiva da saúde e contextos de vida dos participantes. No entanto, há que referir que os resultados provisórios das análises já efetuadas indicam, no geral, que os perfis mantêm a sua consistência empírica, o que sugere que são constructos com um bom potencial para categorizar e compreender as diferentes trajetórias e dinâmicas de envelhecimento dos indivíduos que participaram no estudo.

Conclusões

Os três perfis de envelhecimento na idade avançada que foram delineados no contexto do estudo diferem, acima de tudo, na maior ou menor vulnerabilidade que os indivíduos agrupados nesses perfis evidenciaram face ao declínio cognitivo, empobrecimento da saúde mental e perdas em algumas dimensões do funcionamento psicológico positivo. A intercorrelação dinâmica observada no Perfil Positivo Global entre dimensões chave do bem-estar (balanço positivo de vida, percepção de controlo pessoal sobre recursos de vida, sentido de realização pessoal) boa saúde mental, e bom ou mediano estado cognitivo parece corresponder a uma dinâmica de funcionamento psicológico que é favorável ao desenvolvimento de trajetórias positivas de envelhecimento e sugere que estes recursos estão disponíveis para a maioria das pessoas de idade avançada, ainda que algumas funções estejam em declínio. Os resultados, apesar das diversas limitações do estudo, entre as quais sobressaem o seu carácter transversal e o facto da amostra ser intencional, apontam, nos aspetos essenciais, no mesmo sentido que os resultados de diversas investigações no campo do envelhecimento bem-sucedido ou positivo (e.g., Gestorf, Smith, & Baltes, 2006; Ryff, Singer & Seltzer, 2002).

Referências Bibliográficas

- Amado, N., Diniz, A. M., & Martins, M. (2006). Estudo preliminar da adaptação portuguesa para idosos do Selection, Optimization and Compensation Questionnaire (Short Version). In C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, M. A. Guisande, & V. Ramalho (Orgs), *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp.215 - 222). Braga: Psiquilíbrios.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Bergman, L. R., Magnusson, D., & El Khouri, B. M. (2003). *Studying individual development in an interindividual context: A person-oriented approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (2001). The history of geropsychology. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.) (pp. 3-28). New York: Academic Press.
- Botelho, A., (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl e A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal* (pp.112-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *Bmj*, 331(7531), 1548-1551.
- BURDIS network (2004). Disability in Old Age: Final Report. Burden of Disease in Old Age project funded by the European Commission. *The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology*, University of Jyväskylä, Finland.

- Eurostat (2017). *Population structured and ageing*. Acedido 03.10.2017 em: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_structure_and_ageing
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging: The Contribution of Psychology*. Cambridge: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schettini, R., & Santacreu, M. (2013). The semantic network of aging well. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 79-107.
- Freund, A. M., Nikitin, J., & Ritter, J. O. (2009). Psychological consequences of longevity. *Human development*, 52(1), 1-37.
- Freund, A.M. & Riediger, R.M. (2003). Successful Aging. In R. M. Lerner, M.A. Eastbrooks & J. A. Mistry (Eds.), *Handbook of Psychology* (Vol.6) (pp. 601-628). Hoboken, N J: John Wiley & Sons.
- Gerstorff, D. (2004). *Heterogeneity and Differential Development in Old Age: A Systemic-Wholistic Approach*. (Doctoral dissertation). Free Universität Berlin. Acedido 5.12.2008 em: <http://www.diss.fu-berlin.de>
- Gerstorff, D., Smith, J., & Baltes, P. B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: Longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and aging*, 21(4), 645-663.
- Guerreiro, M. S., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Avaliação Breve do Estado Mental. Adaptação Portuguesa do “Mini Mental State Examination (MMSE)” (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
- Jeste, D. V., Depp, C. A., & Vahia, I. V. (2010). Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*, 9(2), 78-84.
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, E., Kahana, B., & Poon, L. W. (2012). Paper 1: Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *Healthy & Successful Aging: A Public Health Mandate An Online Clearinghouse Focusing on the Individual's and the Population's Health and Successful Aging*. Acedido 01.10.2015 em: <http://healthyandsuccessfulaging.wordpress.com/2012/11/12/paper-1-defining-successful-aging-a-tangible-or-elusive-concept/>
- Novo, R. F., Silva, E.D. & Perralta, E. (1997). O Bem-Estar Psicológico em Adultos: Estudo das Características Psicométricas da versão Portuguesa das Escalas de C. Ryff. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 5 (1). Braga: Apport.
- Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and the European Contribution to the State of The Art. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology: European perspectives for an Aging World* (pp. 128-145). Cambridge, MA: Hogrefe.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.

- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research*, 35(4), 1103-1119. doi: 10.1016/j.ssresearch.2006.01.002
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 359, 1383-1394. doi: 10.1098/rstb.2004.1521
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Seltzer, M. M. (2002). Pathways through challenge: implications for well-being and health. *Paths to successful development: Personality in the life course*, 302.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything or is It? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Scheibe, S., & Carstensen, L.L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(2), 135–144, doi:10.1093/geronb/gbp132.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1993). Differential psychological ageing: Profiles of the old and very old. *Ageing & Society*, 13(4), 551-587.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice: maturidade e sabedoria*. Lisboa: Edições Asa.

Envelhecer no Algarve. Perceções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento

Aurízia Anica¹

Resumo

Objetivos: Será o Algarve esse lugar de excelência para envelhecer que o estereótipo tem difundido? Como se envelhece de facto no Algarve? No intuito de delinear uma resposta a esta dupla questão, faz-se uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, procurando saber como percebem os residentes no Algarve o seu próprio processo de envelhecimento e que fatores se relacionam com a qualidade de vida percebida no mesmo.

Método: A pesquisa bibliográfica restringiu-se a artigos científicos, dissertações e livros relativos a resultados de investigações empíricas realizadas sobre o contexto algarvio, identificados por meio dos recursos *on-line* SAPIENTIA, RCAAP e *b-on*. Para este efeito, foram utilizadas as palavras chave gerontologia social, envelhecimento, qualidade de vida, conjugadas com as palavras Algarve e Universidade do Algarve.

Resultados: O Algarve é território de profundos contrastes nos modos de envelhecer e na qualidade de vida no processo de envelhecimento. Ressalta dos estudos revistos a necessidade de melhorar a adequação das respostas sociais, especialmente as ERPI, às carências e escolhas da população sénior. Paralelamente, é aconselhável investir em projetos que promovam o envelhecimento ativo ou positivo no contexto habitual de vida (*ageing in place*), por forma a preservar a boa qualidade de vida e a prevenir ou minimizar os fatores de institucionalização.

Palavras-chave: perceções do envelhecimento, perfis de envelhecimento, qualidade de vida, envelhecimento ativo, Algarve.

Abstract

Objectives - Is Algarve the place of excellence to grow old that stereotype has spread? How do you really age in Algarve? In order to delineate an answer to this double question, a systematic review of the literature on the subject is made, seeking to know how the residents in Algarve perceive their own ageing process and what factors are related to the quality of life perceived in it.

Method - The bibliographic research was restricted to scientific papers, dissertations and books related to the results of empirical investigations carried out on the Algarve context, identified through the online resources SAPIENTIA, RCAAP and *b-on*. For this purpose we used the key words social gerontology, ageing, quality of life, conjugated with the words Algarve and University of Algarve.

Results - The Algarve is a territory of profound contrasts in the ways of ageing and in the quality of life in the ageing process. The revised studies highlight the need to improve the adequacy of social responses, especially the ERPI, to the needs and choices of the senior population. At the same time, it is advisable to invest in projects that promote active or positive ageing in place, in order to preserve the good quality of life and to prevent or minimize the factors of institutionalization.

Key words: ageing perceptions, ageing profiles, quality of life, active ageing, Algarve.

¹ Professora da Universidade do Algarve, investigadora do IELT. Email: aanica@ualg.pt

Introdução

1. O Algarve apresenta características demográficas específicas no contexto nacional. A região, que ocupa 4996,79 Km² de área, no extremo sul de Portugal continental, contava, em 2016, com uma população estimada de 441.469 residentes, dos quais 211.339 eram homens e 230.130 eram mulheres (INE, I.P, 2017, p. 48). A população estrangeira com estatuto de residente ou visto de longa duração era a segunda maior do país por distrito, sendo estimada em 63.481 pessoas provenientes de vários estados (SEFSTAT Portal de Estatística, 2016), entre os quais sobressaíam, por ordem decrescente, o Reino Unido, o Brasil, a Roménia e a Ucrânia². A população com idades inferiores a 15 anos estimava-se em 66.567 residentes, ao passo que com idades superiores a 65 anos contabilizava-se 140.098 residentes. Em relação às médias nacionais do continente, o Algarve apresentava uma esperança de vida à nascença mais reduzida e uma esperança de vida aos 65 anos mais elevada. Com efeito, a esperança de vida à nascença³ nesta região é de 80,34 anos, inferior à média nacional no continente (80,84 anos), ao passo que a esperança de vida aos 65 anos⁴ é de 19,66 anos, acima da média nacional no continente (19,48 anos) (INE, I.P, 2017, p. 48).

O processo de transição da demografia de Antigo Regime - caracterizada pela coexistência de elevadas taxas de natalidade e de mortalidade - para a demografia contemporânea foi tardio, em Portugal, mas decorreu de forma acelerada (Henriques, 2010) como denotam a evolução, por exemplo, da taxa bruta de natalidade⁵ que desceu de 24,1‰, em 1960, para 8,4‰, em 2016, e o índice de envelhecimento⁶ que subiu de 27,3%, em 1961, para 148,7% (151,7%, quando considerado apenas o continente) em 2016 (PORDATA, 2018). O Algarve acompanhou a tendência, tendo a taxa bruta de natalidade decrescido de 13,2‰, em 1981, para 9,5‰, em 2016. O índice de envelhecimento elevou-se de 44,7%, em 1960, (PORDATA, 2018) para 140,1%, em 2016 (INE, I.P, 2017, p. 48). O processo foi acompanhado nesta região pelo aprofundamento dos desequilíbrios na distribuição da população. Esta decresceu e envelheceu mais no interior, dada a assimetria dos fluxos migratórios. A região algarvia, cujo índice de envelhecimento se situava abaixo da média nacional em 2016, revela uma forte disparidade entre serra e litoral: é paradigmático o concelho do sotavento serrano de Alcoutim⁷, cujo índice de envelhecimento atingiu 651,8%, o mais elevado da região, em contraste

² Com, respetivamente, 10.938, 7.850, 7419 e 6.110 residentes.

³ Esperança de vida à nascença: número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (INE, I.P, 2017, p. 317).

⁴ Esperança de vida aos 65 anos: número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade exata x (65 anos) pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (idem).

⁵ Taxa bruta de natalidade: número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados vivos por 1 000 habitantes) (INE, I.P, 2017, p. 318).

⁶ Índice de envelhecimento: relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos) (INE, I.P, 2017, p. 317).

⁷ Alcoutim apresentava, em 2016, a menor densidade populacional da região com 4,2 habitantes por km², no que contrastava com o concelho de maior densidade populacional, Olhão, com 345 habitantes por Km² (INE, I.P, 2017, p. 47).

com o mais baixo, 97,6%, que se verificava no concelho de Albufeira, situado no litoral centro (INE, I.P, 2017, p. 48).

2. As mulheres, que vivem atualmente, em média, mais tempo do que os homens, beneficiam de menos anos de vida saudável. Com efeito, em Portugal, a expectativa de vida ao nascer, em 2015, estimava-se em 78.1 anos para os homens e em 84.3 anos para as mulheres (EUROSTAT, 2018), ao passo que a expectativa de vida saudável apresentava uma disparidade de género de sentido inverso: os homens podem esperar viver saudavelmente, em média, 58.3 anos, enquanto as mulheres não ultrapassam, em média, os 55.4 anos nas mesmas circunstâncias (EUROSTAT, 2018).

A expectativa de vida, bem como a perceção da qualidade de vida, variam não só em função do género mas também em função do estatuto socioeconómico, dos rendimentos e da educação (OECD, 2015). Em Portugal, 62% das pessoas com alto rendimento tinham perceção de boa saúde, enquanto nas pessoas de baixo rendimento esta perceção era partilhada apenas por 40% (idem, p.63). O estado de saúde percebido pela população de 65 e mais anos apresentava em Portugal um valor mais baixo do que a média da OCDE (idem, p. 197).

Os contrastes da região algarvia revelam-se no Índice Regional de Bem-Estar da OCDE. Relativamente a esta região, o ambiente acolhe o indicador melhor pontuado, com o resultado de 7.3 em 10, seguindo-se a saúde, com 6.5 em 10. Ainda assim, neste indicador a região algarvia encontra-se na quarta posição no conjunto das cinco regiões do continente português, atrás de Lisboa, Norte e Centro, apenas à frente do Alentejo. A pontuação mais baixa no indicador satisfação com a vida, cujo resultado é de 0.4 em 10, remete esta região para o quinto lugar no conjunto das sete regiões do país, conjunto que inclui as cinco regiões do continente mais as duas regiões insulares. Com pontuações muito baixas surgem ainda os indicadores envolvimento cívico e educação, nos quais a região obtém, respetivamente, 1,1 em 10 e 2,5 em 10 (OECD, 2016).

Em resumo, o Algarve caracteriza-se por ser uma região de fortes dissonâncias. Do ponto de vista demográfico, apresenta elevado contraste entre a rarefação e acentuado envelhecimento da população do interior serrano e a concentração e relativa adulez da população no litoral centro. No que respeita ao bem-estar dos residentes no Algarve, os contrastes estão bem evidentes nos indicadores do Índice Regional de Bem-Estar da OCDE. Neste índice, o indicador relativo ao ambiente é o que obtém o valor mais elevado, seguindo-se os indicadores saúde e segurança. Estes contrastam acentuadamente com os indicadores satisfação com a vida, envolvimento cívico e educação, cujas pontuações são as mais baixas (OECD, 2016).

3. O fenómeno do envelhecimento demográfico não é novo, desenrola-se na longa duração, à escala global, a ritmos diferenciados (United Nations, 2013) e resulta de uma multiplicidade de fatores que, interagindo com os indivíduos, ao longo da vida destes, implicam a diferenciação dos ritmos e modos de envelhecer. O modo como se envelhece depende de fatores individuais e contextuais, que variam no espaço e no tempo, segundo a cultura e o género, entre os quais se destacam fatores biológicos, comportamentais, institucionais, sociais, económicos e ambientais (World Health Organization, 2002). Participação, saúde e segurança foram considerados pela OMS como os grandes

pilares do «envelhecimento ativo», definido como «processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida, com a idade» (World Health Organization, 2002). O «envelhecimento ativo», conceito definido também como «o produto do processo da adaptação que ocorre ao longo da vida através do qual se alcança um ótimo funcionamento físico (incluída a saúde), cognitivo, emotivo-motivacional e social» (Fernández-Ballesteros, 2009), compreende o papel ativo do sujeito na adaptação de si próprio e do seu contexto às transformações individuais (Baltes & Baltes, 1990), bem como o papel de apoio que as instituições e os ambientes lhe podem proporcionar (Paúl & Ribeiro, 2011). O «envelhecimento ativo» é, portanto, definido por uns como processo e por outros como produto de um processo (Caballero, 2017). O «envelhecimento ativo» implica a otimização das suas variáveis dependentes. Estas, segundo a OMS, agrupam-se em três áreas fundamentais, saúde, participação social e segurança. Segundo Ballesteros (2009), as variáveis inscrevem-se nos âmbitos físico, cognitivo, afetivo e social. Neste modelo as variáveis são consideradas nas dimensões temporal e espacial, na perspetiva das interações indivíduo-contexto e nos níveis micro, meso e macro. O conceito de «envelhecimento ativo» pressupõe, portanto, uma perspetiva processual, holística e positiva do fenómeno do envelhecimento. Processual porque qualquer que seja a definição o processo é determinante. Holística porque implica a integração e interação de múltiplas dimensões e relações do indivíduo-contexto. Positiva porque o fenómeno é definido como processo de adaptação que conduz à melhoria da «qualidade de vida» (QdV) ao longo do tempo de existência do indivíduo.

A avaliação da QdV torna-se, portanto, indispensável à avaliação do envelhecimento ativo, permitindo a avaliação da posição relativa do indivíduo no grupo em dado momento e a avaliação do êxito da aplicação de estratégias promotoras do envelhecimento ativo (Vilar, 2015) ou de cuidados de saúde. A propósito, convém ter presente que a saúde é entendida, segundo a OMS, como estado de completo bem-estar físico, mental e social. Acresce que o próprio conceito de QdV tem igualmente um carácter multidimensional e integrativo de dimensões subjetivas e objetivas, micro e macro, positivas e negativas. Qualidade de vida é, segundo o grupo WHOQOL, *a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. O conceito remete, portanto, para dimensões de saúde física e mental, nível de independência, relações sociais, crenças, atitudes e relações com aspetos relevantes do ambiente (World Health Organization, 1997). Evidenciando a multidimensionalidade do conceito, Walker (2013) distingue seis grupos principais de fatores da QdV confirmados pelas percepções das pessoas idosas: psicológicos, de saúde, sociais, de participação em atividades, ambientais e de mobilidades.

4. Procurando ir além do estereótipo difundido sobre a excelência do envelhecer no Algarve, a questão que se coloca neste texto é a de saber como se envelhece, de facto, no extremo sul de Portugal. Para delinear uma resposta faz-se uma revisão sistemática da literatura sobre o tema, procurando saber como percecionam os residentes no Algarve o seu próprio processo de envelhecimento e que fatores se relacionam com a qualidade de vida que é percebida nesse processo.

A pesquisa bibliográfica restringiu-se a artigos científicos, dissertações e livros relativos a resultados de investigações empíricas realizadas sobre o contexto algarvio, identificados por meio dos recursos *on-line* SAPIENTIA, RCAAP e *b-on*. Para este efeito, foram utilizadas as palavras-chave gerontologia social, envelhecimento, qualidade de vida, conjugadas com as palavras Algarve e Universidade do Algarve. A aplicação destes critérios permitiu identificar 43 publicações, das quais 36 resultam de dissertações de mestrado, 1 resulta de dissertação de doutoramento, 4 são livros ou partes de livros (em suporte papel e em suporte digital) e 2 são registos escritos de conferências. Tratamos neste texto, pela sua adequação à questão de partida, 5 publicações sobre perceções do envelhecimento e QdV, 3 publicações sobre perfis de envelhecimento, 7 publicações sobre QdV nas respostas sociais, 3 publicações sobre QdV na RNCCI Algarve e 6 publicações sobre QdV em pessoas idosas com patologias específicas.

No primeiro ponto deste capítulo, apresenta-se os estudos sobre as perceções das pessoas sobre o seu próprio envelhecimento, no segundo ponto faz-se a revisão de estudos sobre os perfis de envelhecimento, no terceiro ponto apresenta-se o estado da arte sobre a qualidade de vida nas respostas sociais e de saúde, no quarto ponto aflora-se os resultados dos estudos sobre a relação entre adesão terapêutica, qualidade de vida e algumas das patologias mais frequentes em pessoas idosas.

Começamos, então, por observar o modo como os residentes no Algarve percecionam o seu processo de envelhecimento e qualidade de vida.

Perceções do envelhecimento

Os estudos empíricos sobre perceções do envelhecimento no Algarve são escassos, emergindo neste âmbito os trabalhos realizados por C. Luísa (2017) (2014) que recorreu a uma metodologia mista para estudar as teorias leigas⁸ sobre saúde, doença, qualidade de vida em pessoas idosas residentes no Algarve. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e aplicados questionários validados para a população portuguesa para avaliação da qualidade de vida (IAQdV) e para avaliação da satisfação com a vida (SWLS), entre outros instrumentos. A amostra por conveniência totalizou 300 pessoas, com idades compreendidas entre 60 e 90 anos (média 71 anos), sendo maioritariamente mulheres (77%), reformados (84,7%), casados (57%), com nível de escolaridade baixo ou médio (com 1º ciclo 34%, com superior 13,7%, sem escolaridade 8%) a viver maioritariamente acompanhados (a viver com o cônjuge 47,3%, com o cônjuge e filhos 10,3%, sozinhos 27%). O trabalho de recolha de dados decorreu maioritariamente nos centros urbanos (VRSA 27,3%, Faro 25,3%, S. Brás de Alportel 20%, Loulé 10%, Albufeira 9,3% e Lagos 8%). As entrevistas foram realizadas principalmente em contexto de academias seniores (59,3%), seguindo-se associações de desenvolvimento local (19,3%). Vejamos alguns resultados deste estudo que remetem para a conjugação de múltiplos fatores na forma como se percebe a QdV: género, idade, escolaridade, relações familiares, relações sociais, saúde e segurança social.

⁸ A autora define teorias leigas como «teorias do sentido comum que as pessoas leigas utilizam para explicar ou predizer fenómenos do seu envolvente» (Luísa, 2017, p. 53), subscrevendo a definição de Hong & Chiu (2001) que definem teorias leigas como crenças da população leiga utilizadas na vida diária (*idem*).

Perante a questão «o que é ter qualidade de vida?» 25,7% elegem a categoria saúde como a mais relevante, 24% escolhem a categoria psicológica, 23,7% optam pela categoria comportamental e outros tantos pela social. O carácter multidimensional da QdV é assumido em grande parte das respostas: o número total de categorias identificadas pelos inquiridos varia entre 1 e 5 categorias: 49,7% utilizam apenas uma categoria; 28,7% empregam duas categorias; 13,7% usam três categorias; 6,3% usam quatro categorias; 1,7% utilizam cinco categorias (Luísa, 2017, pp. 113-114).

A perceção de melhor QdV depende de vários fatores: coabitação de cônjuge e filhos, maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade. Na resposta à questão sobre perceção da QdV, a maioria opta pela categoria neutra (46%) e boa (45%), apenas 3,7% responde má e 1% considera muito má. Os casados ou em união de facto consideram a sua QdV melhor do que os viúvos, os solteiros ou os divorciados. Os que vivem acompanhados de cônjuge ou cônjuge e filhos percecionam a sua qualidade de vida como melhor relativamente aos restantes. Os que têm um grau de escolaridade mais elevado ou frequentam a academia sénior, bem como os pensionistas consideram a sua QdV melhor do que os restantes. Verifica-se uma tendência (embora fraca) para a qualidade de vida ser percebida como menor na medida em que a idade seja maior (Luísa, 2017, pp. 124-125).

A perceção da saúde está relacionada com o género, a idade, o nível de escolaridade e a ocupação no presente. Os homens consideram-se com mais saúde do que as mulheres. Os mais idosos tendem a considerar que têm menos saúde. Os mais escolarizados e os frequentadores das universidades seniores tendem a considerar que têm mais saúde (Luísa, 2017). A saúde é maioritariamente percecionada como não oferecendo problemas de maior ou como boa. À questão sobre qual a «perceção da sua saúde», a maioria responde de forma neutra ou positiva: 48% responde de modo neutro (nem boa nem má), 37,3% responde boa; apenas 7,3 responde má e 2,3% responde muito má. Sobre doença, verifica-se que a maioria dos entrevistados considera-se pouco doente (62,3%) ou nada doente (22,3%) (Luísa, 2017, pp. 123-124).

A QdV está relacionada com o *stress*⁹. Num estudo destinado a conhecer a relação entre o stress e a QdV da pessoa idosa, Cary (2016) inquiriu 104 pessoas, sendo 52,9% mulheres, com idades superiores a 65 anos, a maioria com baixo nível de escolaridade (52,2%), a viver com o cônjuge ou companheiro (56,8%), na freguesia de S. Clemente, concelho de Loulé. Neste estudo foram utilizados como instrumentos de recolha de dados um questionário sociodemográfico, a Escala de Perceção de Stress (EPS) (Pais Ribeiro & Marques, 2009) e o questionário WHOQOL-BREF. A maior parte dos inquiridos considerou-se com saúde «nem boa nem má» (45,2%) ou de boa saúde (30,8%), resultados que não são muito divergentes dos que foram obtidos no estudo de Luísa (2017), atrás referido. A análise dos dados aponta no sentido da existência de relação entre o stress (média 23,41, dp 6,729) e as variáveis sociodemográficas, como idade, habilitações literárias, valor da pensão de reforma, com quem vive, prática de atividade e ocupação. Verifica-se que o stress está relacionado com a QdV no geral.

⁹ O stress é um constructo complexo que tem suscitado controvérsia. Na perspetiva psicológica, o stress resulta de um processo de adaptação dinâmica do indivíduo ao meio, o qual, uma vez ultrapassados determinados níveis, causa sofrimento, também designado distress. O stress envolve alterações comportamentais, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas (Pais Ribeiro & Marques, 2009).

Também foi assinalada a existência de relação entre stress e todos os domínios da qualidade de vida (físico, psicológico, relações pessoais e ambiente).

A QdV está relacionada com as variáveis idade, habilitações literárias, rendimento mensal da família e estado de saúde. Num estudo desenvolvido sobre a relação entre envelhecimento bem-sucedido e QdV (Martins, 2012), a partir de dados recolhidos em uma amostra de 165 pessoas, a autora confirmou esta relação. A amostra reuniu 70,3% mulheres, com a média etária de 67,5 anos ($dp=6,98$ anos), residentes concelho de Olhão, sendo 57% em meio urbano e 42% em meio rural. Verificou-se que a idade está relacionada de forma negativa com a qualidade de vida geral e com o domínio físico da qualidade de vida; as habilitações literárias estão relacionadas de forma positiva e muito significativa ($p<.001$) com a qualidade de vida geral ($r=.382$) e com o domínio físico da qualidade de vida ($r=.378$); o rendimento mensal familiar também está relacionado muito significativamente ($p<.001$) com todas as variáveis da qualidade de vida; assim como o estado de saúde (Martins, 2012, pp. 74-79).

Num contexto diferente, um estudo sobre a noção de envelhecimento ativo em estudantes de Educação da Universidade do Algarve, verificou a presença da noção do envelhecimento ativo como processo continuado, ao longo da vida, cuja qualidade depende de múltiplos fatores. O mesmo é entendido como um processo de manutenção das faculdades físicas, mentais e sociais, no qual é destacado o papel proactivo de cada indivíduo (Dores & Sousa, 2014).

Sintetizando, os estudos atrás citados revelam que o carácter multidimensional da QdV no envelhecimento está plasmado na forma como as pessoas mais idosas e as mais jovens percecionam este processo. Como fatores da QdV no envelhecimento, as pessoas mais idosas atribuem maior relevância à saúde, à vida familiar, à segurança social e à participação social. A QdV percebida pelas pessoas mais idosas está relacionada com o género, a idade, a escolaridade, a saúde e as condições socioeconómicas. Tanto os mais idosos como os jovens reconhecem o papel proactivo do indivíduo na gestão da sua QdV, embora no caso dos últimos se admita este papel apenas como condição de manutenção, não de melhoria.

Tantas são as variáveis associadas à QdV no processo de envelhecimento que existem diversas maneiras de vivenciar e percecionar este processo, como realçaram Paúl & Fonseca (2005). Uns vivenciam-no de forma mais positiva e satisfatória, outros de forma menos positiva e menos satisfatória, configurando perfis distintos de envelhecimento.

Perfis de envelhecimento

O estudo realizado por J. Gaudêncio *et al* (2016) (2014) com o objetivo de identificar diferentes perfis de envelhecimento oferece uma imagem dos modos de envelhecer na região, refletindo um contexto social distinto do que está na base dos estudos atrás referidos. A investigação selecionou, principalmente em contextos institucionais (ERPI, CD e CC) do sotavento serrano e litoral, uma amostra de 156 pessoas com média de idades de 80.4 anos ($DP=7.2$), sendo 64.7% mulheres. A maior parte da amostra é composta de pessoas em estado civil de viuvez (64.1%), seguindo-se solteiros (10.3%) e divorciados (3.2%). Os casados representam 22.4% dos inquiridos. Predominam as pes-

soas com escolaridade baixa ou média (com 1 a 11 anos de escolaridade encontram-se 66.02%), os iletrados representam mais de um quarto da amostra (28.2%) e apenas 5.76% têm escolaridade elevada (mais de 11 anos). Foram aplicados questionários para avaliar diversos domínios (bem-estar, saúde mental, capacidade funcional, estratégias adaptativas e rede social¹⁰). Para análise dos dados foram usados métodos multivariados de análise de *clusters* (Gaudêncio & Silva, 2011).

Numa primeira fase do estudo, os autores analisaram a relação entre escolaridade e estado mental, sendo que a mais elevado nível de escolaridade corresponde melhor resultado no teste de avaliação do estado mental (MMSE, Spearman= 0.67) (Gaudêncio & Silva, 2011).

Num segundo momento da investigação, os resultados da análise de *clusters* apontam para a diferenciação de três perfis de envelhecimento: o «perfil positivo global» é maioritário (50%); seguindo-se o «perfil normal» (27,6%) e, por último, o «perfil empobrecido» (21,2%). As trajetórias de envelhecimento mais positivas configuram, segundo os autores, um padrão multidimensional que envolve, para além de um estado cognitivo satisfatório e de boa saúde mental, um funcionamento psicológico alicerçado numa avaliação positiva da vida e num sentido de realização pessoal (Gaudêncio, Silva, & Dória, 2016). Estes resultados devem ser ponderados tendo em conta que foram excluídos do estudo aqueles que não se encontravam em condições de responder aos questionários. Ainda assim, é de sublinhar que o perfil empobrecido não chega a representar ¼ dos inquiridos, o que é tanto mais relevante quanto estes se encontravam principalmente em contextos de institucionalização em respostas sociais.

Este estudo evidencia a pluralidade dos modos de vivenciar o processo de envelhecimento e o carácter multidimensional dos fatores biopsicossociais que o condicionam: boa saúde física e psíquica, avaliação positiva da vida e sentimento de realização pessoal parecem, segundo os autores, ser determinantes do perfil positivo global em que se encontra a maioria dos inquiridos.

Vejam, seguidamente, os resultados de estudos da QdV realizados em contextos muito específicos, como os das respostas sociais e da RNCCI, em que foram aplicados instrumentos construídos e testados pelo grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde, validados e adaptados para Portugal pelo grupo de investigação de Coimbra (Vaz Serra, et al., 2006), (Canavarró & Serra, 2010), (Vilar, 2015).

Qualidade de vida nas respostas sociais e de saúde

O instrumento privilegiado na recolha de dados para avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas no Algarve tem sido o questionário WHOQOL-Bref aplicado em conjunto com outros instrumentos, porém, raramente aplicado com o questionário aconselhado como instrumento complementar, o WHOQOL-OLD¹¹. Esta opção dever-se-á,

¹⁰ Os instrumentos de recolha de dados aplicados em entrevista individual foram os seguintes: Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB), Avaliação Breve do Estado Mental ((MMSE), Escalas de Bem-Estar Psicológico (EBEP) e Inventário de Saúde Mental (MHI-5).

¹¹ Os instrumentos para avaliação da QdV da OMS já validados e adaptados à realidade portuguesa são: WHOQOL -100, a sua versão abreviada WHOQOL-Bref (Canavarró, *et al.*, 2006); (Vaz Serra, *et al.*, 2006) e WHOQOL – OLD, sendo este considerado um instrumento complementar específico para avaliação da QdV da população idosa (Vilar, 2015).

provavelmente, ao facto de este instrumento ter sido recentemente validado em Portugal (Vilar, 2015). Os estudos sobre QdV no envelhecimento em que são aplicados os instrumentos criados pelo grupo WHOQOL podem ser organizados segundo quatro temáticas, cujos resultados se apresentam seguidamente: QdV nas respostas sociais (7 estudos), QdV na Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) (2 estudos), QdV e patologias específicas (6 estudos).

Qualidade de vida nas respostas sociais

A relação entre qualidade de vida e solidão nos idosos institucionalizados foi estudada por Marrachinho (2014) em cinco ERPI situadas no Barlavento algarvio, nos concelhos de Lagoa, Lagos e Portimão. A amostra foi constituída por 160 pessoas, com média de idades de 80.2 anos (dp 7.23), maioritariamente de género feminino (61.9%), com escolaridade até 4 anos (50.7%) ou sem escolaridade (30.6%), a maior parte no estado civil de viuvez (56.3%). As profissões exercidas antes da institucionalização eram principalmente as de trabalhadores rurais (59.4%) e operários não qualificados (30%). Os participantes consideram sofrer de pelo menos uma patologia (85%) e tinham, em média, 5.5 anos de institucionalização (dp 5.76). Consideraram que raramente se ausentam da instituição (46.9%), sendo que a maioria participa nas atividades aí organizadas (56.3%). Também responderam que têm muitos amigos (52.5%), com quem contactam com muita frequência (31.9%) ou com alguma frequência (29.4%).

Os dados revelaram diferenças estatisticamente significativas na perceção da qualidade de vida, em função do género, do nível de escolaridade e da presença de doença. As perceções mais baixas de QdV estão associadas ao género feminino¹², a ausência de escolaridade ou baixa escolaridade e à presença de doença. O estudo identifica a incapacidade física como a variável que mais fortemente afeta a QdV, seguida da presença de doença. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do tipo de instituição e dos motivos da institucionalização. A Aldeia-Lar de S. José de Alcalar apresenta os melhores resultados em diversos domínios da QdV (domínios físico, psicológico e social) relativamente às restantes ERPI.

As vantagens relativas da Aldeia-Lar de S. José de Alcalar relativamente a outras ERPI são comprovadas em outros estudos. Fontes (2011), que desenvolveu nesta instituição um estudo de cariz qualitativo, salientou a metodologia de intervenção aí posta em prática que considerou baseada na promoção da autonomia e no *empowerment* dos institucionalizados. Para além destes aspetos, é necessário referir que os utentes desta aldeia-lar beneficiam de um ambiente que permite a continuidade da coabitação do núcleo familiar pré-existente à institucionalização e o estabelecimento de relações de vizinhança e interajuda semelhantes às que existiam antes da institucionalização. A mobilidade e acessibilidade estão facilitadas pelas condições ambientais.

Os resultados obtidos nos estudos acima referidos são consonantes com os resultados obtidos por Malveiro (2015), o qual avaliou e comparou a perceção da qualidade de vida (QdV) e do Bem-Estar Subjetivo (BES), bem como outras características biopsicossociais, em grupos de idosos institucionalizados em três tipos de instituições cor-

¹² O estudo de Estêvão (2017) confirma que há diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género e QdV, sendo que os homens têm mais qualidade de vida do que as mulheres no domínio físico.

respondentes a três paradigmas de resposta social. A amostra foi constituída por 50 idosos habitantes na Aldeia S. José de Alcalar, 56 idosos residentes em outras ERPI (Lares/Casas de Repouso) e 52 idosos utentes de Centros de Dia e de Convívio, com média etária de 82.52 anos.

Malveiro utilizou um conjunto de testes composto por dois questionários de QdV (WHOQOL-BREF e WHOQOL Old versão portuguesa), por três escalas para avaliação do BES e por um conjunto adicional de instrumentos de avaliação biopsicossocial. Comparados os dados obtidos nos três grupos, confirma-se a vantagem comparativa da Aldeia-Lar de S. José de Alcalar, apesar de se encontrarem nesta instituição 54% de pessoas que não sabem ler e escrever (o que compara com 28.6% nas outras ERPI e 23.1% nos centros de dia e convívio). Os habitantes desta aldeia obtiveram níveis globalmente mais elevados na perceção da QdV e do BES e, predominantemente, os melhores resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas, enquanto os residentes nas outras ERPI obtiveram níveis globalmente inferiores de QdV e de BES e, predominantemente, os piores resultados nas dimensões biopsicossociais avaliadas.

Todavia, um estudo realizado por Mesquita (2013) sobre os fatores biopsicossociais da satisfação e qualidade de vida de idosos institucionalizados na mesma Aldeia-Lar¹³, a partir de uma amostra mais reduzida (n=30) de pessoas aí institucionalizadas, com idades entre os 66 e os 96 anos, parece aconselhar alguma ponderação. Não foram encontradas relações entre a idade, a duração da institucionalização, o nível cognitivo ou a rede social e os níveis de satisfação ou qualidade de vida. Mas foram encontradas associações significativas entre o índice de funcionalidade (autocuidados e mobilidade) e a qualidade de vida, bem como entre o nível de otimismo, a qualidade de vida e a satisfação. A autonomia e a mobilidade parecem, portanto, segundo este estudo, encontrar-se no cerne das vantagens relativas da QdV percebida pelos residentes na Aldeia-Lar de S. José de Alcalar, face às restantes ERPI.

Face aos dados que se conhecem atualmente, é apropriado afirmar que as características diferenciadoras da Aldeia-Lar de S. José de Alcalar, no panorama das ERPI algarvias, residem na especificidade do seu ambiente físico e humano, promotor da autonomia, da mobilidade, da segurança e das relações sociais, especialmente a continuidade ou mesmo o estreitamento das relações familiares e de vizinhança.

A importância da autonomia nas atividades de vida diária na QdV é realçada em outros estudos relativos às respostas sociais destinadas a pessoas idosas na região algarvia. Silva (2013) relacionou capacidade funcional e QdV em idosos institucionalizados em ERPI, Centros de Dia e SAD, residentes nos Concelhos de Castro Marim e Vila Real de Santo António. Foram inquiridos 38,48% dos elementos da população de referência, os quais compuseram uma amostra por conveniência (n=112). Os participantes responderam aos questionários WHOQOL-Bref e ao índice de Barthel, para além de dois outros questionários para caracterização sociodemográfica. Os resultados permitiram concluir que os idosos com apoio domiciliário são mais autónomos nas atividades da vida diária do que os idosos institucionalizados em ERPI e Centros de Dia e que há relação entre autonomia e QdV: quanto mais independente é a pessoa melhor é a sua perceção da QdV.

¹³ Foram aplicados os seguintes instrumentos: Mini-Mental State Exam-MMSE; WHOQOL-Bref; Convoy Model; Escala de Satisfação com a Vida-SWLS; Escala do Otimismo e Índice de Barthel.

Num estudo sobre a depressão e a incapacidade funcional em idosos institucionalizados, que incidiu numa amostra constituída por 85 pessoas residentes em Lar, (26 no Baixo Alentejo e 59 no Algarve), com idades entre 66 e 100 anos, Pereira (2014) comprovou a relação entre a idade, a condição depressiva e o género. A presença de quadro depressivo encontra-se em 78,2% das mulheres institucionalizadas. Relativamente ao nível de incapacidade funcional, a autora verificou que 44,7% dos participantes no estudo apresentava a forma ligeira, 35,3% apresentava a forma moderada e 20,0% apresentava a forma elevada. O estudo também mostrou que quanto mais elevada é a idade maior é o nível de incapacidade funcional. Depressão e capacidade funcional estão positivamente relacionadas, como também concluiu Guerreiro (2016) relativamente a pessoas idosas não institucionalizados, residentes em uma aldeia do Baixo Alentejo.

Em suma, os estudos realizados nas respostas sociais revelam diferenças estatisticamente significativas na QdV, em função das características da instituição e dos utentes. No que respeita às características da instituição residencial, os melhores resultados encontram-se em uma comunidade residencial que alia um ambiente respeitador da privacidade da vida familiar e facilitador da autonomia e da sociabilidade vicinal e intergeracional, ao acesso a serviços comuns e de apoio especializado. A Aldeia-Lar S. José de Alcalar oferece os indicadores de melhor QdV e bem-estar, no conjunto das ERPI estudadas até ao momento. No que respeita às características dos indivíduos, a QdV está relacionada com o género, o nível de escolaridade, a saúde, a autonomia nas atividades de vida diária, a mobilidade, o motivo da institucionalização e as relações familiares. O género feminino, a baixa escolaridade, a doença, as dificuldades de desempenho das atividades de vida diária e a institucionalização contra a vontade da pessoa estão associados a menor QdV. A depressão e a incapacidade funcional surgem como problemas maiores e generalizados da QdV nas estruturas residenciais tradicionais, afetando mais de $\frac{3}{4}$ das pessoas aí residentes.

Qualidade de vida nas respostas de saúde

A perceção da QdV de idosos institucionalizados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no Algarve (RNCCI Algarve) foi objeto de uma investigação de cariz quantitativo e transversal, na qual foi utilizado um instrumento de recolha de dados constituído por um questionário para caracterização sociodemográfica dos participantes, para caracterização das instituições e para avaliação da QdV (WHOQOL-Bref) (Ribeiro, 2011). A amostra foi constituída por 105 pessoas, com média etária de 77 anos (DP=10,82) internadas em unidades que compõem a RNCCI Algarve: unidades de convalescença (UC), unidades de média duração e reabilitação (UMDR) e unidades de longa duração e manutenção (ULDm). A maioria dos inquiridos é do género feminino (58%), não tem escolaridade ou sabe ler e escrever embora não tenha escolaridade (50,4%) e encontram-se no estado civil de viuvez, de divorciado/separado ou de solteiro (61,9%). A maior parte é composta de pensionistas (66,6%) e trabalhadores rurais ou operários não qualificados (30,5%), com baixos rendimentos.

O estudo acima referido permitiu a identificação de relações significativas entre QdV, género e estado civil: os homens casados apresentam melhor perceção de qualidade de vida no domínio físico e social. Foram identificadas relações significativas entre

QdV, lotação, estrutura física e tipologia da instituição: a menor lotação das instituições, a sua estrutura adaptada e as unidades de média duração (nas quais os internados têm mais autonomia) estão relacionadas com melhor percepção de QdV.

Por outro lado, verificou-se que melhor QdV dos internados está relacionada com a condição física, o grau de autonomia, o suporte social, a qualidade das visitas, a participação da família e amigos nos cuidados e a possibilidade de ausência temporária da instituição. A condição física e a autonomia da pessoa institucionalizada apresentaram valores significativos em quase todos os domínios e revelaram ser as variáveis mais significativas.

Na mesma linha do estudo atrás referido, Leal (2012) abordou a QdV das pessoas idosas na RNCCI Algarve, a partir de uma amostra por conveniência composta por 86 idosos internados em UC, UMDR e ULDM. Foram utilizados como instrumento de recolha de dados um questionário sociodemográfico, o questionário WHOQOL-Old, e outros questionários¹⁴. Nos resultados obtidos, evidenciam-se os seguintes aspetos: melhor percepção de saúde está relacionada com melhor QdV geral e, especificamente, com as dimensões funcionamento sensorial, participação social e atividades passadas, presentes e futuras. Pelo contrário, a depressão influencia negativamente a QdV geral e as dimensões funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social. Melhor estado de saúde física e mental está relacionado com melhor QdV geral. Também maiores rendimentos têm relação significativa com melhor percepção de QdV. A maior satisfação com os cuidados prestados é reconhecida pelos internados nas ULDM, ou seja, pelos internados que têm o contacto mais prolongado com os serviços de saúde, apesar de serem estas unidades que apresentam resultados mais baixos no que respeita ao suporte social. O suporte social e a autoestima apresentam o maior índice de correlação com a QdV.

Com o objetivo de conhecer o grau de satisfação dos utentes idosos internados em UMDR e ULDM da RNCCI no Algarve, Sabala (2012) utilizou um questionário sociodemográfico e uma escala de avaliação da satisfação aplicados a uma amostra de 91 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos (média etária 78 anos), maioritariamente do sexo feminino (58%), com nível de escolaridade baixo. A análise dos dados permitiu concluir que os utentes das UMDR (71%) e das ULDM (29%) se encontram bastante satisfeitos com a qualidade dos cuidados prestados nestas unidades de internamento, sendo as mulheres e os utentes com nível de escolaridade mais elevado que apresentam níveis mais elevados de satisfação. Foram identificados três fatores responsáveis principais pela satisfação dos utentes internados nestas unidades: ambiente físico, segurança e acolhimento profissional; apoio familiar e social; informação e processo terapêutico. Os três primeiros são privilegiados pelas mulheres, ao passo que o último é privilegiado pelos homens.

Resumindo, os estudos citados sustentam que a QdV das pessoas idosas internadas nas unidades de RNCCI depende de múltiplos fatores, os quais podem ser organizados do seguinte modo: a) fatores relativos aos indivíduos internados (género, estado civil, rendimentos, estado de saúde física e mental); b) fatores relativos às instituições (lotação, estrutura física, segurança e tipologia); c) fatores relativos à relação entre os

¹⁴ Como os questionários EUROHIS-8 QOL, SF-12, GDS, ESSS e a Escala de Autoestima de Rosenberg.

indivíduos e a instituição (grau de autonomia, informação e processo terapêutico, suporte social, qualidade das visitas, participação da família e amigos nos cuidados, possibilidade de saídas temporárias da instituição). A melhoria da QdV dos internados na RNCCI pode ser gerida principalmente pela intervenção nos fatores identificados em b) e c), os quais interatuam pelo menos com alguns dos restantes fatores, como são a saúde física e mental.

A problemática da manutenção de uma satisfatória QdV adquire particular acuidade quando estão presentes certas patologias que são mais frequentes nas pessoas com idade avançada, como se procura evidenciar seguidamente.

Qualidade de vida e algumas patologias

As principais causas de morte em Portugal são as doenças do aparelho circulatório, cuja incidência, ainda assim, tem vindo a decrescer (de 42,8% em 1980 para 29,5% em 2016), os tumores malignos (que aumentaram de 15% em 1980 para 24,7% em 2016) e as doenças do aparelho respiratório (que aumentaram de 7,3% em 1980 para 12,2% em 2016). A incidência da *diabetes mellitus* também tem vindo a aumentar (de 1,5% em 1980 para 4,5% em 2012, embora nos últimos anos tenha decrescido, situando-se em 3,9% em 2016) (Nogueira, et al., 2014) (PORDATA, 2018). No entanto, se forem consideradas apenas as pessoas com 65 ou mais anos, encontra-se uma realidade distinta. As causas mais frequentes de morte das pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos são os tumores malignos, ao passo que nas pessoas com idades superiores aos 75 anos a maior prevalência da causa de morte encontra-se nas doenças do aparelho circulatório (Nogueira, et al., 2014, p. 27).

As quedas, definidas pela OMS como «*an event which results in a person coming to rest inadvertently on the ground or floor or other lower level*» (WHO, 2018) são consideradas um problema de saúde pública porque, apesar de não serem causa principal de morte, particularmente em Portugal, têm com frequência consequências incapacitantes nas pessoas com mais idosas e mais frágeis, que são as mais afetadas, o que pode comprometer seriamente a sua QdV, como indicam os estudos realizados sobre este tema no Algarve.

Quedas, obesidade, hipertensão e osteoartrose

As evidências sobre a realidade algarvia conhecidas até ao momento, indicam que as quedas afetam predominantemente as mulheres mais idosas, polimedicadas, a residir na casa de família, como se verificou no estudo realizado por Catarino (2015). A relação entre a saúde e a ocorrência de quedas constituiu o objeto desse estudo que implicou uma avaliação multidimensional do perfil de idosos institucionalizados e não institucionalizados, residentes em Monchique (Catarino, 2015). A amostra foi constituída por 73 idosos (65-93 anos), 31 homens e 42 mulheres, 18 residentes em instituição e 55 em comunidade. O instrumento de recolha de dados utilizado foi composto por um questionário sociodemográfico e de condição clínica, um questionário de ocorrência de quedas (MFES), um questionário de estado mental (MMSE), testes de aptidão física (equilíbrio unipodal, alcance funcional (FRT), *Time up and Go*, teste de levantar e sen-

tar (TSTST) e cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os resultados revelaram que 68% dos participantes apresentava alterações da funcionalidade (equilíbrio, mobilidade e força muscular) que afetavam mais as mulheres, as pessoas de idade avançada, institucionalizadas. O maior comprometimento afetava o equilíbrio estático (100% unipodal de olhos fechados, 71,2% de olhos abertos). No entanto, as quedas são mais frequentes em mulheres, em pessoas com idade avançada, a residir na casa de família, polimedicadas. Foi identificada a prevalência da obesidade, do sedentarismo e de queixas de saúde relativas à visão e osteoarticulares. A autora assinalou ainda que os problemas de saúde identificados não se encontravam associados ao comprometimento das funções cognitivas.

Outro estudo procurou conhecer a relação entre as quedas e a capacidade funcional das pessoas idosas manifestada pela alteração na realização das AVD (Palma, 2011). O desenho da investigação assumiu um carácter descritivo e longitudinal. A amostra reuniu 100 pessoas idosas que, após terem caído, ficaram internadas no CHBA, EPE, em Portimão. O instrumento de pesquisa utilizado consistiu num questionário para caracterização sociodemográfica e da capacidade funcional, bem como para caracterização do evento de queda e dos seus fatores extrínsecos e intrínsecos. Foi também utilizado o índice de Katz. O instrumento de recolha de dados foi aplicado em dois momentos distintos: à chegada ao internamento hospitalar foi aplicado o instrumento de recolha de dados completo e no momento da alta clínica foi aplicado apenas o índice de Katz. Na amostra estão presentes maioritariamente, pessoas de sexo feminino, com 80 ou mais anos de idade, em estado civil de viuvez, a viver em meio urbano, com nível de escolaridade básico e a residir com a família ou em Instituição. Os resultados do estudo demonstram que o evento de queda ocorreu maioritariamente no interior da residência, em habitação sem escadas ou degraus, no quarto, durante o dia. As pessoas caíram sem a influência de fatores externos. Relataram histórias de várias quedas anteriores, sendo a última há mais de um ano, sem registo de fratura. A maioria das pessoas caiu por desequilíbrio e por fraqueza muscular, enquanto caminhava, em média duas horas e meia após a última ingestão de alimentos. Relativamente à condição clínica, os participantes no estudo apresentavam maioritariamente hipertensão arterial, seguindo-se problemas cardíacos e problemas osteoarticulares. Faziam medicação domiciliária, nomeadamente anti-hipertensivos e/ou diuréticos, antilipídémicos e/ou vasodilatadores, eram polimedicados e não consumiam álcool. Os resultados indicam que, antes do evento de queda, a maioria dos participantes no estudo era independente nas AVD. No momento da alta clínica, o nível de dependência tinha aumentado na totalidade dos inquiridos nas AVD banho e vestir, seguindo-se as AVD ir à casa de banho, transferência e alimentação.

Guerreiro (2017) estudou os fatores de risco de queda de pessoas idosas no domicílio e as características do evento de queda. Para este efeito, a autora aplicou o teste Tinetti – *Performance Oriented Mobility Assessment* (POMA I), validado para a população portuguesa por Petiz (2002), e a *check list* FRQD, criada e validada parcialmente pela autora. Os participantes no estudo (N=31) foram maioritariamente do sexo feminino (74.2%), com média etária de 75.5 anos, casados (48,4%) ou viúvos (45.2%). Os resultados indicam que os eventos de queda ocorrem predominantemente em mulheres mais idosas, com comprometimento do sistema sensorio-motor, afetando o equilíbrio

postural na realização de tarefas. Estas pessoas apresentam quadros patológicos complexos que afetam os sistemas cerebrovascular, músculo-esquelético, endócrino, sensorial e nervoso, quadros associados a elevado consumo de medicamentos que afetam o equilíbrio estático e dinâmico. A maioria dos eventos de queda dá-se no domicílio, principalmente no exterior, devido à presença de obstáculos, pavimento irregular e piso derrapante. No interior da residência, a casa de banho revelou-se o espaço onde ocorre o maior número de quedas devido à ausência de assento seguro na banheira, sanita com altura ajustável e pavimento antiderrapante. Nas outras divisões da casa, as quedas estão associadas à presença de pavimentos derrapantes, desníveis, tapetes e carpetes no solo, mobiliário de acesso difícil, ausência de corrimãos ou apoios de mãos em espaços de mais difícil acesso. Destes resultados se infere que a adaptação do espaço doméstico às características dos seus utilizadores mais frágeis ou com necessidades especiais é uma questão de saúde que pode ser concretizada com reduzidos custos.

A patologia músculo-esquelética de maior prevalência em pessoas idosas, principalmente nas mulheres, é a osteoartrose (OA), a qual aumenta de incidência com a idade. As implicações funcionais desta patologia e a conseqüente restrição das atividades na vida diária (AVD) têm forte impacto no quotidiano dos doentes e na sua QdV, sendo um dos fatores de risco de quedas. Pacheco (2014), com o objetivo de traduzir e validar o *Osteoarthritis Quality Indicator (OA-QI) Questionnaire*, a partir da versão original inglesa, procurou, complementarmente, conhecer os fatores da não adesão terapêutica em pessoas idosas com gonartrosis. A amostra foi constituída por 94 pessoas: residentes no sotavento do Algarve (concelho de Tavira); com média de idades de 68,5 anos; maioritariamente do sexo feminino (72,3%); predominantemente pessoas casadas (71.3%); com nível de escolaridade básica (66%); reformadas (60.6%). A média do índice de massa corporal (IMC) encontrada foi 29, sendo que o conjunto dos que apresentavam excesso de peso ou obesidade atingiu os 73.4% (excesso de peso: 31%; obesidade I: 29%; obesidade II: 9%; obesidade III: 4%). Não tinham a perceção de ter excesso de peso 52% daqueles que realmente o apresentavam. Os resultados apontam para uma taxa de adesão terapêutica de cerca de 85%, na perceção dos próprios inquiridos. Ainda assim, apesar de 79% dos doentes terem sido informados da importância do exercício físico regular¹⁵, destes apenas cerca de 34% admitiram ter o hábito de o praticar.

Os resultados dos estudos realizados no Algarve confirmam a multidimensionalidade dos fatores de risco de quedas em pessoas idosas e sugerem a necessidade de desenvolvimento de estratégias multidimensionais que envolvam a pessoa em risco de queda, a comunidade, a família e técnicos especializados. As estratégias que se têm revelado mais eficientes na prevenção de quedas em pessoas idosas têm carácter multidimensional, conjugando a prática regular do exercício físico, a otimização da medicação

¹⁵ Os conceitos de atividade física, exercício físico e desporto são definidos no Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física: «O termo mais abrangente, atividade física, contempla qualquer movimento realizado pela musculatura esquelética do corpo (os principais músculos), que resulte num dispêndio energético acima dos valores de repouso. Exercício físico compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico (ex. melhorar a saúde) e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição. É geralmente uma prática planeada. O termo desporto associa-se ao jogo e à competição, correspondendo ao sistema organizado de movimentos e técnicas corporais executados no contexto de atividades competitivas regulamentadas» (Direção Geral de Saúde, 2016).

em pessoas polimedicadas, a suplementação alimentar e a modificação dos fatores de risco ambientais e comportamentais (Sousa R. A., 2015).

Adesão terapêutica em doentes cardíacos e diabéticos

A QdV dos doentes idosos pode ser agravada pelas dificuldades de cumprimento de terapias de maior exigência ou complexidade, ou que implicam cuidados de difícil acesso, ou cuja necessidade e adequação os doentes não compreendem, ou não aceitam. O conceito de adesão terapêutica foi definido pela OMS como «*the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*» (WHO, 2003, p. 3). Esta definição implica o reconhecimento de que o doente não é um sujeito passivo, mas ativo, sendo neste caso sinónimo de concordância, compreensão, aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, o qual partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue. A adesão terapêutica depende de múltiplos fatores: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relativos à doença e ao regime terapêutico; fatores inerentes à relação do doente com os profissionais e os serviços de saúde (Bugalho & Carneiro, 2004, pp. 9-10) (Cabral & Silva, 2010, pp. 2-9).

Para avaliar as dificuldades na manutenção da terapêutica medicamentosa em doenças cardíacas, Santos (2010) recorreu a entrevistas semiestruturadas a doentes cardíacos idosos que necessitaram de internamento hospitalar em Faro. Os resultados indicam que existem efetivamente problemas neste âmbito, no pós-internamento. Esses problemas estão relacionados com a falta de conhecimentos dos doentes, com a complexidade do regime terapêutico e com o défice de apoio familiar.

Ainda no âmbito da problemática da adesão terapêutica, Lourenço (2013) estudou a relação entre os conhecimentos e a presença de complicações como determinantes da QdV da pessoa idosa com Diabetes Mellitus (DM). A amostra foi constituída por 110 pessoas com DM tipo 2, utentes das consultas de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Farol, em Faro. O instrumento de recolha de dados foi constituído por quatro questionários: questionário para avaliação da QdV e Diabetes, questionário para recolha de dados sociodemográficos e clínicos, questionário para caracterização das complicações da DM na pessoa idosa e avaliação dos conhecimentos sobre as mesmas e questionário para avaliação dos conhecimentos sobre a DM tipo 2. Os resultados revelaram a relação entre o nível de conhecimentos do doente com DM tipo 2, a presença de complicações e a sua QdV (nível mental). A baixa escolaridade está relacionada com a dificuldade de seguir a dieta prescrita e de cumprir com a correta toma da medicação. O exercício físico e a alimentação são as áreas de maior dificuldade na adesão terapêutica, facto que remete para a necessidade do envolvimento da família, dos cuidadores, dos técnicos de saúde e da comunidade neste processo.

Sintetizando, as intervenções na promoção da QdV e na prevenção das patologias mais frequentes em pessoas idosas devem assumir o carácter multidimensional que caracteriza os fenómenos aos quais procuram dar resposta. As intervenções devem integrar programas de formação ao longo da vida adequados às características específicas dos públicos-alvo. Emerge dos resultados dos estudos citados, a necessidade de uma

antropopedagogia da saúde que permita o esclarecimento dos fatores da não adesão terapêutica em cada caso concreto, o conhecimento dos caminhos para a melhoria da QdV, bem como o envolvimento de equipas multidisciplinares e dos doentes nos processos preventivos ou terapêuticos.

Conclusão

Retomando a questão de partida que orientou a revisão da literatura sobre como se envelhece no Algarve, é forçoso reconhecer, desde logo, que a resposta surge marcada por fortes contrastes.

Em primeiro lugar, emergiu o contraste das perceções da qualidade de vida: entre os que têm a perceção de usufruir de boa qualidade de vida e os que têm a perceção de ter qualidade neutra ou mesmo má. Em contextos predominantemente urbanos e de academias sénior andarão próximo da metade os que consideram ter boa qualidade de vida, já os que optam pela categoria neutra andarão por outra quase metade. Cerca de cinco por cento considera a sua qualidade de vida má ou péssima. Nestes contextos, as variáveis preditivas de melhor qualidade de vida são: ser homem, residir com o cônjuge ou com o cônjuge e filhos, ter médio ou elevado nível de escolaridade, ter ocupação significativa, ter pensão de reforma e beneficiar de segurança social, ter saúde, ter rendimento satisfatório, não ter idade muito avançada. Ao invés, as variáveis preditivas de pior qualidade de vida são: ser mulher, viver na ausência do cônjuge ou do cônjuge e filhos, ter baixo nível de escolaridade, não beneficiar de pensão de reforma e de segurança social, sentir-se doente, ter baixo rendimento, ter idade muito avançada.

Em segundo lugar, observou-se o contraste entre perfis de envelhecimento: num contexto institucional de ERPI, CD e CC do sotavento serrano e litoral, com pessoas muito idosas e mais de ¼ de iletrados, o perfil positivo global, em que se enquadram metade das pessoas inquiridas, contrasta com o perfil empobrecido em que se situam quase um quarto dos inquiridos. Acresce que este valor estará subavaliado, considerando que as pessoas que não reuniam condições mínimas para responder aos questionários não integraram a amostra. O contraste existe entre os que apresentam uma boa saúde física e psíquica, avaliam positivamente a sua vida e sentem-se realizados pessoalmente e os que, pelo contrário, não apresentam uma boa saúde física e psíquica, avaliam negativamente a sua vida e não se sentem realizados pessoalmente.

Em terceiro lugar, evidenciou-se o contraste dos ambientes: entre os que envelhecem no ambiente em que decorreu a sua vida e os que envelhecem institucionalizados. Se desviarmos o olhar para os contextos de institucionalização, encontramos uma realidade mais sombria do que a dos contextos de residência habitual. Nos contextos institucionais, a qualidade de vida está relacionada, como nos outros contextos, com o género, o nível de escolaridade, o rendimento, a saúde, as relações familiares. Todavia, nestes contextos, a qualidade de vida também tem relação com a capacidade física, a autonomia nas atividades de vida diária, a mobilidade, os motivos da institucionalização e o tipo de instituição. Ser mulher, não ser escolarizado ou ter baixa escolaridade, ter baixos rendimentos, sentir-se doente, ter incapacidades físicas, não ser autónomo nas atividades de vida diária, não ter relações familiares satisfatórias, não estar instituciona-

lizado por vontade própria, ou estar institucionalizado numa instituição que oferece más condições são variáveis preditivas de pior qualidade de vida.

Nos contextos institucionais, os problemas maiores e generalizados da qualidade de vida são a depressão e a incapacidade funcional, os quais afetam mais de $\frac{3}{4}$ dos residentes, desafiando a uma profunda reflexão sobre a forma de lhes dar resposta e de atuar em consonância.

A ERPI S. José de Alcalar destaca-se pelos melhores resultados em diversos domínios da qualidade de vida (domínios físico, psicológico e social), no grupo das ERPI já estudadas. Estas diferenças parecem justificadas pela especificidade desta instituição no que respeita ao seu ambiente físico e humano, promotor da autonomia, da mobilidade, da continuidade da estrutura familiar no espaço doméstico institucional e da privacidade, bem como de relações de vizinhança idênticas às estabelecidas antes da institucionalização.

Em quarto lugar, sobressaiu o contraste entre os que envelhecem com doenças que obrigam a institucionalização em unidades de saúde adequadas e os que vivenciam internamentos em unidades de saúde inadequadas ou que prestam serviços inadequados. No internamento em unidades de saúde, as variáveis preditivas de melhor qualidade de vida são relativas: a) ao indivíduo internado, tal como na pessoa idosa em geral: género masculino, estado civil casado, melhores rendimentos, bom estado de saúde física e mental, mais autoestima; b) às instituições: lotação normal, boa estrutura física, seguras, com mais contacto com o pessoal de saúde, o que acontece em unidades de média e longa duração; c) à relação entre o indivíduo e a instituição: autonomia, informação sobre o processo terapêutico, boa qualidade deste processo, suporte social, com mais visitas, participação da família e amigos nos cuidados e possibilidade de saídas temporárias da instituição.

Inversamente, as variáveis preditivas de pior qualidade de vida nas instituições de saúde estão associadas: a) aos indivíduos internados, tal como na pessoa idosa em geral: género feminino, com estado civil de viúvo, separado ou solteiro, baixos rendimentos, má saúde física e mental, baixa autoestima; b) às instituições: sobrelotação, má estrutura física, inseguras, com contactos com o pessoal de saúde de curta duração; c) à relação entre o indivíduo e a instituição: doente sem autonomia, sem informação sobre o processo terapêutico, má qualidade deste processo, sem suporte social, isolado da família e amigos e sem possibilidade de saídas temporárias da instituição.

Por último, identificou-se o contraste entre as pessoas idosas doentes que aderem aos processos terapêuticos, fazendo aumentar as probabilidades de sucesso destes e de terem melhor qualidade de vida, e as pessoas idosas doentes que não aderem ou aderem parcialmente aos processos terapêuticos, condicionando o sucesso dos mesmos, a sua qualidade de vida e a dos seus cuidadores. Entre os fatores da não adesão terapêutica sobressaem o défice de recursos dos doentes - recursos imateriais (conhecimentos, cultura, suporte familiar ou outro) e recursos materiais (financeiros) – o défice de recursos das suas famílias e a complexidade do regime terapêutico relativamente aos recursos disponíveis.

Considerando a evidência científica produzida até ao momento, a qual, apesar de parcelar, já é bastante impressiva, forçoso é reconhecer que o Algarve é território de profundos contrastes nos modos de envelhecer e na qualidade de vida no processo de

envelhecimento. O desenvolvimento social, cultural e económico da região poderá e deverá contribuir para o esbatimento destes contrastes. No presente, ressalta a necessidade de melhorar a adequação das respostas sociais, em particular das ERPI, às características e necessidades dos seus utentes, em especial na adaptação das estratégias e atividades ao diagnóstico individualizado previsto na lei. É neste contexto que o estado atual dos conhecimentos indica como mais urgente a melhoria dos serviços prestados nas ERPI e, conseqüentemente, a melhoria da QdV daqueles a quem estes serviços se destinam. Paralelamente, é necessário investir em projetos e respostas sociais que promovam o envelhecimento ativo ou positivo no contexto habitual de vida (*ageing in place* (Fonseca, 2018)), tendo em vista preservar a boa qualidade de vida e prevenir ou minimizar os fatores de institucionalização.

Abreviaturas

AVD – Atividades de Vida Diária
BES – Bem-estar social
CC – Centro de Convívio
CD – Centro de Dia
DM – Diabetes Mellitus
ERPI - Estruturas residenciais para idosos
IMC – Índice de massa corporal
QdV – Qualidade de vida
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
VRSA – Vila Real de Santo António
UC – Unidades de Convalescença
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos
ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Bibliografia

- Amado, C., José, J. A., & Santos, S. (2016). Measuring Active Ageing: A Data Envelopment Analysis Approach. *European Journal of Operational Research*, 255, pp. 207-223.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (Vol. 4). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511665684
- Brownie, S., & Horstmannshof, L. (2011). The Management of Loneliness in Aged Care Residents: An Important Therapeutic Target for Gerontological Nursing. *Geriatric Nursing*, 32: 5, pp. 318-325.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - FML.
- Caballero, P. F. (2017). *Modelización del Envejecimiento Activo*. Tesis Doctoral não publicada. Universidad de Málaga.

- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante as Prescrições Médicas*. Universidade de Lisboa, ICS. Lisboa: APIPHARMA. Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%AAutica%20PT.pdf>
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: F.C. Gulbenkian.
- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Simões, M., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., & Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL - 100). *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 15-23.
- Cary, V. F.-P. (2016). *Stresse e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Catarino, T. d. (2015). *Avaliação do Perfil Funcional dos Idosos do Concelho de Monchique: Fundamentos com Vista à Intervenção do Fisioterapeuta*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Direção Geral de Saúde. (2016). *Perguntas e Respostas*. Obtido em 2 de abril de 2018, de Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF): <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>
- Dores, R., & Sousa, C. (2014). Envelhecimento Ativo: perceções de estudantes do ensino superior na área da educação. Em A. Anica, *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp. 100-1006). Faro: Universidade do Algarve.
- Estêvão, S. V. (2017). *Qualidade de Vida de Idosos em Centro de Dia e em Serviços de Apoio Domiciliário*. Faro: Universidade do Algarve.
- EUROSTAT. (2018). *EUROSTAT*. Obtido de http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=sdg_03_10&language=en
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contributiones de la psicología*. Madrid: Piràmide.
- Fonseca, M. A. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar*. (A. M. Fonseca, Ed.) Lisboa/Porto: FCG/FEP-UCP. Obtido em 18 de maio de 2018, de <https://gulbenkian.pt/publication/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/?lang=pt-pt>
- Fontes, S. V. (2011). *A Aldeia de S. José de Alcalar: a inovação de uma resposta social. Dissertação de mestrado*. Lisboa: ISCTE. Obtido de [www:<http://hdl.handle.net/10071/4356>](http://hdl.handle.net/10071/4356)
- Gaudêncio, J., & Silva, M. E. (2011). Profiles of ageing in the South of Portugal: education and cognitive functioning in elderly persons living in institutionalized and community contexts. *Second Conference of ESREA Network on Education and Learning of Older Adults* (pp. 1-14). Braga: Universidade do Minho.
- Gaudêncio, J., Silva, M. E., & Dória, I. (2014). Perfis de Envelhecimento em Idosos com Idade Avançada: Resultados de um Estudo no Sotavento Algarvio. Em A. e.

- al, *Envelhecimento Ativo e Educação* (pp. 41-53). UALG. Obtido em 15 de dezembro de 2017
- Gaudêncio, J., Silva, M. E., & Dória, I. (2016). Perfis de Envelhecimento Mais ou Menos Bem-Sucedidos: um estudo no sotavento algarvio. *IV Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Algarve.
- Guerreiro, C. S. (2017). *Estudo dos Fatores de Risco de Queda no Domicílio de Pessoas Idosas*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Guerreiro, E. C. (2016). *Depressão e Capacidade Funcional em Idosos do Baixo Alentejo*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- INE, I.P. (2017). Anuário Estatístico da Região do Algarve 2016. Lisboa. Obtido em 10 de março de 2018
- Leal, A. B. (2012). *Qualidade de Vida dos Idosos na Rede de Cuidados Continuados Integrados do Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Lourenço, I. F. (2013). *Os Conhecimentos e a Presença de Complicações como Determinantes da qualidade de Vida da Pessoa Idosa com Diabetes Mellitus*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Luísa, C. (2014). *Teorias Leigas sobre Saúde e Doença e Conceitos Relacionados em Pessoas Idosas*. Huelva: Universidade de Huelva.
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicossoma.
- Malveiro, J. M. (2015). *O modelo de Alcalar: vantagens comparativas de um paradigma residencial comunitário para idosos*. Dissertação de doutoramento. Faro: Universidade do Algarve.
- Marrachinho, A. L. (2014). *Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Martins, M. I. (2012). *O Envelhecimento e a Capacidade Funcional dos Idosos*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Mesquita, Z. R. (2013). *Institucionalização, Satisfação e Qualidade de Vida do Idoso*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Nogueira, P., Afonso, D., Alves, M. I., Vivêncio, P., Silva, J., Rosa, M., & Costa, A. (2014). *Potugal, Idade Maior em Números, 2014. A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: DGS.
- Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T., Lumme-Sandt, K., Nosraty, L., Jylhä, M., . . . Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging. Vitality 90+ Study. *Journal of Aging Studies*, 32, pp. 50–58.
- OECD. (2015). *Health at a Glance 2015. OECD INDICATORS*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (junho de 2016). OECD Regional Well Being. (OECD, Ed.) Obtido em 10 de março de 2018, de <https://www.oecdregionalwellbeing.org/PT15.html>
- Pacheco, G. T. (2014). *Fatores que Predispõem a não Adesão Terapêutica em Idosos com Gonartrosis*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Pais Ribeiro, J. L., & Marques, T. (10 (2) de 2009). Avaliação do Stress: a Propósito de um Estudo. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, pp. 237-248.
- Palma, R. I. (2011). *A Queda e a Capacidade Funcional do Idoso*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.

- Paúl, C., & Ribeiro, Ó. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. Em C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, R. I. (2014). *Depressão em Pessoas Idosas Institucionalizadas*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- PORDATA. (2018). *PORDATA*. Obtido de PORDATA: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>
- Ribeiro, H. P. (2011). *Qualidade de Vida do idoso institucionalizado: realidade vivida na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Sabala, I. F. (2012). *A Satisfação dos Utentes Idosos nos Cuidados Continuados no Algarve*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Santos, A. L. (2010). *Regresso a Casa após Internamento Hospitalar: dificuldades sentidas pela pessoa idosa com doença cardíaca na manutenção da terapêutica medicamentosa*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- SEFSTAT Portal de Estatística. (2016). Mapa de total de residentes por Distrito Ano 2016. Em S. d. Fronteiras (Ed.). Obtido em 13 de março de 2018, de <http://sefstat-web/>
- Silva, S. I. (2013). *Capacidade Funcional e Qualidade de Vida: Um Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e no Domicílio*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37, pp. 364-371. Obtido de www.fsp.usp.br/rsp
- Sousa, R. A. (2015). *Prevenção de Quedas na População Geriátrica. Artigo de revisão*. Dissertação de mestrado. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Obtido em 10 de abril de 2018, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30513/1/Rita%20Sousa.pdf>
- Theurer, K., Mortensonb, W. B., Stonec, R., & Sutod, M. (2015). The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies*, 35, pp. 201-210.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização mundial de Saúde (WHOQOL - BREF) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), pp. 41-49.
- Vilar, M. M. (2015). *Avaliação da qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Walker, A. (2013). Ageing and Quality of Life in Europe. Em D. Dannefer, & C. Phillipson (Edits.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (Paperback ed., pp. 573-586). London: Sage.
- WHO. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for action*. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Adherence to long-term therapies project. Geneva: WHO. Obtido em 10 de fevereiro de 2018, de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1

- WHO. (31 de January de 2018). Obtido em 2 de abril de 2018, de Falls:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>
- World Health Organization. (1997). WHOQOL. Measuring Quality of Life. Geneva, Switzerland. Obtido em 13 de março de 2018, de
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneve: WHO. Obtido de
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

III- Saúde e qualidade de vida no proceso de envelhecimento

Depressão e Incapacidade Funcional em Pessoas Idosas Institucionalizadas

Rita Isabel Cavaco Pereira¹
José Eusébio Pacheco²

Resumo

Esta investigação partiu da convicção de que a depressão em idosos institucionalizados é uma realidade de proporções preocupantes, podendo vir a causar deterioração da capacidade funcional.

A amostra foi constituída por 85 pessoas residentes em Lar de Idosos, com idades entre 66 e 100 anos. Os resultados mostraram 64,7% de prevalência de depressão. Das variáveis sociodemográficas consideradas, apenas a idade influenciou a condição depressiva. O género feminino mostrou predominância significativa (78,18%). Observou-se ainda que quanto maior a idade, tendencialmente maior será o nível de incapacidade funcional. Quanto à relação entre incapacidade funcional e depressão, os dados mostraram que o nível de incapacidade influencia a presença de depressão e, por outro lado, também esta perturbação do humor influencia a incapacidade funcional.

Palavras-chave: Depressão; Idosos; Incapacidade Funcional; Institucionalização

Abstract

This research started on the conviction that depression in institutionalized elderly people is a reality of worrying proportions, and may lead the deterioration of functional capacity.

The sample consisted of 85 people living in the Home for the Elderly, aged between 66 and 100 years. The results showed a 64.7% prevalence of depression. The sociodemographic variables considered, only age influenced the depressive condition. The female gender showed a significant predominance (78.18%). It was also observed that with increasing age increases functional disability. Regarding the relationship between functional disability and depression, the data showed that the level of disability influences the presence of depression and, on the other hand, this mood disorder also influences functional disability.

Keywords: Depression; Elderly; Functional Disability; Institutionalization

¹ Enfermeira do Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Unidade de Portimão. Autora da dissertação *Depressão em pessoas idosas institucionalizadas*, concluída em 2015, no âmbito do curso de mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, a qual esteve na origem do presente texto. E-mail: rita_cavaco_pereira@hotmail.com

² Professor da Universidade do Algarve e investigador do CIEO, foi orientador da dissertação *Depressão em pessoas idosas institucionalizadas*, concluída em 2015, no âmbito do curso de mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve. E-mail: jpacheco@ualg.pt

Introdução

A população mundial está a envelhecer, e Portugal, além de não constituir uma exceção, tem vindo a estabelecer-se como um dos países mais envelhecidos da Europa. Este envelhecimento acentuado resulta, por um lado, do progresso das ciências da saúde, que se traduz num aumento da esperança média de vida e, por outro, numa diminuição da taxa de natalidade, influenciada pelo estilo de vida moderno. Sendo que as expectativas apontam para um agravamento desta situação, o envelhecimento populacional representa uma alteração demográfica importante que suscita o surgimento de novos desafios tanto ao nível da saúde como das ciências sociais (POWELL, 2010; SEQUEIRA, 2010; ROSA, 2012). Entende-se, usualmente, que a barreira para a terceira idade está nos 65 anos, mas é lógico que o processo de envelhecimento se inicia desde a conceção e decorre até ao momento da morte. Sendo a vida um constante balanceamento entre ganhos e perdas, entre os objetivos delineados e alcançados, alegrias e tristezas, mostra-se evidente que, no decorrer do processo de envelhecimento, a pessoa vai deparar-se com a diminuição do seu suporte sociofamiliar, perda de estatuto profissional e económico, aquando da reforma, e com algum declínio físico e cognitivo próprios do envelhecimento biológico e que podem acarretar perda de autonomia.

Nesse sentido é importante que exista equilíbrio entre a estabilidade e a mudança e entre o progresso e o declínio (FONSECA, 2006; SALGUEIRO, 2007). O mundo em que vivemos está em constante transformação e a sociedade contemporânea envolveu-se num culto à juventude que tem vindo retirar ao idoso o seu lugar privilegiado. Também a alteração da estrutura familiar, assim como deslocação das famílias para as cidades mais industrializadas, contribuiu para que a institucionalização dos idosos fosse uma opção com um crescente atractivo para aqueles que iriam permanecer sozinhos nas suas casas ou socialmente isolados nas casas de seus filhos (CARDÃO, 2009). A decisão pela institucionalização do idoso pode ser tomada pelo próprio ou pelos seus familiares, sendo que, independentemente de quem a toma, esta tem sempre distintas interpretações. Seja qual for o motivo que leve a pessoa a ingressar num Lar de Idosos, devemos ter em atenção o sofrimento de separação e/ou abandono que é marcado por fantasias como a perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte e o acolhimento que terão dos funcionários e colegas (BORN, 2002), enquanto os seus familiares idealizam que o internamento irá proporcionar-lhe um maior convívio e melhor tratamento ao nível dos cuidados básicos de saúde (CARDÃO, 2009).

A saúde mental detém grande importância durante todas as fases do desenvolvimento humano, mas tendo em consideração o peso das boas ou más adaptações ao longo da vida, torna-se expectável que com o avançar da idade, o risco para a manifestação de transtornos mentais se torne mais elevado (STELLA et al., 2002; LUPPA, et al., 2012).

Sendo que as síndromes demenciais surgem como o principal diagnóstico das doenças mentais na terceira idade e a depressão justifica mais de 60% das admissões nas unidades de psiquiatria geriátrica, representando um dos motivos principais de procura de consulta na área de saúde mental, emerge a necessidade de melhor compreender a dinâmica dos transtornos mentais que afetam a população idosa e que tantas vezes pas-

sam dissimuladamente aos olhos dos mais próximos (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005; SALGUEIRO, 2007).

Envelhecimento Populacional

O mundo está em constante evolução. Mudam os costumes, alteram-se as crenças e toda a dinâmica do quotidiano do ser humano vai sendo modificada de acordo com a evolução da ciência e as necessidades da vida moderna. Neste sentido, o envelhecimento populacional surge como uma das problemáticas com maior gravidade na atualidade e, apesar de global, é mais acentuado nos países conhecidos como “de primeiro mundo”. No entanto, o desenvolvimento demográfico mais surpreendente das últimas décadas terá sido, provavelmente, o ritmo acelerado de declínio da fertilidade em muitos dos países considerados menos desenvolvidos (POWELL, 2010). O entendimento das causas major do envelhecimento global possibilita criar projeções para o futuro das comunidades sendo que os dados apontam para uma continuidade e agravamento deste fenómeno. Portugal, além de não representar uma exceção, é um dos países da Europa com índice de envelhecimento populacional mais acelerado. Como refere ROSA (2012, p.27) “..., Portugal é actualmete, um dos países mais envelhecidos do espaço europeu e, como tal, do mundo”. As principais causas do processo de envelhecimento da população portuguesa são a redução da taxa de mortalidade, associada ao aumento significativo da esperança média de vida e da taxa de fecundidade, o que traduz um “...aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país” (PAÚL & FONSECA, 2005, p.15).

Conjuntamente, as alterações no estilo de vida dos portugueses, que levaram ao aumento da idade na qual a mulher têm o primeiro filho, que passou de 25 anos, em 1960, para 29,5 anos, em 2012, contribuíram para a diminuição do número médio de filhos por mulher em idade fértil, respetivamente, de 3,2 para 1,28 (PORDATA, 2014), tornando notória a diminuição da taxa de fertilidade. Conclui-se que Portugal está a envelhecer rapidamente e, de acordo com as previsões, é expectável a continuidade deste processo. Assim, as projeções para Portugal indicam “... um agravamento do envelhecimento, com a redução dos efectivos mais jovens, como resultado de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações, e o aumento da população idosa, consequência do esperado aumento da esperança de vida” (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2004, pp.3-4). O envelhecimento populacional acarreta consequências para qualquer país e Portugal começa a mostrar já algumas sequelas. Note-se que um país envelhecido é sinónimo de um país com maior índice de dependência funcional e morbilidade e, consequentemente, maior despesa na área da saúde. Tudo isto significa uma debilitação da economia do país que necessita de especial atenção. No que remete para o social, a carência acrescida de respostas sociais para os idosos torna-se cada vez mais evidente e impera a necessidade de procurar soluções adequadas para proporcionar bem-estar e qualidade de vida aos mais dependentes (ROSA, 2012).

Então, a indispensabilidade de adaptar as políticas económicas e sociais para fazer frente ao envelhecimento da população está a tornar-se cada vez mais importante e mais urgente com vista a preparar o futuro.

Depressão, Incapacidade Funcional e Institucionalização na pessoa idosa

Quando a decisão pela institucionalização é tomada, inicia-se uma nova etapa na vida do idoso. As suas rotinas e hábitos serão alterados e o processo de adaptação a uma vida partilhada com estranhos inicia-se, muitas vezes, de forma abrupta. Tendo em conta que para a pessoa idosa aquando do acolhimento numa instituição de longa permanência, com todas as mudanças que este processo implica, “à perda do meio familiar, com os sentimentos mais ou menos manifestos de «abandono» pela família, depressa se juntam outras vivências de perda, como a da sua independência e do exercício pleno da sua vontade, devido à normatização e observância da sua conduta dentro da instituição” CARDÃO (2009, p.12). O idoso institucionalizado sente que não é mais o dono do seu tempo, este fica reduzido à opressão cronológica comandada pelo órgão gestor do Lar de Idosos.

Existem momentos definidos para tudo, há tempo de acordar, tempo de comer, tempo de dormir, etc. “O tempo, nesse contexto, é arbitrariamente controlado pela cadência e pelo ritmo das atividades diárias da instituição. É justamente esse controle que contribui para a sensação de perda e expropriação” (DANTAS et al., 2013, p.37). A juntar a estes sentimentos, também a convivência com a degradação física e cognitiva e a noção esmagadora de finitude que advém da consciência de proximidade da morte, vão também contribuir para que ocorram perturbações do humor (PAÚL & FONSECA, 2005; CHOI, et al., 2008; CARDÃO, 2009). ORTIZ, BALLESTEROS e CARRASCO (2006) referem um estudo realizado na comunidade por Prince e colaboradores, em 1977, no qual se estabelece uma relação entre a depressão e a incapacidade funcional.

Trata-se de um momento de crise, associado a grandes perdas na vida da pessoa idosa, em que o stress pode surgir e o *coping* poderá vir a determinar a manutenção da sua saúde mental. Se tivermos em conta que a capacidade de adaptação do indivíduo vai diminuindo com a idade, conclui-se portanto, que as probabilidades de desajustes são maiores quando se trata do ingresso num Lar de Idosos (PAÚL & FONSECA, 2005; CARVALHO & DIAS, 2011; SILVA, et al., 2012). Além disso, não raras vezes a família “abandona” a pessoa na instituição não lhe dedicando qualquer atenção. Por outro lado, a instituição e as condições que oferece constituem também um pilar importante para que a adaptação do idoso ao seu novo estilo de vida seja bem-sucedida, é importante ter em conta que no “... confronto com o meio institucional, acresce a angústia perante o estranho, consubstanciada pelos medos (...) do desconhecido, do mau trato, do desrespeito pela sua integridade física e psicológica” (CARDÃO, 2009, p.41). Pelo exposto, pode assumir-se que face ao processo de institucionalização permanente, é relativamente fácil que ocorram situações de má adaptação no idoso, as quais poderão desencadear transtornos mentais, nomeadamente estados depressivos (LIMA, et al., 2009; PEÑA-SOLANO, et al., 2009; CARVALHO & DIAS, 2011; DANTAS, et al., 2013). Compreende-se, pelo exposto, que a institucionalização é elemento determinante na manutenção da saúde mental da pessoa idosa.

Mostra-se de extrema importância, numa perspetiva gerontológica, a fim de melhor compreender os transtornos depressivos dos mais velhos, procurar as suas causas mais comuns e compreender quais as variáveis que mais influenciam o seu surgimento e

agravamento. Os estudos neste âmbito, apesar de estarem progressivamente a aumentar, são ainda escassos e, tendo em conta o ritmo a que o envelhecimento demográfico ocorre, a sua importância torna-se cada vez mais evidente.

Método

Os objetivos deste estudo foram avaliar a presença de depressão em idosos institucionalizados; identificar a prevalência de depressão entre os idosos institucionalizados; compreender as variáveis sociodemográficas que influenciam a presença de depressão nos idosos institucionalizados; e, conhecer qual a relação entre a depressão e a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados.

Participantes

O estudo incidiu sobre uma população de idosos residentes em regime de internamento em instituições de apoio à terceira idade sitas no Baixo Alentejo – Lar de São Bento, em Vila Nova de São Bento; e no Algarve – Centro de Apoio a Idosos de Portimão. A amostra teve como critérios de inclusão: idade superior a 65 anos, residente em Lar de Idosos, com orientação no espaço, no tempo e na própria pessoa e que aceitasse participar no estudo. Devido à particularidade da população-alvo, foram estabelecidos alguns critérios de exclusão, nomeadamente a existência de processos demenciais avançados e/ou deterioração cognitiva que tornassem a pessoa incapaz de compreender e dar o seu consentimento informado e de responder de forma coerente aos instrumentos de colheita de dados. A amostra foi composta por 85 pessoas, 26 residentes no Baixo Alentejo e 59 no Algarve; com idades compreendidas entre os 66 e os 100 anos, apresentou uma média de idade de 84,8 anos.

Instrumentos

1. Questionário Sociodemográfico. Foi construído um questionário de autoavaliação composto por perguntas fechadas, com objetivo de caracterizar os indivíduos na sua dimensão pessoal e social, através da identificação de: género, idade, data de admissão na instituição, estado civil, meio onde reside, habilitações literárias e religião. Face à especificidade da problemática definida para este estudo, foram ainda acrescentadas ao questionário questões acerca de diagnóstico prévio de depressão e se toma regularmente medicação antidepressiva.

2. Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Trata-se de uma escala que permite identificar os sintomas de depressão em idosos. Neste estudo foi aplicada a versão portuguesa da EDG com 27 itens, de POCINHO (2007). Em concordância com a autora, definiu-se o ponto de corte no valor 11 do score total. No que respeita à fidedignidade da EDG utilizada neste estudo, a mesma apresentou um *alfa de Cronbach* de 0,836, sendo que, a versão da EDG apresentava uma fidedignidade global de *alfa de Cronbach* = 0,906.

Uma vez que a esta escala faculta um valor global, que se traduz na ausência ou presença de depressão na pessoa idosa, a mesma apresenta ainda três componentes principais, definidas por POCINHO (2007) e apresentadas no quadro “Componentes da EDG”, as quais categorizam a escala de forma a melhor conceber a sua dimensão psico-

lógica e assim entender mais aprofundadamente a relação existente entre as respostas dadas e o resultado final da sua aplicação: ¹⁾ Bem-estar/Mal-estar, ²⁾ Humor Triste, ³⁾ Falhas Mentais e Físicas. Pode entender-se que o bem-estar/mal-estar se encontra composto pelas questões da escala que representam a satisfação de vida, entendida por FONSECA (2006, p.143) como “... uma avaliação individual das condições gerais decorrentes do curso da vida humana, reflectindo a satisfação de vida na velhice uma comparação entre as aspirações iniciais e aquilo que foi realmente alcançado, um balanço entre os objectivos previstos e as metas alcançadas”. O humor triste compõe-se pelas questões da escala que caracterizam os transtornos do humor e ansiedade, segundo os quais SEQUEIRA (2010) refere que na terceira idade é frequente ocorrerem alterações do humor relacionadas com a ansiedade que surge em consequência de uma negação do idoso em aceitar as incapacidades crescentes, notando-se que o mesmo “...experiencia tipologias de humor depressivo, associadas a apatia progressiva e a um desinteresse pelas actividades habituais que gostava de realizar” (p.115).

Na componente falhas físicas e mentais, encontram-se as questões que representam a cognição e a capacidade física, às quais se associam a deterioração física e cognitiva que são parte natural do processo de envelhecimento, podendo manifestar-se dentro dos parâmetros normais ou tornarem-se patológicas. Não é raro, nos processos depressivos, a ocorrência de prejuízo no pensamento e na tomada de decisões, assim como o enfraquecimento acentuado da memória e a falta de concentração. (PAÚL & FONSECA, 2005; BALLONE, 2007).

3. **Índice de Barthel.** Esta escala foi criada como um dos meios de avaliação das Atividades de Vida Diária (AVDs) que mensura o grau de incapacidade funcional do indivíduo em vários aspetos: ¹⁾alimentação, ²⁾transferências, ³⁾toailete, ⁴⁾utilização do WC, ⁵⁾banho, ⁶⁾mobilidade, ⁷⁾subir e descer escadas, ⁸⁾vestir, ⁹⁾controlo intestinal, ¹⁰⁾controlo urinário. O Índice aplicado encontra-se normalizado pela DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011) e, consoante o *score* total, a incapacidade funcional poderá dividir-se em três níveis: ligeira (Barthel > 90), moderada (90 > Barthel > 55) e elevada (Barthel < 55). A aplicação do Índice de Barthel nesta investigação possibilitou a avaliação da incapacidade funcional de cada idoso institucionalizado e a determinação do grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade, permitindo estabelecer analogias com os estados depressivos. No que respeita à fidedignidade, o índice foi avaliado através da consistência interna, obtendo um *alfa de Cronbach* de 0,928. Quanto ao Índice de Barthel original, foi apresentado valor global de *alfa de Cronbach* = 0,90 (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2011).

Resultados

O estudo revelou a existência de 55 casos de diagnóstico depressivo, de acordo com a aplicação da EDG, representando 64,7% do total da amostra. Note-se que, comparativamente com o número de idosos que apresentavam diagnóstico médico de depressão prévio à realização do inquérito, surgiram 37 pessoas com valores na EDG que evidenciaram estados depressivos, os quais não estariam ainda identificados, correspondendo a 43,5% de incidência de depressão entre a população estudada. Foi relevante na amostra o facto de 21,2% terem diagnóstico médico de depressão prévio à realização do

inquérito, no entanto, apenas 14,1% dos idosos estava em tratamento com medicação antidepressiva, o que pode significar um acompanhamento pouco efetivo dessas pessoas.

Quanto às variáveis sociodemográficas em estudo – gênero, tempo de institucionalização, estado civil, meio onde reside, habilitações literárias e religião – não houve evidência estatística que comprovasse a sua influência sobre a ocorrência de depressão.

Observou-se uma relação existente entre a idade e a depressão nos idosos institucionalizados, uma vez que a maior prevalência de depressão se encontra nas idades mais avançadas.

Com um *Mann-Whitney U* = 541,0 e \hat{p} = 0,005, concluímos que o nível de incapacidade funcional influencia positivamente a presença de depressão nos idosos institucionalizados. A análise de dados também revelou, com *Chi-Square* = 7,993 e \hat{p} = 0,018, que a depressão influencia positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Note-se ainda que, ao compararem-se as médias, verifica-se que o índice de depressão aumenta conforme o nível de incapacidade. Obtendo-se um *Chi-Square* = 15,327 e \hat{p} = 0,000, verificámos que o bem-estar/mal-estar, na depressão, vai influenciar positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Em relação ao humor triste, na depressão, influenciar positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados chegou-se a um valor de *Chi-Square* = 10,157 e \hat{p} = 0,006, confirmando-se esta influência. Também se confirma com valor de *Chi-Square* = 6,892 e \hat{p} = 0,032, que as falhas mentais e físicas, na depressão, influenciam positivamente a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados.

Discussão

Surgiram 55 idosos com score total na EDG igual ou superior 11, pelo que se conclui que 64,7% da amostra apresentaram valores de depressão. A prevalência de depressão aqui obtida considera-se elevada, coincidindo, com os resultados conseguidos por outros investigadores que estudaram os idosos institucionalizados em Portugal, como PAÚL e FONSECA (2005), que assinalaram uma prevalência de 54,6% numa amostra de 105 idosos e CARDÃO (2009) descobriu 40% de prevalência de depressão numa amostra de 40 idosos. Crê-se ainda relevante referir que, entre a população estudada, foram identificados 37 *scores* de depressão que não estavam ainda diagnosticados. Considerando que o total da amostra foi composto por pessoas em risco de apresentar estados depressivos, pode afirmar-se que este estudo mostrou uma incidência de depressão em idosos institucionalizados de 43,5%. Vários foram os autores consultados que fazem referência ao difícil diagnóstico da depressão na terceira idade e à forma como esta condição pode facilmente passar disfarçada entre os que rodeiam o idoso (STELLA, et al., 2002; BALLONE, 2007; SEQUEIRA, 2010). No entanto, não foi possível, neste domínio efetuar comparação com estudos anteriormente realizados, uma vez que não se encontraram na literatura consultada, investigações que determinassem a incidência de depressão na população idosa em geral e, entre os institucionalizados em particular, sendo que a predileção dos investigadores tem vindo a cair sobre a prevalência. No que respeita ao nível de incapacidade funcional, avaliado com recurso ao Índice de Barthel, a análise estatística revelou que 44,7% dos idosos institucionalizados sofriam

de incapacidade funcional ligeira, 35,3% apresentavam incapacidade funcional moderada e 20,0% tinham incapacidade funcional elevada. Em relação com a idade, com significância $\beta = 0,004$, observou-se que quanto maior a idade, tendencialmente maior será o nível de incapacidade funcional apresentado ($Rho\ Spearman = 0,307$). Procurando relacionar a incapacidade funcional com a depressão (H_1), os dados em análise mostraram que, com $\beta = 0,005$, pode concluir-se que o nível de incapacidade funcional influencia positivamente a presença de depressão nos idosos institucionalizados. Autores como LIMA, et al. (2009) e SEQUEIRA (2010) referem que a perda de autonomia relacionada com incapacidade funcional está diretamente associada com a depressão em idades mais avançadas.

Nomeadamente, LIMA, et al. (2009, p.6) referem no seu estudo que "...foi observada tendência crescente na proporção de deprimidos à medida que os idosos se tornavam mais dependentes fisicamente. Há uma maior proporção de deprimidos entre os idosos com maiores índices de comprometimento nas AVDs". Quanto a problemática da relação entre a depressão e a incapacidade funcional por um outro prisma, procurou-se entender em que medida a depressão influenciaria positivamente a incapacidade funcional (H_2). Compreendeu-se, com $\beta = 0,018$, que a depressão influencia a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. No sentido de explicar esta influência, GRINBERG (2006, p.322) refere que "... a incapacitação e a fragilidade do idoso não devem ser vistas como sinônimos de depressão, mas sim como fatores que podem ser amplificados pelo estado depressivo". STELLA, et al. (2002) e CARDÃO (2009) propõem como justificação a ocorrência de manifestações físicas da depressão, onde se podem verificar alterações dos padrões de sono, do comportamento alimentar, lentificação ou agitação psicomotora, astenia e inclusive dor física, pelo que uma deterioração na capacidade de realização das atividades de vida diária estará diretamente relacionada com a existência de depressão na população idosa institucionalizada.

POCINHO (2007, p.76) nota ainda que "... a dependência destes indivíduos também é compreensível em termos cognitivos. Eles tendem a procurar ajuda e segurança nos outros, que consideram mais competentes e capazes, pois consideram as tarefas normais como excessivamente difíceis e acreditam não serem capazes de as realizar". Com a aplicação da EDG, foi possível avaliar, para além da elevada prevalência de depressão existente na amostra (64,7%), quais as componentes da escala, que representam a dimensão psicológica da mesma, tinham influência sobre a incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Após análise dos resultados pode concluir-se que tanto o bem-estar/mal-estar, como o humor triste e as falhas físicas e mentais influenciavam positivamente o nível de incapacidade funcional. Observou-se ainda que, à medida que a pontuação média alcançada para as referidas componentes vai aumentando, também o nível de incapacidade funcional aumenta. Assim, ao valor da média mais elevado de cada uma das componentes da EDG, corresponde o nível mais elevado de incapacidade funcional. Realizando uma abordagem mais pormenorizada das diferentes componentes principais da EDG, o Bem-estar/Mal-estar, com $\beta = 0,000$, revelou exercer bastante influência sobre o nível de incapacidade funcional nos idosos institucionalizados.

Sendo este entendido como representante da satisfação de vida na velhice, resultante da comparação entre o esperado e o alcançado, juntamente com o nível de auto-

nomia, a existência de relações positivas com os outros, o crescimento pessoal e a aceitação de si mesmo e do meio que o rodeia (FONSECA, 2006), o referido vai ao encontro das conclusões de POCINHO (2007, p.57) a qual refere que “...a incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nos idosos uma sensação de fracasso, que quando atribuído a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, levam à sensação de ineficácia (...) quanto maior o sentimento de controlo pessoal, de capacidade de decisão e de comando, mais intensos são os sentimentos de satisfação e, por oposição, quanto mais baixos forem aqueles sentimentos, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo”. No que respeita à componente Humor Triste, esta mostrou, com $\beta = 0,006$, que influencia positivamente o nível de incapacidade funcional das pessoas idosas institucionalizadas. As alterações do humor surgem muitas vezes associadas à perda de motivação de prazer na realização das atividades habituais e o humor triste pode desencadear no idoso sintomas neurovegetativos e cognitivos como astenia, lentificação ou agitação psicomotora, inclusive dores inespecíficas e ainda dificuldade de concentração, de raciocínio e de memória (STELLA, et al., 2002; SEQUEIRA, 2010), podendo isto levar a uma deterioração da aptidão para realizar as AVDs. Por fim, surge a componente principal falhas físicas e mentais que, com $\beta = 0,032$, reflete também a competência de influenciar o nível de incapacidade funcional nos idosos institucionalizados. Tanto as falhas do ponto de vista físico como mental, estão associadas com o processo de envelhecimento natural e podem ocorrer de forma progressiva ou mais acelerada, relacionando-se, ou não, com processos patológicos e podendo vir a tornar-se problemáticas. Nesse sentido, SEQUEIRA (2010, p. 90) refere que esses “...distúrbios são suficientes para interferir no quotidiano da pessoa (trabalho, atividades diárias)”.

POCINHO (2007) explica que a satisfação que o idoso sente com a sua vida atual depende, não apenas da sensação de bem-estar e ausência de sofrimento, mas também da existência de esperança, de visão de futuro, de metas a atingir e de autoeficácia, sendo que esse balanceamento irá influenciar o desejo de continuar a viver. Nesse sentido, as crenças de autoeficácia funcionam como um forte elemento contra a incapacidade, uma vez que influenciam a motivação favorecendo a gestão do ambiente social e físico. Entende-se que quanto mais o idoso crê na sua eficácia pessoal, menor é o nível de incapacidade funcional, menor é o declínio nas atividades de vida diária e maior é a capacidade de mobilização de recursos pessoais de enfrentamento, com melhoria da capacidade de adaptação na velhice (RABELO & CARDOSO, 2007).

Conclusões

Sendo a depressão um dos problemas de saúde mental que mais assola a população idosa em geral, mas que se agrava especificamente aquando da entrada numa instituição de longa permanência, este estudo ajudou a compreender alguns dos fatores importantes que contribuem para o surgimento ou agravamento dos estados depressivos bem como as suas consequências ao nível da capacidade dos idosos em realizar as suas atividades de vida diárias. A depressão na terceira idade, envolve uma panóplia de causalidades e manifestações que interagem entre elas.

Esta perturbação do humor pode estar relacionada com fatores físicos e genéticos da idade avançada, assim como causas psicossociais ou, derivar do tipo de persona-

lidade ou da adaptação face aos acontecimentos de vida geradores de *stress*. É necessário frisar que nos idosos, o transtorno depressivo tende a manifestar-se maioritariamente na forma atípica, adquirindo contornos de ansiedade e somatização. Além disso não poucas vezes, a sua sintomatologia é confundida com demência, pelo que permanece subdiagnosticada e, conseqüentemente, não é tratada. Compreendeu-se, pela revisão da literatura efetuada, que a vivência da institucionalização pode ser antagónica, pois a entrada para a instituição, apesar de apresentar respostas a algumas das suas necessidades, envolve uma mudança drástica na vida do idoso, exigindo uma capacidade de adaptação que ele pode já não ter, uma vez que as estratégias de *coping* tendem a ser menos eficazes com o avançar da idade. A institucionalização do idoso, com todas as modificações que exige na sua vida e pela necessidade de adaptação que acarreta, pode ser desencadeante de estados depressivos ou agravar condições depressivas já existentes. Na investigação realizada encontrou-se um índice de depressão elevado (64,7%) entre os idosos institucionalizados, sendo as mulheres que apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, segundo a EDG. Pode observar-se ainda a relação existente entre a idade e a depressão nos idosos institucionalizados, uma vez que a maior prevalência de depressão se encontra nas idades mais avançadas. No que remete para a depressão nos idosos institucionalizados e o nível de incapacidade funcional, provou-se existir uma relação de reciprocidade. Isto é, percebeu-se que o nível de incapacidade funcional influencia a ocorrência de depressão, uma vez que o maior índice de depressão encontrou-se entre os idosos com maior nível de incapacidade funcional (elevado). Por outro lado, às pontuações mais elevadas obtidas na EDG e que correspondem à ocorrência de um maior número de sintomas depressivos nos idosos inquiridos, correspondem os níveis mais elevados de incapacidade funcional, ou seja, quanto mais sintomas depressivos a pessoa idosa apresenta, mais comprometida se apresenta também a sua autonomia na realização das AVDs. A análise das componentes da EDG mostrou também conclusões interessantes, uma vez que comprova que todas as suas “partes” exercem influência sobre a incapacidade funcional do idoso.

Aquando da realização da revisão da literatura, a dificuldade prendeu-se sobretudo com a quantidade reduzida de investigação que existe ainda na área do envelhecimento e da depressão na terceira idade, sobretudo quando procuramos estudos realizados no âmbito nacional. Devido à importância da sua temática e ao comprovado envelhecimento da população global, a depressão em idosos institucionalizados tem vindo a ganhar destaque. Assim, considera-se que este estudo, juntamente com aqueles que têm, timidamente, vindo a surgir no panorama português, poderá constituir um alicerce para outras possíveis investigações na área da Gerontologia.

Referências bibliográficas

- BALLONE, G.J. (2007). *Depressão: o que é isso?* Consultado a 28-04-2014, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>.
- BORN, T. (2002). Cuidado ao idoso em instituição. In M. Papaléo Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 403-414). São Paulo, SP: Atheneu.
- CARDÃO, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

- CARVALHO, P. & DIAS, O. (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. Revista Millenium, N.40, pp. 161-184.
- CHOI, N.G., RANSOM, S. & WYLLIE, R.J. (2008). *Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy*. Aging & Mental Health, Vol.12, N.5, pp. 536 – 547. Doi: 10.1080/13607860802343001.
- DANTAS, L.C.V., FERREIRA, L.A.K., ANDRADE, C.V.S., SILVA, S.M.S. & SOARES, E. (2013). *Impactos da institucionalização na saúde mental do idoso*. Revista Portal de Divulgação, São Paulo. Ano 4, N.36, pp. 35 – 43.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Norma n.º 054/2011 de 27/12/2011, Ministério da Saúde.
- DUARTE, I.A. (2011). *A institucionalização do idoso no concelho de Anadia*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, Ano 5, Vol.4, N.2. Universidade Sénior Contemporânea, pp.37-45.
- ESTRADA, A., CARDONA, D., SEGURA, A.M., ORDÓÑEZ, J., OSORIO, J.J. & CHAVARRIAGA, L.M. (2013). *Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados*. Universitas Psychologica, 12(1), pp. 81 – 94.
- FONSECA, A.M. (2006). *O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. 2.ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- GRINBERG, L.P. (2006). *Depressão em idosos – desafios no diagnóstico e tratamento*. Revista Brasileira de Medicina e Pediatria Moderna, Brasil: Grupo Editorial Moreira Jr., pp. 317-330.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2004). *Decréscimo e Envelhecimento da População até 2050*. Destaque - Informação à Comunicação Social: Projecções de População Residente, Portugal e NUTS II 2000-2050.
- LIMA, M.T.R., SILVA, R.S. & RAMOS, L.R. (2009). *Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 58(1), pp. 1-7.
- LUPPA, M., LUCK, T., KONING, H., ANGERMEYER, M.C. & RIEDEL-HELLER, S.G. (2012). *Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study*. Journal of Affective Disorders, N.142, pp. 166-171. Doi: 10.1016/j.jad.2012.05.009.
- ORTIZ, L.A., BALLESTEROS, J.C. & CARRASCO, M. (Coord.) (2006). *Psiquiatria Geriátrica*. 2.ª Ed. Barcelona: Masson, S.A.
- PAÚL, C. & FONSECA, A.M. (Coord). (2005). *Envelhecer em Portugal*. 1.ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- PEÑA-SOLANO, D.M., HERAZO-DILSON, M.I. & CALVO-GÓMEZ, J.M. (2009). *Depresión en ansianos*. Revista Facultad Medicina. N.57, pp. 347 – 355.
- POCINHO, M.T.S. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas (Saúde Mental) do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.

- PORDATA (2014). *Números de Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Consultado a 28-01-2014, disponível em: <http://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Populacao-1>.
- POWELL, J.L. (2010). *The Power of Global Aging*. Ageing International Journal – Springer, N.35. pp. 1-14. Doi: 10.1007/s12126-010-9051-6.
- RABELO, D.F. & CARDOSO, C.M. (2007). *Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice*. Psico-USF, Vol.2, N.1, pp. 75-81.
- ROSA, M.J.V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- SALGUEIRO, H.D. (2007). *Determinantes psico-sociais da depressão no idoso*. Revista Nursing, Vol.17, N.º 222, pp. 7-11.
- SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, Lda.
- SILVA, E.R., SOUSA, A.R.P., FERREIRA, L.B. & PEIXOTO, H.M. (2012). *Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem*. Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 46(6), pp. 1387 – 1393.
- STELLA, F., GOBBI, S., CORAZZA, D.I. & COSTA, J.L.R. (2002). *Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física*. Motriz – Revista de Educação Física. Vol.8, N.3, pp. 91-98.

Los grupos de apoyo de cuidadores familiares de personas con Alzheimer

Cláudia Bernabéu Álvarez¹;
Joaquín Lima Rodríguez²;
Emília Isabel Martins Teixeira da Costa³.

Resumo

Objetivo: Se pretende conocer las vivencias, experiencias y opiniones de cuidadores familiares de personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer que participan en grupos de apoyo.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico, realizado a 9 cuidadores familiares de personas dependientes diagnosticadas de Alzheimer, que forman parte de un grupo de apoyo en Rota (Cádiz – Andalucía). Para la recogida de datos, se formó un grupo focal y se registraron éstos en una grabadora de audio y se realizaron anotaciones en cuaderno de campo, para su posterior análisis. Se realizó la triangulación de los datos y se utilizó el programa QRS N6 para analizarlos.

Resultados: Los cuidadores expresan confianza en el moderador, sentimientos de empatía, de “no estar solos con el problema”, mejoría de la autoestima, comprensión y aceptación de la enfermedad y de los períodos de evolución, cambios en la forma de actuar con el familiar enfermo (más paciencia, más serenidad, conocimiento del problema), apoyo mutuo, empoderamiento, disminución del sentimiento de culpa. Refieren también que mejoran las relaciones con otros miembros de la familia.

Conclusiones: Los cuidadores manifiestan sentimientos y cambios positivos gracias al grupo. Los grupos de apoyo pueden ser una herramienta beneficiosa para personas que cuidan a familiares dependientes y, por tanto, también para el enfermo, al estar “el cuidador cuidado”.

Palabras clave: Alzheimer; Cuidador familiar; Grupos de ayuda mutua (GAM); Salud familiar.

Abstract

Objectives: It is intended to know the experiences, experiences and opinions of family caregivers of people diagnosed with Alzheimer's disease who participate in support groups.

Methodology: This is a qualitative phenomenological study, carried out on nine family caregivers of dependent people diagnosed with Alzheimer's, who are part of a support group in Rota (Cádiz - Andalucía). For the collection of data, a focus group was formed and recorded in an audio recorder. The annotations were made in the field notebook, for later analysis. The triangulation of the data was carried out and the QRS N6 program was used to analyze them.

Results: Caregivers express confidence in the moderator, feelings of empathy, of "not being alone with the problem", improvement of self-esteem, understanding and acceptance of the disease and periods of evolution, changes in the way of acting with the sick family (more patience, more serenity, knowledge of the problem), mutual support, empowerment, decrease in the feeling of guilt. They also say that they improve relationships with other family members.

Conclusions: Caregivers manifest optimistic feelings and positive changes thanks to the group. Support groups can be a beneficial tool for people who care for dependent family members and, therefore, also for the patient, since the caregiver is cared for.

Keywords: Alzheimer; Family caregiver; Mutual aid groups (GAM); Family health.

¹ Enfermera, Centro de Salud Mercedes Navarro (Sevilla). Doctoranda, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla

² Doctor y Profesor Asociado, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla

³ Profesora Adjunta, Escuela Superior de Salud, Universidad del Algarve.

Introducción

La demencia es un síndrome (normalmente crónico y progresivo), caracterizado por la alteración de múltiples funciones cerebrales: memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio. La conciencia no se ve afectada. Las deficiencias de la función cognitiva son generalmente acompañadas y ocasionalmente precedidas, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (WHO, 2012).

Aunque la demencia afecta principalmente a las personas mayores, no es una parte normal del envejecimiento. La demencia es una de las principales causas de disminución de la funcionalidad y aumento de la dependencia entre los ancianos. Su impacto es abrumador no sólo para el individuo, sino también para sus cuidadores y familias. Se constata una falta de conciencia y comprensión del proceso de demencia, resultando en estigmatización y barreras para el diagnóstico y cuidados. El impacto de la demencia en los cuidadores, en la familia y en las sociedades puede ser físico, psicológico, social y económico (WHO, 2012).

Hoy, más de 47 millones de personas viven con demencia en todo el mundo, un número mayor que toda la población de España. Se estima que este número aumentará a 75 millones para 2030. La demencia se considera hoy, desde una perspectiva global, una epidemia (WHO, 2017).

La incidencia de la demencia se duplica cada 6.3 años después de los 60 años. En Europa y los Estados Unidos el pico de incidencia se sitúa entre los 80 y los 89 años. La proporción estimada de la población general de 60 años o más con demencia se sitúa entre 5 a 8 personas por cada 100. Se estima más de 7.7 millones de nuevos casos de demencia cada año en todo el mundo, es decir, un nuevo caso cada 3,2 segundos. La Organización Mundial de Salud reconoce la Demencia como una prioridad en Salud Pública (WHO, 2012).

La persona con demencia tiene el derecho de disfrutar del más alto nivel de calidad de vida y de calidad de los cuidados a través del establecimiento de relaciones basadas en la equidad, la comprensión, el compartir, la participación, la colaboración, la dignidad, la confianza y el respeto (Alzheimer Society of Canada, 2011).

La entidad anteriormente citada sugiere varios principios en los que se deben basar los cuidados al individuo con demencia:

1. Garantizar que una filosofía de atención centrada en la persona es adecuadamente comprendida e integrada en la práctica diaria de todos los cuidados y de todos los cuidadores.
2. Las interacciones que privilegian la individualidad de la persona son comprendidas y demostradas a través del establecimiento de relaciones respetuosas e intervenciones coordinadas y proactivas.
3. Las intervenciones se centran en el mantenimiento, el soporte y / o la rehabilitación de la independencia del individuo.
4. Los miembros de la familia están involucrados activamente en los cuidados, estimulando el mantenimiento de lazos afectivos fuertes con su familiar.

Se subraya también la integración de la familia en la práctica de los cuidados, sugiriéndose que (Alzheimer Society of Canada, 2011):

1. Los miembros de la familia deben ser siempre bienvenidos y considerados como miembros activos del equipo de atención.
2. Los miembros de la familia deben ser consultados antes de tomar decisiones críticas e implicadas en la planificación del cuidado.
3. Todos los miembros de la familia deben tener acceso a recursos de información / formación y soporte (grupos de apoyo o soporte especializado).
4. Se debe alentar a los miembros de la familia a plantear preguntas sobre la situación clínica del individuo, sobre la medicación, los tratamientos y sobre las mejores estrategias para hacer frente a toda la situación.
5. Se debe estimular a los miembros de la familia a planear el futuro.

La base de datos más reciente que nos permite, al menos, explorar y acercarnos al cálculo en Andalucía del número de personas que pueden considerarse dependientes, y que por tanto precisan indefectiblemente ser cuidados por otros, es la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (INE, 2009). En ella se muestra que la cifra de personas con discapacidad (moderada, severa y total) no institucionalizadas en Andalucía alcanza más de 716 mil personas, de las que más de 325 mil tienen entre 6 y 64 años y más de 390 mil tienen 65 y más años. Constatamos que más de 138 mil personas con discapacidad en Andalucía y con más de 65 años reciben 6 horas o más de cuidados personales al día, siendo que 47 mil personas reciben este tipo de cuidados de su cónyuge o pareja, aproximadamente 92 mil personas lo reciben de sus hijas e cerca de 16 mil personas lo reciben de sus hijos.

Como realidad paralela no se nos puede escapar que (Defensor del Pueblo Andaluz, 2007):

- La familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados.
- La mayor parte de los cuidados que requieren los diferentes miembros de la familia son proporcionados en el seno de la misma.
- El sistema sanitario cubre el 12% de los cuidados requeridos por la población.
- El 88% del tiempo total dedicado al cuidado de la salud se provee en el ámbito doméstico, formando parte de la normalidad y la vida cotidiana de las familias.

Es por tanto necesario reconocer la magnitud del cuidado familiar. Y, sin embargo, una tercera vía de análisis se abre ante nosotros: ¿pretendemos asegurar el cuidado en el entorno familiar basándonos en claves y patrones de respuesta familiar más pasados que presentes y futuros?, ¿los cambios en las necesidades de cuidados de la sociedad andaluza son asumibles desde la respuesta de un entorno y estructura familiar cambiantes y alejados cada vez más de patrones identificados en décadas pasadas?

Esto último hace referencia a lo siguiente:

- Transformación de la familia extensa en núcleos familiares reducidos.
- Cambio del perfil de institución permanente de la familia que se traduce en el incremento de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios.
- Creciente movilidad geográfica de los miembros de la familia, que aleja a los familiares directos y debilita las redes de solidaridad familiar.
- Ampliación de los modelos de convivencia familiar (personas que viven solas, familias monoparentales, uniones de hecho).

- Permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades superiores a los 30 años.
- Cambios en la posición social de las mujeres y su rol en la familia.
- Aumento en el número de “abuelos cuidadores”.
- Familias con recursos económicos de supervivencia dependientes de los ingresos de personas jubiladas (Defensor del Pueblo Andaluz, 2007).

Importa subrayar que según la Declaración Universal de los Derechos Humanos Art. 16-3 (Naciones Unidas, 2015), la familia es la unidad de grupo natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a ser protegida por la sociedad y por el estado. De forma pionera, la Comunidad Autónoma de Andalucía pone su mirada en las familias como núcleo básico de soporte social a las demandas derivadas de la dependencia, la enfermedad y el cuidado. Desde esa perspectiva el gobierno andaluz salvaguarda que las Instituciones Públicas deben ocuparse de muchos de los cuidados que actualmente proporcionan las familias, deben mostrar más solidaridad con las mismas, en correspondencia con la solidaridad que la familia muestra para con el conjunto de la sociedad y presenta para su aprobación el Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas.

En este decreto se incluyen acciones mediadoras del cuidado como la creación de nuevas plazas residenciales, el impulso de programas de estancia diurna y respiro familiar y de servicios de ayuda en domicilio, el Servicio Andaluz de Teleasistencia, la mejora de la accesibilidad y medidas de discriminación positiva de las personas cuidadoras para la

prestación de servicios de salud. Sus objetivos se centran en dar soporte a las redes de cuidado familiar y facilitar a las personas cuidadoras la conciliación de la vida laboral y familiar.

Con posterioridad y a nivel estatal, el problema social de la dependencia adquiere una nueva dimensión a partir de la implantación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia ya que recoge

explícitamente la figura del “cuidador informal”. Este reconocimiento de papel de la cuidadora informal o familiar en un texto legal no deja de ser un importante avance social. Desde la perspectiva de los servicios formales existen diversas propuestas sobre el rol de estos “cuidadores informales” y mejor llamados “personas cuidadoras familiares” o “personas cuidadoras no remuneradas” (Navarro, 2006).

Twing (1993) planteó tres concepciones, las cuales nos pueden servir de guía para establecer la relación profesional sanitario-cuidador:

- El cuidador como recurso: Es el proveedor de la ayuda según las necesidades del profesional.
- El cuidador como co-trabajador: Ya que presta los cuidados según las necesidades de la persona dependiente.
- El cuidador como co-usuario o co-cliente: Persona que requiere apoyo y ayuda para que pueda desempeñar los roles anteriores sin que repercuta en su calidad de vida.

La enfermedad o dependencia de un miembro de la unidad familiar puede llegar a formar parte de la vida familiar, produciendo cambios estructurales, procesuales y emocionales, que pueden suponer una enorme carga en la familia y afectar a la salud familiar, entendida ésta como su capacidad de funcionar y adaptarse a acontecimientos vitales estresantes, como pueden ser la enfermedad o discapacidad de alguno de sus miembros (Saunders, 2003; Grau & Fernández Hawrylak, 2010).

La familia puede ser definida como una unidad biopsicosocial que mantiene un determinado comportamiento frente a la salud y su pérdida. Entre sus funciones destacan las de cuidarse y enseñar a cuidar a sus miembros con el objeto de promover la salud, el bienestar y el desarrollo de éstos, manteniendo la dinámica familiar y adaptándose a las situaciones de crisis (Lima Rodríguez, Lima Serrano & Saez, 2009).

En este contexto adquiere un gran protagonismo el rol de cuidador familiar, especialmente en el caso de familias con personas dependientes. Se entiende como cuidador principal o familiar, a la persona del hogar familiar que se encarga habitualmente de cuidar la salud de las personas dependientes, sin recibir retribución económica a cambio (Caja & Marcos, 2005). En 2005 en Andalucía se estimaba que habría alrededor de 130.000 personas cuidadoras de enfermos y personas mayores (Consejería de Salud de Andalucía, 2008), ascendiendo en este momento a un número bastante superior como pudimos ver en los datos anteriormente presentados.

El “trabajo” de cuidar incluye atención personal e instrumental; es decir, la persona que cuida atiende personal e instrumentalmente a la persona cuidada; vela por ella y acompaña, le ofrece cuidados sanitarios y se encarga de la gestión y de la relación con los servicios sanitarios (García, Mateo-Rodríguez & Eguiguren, 2004).

Los estudios coinciden en que el perfil característico de la persona que cuida, siendo este el de una mujer, generalmente esposa o hija, entre 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio (Valmisa, 2008).

El rol de cuidador tiene carácter permanente en la vida del 77% de las personas encargadas de los cuidados dentro del sistema informal (IMSERSO, 2005), por lo que es importante diagnosticar cualquier situación de sobrecarga del cuidador familiar, ya que es necesario actuar, dada la repercusión de los cuidados a personas dependientes que en el sistema familiar puede tener sobre:

- a) La salud del cuidador principal y, especialmente, sobre su estado emocional.
- b) La salud familiar.
- c) La calidad de los cuidados otorgados a la persona discapacitada, para evitar que los cuidados requeridos por la persona no se cubran adecuadamente (Vázquez et al, 2005).

En Andalucía, como cultura eminentemente mediterránea, la familia y la mujer siguen siendo la base principal de prestación de cuidados. Sin embargo, los cambios en la composición y organización familiar, en especial la reducción de su tamaño, la incorporación de la mujer al mercado laboral y una mayor dispersión geográfica de los miembros de la familia, son factores que están provocando una disminución de la disponibilidad de cuidadores familiares, siendo en su mayoría mujeres del entorno familiar (hijas, esposa, nueras) las que acaban proporcionando los cuidados, sin que ello suponga una disminución del resto de obligaciones que asumen las mujeres dentro del hogar, lo

que se traduce en un aumento de las cargas de trabajo, que en pocas ocasiones es compartido por otros miembros de la familia (Servicio Andaluz de Salud, 2005).

En estas situaciones, es necesario conocer el modo en que la familia gestiona la enfermedad o la situación de dependencia de alguno de sus miembros, a partir del apoyo familiar, la normalización familiar y la participación en el proceso asistencial (Lima, Lima & Saez, 2009). Tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas (Decreto 137/2002, 30 Abril) las personas cuidadoras han pasado a ser una pieza imprescindible en nuestro Sistema Sanitario realizando una gran labor en el ámbito social y familiar con la atención que prestan a familiares discapacitados, entendiendo como tales, a personas que se encuentran en un estado de pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual y que tienen la necesidad de asistencia y/o ayuda a fin de realizar las actividades de la vida diaria. Por ello, se ha puesto en marcha un programa específico para proporcionar ayuda a las cuidadoras familiares, el “Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía”. Entre las actuaciones a desarrollar por los distintos Centros Sanitarios de Atención Primaria para facilitar la labor de la persona cuidadora familiar, se encuentran medidas como:

- Captación de las cuidadoras familiares de entre las personas incluidas en atención domiciliaria.
- Valoración de la situación de la cuidadora familiar desde una perspectiva integral y propuesta de un plan de intervención multidisciplinar específico.
- Realización de talleres de apoyo al cuidado para las cuidadoras familiares de las personas incluidas en la atención domiciliaria.
- Seguimiento y atención telefónica.
- Actuación como enlace para la gestión de recursos sanitarios (atención especializada, equipos de rehabilitación y fisioterapia...) y gestión del material de apoyo para facilitar los cuidados prestados a la persona a cargo (camas y colchones clínicos, colchones antiescaras, cojines antiescaras, grúas, barandillas, protectores de talón...)
- Intervenciones de apoyo en situaciones especiales de alerta: altas temperaturas, epidemias de gripe, etc. (Consejería de Salud, 2005).

Otros recursos con los que pueden contar las familias, en estas situaciones, se encuentran en las redes de apoyo que puede ofrecer el tejido comunitario, como los grupos de ayuda mutua, en los que se intercambian, en un ambiente terapéutico, estrategias de afrontamiento y se buscan soluciones apropiadas (Giffoni, & Santos, 2011). Los grupos de autoayuda o de ayuda mutua (GAM) están formados por personas que comparten circunstancias o problemas comunes, se dan apoyo y se aportan experiencias.

El grupo proporciona el saber aceptar y comprender de cierta manera la enfermedad o problema psicosocial. En ellos se obtiene información, comprensión y mejora de la autoestima. Suelen proporcionar ayuda material o emocional y promueven unos valores a través de los que sus miembros pueden reforzar la propia identidad (Escuredo-Rodríguez, 2006).

Institucionalmente, desde la publicación de la Carta de Ottawa se considera a los GAM un eje principal para la promoción de la salud, pues a través del fomento del autocuidado y de la ayuda mutua, se facilitan algunos de sus objetivos fundamentales (Ministerio de Salud de Chile, 1986).

Como consecuencia de estos programas con personas cuidadoras, en ocasiones, surgen grupos de autoayuda o ayuda mutua (GAM), que de forma autónoma se mantienen en el tiempo configurándose como un grupo estable y un gran recurso para otros cuidadores. Segundo Kanter, D'Agostino, Daniels, Stone, Edelstein (2013) los GAM dirigidos a personas cuidadoras familiares tienen como objetivos:

- a) Ofrecerles apoyo emocional,
- b) Facilitar la adquisición de habilidades y el manejo de herramientas para enfrentarse y solucionar los problemas que tienen en relación a los cuidados,
- c) Aumentar su autoestima y disminuir la codependencia,
- d) Ayudar en el proceso de adaptación social necesario en la situación de cuidados teniendo al grupo como red de apoyo social,
- e) Disminuir el consumo farmacológico por sintomatología relacionada con la sobrecarga de la persona cuidadora.

Los resultados de este estudio permitirán extraer conclusiones que sirvan para mejorar la atención a las cuidadoras/es en estos grupos y, en caso de percepciones positivas, impulsar la creación de grupos de ayuda mutua para cuidadoras/es.

Metodología

Nuestro objetivo primordial es conocer las vivencias, experiencias y opiniones de cuidadores familiares de personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer que participan en grupos de apoyo.

Este estudio se desarrolla en el ámbito de atención primaria, emplazado en medio rural. Se usa el método cualitativo fenomenológico, ya que estudia la experiencia humana desde la perspectiva del sujeto, para adquirir nuevas percepciones que se puedan aplicar más allá de los datos estudiados, como defendía Husserl se buscó en la realidad vivida, a través de la descripción de los fenómenos, alcanzar las esencias (Siani, Correa & Casas, 2016). Es un tipo de análisis que pretende comprender mejor las estructuras centrales de la experiencia y la intencionalidad humana, explicando cómo la mente dirige el pensamiento a determinados objetos o a la realidad (Merleau-Ponty, 1999).

Fue realizado a 9 cuidadores familiares de personas dependientes diagnosticadas de Alzheimer que forman parte de un grupo de apoyo en Rota (Cádiz – Andalucía). Para la recogida de datos, se formó un grupo focal y se registraron las entrevistas en una grabadora de audio, se realizaron anotaciones en cuaderno de campo, para su posterior análisis. Se efectuó la triangulación de los datos y se utilizó el programa QSR N6 para analizarlos. Este estudio forma parte de una tesis doctoral que se está llevando a cabo en la facultad de Enfermería de Sevilla en colaboración con la Escuela de Salud de la Universidad del Algarve.

El rango de edad de dichos cuidadores es de 40 a 50 años en el 30% de la muestra, de 51 a 65 años en la mitad de ella, y mayores de 65 años el 20% restante. La captación y selección de participantes se lleva a cabo al final de cada sesión de GAM, por medio del moderador. Los Consentimientos Informados (junto con la Hoja de Informa-

ción al Paciente) son repartidos, antes del inicio de las entrevistas, por la investigadora. La entrevista en el grupo focal tiene un guión semiestructurado:

1. ¿Qué le parecen los grupos de autoayuda?
2. Desde que participa en ellos, ¿cómo ha influido en su situación con respecto a la persona a su cargo? ¿y con su familia?
3. ¿Qué cambios ha notado en su salud emocional? ¿y en el afrontamiento y resolución de problemas?
4. ¿Qué expectativas tiene/tenía respecto a estos grupos?
5. ¿Qué impresiones se lleva del moderador?

Resultados

El análisis de los datos siguió el método científico fenomenológico. Se mantuvo la actitud de reducción fenomenológica (es decir, aceptar lo que se describe como se describe y no inferir más en las descripciones) así como una actitud disciplinaria de enfermería y sensibilidad hacia el fenómeno en estudio. Los datos analizados consistieron en un texto transcrito, textualmente, del discurso grabado digitalmente de los cuidadores familiares participantes en el grupo focal con la presencia del investigador.

El análisis ocurrió durante aproximadamente 1 mes, durante el cual los datos fueron segregados en unidades de significado. Unidades de significado se transformaron en expresiones. Mediante el uso de la variación libre e imaginativa, las unidades de significado se convirtieron en unidades de significado invariantes que luego se usaron para formar la estructura de significado general de la experiencia vivida por el cuidador. La recopilación de datos cualitativos cesó cuando ocurrió la saturación de datos.

Del análisis de los datos varios temas emergieron. Los cuidadores expresan confianza en el moderador, sentimientos de empatía, de “no estar solos con el problema”, mejoría de la autoestima, comprensión y aceptación de la enfermedad y de los períodos de evolución, cambios en la forma de actuar con el familiar enfermo (más paciencia, más serenidad, conocimiento del problema), apoyo mutuo, empoderamiento, disminución del sentimiento de culpa. Refieren también que mejoran las relaciones con otros miembros de la familia. Se presentan algunos ejemplos:

CONFIANZA EN EL MODERADOR.

C1: “J. (psicólogo) es un gran profesional, le he pedido ayuda y me la ha dado y me ha hecho ver el porqué de las cosas”.

C2: “Es muy importante escuchar a los demás y al profesional”.

SENTIMIENTOS DE EMPATÍA, DE “NO ESTAR SOLOS CON EL PROBLEMA” Y APOYO MUTUO

C2: “Es importante reunirse con familiares que tienen el mismo problema que tú, porque muchas veces piensas en casa que eres la única que tiene esa situación y esos problemas y, al llegar aquí y escuchar al resto de las personas, no sólo te descargas, sino que te hace ver que hay mucha más gente... y eso ayuda muchísimo. Sólo que te escuchan y, sobre todo, el escuchar... hace que empatices y que aprendas muchas cosas,

siempre se aprende algo... Siempre llevamos algo para aplicar, porque hay mucha gente que lleva más ventaja, sabe más que nosotros y lleva más años lidiando con la enfermedad y siempre llevamos alguna defensa.”.

C5: “Se aprende de las experiencias de unos y de otros... Muchísimo, es lo fundamental. Sabes cómo cogerle el truco”.

MEJORÍA DE LA AUTOESTIMA.

C2: “A veces venimos bajitos de ánimo y nos vamos un poco más altos. Mejora la autoestima”.

COMPRENSIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y DE LOS PERÍODOS DE EVOLUCIÓN Y DISMINUCIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA.

C2: “Al igual que la enfermedad, nosotros pasamos por distintos estadios... la culpa, por qué me ha tocado a mí... Y te das cuenta de que todos vamos rotando y nos da defensas”.

C1 “Ahora he comprendido que es debido a la enfermedad que tiene, pero lo he comprendido gracias a haber venido aquí, a los profesionales y a mis compañeros (miembros del grupo).”

CAMBIOS EN LA FORMA DE ACTUAR CON EL FAMILIAR ENFERMO (MÁS PACIENCIA, MÁS SERENIDAD, CONOCIMIENTO DEL PROBLEMA...).

C1: “El cambio que ha habido entre mí y mi esposa, que es la enferma... Antes de estar aquí me encontraba en una situación en la que llegaba un momento en la que discutíamos, me pegaba... He cambiado totalmente y he entendido bien lo que es la enfermedad y estoy muy agradecido por ello”.

MEJORÍA EN LAS RELACIONES CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

C3: “Hay familiares que tienen una forma de pensar y de actuar antes de venir al grupo y, después de estar acudiendo a las reuniones, se es más positivo y cambiamos la forma”.

EMPODERAMIENTO.

C1: “Me parece muy bien. Es la 2ª vez que vengo a un grupo de estos y estoy encantado. Me gustaría que fuese más frecuente. Esto me ha abierto la mente mucho más. Estoy muy tranquilo y muy a gusto”.

C4: “Cuando te toca la enfermedad y, encima no la has conocido, se te hace un mundo... Pero poco a poco, estando aquí ya se va haciendo una a lo que le ha tocado. Yo antes estaba fatal... Tuve que ir al médico por los nervios... Antes sólo lloraba... No podía... Ahora mismo no me sale una lágrima, me he endurecido. Unos con otros nos comprendemos y nos conformamos con lo que nos ha tocado”.

C6: “Las reuniones para mí han sido fundamentales... Antes no sabía por dónde tirar”.

LA IMPORTANCIA DE QUE MIENTRAS ACUDEN AL GRUPO, LOS FAMILIARES ESTÉN ATENDIDOS.

C2: “Estoy más contenta por ella que por mí, porque ella está contenta. Ayuda que mientras venimos al grupo, ella esté atendida (en la unidad de día) y arropada por profesionales. Se complementan los grupos con el resto de recursos de la asociación”.

Discusión y Conclusiones:

La metodología empleada para realizar el estudio ha permitido cumplir con el objetivo de este, es decir, extraer aquello que no se puede medir objetivamente para entender las experiencias humanas. Como se ha podido comprobar, en la investigación cualitativa no se parte de una hipótesis, sino que esta surge durante el proceso, por tanto, se sigue un análisis inductivo.

Se utiliza el muestreo no probabilístico, es decir, el ideológico. Este muestreo se considera menos riguroso porque puede introducir sesgos inadvertidamente, y hacer que la muestra no sea representativa de la población, con el correspondiente peligro para la generalización de los resultados. Sin embargo, dicha generalización no es siempre un objetivo prioritario en los estudios cualitativos.

Como señala Carmen de la Cuesta (De La Cuesta-Benjumea & Roe, 2013), la investigación cualitativa se convierte en una herramienta crucial al servicio de la profesión, ya que permite obtener un conocimiento individualizado y profundo, de primera mano, que posibilita la planificación de las acciones y las prácticas enfermeras para la atención integral y personalizada.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se debe tener en cuenta que se trata de un grupo abierto, en el que entran y salen cuidadoras/es, por lo que el tiempo de permanencia en el grupo es distinto para cada cuidador/a.

Los resultados son concordantes con otras investigaciones en el mismo ámbito. Como refieren Braúna, Gomes, Paúl, & Azevedo, (2017), los GAM promueven el acceso a la información, el apoyo para un mayor autocontrol en la prestación de cuidados a la persona dependiente y a su familiar cuidador, así como constituyen una forma de soporte social con significativo impacto en el proceso de vivir de sus integrantes.

A medida que el número de cuidadores aumenta, también lo hace la importancia de comprender la forma de satisfacer sus necesidades de educación, capacitación, apoyo, descanso y la conexión a los recursos. Como defienden Hughes, Shuman, Wiener & Gould (2017) el uso de programas y servicios que ayudan a hacer frente a la enfermedad y sus efectos puede beneficiar los cuidadores en el sentido de tener una mejor salud y calidad de vida e incluso pueden retrasar la institucionalización de la persona a quien cuida

En esta investigación los cuidadores manifiestan sentimientos y cambios positivos gracias al grupo. Los grupos de apoyo pueden ser una herramienta beneficiosa para personas que cuidan a familiares dependientes y, por tanto, también para el enfermo, al estar “el cuidador cuidado”.

Para terminar, se subraya que las prácticas de cuidado recomendadas para los individuos con demencia, incluyen una evaluación detallada y una planificación sensible y dinámica, siempre desde una perspectiva holística y cooperativa, considerando que el equipo de cuidados integra a los profesionales, el individuo y la familia. Es un cambio cultural. Implican el desarrollo de condiciones y competencias por parte de las organizaciones y profesionales, en el sentido de la comprensión de los comportamientos y del proceso de enfermedad y de una comunicación efectiva con el individuo y con la familia.

Referencias bibliográficas

- Alzheimer Society of Canada (2011). *Guidelines for care: person-centred care of people with dementia living in care homes. Framework*. Toronto: Alzheimer Society of Canada.
- Braúna, M., Gomes, J., Paúl, & C. Azevedo, M. (2017). *Grupos de Ajuda Mútua em cuidadores informais de pessoas com demência: uma revisão sistemática*. In Ribeiro, J. & Lima, A. (eds). *Atas do II Encontro Nacional de Novos Investigadores em Saúde & II International Meeting of New Health Researchers*. Leiria: Politécnico de Leiria. p. 42
- Caja, C. B. & Marcos, M.M. (2005). *Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar*. *Nure Investigación*, nº 11. p 1-7
- Consejería de Salud de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía (2008). *Los cuidados en el Servicio Andaluz de Salud. Anuario 2006*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. ISBN: 978-84-691-0644-0
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud (2005). *Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía*. Sevilla: Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- De La Cuesta-Benjumea, C. & Roe, B. (2013). The experience of family care-givers and migrant paid care-givers' relief of burden: a contrasted qualitative analysis. *Aging & Society*. 34 (7). 1219-1242.
- Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA núm. 52. Sevilla, 4 de mayo de 2002.
- Defensor del Pueblo Andaluz. (2007). *La atención a las personas mayores dependientes en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz. ISBN 978-84-89549-32-4
- Escuredo-Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enfermería*, v.15 n.52-53.
- García, M.M., Mateo-Rodríguez, I.P. & Eguiguren, A. (2004). El sistema Informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1), 132-9.
- Giffoni, F. A. O & Santos, M. A. (2011). Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19 Spe No: 821-30

- Grau, C., Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *An. Sist. Sanit. Navar*, 33 (2): 203-212
- Hughes S., Shuman S. B., Wiener J. M., Gould E. (2017). *Research on Supportive Approaches for Family and Other Caregivers*. Research Summit on Dementia Care: building evidence for services and supports. Maryland: RTI International
- INE. Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia en 2008*. Madrid: INE
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. ISBN: 84-8446-079-7
- Kanter C, D'Agostino NM, Daniels M, Stone A, Edelstein K. (2014). Together and apart: providing psychosocial support for patients and families living with brain tumors. *Support Care Cancer*; 22(1):43-52.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Publicado en: BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, páginas 44142 a 44156
- Lima, J.S., Lima, M., Saez, A. (2009). Intervenciones Enfermeras Orientadas a la Familia. En: *Enfermería clínica*. Vol. 19. Núm. 5. Pag. 280-283.
- Mearleau-Ponty, M. (1999). *A Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ministerio de Salud Chile (1986). Carta de Ottawa para el fomento de la salud. *Gerontología social*, 8-14.
- Naciones Unidas (2015). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. (Art. 16-3). Bruselas: Centro Regional de Información de las Naciones Unidas (UNRIC). Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos – Oficina Regional Europa (OACDH).
- Navarro M. (2006). Atención a las situaciones de dependencia en Andalucía: una visión panorámica. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 60, 93-105
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud (2005). *Plan de atención a cuidadoras familiares en Andalucía*. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Siani, S. R.; Correa, D. A. & Casas A. L. (2016). Fenomenologia, método fenomenológico e pesquisa empírica: o instigante universo da construção de conhecimento esquadrihada na experiência de vida. *Revista de Administração da UNIMEP*. v.14, n.1
- Twing J. (1993). Cuidadores de los ancianos: Modelos para un análisis. En A. Jamieson y R. Illsley (ed.) *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*. Barcelona: S.G. Editores, pp.35-51.
- Valmisa, E. (2008). *II Plan integral de salud mental en Andalucía 2008-2012*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud (Ed. Provisional).

- Vázquez, M. A., Casals, J. L., Aquilar, P., Aparicio, P., Estébanez, F. & Luque, A. (2005). Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Enfermería Clínica*, 15(2), 63-70.
- World Health Organization (WHO). (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Consultation on the Development of the Global Dementia Observatory*. Geneva: World Health Organization.

Educar para prevenir o AVC. Uma estratégia para o envelhecimento ativo

Ana Lúcia Dias Ildefonso Santos¹

Resumo

As doenças cérebro vasculares são uma das principais causas de morte e morbidade em Portugal, com graves consequências para os cidadãos, sociedade e Sistema Nacional de Saúde. Não são exclusivas de nenhum grupo etário, mas a sua incidência aumenta com a idade. Segundo dados da Direção Geral de Saúde de 2017, nos últimos anos tem-se verificado um ligeiro decréscimo, situação que se deve à eficácia das medidas preventivas e ao avanço significativo das terapêuticas. É assim primordial que se enfatize a importância de corrigir ou controlar os fatores de risco modificáveis, adotando estilos de vida saudáveis, nomeadamente, adquirir bons hábitos alimentares, praticar atividade física regularmente, controlar a tensão arterial, colesterol e a diabetes, não fumar, fazer um *check up* anual, controlar o stress, manter o peso adequado e manter a terapêutica prescrita. Prevenir a doença crónica e a incapacidade são a melhor estratégia para promover o envelhecimento ativo.

Palavras chave: AVC, Fatores de risco modificáveis, envelhecimento ativo.

Abstract

Stroke is a major cause of death and morbidity in Portugal. This has dire consequences for its citizens, society and the National Health System. Incidence in Stroke increases with age but it is not exclusive to elderly group. Data from the Portuguese General Directorate of Health 2017, suggests that there has been a slight but significant decrease in Stroke events. This positive result is assumed to be due to the effectiveness of the preventative measures implemented and the significant progress of therapeutics. It is therefore essential to emphasize the importance of correcting or controlling modifiable risk factors, such as: Adopting healthy lifestyles, good eating habits, practicing regular physical activity, regular tight control of blood pressure, blood lipids, and glicemia, smoking cessation, having annual medical review, managing stress, maintaining proper weight, and maintaining the prescribed therapy. Preventing chronic illness and disability is the best strategy to promote active healthy aging.

Keywords: Stroke, modifiable risk factors, active aging.

¹ Enfermeira na Unidade de AVC- Hospital de Faro, EPE. Mestre em Gerontologia Social.

INTRODUÇÃO

Tal como nos refere o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter a sua qualidade de vida. Todavia, grande parte das doenças e complicações destas (nomeadamente as doenças cardiovasculares) ocorrem frequentemente durante o processo de envelhecimento condicionando a saúde do indivíduo e a sua autonomia.

Com o passar dos anos vão-se perdendo qualidades vasodinâmicas e as estruturas arteriais vão endurecendo, ficando mais rígidas e estreitas. Este processo arteriosclerótico degenerativo acontece no envelhecimento, mas pode ser acelerado por uma quantidade de outros factores, os denominados factores de risco (Silva, 2007).

Carrageta (2015), refere que se entende por factor de risco uma característica inata ou adquirida de um indivíduo, que o predispõe à probabilidade de sofrer ou vir a falecer de determinada doença ou condição. Os inatos são os factores de risco não modificáveis, como sejam o sexo, a etnia, o envelhecimento. Os adquiridos são os modificáveis como sejam os maus hábitos alimentares, o tabagismo, o sedentarismo, existindo ainda os modificáveis que podem ser controlados com terapêuticas eficazes como sejam a hipertensão, a dislipidémia e a diabetes.

No âmbito desta problemática, o objectivo fundamental do presente artigo é mostrar que existe a possibilidade de intervenção individual de modo a modificar o risco através de atitudes preventivas e de tratamentos eficazes, ensinando a corrigir e/ou controlar os factores de risco modificáveis, dado que a eles estão associados 90% do risco de ter um AVC.

O AVC

O cérebro é o órgão mais complexo do corpo humano, sendo ele o responsável por todas as actividades que realizamos, sejam elas voluntárias ou não. Quando o Acidente Vascular Cerebral (AVC) acontece, o comprometimento circulatório leva à falta de oxigénio nos tecidos e este por sua vez à morte do tecido cerebral. É uma doença de início súbito, que origina défices neurológicos temporários ou permanentes de variadas intensidades que dependem da localização da lesão, e da dimensão da área cerebral afectada pelo evento vascular, seja ele, isquémico ou hemorrágico (Lépori, 2006).

A doença tem grande impacto em termos de saúde pública, por ser a primeira causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. Nos países desenvolvidos, o AVC é a 3ª causa de morte e a causa mais importante de incapacidade crónica. (Direcção Geral da Saúde, 2017). Não é exclusiva de nenhum grupo etário, mas a sua incidência aumenta com a idade. Os dados estatísticos mostram-nos que cerca de 70% dos casos de AVC, ocorrem em indivíduos com mais de 65 anos de idade, tendo uma incidência superior nos indivíduos do sexo masculino (Lépori, 2006).

FACTORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

Hipertensão Arterial está presente em cerca de 70% dos AVC e é o mais importante fator de risco modificável. Pode não dar sintomas, senão numa fase avançada, pelo que é importante que seja medida com regularidade. Se estiver com hipertensão arterial

(valores a cima de 140/90mm Hg) é necessário controlar periodicamente para que se reduza o risco cardiovascular. O primeiro passo é restringir o consumo de sal. Se este não for suficiente são importantes consultas médicas regulares, pois existem no mercado um número considerável de anti-hipertensores e só o médico saberá qual o medicamento adequado à sua situação. Se faz anti-hipertensor é necessário que o tome diariamente e que faça um controlo periódico. Por vezes as terapêuticas tornam-se desadequadas e é necessário fazer ajustes terapêuticos.

A **dislipidémia** deve-se à subida dos níveis do mau colesterol (LDL) e/ou triglicéridos bem como à redução dos níveis do colesterol protector (o HDL), contribuindo para a formação de placas ateroscleróticas no interior das artérias, que com o passar dos anos leva ao seu entupimento, sendo por isso um outro factor de risco cardiovascular (Gouveia,2000). É possível reduzir o mau colesterol (LDL) se fizer uma alimentação equilibrada e praticar exercício físico regularmente. O regime alimentar é de extrema importância para a saúde. Na terceira idade não são aconselháveis restrições alimentares importantes, no entanto aconselha-se a redução do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e a utilização da dieta mediterrânica. Comece o almoço e o jantar com sopa de legumes. Coma legumes no prato principal e fruta fresca em vez de outras sobremesas. Evite excessos e pratique exercício físico. Quando se fala de exercício físico, não é necessariamente ir ao ginásio. Andar ou praticar outra actividade física que esteja habituado a fazer, durante pelo menos 30 minutos seguidos, todos ou quase todos os dias, pode ser suficiente para queimar as calorias ingeridas em excesso, para além de baixar o colesterol, evita o excesso de peso. No entanto é frequente ser necessário tomar medicação para diminuir o colesterol.

A **obesidade** é outro factor que aumenta o risco de doença cardiovascular, sendo o risco aumentado em função do peso adquirido. Estudos revelam que duas em cada três mulheres têm excesso de peso ou são obesas, devido à excessiva ingestão de calorias. A localização da gordura abdominal é a que mais predispõe à dislipidémia, hipertensão, havendo também uma relação directa entre o aumento do peso e o aparecimento da diabetes tipo 2. Os benefícios da perda de peso são mais evidentes quando associados a um programa de atividade física regular e um padrão alimentar cuidado. Os dois têm efeitos favoráveis sobre o controlo da pressão arterial, perfil lipídico e glicémico, podendo prevenir ou adiar o aparecimento da diabetes. Mais uma vez se recomenda uma maior ingestão de frutas, legumes, peixe, aves, produtos lácteos de baixo teor em gordura, utilização de gorduras polinsaturadas com ácidos gordos e ómega 3 e um reduzido consumo de produtos refinados. Açúcares, bebidas adocicadas, carnes vermelhas, sobremesas, *snacks*, *fast food*, batatas fritas e salgadinhos devem ser reduzidos ao mínimo. Consumir peixe é benéfico, especialmente peixes oleosos pelo menos duas vezes por semana, uma vez que os óleos que entram na sua constituição reduzem a incidência de doença cardiovascular. O consumo de bebidas alcoólicas deve ser restrito. Embora alguns dados epidemiológicos indiquem que um consumo moderado de álcool por dia, favorece protecção na doença cardiovascular, é igualmente referido que as mulheres não devem exceder uma bebida por dia e os homens, não mais que duas. Recomenda-se igualmente a restrição da ingestão de sódio, dada a sua relação directa sobre a elevação dos valores da tensão arterial, devendo assim ser evitadas as conservas, os alimentos processados e as

refeições em restaurantes. Dietas ricas em potássio, magnésio e cálcio têm um efeito protetor para o AVC.

A Diabetes Mellitus tende a aparecer dez anos mais tarde nas mulheres e com pior prognóstico em relação aos homens. Se o diabético estiver bem controlado e der atenção ao seu plano de tratamento e alimentação, os riscos podem ser diminuídos. A atividade física é fundamental, pois, além de combater a obesidade no diabético, faz subir o colesterol HDL, o colesterol protetor. Adquirir bons hábitos alimentares e controlar a glicemia regularmente é aconselhável.

A prática de uma atividade física não deve ser apenas reservada a ocasiões pontuais. Para além de facilitar a perda de peso, manter os níveis de glicémia e de colesterol mais controlados, tem notáveis efeitos sobre a preservação da função músculo-esquelética e da densidade óssea, devendo assim, a prática da actividade física ser parte integrante na rotina diária como forma de manter a independência funcional ao longo da vida. Como anteriormente referido é recomendado andar ou praticar outra actividade física que esteja habituado a fazer, durante pelo menos 30 minutos seguidos, todos ou quase todos os dias e nunca menos que três vezes por semana.

O tabagismo é a principal causa de morte evitável e as disparidades entre homens e mulheres tendem a diminuir nas últimas décadas. Esta tendência contribuirá para o aumento substancial de doença nas mulheres. O tabagismo, agrava os efeitos nocivos da hipertensão sobre as paredes das artérias, estando este risco relacionado com o número de cigarros fumados. Ele predispõe igualmente à diabetes, e à doença coronária. Alguns estudos referem que o risco começa a diminuir após a cessação tabágica, não havendo no entanto um consenso relativamente ao prazo do declínio do risco.

A Fibrilhação Auricular, afeta 5% da população aos 65 anos e 12% aos 75 anos. Esta desenvolve-se quando a aurícula começa a contrair irregularmente, o que resulta numa estase sanguínea, com a consequente formação de coágulos. Estes ao entrarem na circulação sanguínea podem provocar embolia, ou nomeadamente o AVC, pelo que, esta situação impõe tratamento urgente e muitas vezes de forma continuada. É importante valorizar as palpitações e controlar regularmente o seu pulso. Faça *check up* anual.

A Estenose Carotídea é uma situação muitas vezes assintomática que consiste numa estenose (aperto) das artérias carotídeas, responsáveis pela circulação cerebral. As placas que se formam no interior das artérias, podem limitar o fluxo de sangue ao cérebro, situação que acontece em cerca de 50% dos AVC isquémicos. Esteja atento a esta possibilidade. O médico pode suspeitar da existência de uma estenose se ouvir um sopro na auscultação do pescoço (Silva, 2007, p. 43). Faça *check up* anual.

A Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono é caracterizada pelo colapso e consequente obstrução da via aérea superior durante o sono, levando a períodos de apneia que lavam a baixas de saturações do oxigénio no sangue. Segundo Barreto e Jesus (2010) este síndrome está presente em 40% dos indivíduos obesos e 70% são hipertensos contribuindo por vários processos inflamatórios implicados na etiologia ateroscleró-

tica para a ocorrência de AVC. A suspeita clínica da apneia do sono é geralmente feita pela presença de ronco noturno e sonolência diurna com prejuízo na concentração e memória devido à repetida fragmentação do sono. Valorize esta situação. Informe o seu médico. Faça uma consulta de especialidade.

A manutenção da terapêutica medicamentosa prescrita é uma estratégia importante para manter, entre outros, os valores tensionais, de colesterol e de glicemia controlados. São múltiplos os factores que afectam a adesão à terapêutica, pelo que as intervenções para que sejam eficazes devem ser adaptadas às necessidades de cada pessoa, sendo o primeiro passo o seu esclarecimento, e a elucidação sobre os riscos que se correm quando se abandona a medicação. Muitos dos ganhos em saúde nas últimas décadas são devido ao uso racional dos medicamentos, Apesar dos reconhecidos benefícios, parece também haver um uso indiscriminado e excessivo de medicamentos que pode expor as pessoas, principalmente as idosas, a efeitos colaterais desnecessários e interacções medicamentosas potencialmente perigosas. É assim necessário que se mantenha apenas a terapêutica prescrita e que em cada ida ao médico este seja informado com exatidão de toda a medicação que a pessoa está a fazer.

CONCLUSÃO

Para prevenir o AVC é primordial que se enfatize a importância de corrigir ou controlar os factores de risco modificáveis, adotando estilos de vida saudáveis e a terapêutica adequada. Aumentar a longevidade é importante quando existe qualidade de vida. É essencial dar condições às pessoas para que estas possam controlar as perdas sofridas com a idade, maximizar as suas capacidades e melhorar a sua saúde. Prevenir ou retardar a doença crónica e a incapacidade são estratégias importantes para promover o envelhecimento activo.

BIBLIOGRAFIA

- Barreto, J. & Jesus, E. (2010). Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono e Risco Cardiovascular. *Revista Factores de Risco*, nº17 abril/junho, 20-26.
- Carrageta, M. (2015). Comunicação no Simpósio Doenças Cardiovasculares e Estilos de Vida. In «Manuel Carrageta lembra que estilos de vida estão na origem das doenças mais mortais». *Just News. Jornal Médico*. Publicado a 3 de junho de 2015.
- WEB: <http://justnews.pt/noticias/manuel-carrageta-lembra-que-estilos-de-vida-estao-na-origem-das-doencas-mais-mortais>
- Lépori, L. (2006). *Acidente Vascular Cerebral* - Miniatlas. Lisboa: Solvay Farma.
- Manson, J. & Bassuk, S. (2008) Lifestyle and Risk of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes in Women: A Review of the Epidemiologic Evidence. *American Journal of Lifestyle Medicine* May/June-191-213.
- WEB: <http://ajl.sagepub.com/cgi/content/abstract/2/3/191>
- Silva, A. (2007). *O essencial da Saúde - AVC*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Hospital de S. João, EPE.

El maltrato a las personas mayores. Nuevas manifestaciones.

Guadalupe Cordero Martín ¹
Fátima Gálvez Fornelio ²

Resumen

Este capítulo supone un acercamiento al maltrato en las personas mayores incidiendo en las distintas tipologías en las que se puede presentar, así como en los múltiples factores presentes tanto en las propias personas mayores como en quienes ejercen maltrato y pueden favorecer la presencia de este tipo de abuso. Al igual que puede ocurrir con la violencia de género o el abuso a menores se trata de un maltrato que permanece oculto ya sea en la dinámica familiar o en las diferentes instituciones donde conviven las personas mayores. Se establecerán una serie de indicadores que puedan servir a profesionales de la intervención social para detectar situaciones de maltrato; de igual modo, se expondrán algunas de las medidas educativas necesarias para erradicar este problema social como acabar con los estereotipos que fomentan la aparición del maltrato.

Palabras clave: personas mayores, maltrato, intervención social.

Abstract

This chapter is an approach to abuse in the elderly, focusing on the different typologies in which it can be presented, as well as on the multiple factors present both in the elderly and in those who abuse and can favor the presence of this type of abuse. Just as it can happen with gender violence or child abuse, it is an abuse that remains hidden either in the family dynamics or in the different institutions where the elderly live together. A series of indicators will be established that can serve social intervention professionals to detect situations of abuse; in the same way, some of the educational measures necessary to eradicate this social problem will be presented, as well as the stereotypes that encourage the emergence of mistreatment.

Keywords: elderly people, abuse, social intervention.

¹ Guadalupe Cordero Martín, es profesora titular de universidad de la Universidad Pablo de Olavide, Se Sevilla (España) email: gcormar@upo.es

² Fátima Gálvez Fornelio, es Master en Gerontología y Dirección de Centros Gerontológicos y doctoranda en la Universidad Pablo de Olavide, Sevilla (España) email: fgalfor@gmail.com

1. El maltrato en las personas mayores y sus tipos

El maltrato hacia el colectivo de personas mayores ha venido abordándose desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista médico, social, psicológico etc. De ahí, a que existan diversas definiciones de lo que es maltrato, abordaremos aquí algunas de las más importantes. La Declaración de Toronto (2002)³ dio como resultado de un esfuerzo por parte de la OMS⁴ y la Red Internacional de Prevención del Abuso y Maltrato a la Vejez (INPEA)⁵ para llegar a un consenso referente a la definición de maltrato en las personas mayores. Así se considera maltrato a la persona mayor la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona mayor. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico, sexual, financiero o un acto de negligencia intencional o por omisión.

Siguiendo a Castilla (2015, pp. 44) la mayoría de los autores incluyen como maltrato el abuso físico, el psicológico, el financiero, el sexual y la negligencia, el abandono o la violación de derechos. Entre los diferentes tipos de maltrato podemos destacar:

- El maltrato físico que hace referencia al uso de la fuerza física para causar una lesión corporal, dolor físico o pérdida de alguna función. (Touza et Al., 2009 pp. 31). Iborra (2003, pp. 22), define el maltrato físico como toda acción voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar daño o lesiones físicas a la persona mayor.

- El maltrato psicológico o emocional hace referencia a la aflicción de angustia, dolor emocional o pena producida con actos verbales y no verbales. (Touza et Al., 2009, pp.32).

- El maltrato económico incluye acciones como sustraer dinero o pertenencias personales, usar sus recursos de forma inapropiada o coaccionarlos para cambiar un testamento (Galvez y Garrido, 2016).

- El abuso sexual siguiendo a Touza et Al (2009, pp. 32) es cualquier contacto sexual no consentido con una persona mayor. Según Pérez Rojo y Chulian (2013) consiste en cualquier contacto de carácter sexual (caricias orales, anales o vaginales además de violación, sodomía, obligarle a desnudarse o a ver fotografías sexualmente explícitas) sin el consentimiento de la persona mayor, ya sea porque ha sido forzada, no tiene la capacidad para dar ese consentimiento o porque ha sido llevado a cabo a través de engaño.

- La negligencia es, siguiendo Pérez Rojo y Chulian (2013) cualquier acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor tales como higiene personal, culto religioso etc.

- El abandono, consiste en que la persona que asume el cuidado de la persona mayor lo deje abandonado, por ejemplo, dejando a una persona dependiente sola en su casa. (Perez Rojo y Chulian, 2013).

Hay otras formas de maltrato que cada vez se visualizan más en la actualidad como la violación de derechos, siguiendo a Pérez Rojo y Chulian (2013) que consiste en

³ http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf

⁴ <http://www.who.int/es/>

⁵ <http://www.inpea.net/>

privar a la persona mayor de los derechos básicos que le corresponden legalmente. El Síndrome de la Abuela Esclava, siguiendo a Castilla (2015, pp.51) este síndrome se da en mujeres y fue descrito en el año 2001 por el Dr. Guijarro Morales, Se trata de cuadro clínico patológico muy frecuente, grave, potencialmente mortal, que afecta a amas de casa responsables en ejercicio activo, inducido por factores extrínsecos (estrés familiar, enfermedades intercurrentes) e intrínsecos (sentido excesivo del orden, la dignidad y el pudor). El acoso inmobiliario consiste en el conjunto de prácticas antisociales basadas en el acoso y abuso para forzar que alguien se vaya de su casa, en contra de su voluntad, independientemente de que el régimen de tenencia sea propia, en usufructo o en alquiler (Castilla, 2015, pp. 55). Esta autora cita un estudio realizado por el defensor del Ciudadano de Málaga en 2008, que deja claro que las víctimas del mobbing inmobiliario son personas mayores, con pocos recursos económicos, que se ven amenazadas y coaccionadas.

Otra forma de maltrato cada vez más usual es el Edadismo y el trato infantilizador. Siguiendo a Pinazo (2013)⁵⁷ el edadismo es la presencia y aceptación de estereotipos negativos sobre la vejez y/o el colectivo de personas mayores en nuestra sociedad. Estos estereotipos favorecen la vulnerabilidad al maltrato de la persona mayor. El trato infantilizador se materializa en cuatro acciones, según expone Touza (2009, pp.29) citando a Salari:

1. Habla infantilizada o el *derspeak*. Consiste en hablar a la persona mayor con un habla simple y una intimidad verbal inapropiada, como si se tratase de un niño.
2. Actividades infantiles. Consiste en la utilización actividades propias de niños para las personas adultas sin adecuar su contenido.
3. Ambiente infantilizado. Se trata de no adecuar los materiales, organización, normas, decoración a las características de una persona adulta por ejemplo no disponer de lugares privados en los centros residenciales.
4. Confinamiento. Conductas que limitan los movimientos de las personas mayores al encerrarlos con llaves sin su voluntad.

Finalmente, hay una forma de maltrato que permanece en la mayoría de los casos invisible, nos referimos al maltrato farmacológico o medicamentoso consiste en usar de forma inadecuada drogas psicotrópicas, sedantes o tranquilizantes para manejar o controlar una conducta molesta. No encontramos en la literatura científica un claro concepto de lo que es el maltrato químico o medicamentoso hacia las personas mayores, sin embargo, tras lo expuesto podemos concluir que existen dos posibles tipos de maltrato químico:

- Por un lado, aquel que se produce cuando la prescripción del psicofármaco no es adecuada, ya sea por desconocimiento del facultativo, por error, por no individualizar el tratamiento etc.

- Por otro lado, aquel que se produce por parte del personal sanitario, por ejemplo en hospitales, del personal del centro residencial o del familiar cuidador, entre estas situaciones destacan aquellas en las que el psicofármaco es usado para facilitar la labor de los trabajadores, pero también consideraríamos maltrato la administración por error de un psicofármaco o la administración de una dosis mayor independientemente de la intención dolosa o no del victimario.

Comprobamos así como, este problema presente en la sociedad se manifiesta bajo fórmulas complejas, difusas y en la mayoría de los casos ocultas, frecuentemente con el consentimiento ó despreocupación de profesionales y familias. Problema que se acrecienta por la falta de previsión y de actuaciones enfocadas a la detección y atención directa.

2. Ámbitos de producción de maltrato

Según García (2016, pp. 162) los ámbitos de producción de maltrato a las personas mayores son tres, el ámbito familiar, el ámbito institucional y el ámbito sociocomunitario.

- El maltrato en el ámbito familiar Touza et Al (2009, pp. 30) lo definen como aquel en el que la conducta maltratante la lleva a cabo una persona con la que la víctima mantiene una relación de especial confianza, por ejemplo, su pareja, un vecino, un hijo etc. No incluyen en esta categoría aquellas situaciones en las que la persona es maltratada en su domicilio por un cuidador profesional.

- El maltrato en el ámbito institucional hace referencia a cualquier actuación u omisión por parte de los poderes públicos o de la actuación de un profesional o funcionario que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, de la seguridad, del bienestar emocional o físico y que viole los derechos básicos de la persona. En este sentido García (2016, pp. 164) expone una reflexión bastante importante al apuntar que las restricciones que facilitan el funcionamiento del centros (tales como horarios, intimidad...) pueden ser vividas por la persona como maltrato. Castilla (2015, pp. 65), expone que el maltrato institucional es aquel que se produce en establecimientos prestadores de salud, sociosanitarios y de servicios sociales públicos o privados.

- El maltrato en el ámbito sociocomunitario hace referencia a aquel que reciben las personas mayores por parte de la sociedad debido a los diferentes estereotipos asociados a la edad. El colectivo de personas mayores, se enfrenta a numerosos prejuicios en el seno de nuestra sociedad, lo que erradica sus posibilidades de participación en igualdad de condiciones y favorecen su invisibilización. Además, desde la sociedad, las instituciones y la propia familia se trata de ejercer control sobre ellos haciendo más significativa esta no participación. (Gálvez y Mora, 2015, pp. 186). Expone García (2016, pp. 162), que son dos las formas en las que las personas mayores son maltratadas en el ámbito socio comunitario: a través de la accesibilidad a diferentes recursos y a través de la participación. Según esta autora, la accesibilidad es el grado en el que una persona puede utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, con independencia de sus capacidades físicas, psicológicas, económicas y/o sociales.

El concepto de participación antes citado, hace referencia a los mecanismos que favorecen el acceso de las personas mayores y su incorporación a actividades sociales y al proceso de toma de decisiones. La participación en la sociedad favorece la mejora de la calidad de vida de la persona, así como aumenta su sentido de ciudadanía y erradica el sentimiento de inutilidad que puede aparecer en algunas personas tras la jubilación.

3. Indicadores de maltrato en las personas mayores

Es importante que los profesionales que habitualmente tienen contactos con este colectivo (personal sanitario, personal de los centros de atención, trabajadores/as sociales, educadores/as) conozcan aquellos signos que pueden indicar la presencia de malos tratos con objeto de poder realizar un actuación verdaderamente efectiva que logre erradicar este tipo de situaciones. La siguiente tabla recoge los indicadores de maltratos en función del tipo:

Tabla nº 1 Indicadores de maltrato a las personas mayores

Tipo de maltrato	INDICADORES
Físicos	Quejas de agresiones físicas. Quemaduras, hematomas, cortes, etc. Desnutrición y/o deshidratación. Signos de poca higiene. Búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o varios centros
Psicológicos	Cambios en los hábitos alimentarios o en la rutina de sueño. Temor, confusión o pasividad. Ansiedad y desesperanza. Dificultad para conversar abiertamente. Evitación del contacto físico con otras personas
Sexuales	Quejas de agresión sexual. Cambios en la conducta sexual. Agresividad y retraimiento. Hemorragias vaginales o anales inexplicables. Infecciones y hematomas en las zonas íntimas. Ropas desgarradas o desarregladas
Económicos	Retiros de dinero atípicos. Cambios en testamentos o títulos de propiedad. Falta de propiedades, efectos personales, dinero, etc. Movimientos sospechosos en sus cuentas bancarias
Presentes en el cuidador/ la cuidadora	Cansancio y/o estrés. Despreocupación y/o pasividad. Culpabilización al mayor de actos inevitables como la incontinencia. Comportamiento agresivo. Trato a la persona mayor como un niño. Abusa de sustancias psicotrópicas. Se opone a que la persona mayor sea entrevistada a solas

Elaboración propia 2017, FUENTE: <http://psicologia.ull.es/admiguel/ABUSO-MALTRATO ANCIANOS 2008.pdf>

4. El perfil de la persona mayor maltratada y del victimario

En este apartado se expondrán aquellas características de tipo social o personal que pueden favorecer la proliferación de situaciones de maltrato hacia el colectivo de personas mayores. Así, debe distinguirse entre los asociados a la persona mayor y aquellos asociados al cuidador/a. Según un estudio llevado a cabo por el Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco en 2011⁶ sobre la prevalencia de malos tratos a personas mayores, los factores presentes en el cuidador que inciden en la aparición de malos tratos hacia este grupo son, entre otros, los siguientes:

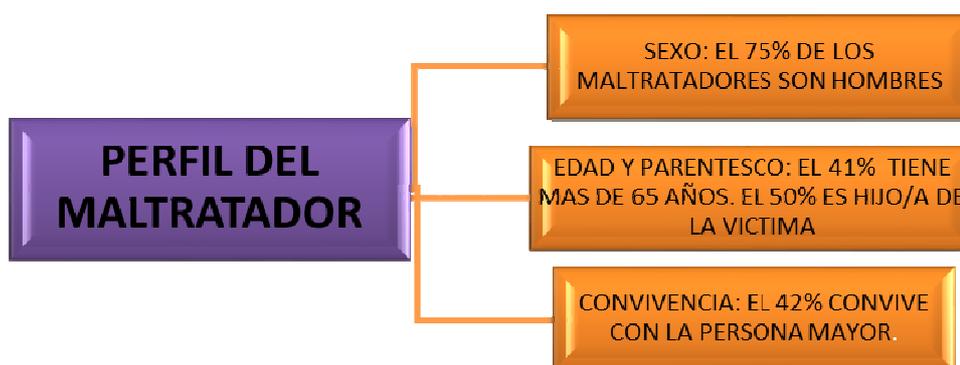


Figura 1: El perfil de la persona que ejerce maltrato hacia las personas mayores. Fuente: Elaboración propias a partir de los datos aportados por El Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. 2016.

Estos datos, aportan un claro perfil de la persona maltratadora, normalmente nos encontraremos con un hombre entre los 40 y los 65 años con una percepción negativa de su salud; tratándose en muchos casos del propio hijo varón de la persona mayor. Este perfil puede responder a los antecedentes de una sociedad en la estaba establecido que las mujeres fueran las encargadas de los cuidados; este hecho puede llevar, aun hoy, a pensar que los hombres, por el hecho de serlo vean los cuidados como tareas femeninas que no les corresponden. Del mismo modo puede influir que el aumento de la edad en la persona cuidadora lleve aparejado la insatisfacción, el estrés y el nerviosismo ante las tareas de cuidado. Por último, la falta de formación para las personas cuidadoras no profesionales puede provocar desesperación y agotamiento que deriven en una situación de maltrato.

Mostramos a continuación y a través de la siguiente figura, el perfil de las personas mayores maltratadas:

⁶ [Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco](#)

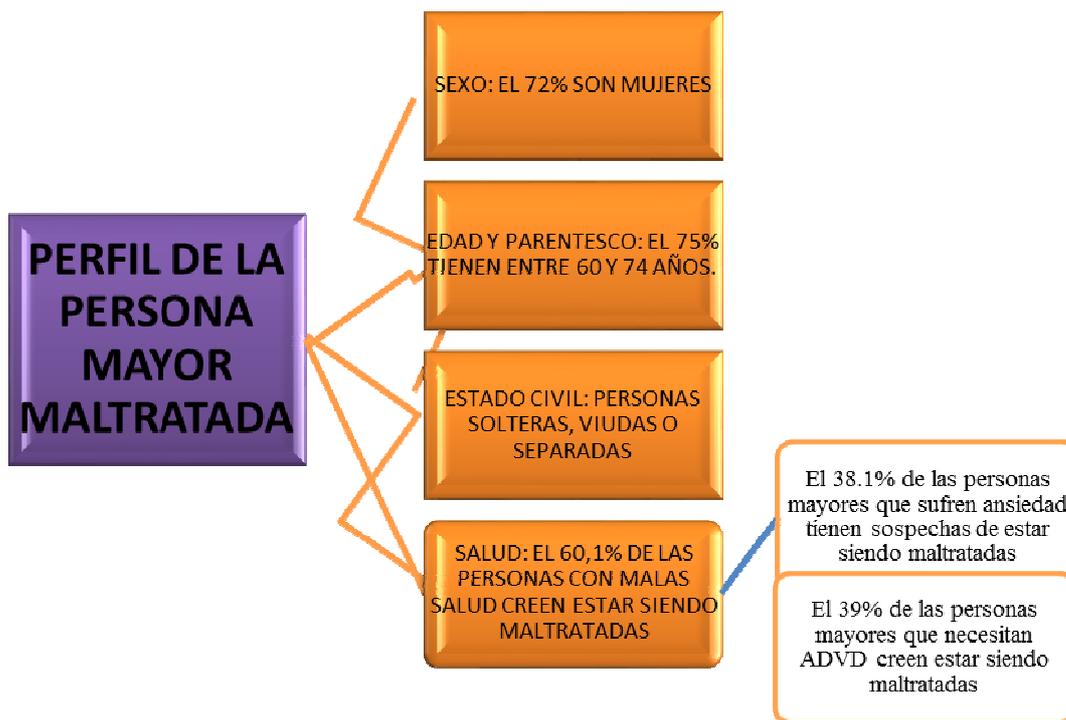


Figura 2: Perfil de la persona mayor maltratada. Fuente: Elaboración propia según los datos aportados por El Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. 2016.

Observamos un claro perfil de la persona mayor que es susceptible de sufrir maltrato, así como del victimario o persona que ejerce maltrato. En este punto es importante reseñar que existen motivos que suelen impedir a las personas mayores denunciar una situación de maltrato destacamos el deseo de proteger al agresor, la desinformación que tienen al respecto, la presencia de déficit cognitivos, la vergüenza sentida por el hecho de ser maltratados, la percepción de normalidad de la situación o la falta de redes de apoyo sociales y familiares (Penhale, 2002).

5. Intervención social para erradicar el maltrato hacia las personas mayores

Con esta realidad presente en nuestros contextos y bajo el prisma de las características apuntadas, consideramos fundamental realizar una intervención orientada tanto a la prevención como al tratamiento de los diferentes casos.

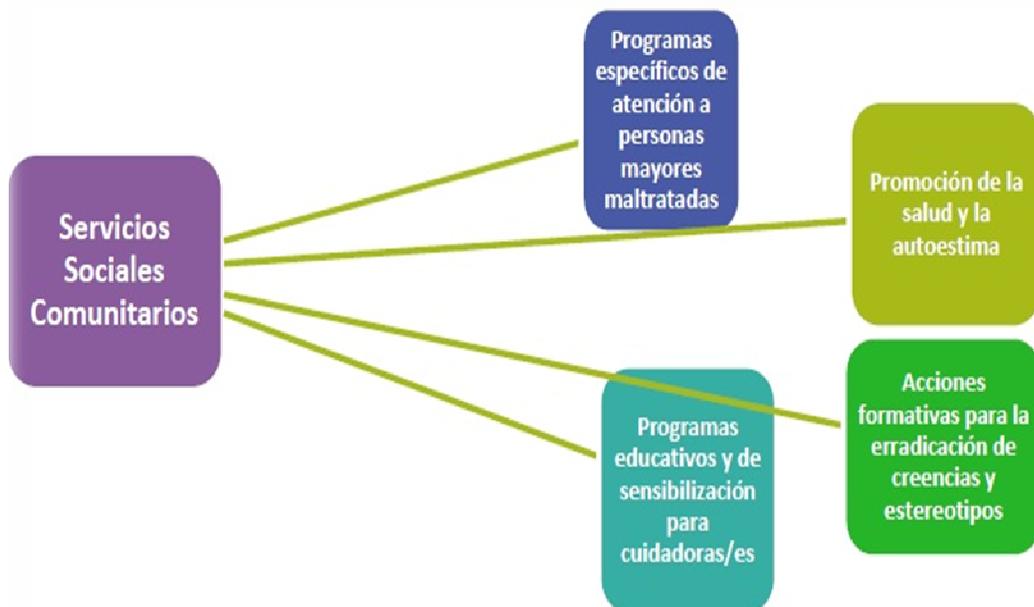
Partimos de la premisa de que cada caso debe ser analizado y abordado individualmente en su intervención, así como a través de equipos interdisciplinares con el fin de dar una intervención integral a cada situación

Los y las profesionales de la intervención social deben dar a conocer este fenómeno, informar y tratar de erradicarlo mediante el fomento de la educación y la implementación de acciones de sensibilización dirigidas, por un lado, a la población general, y por otro dirigidas, específicamente a quienes tratan diariamente con personas mayores. Con todo ello se pretende favorecer la detección y la denuncia de situaciones de mal

trato y la concienciación del personal cuidador y profesionales que trabajan por el bienestar de las personas mayores.

La intervención se ofrecerá a través de los Sistemas Educativo y Servicios Sociales, y paralelamente, apostar por la puesta en marcha de acciones formativas en las que se trabaje la modificación de las creencias y estereotipos asignados a este grupo de población, como ejemplo podríamos citar las relaciones intergeneracionales con otros grupos de edad, como pueden ser niños/as o adolescentes, desarrollando así un conocimiento real sobre las personas mayores.

Los Servicios Sociales Comunitarios ejercerán un papel central y desde los Centros de Servicios Sociales Comunitarios se fomentarán las actividades de promoción de la salud con las personas mayores y, al mismo tiempo, la prevención del maltrato hacia este colectivo y la detección de situaciones de riesgo entre otras actividades, como queda expuesto en la siguiente imagen:



Elaboración propia 2017

Pero también hay que actuar a través de los servicios sociales especializados a través de: acciones de concienciación en familiares y profesionales y una formación especializada a cuidadores y profesionales.

Finalmente, hay que diseñar y ejecutar Planes de Intervención integrales en el abordaje de estos casos y problemas, en los que los diferentes niveles de las Administraciones se impliquen en tratar este complejo fenómeno.

6. Conclusiones

Se constatan nuevas formas de maltrato en las personas mayores. Estas nuevas formas permanecen ocultas e invisibles a la sociedad, por ello hay que implementar esfuerzos

para la detección de estos casos e incorporar protocolos en los centros residenciales para evitarlos.

Será necesario que, las distintas instancias que rodean este fenómeno se impliquen en su intervención y tratamiento: médicos, distintos profesionales, cuidadores, familiares, etc. Por último, es fundamental actuar sobre ellas tanto en la prevención como en la detección y erradicación a través de actuaciones integrales para poder ser abordadas en su totalidad.

Bibliografía

- Castilla Moral, R. (2015). *Consideraciones hacia los psicofármacos en profesionales y estudiantes de medicina en España, y en profesionales de la medicina en México y en Colombia. un estudio comparativo.* (Tesis Doctoral). Universidad de Huelva. Huelva. Recuperado el 11/04/2017 a las 12.44 de:
https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/10057/TD_Castilla_Mora.pdf?sequence=1
- Gálvez y Garrido, 2016, El maltrato a las personas mayores: tipos, indicadores e intervención social desde los Servicios Sociales. En Cobos Sanchiz, D.; López Meneeses, E.; Martín Padilla, A. H.; Molina García, L.; y Jaén Jiménez, A. (Eds). 2017. INNOVAGOGIA 2016. III Congreso Internacional sobre innovación pedagógica y praxis educativa. Libro de actas. 28,29 y 30 de noviembre de 2016. AFOE Formación: Sevilla, Es.
- Galvez, F y Mora, M. (2015). La Sexualidad en las Personas mayores. En J.L Sarasola Serrano. (Dir), Trabajo social y Servicios Sociales para personas mayores (pp. 186- 192). Sevilla, España: ISBN 978-84-606-9538-7.
- García-Ramos, R., Valdés, E. L., Ballesteros, L., Jesús, S., & Mir, P. (2016). Informe de la fundación del cerebro sobre el impacto social de la enfermedad de Parkinson en España. *Neurología*, 31(6), 401-413.
- Iborra, I. (2003). Concepto y tipo de maltrato a las personas mayores. En I. Iborra (ed.), *Violencia contra las personas mayores.* Barcelona: Ariel S.A.
- Pérez Rojo, G. y Chulián, A. (2013). Marco conceptual de los malos tratos hacia las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Rev. De Ciencias Sociales.* Nº 41, 127-167. ISSN: 2254-724X. Recuperado el 28.04.2017 a las 13.46 de:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/maltratoperezrojo.pdf>
- Pinazo Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y utopía*, 2013, num. 41, p. 252-282. Recuperado el 08.05.2017 de <http://docplayer.es/7182914-Infantilizacion-en-los-cuidados-a-las-personas-mayores-en-el-contexto-residencial.html>
- Touza, C., Segura, M. P., Prado, C., Ballester, L., & March, M. X. (2009). *Personas mayores en riesgo. Detección del maltrato y la autonegligencia.* Madrid: Ediciones Pirámide.
- Touza, C. (2011). Construcción y validación de las Escalas de Detección de Riesgo de Malos Tratos Domésticos y Comportamientos Autonegligentes (EDMA). *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 11(1), 91-106.

IV- Projetos e práticas promotoras de envelhecimento ativo

Música, emociones y recuerdos

Antonio Matas Terrón¹

Resumen

“Sin la música no hay vida” Esta frase resume el sentido de este capítulo. A lo largo de cuatro meses del 2016, se realizaron una serie de entrevistas a personas de más de sesenta años. En estas entrevistas se preguntaba por sus recuerdos y la música que asociaban a los mismos. El objetivo era tan simple como humano: recoger historias de vida que reflejasen el vínculo entre música y vida. En las siguientes páginas se resume dicha experiencia, comentando aspectos generales de cómo se hizo, los supuestos teóricos que sustentaron la experiencia, y sobre todo, comentarios de algunas de las entrevistas realizadas.

Palvras-chave: música, emoção, memórias, idosos.

Abstract

"Sine musica nula vita" this sentence summarizes the meaning of this chapter. In 2016, during four months, several interviews were developed to elderly people. They were asked about their remembers and the music linked to those remembers. The aim was very simple and humanistic: gathering life histories showing the tie between music and life. The process of this study is described in next pages. Different factors about the study are commented, and some extracts from interviews are included and debated.

Keywords: music, emotion, memories, elderly.

¹ Profesor Titular de la Universidad de Málaga, Facultad de Ciencias de la Educación.
Contacto: amatas@uma.es

Descripción del estudio

Introducción

En ese momento parecía cómoda. Al fin había encontrado su posición en la silla de skay. “Ahora” dijo Manuela para confirmar ante la entrevistadora y ante la cámara que no había impedimento para reiniciar la entrevista. Manuela tenía cumplidos los 78 y su aparente buen estado físico se compensaba con algunos problemas de artrosis y algún que otro “despiste”.

“Bien, Manuela, sígame contando cómo transcurrían aquellos años...” retomó la entrevistadora cuando Manuela la interrumpió “¡A sí!..., ya le digo, aquellos años fueron maravillosos. Cuando íbamos a la feria bailábamos todas las rapaces y nos lo pasábamos muy bien. Recuerdo aquella canción, aquella que decía: ‘El día que nací yo ¿qué planeta reinaría? / por donde quiera que voy, / que mala estrella me guía’ y bailábamos. Pero claro,... fueron penurias. Pero vamos, que yo no he parado de cantar”.

Así podría ser el comienzo de las entrevistas que se realizaron en este estudio. Escusas para recordar toda una vida pasada, vívida. Y en cada momento importante la presencia de la música.

La relación que la música tiene con la “vida humana” es paradójica. Hasta donde nosotros sabemos, ninguna otra especie animal tiene este vínculo con la música como lo tiene el ser humano. Si bien es cierto que especies, como los delfines, utilizan sonidos que podrían considerarse expresiones musicales arcaicas, no es menos cierto que hasta la fecha no se ha podido demostrar que se trate de una forma de expresión musical. En cualquier caso, la presencia de la música en las personas, tanto en la especie, como en el individuo, es extraordinariamente sorprendente.

Uno de los fenómenos asociados a las experiencias de vida y la música es que parece que cada recuerdo intenso tiene asociado una música. En este sentido, algunas experiencias muestran que escuchar piezas musicales familiares favorece la evocación de los recuerdos. También se han llevado a cabo estudios de laboratorio que revelan la relación entre escuchar música popular con el acceso a ciertos recuerdos (Hanser, ter Bogt, Mark, & Vingerhoets, 2015).

Una posible explicación sería que la música que es familiar a la persona, activa áreas de memoria implicadas en el procesamiento de los recuerdos. En cualquier caso, este acceso a los recuerdos es selectivo. Es decir, el acceso se produce con una pieza musical en concreto o con el tipo de música que la persona escuchaba en la época temporal donde se sitúa el recuerdo.

Por otra parte, algunos estudios han demostrado que el aprendizaje puede verse afectado indirectamente por la música. En un estudio de Shang, Dienes, Shao y Fu (2013) indujeron diferentes estados de ánimo a través de la música. Posteriormente, los participantes desarrollaron diferentes tareas cognitivas que implicaban aprendizaje, obteniendo resultados distintos. Estudios como este demuestran que la música puede afectar indirectamente al aprendizaje, induciendo un cierto estado de ánimo que será la causa directa de la calidad del aprendizaje. O dicho de otra forma, cuando se adquiere un recuerdo, éste se puede ver afectado por diversos factores, incluyendo la presencia de música. En todo este preciso, las emociones están jugando un papel destacado.

Una emoción suele ser descrita como una breve pero intensa reacción a un suceso que es considerado importante por la persona que experimenta la emoción. La emoción implica un componente cognitivo, una respuesta fisiológica, una sensación subjetiva y una tendencia a la acción. Todos estos componentes se presentarían de forma sincronizada durante el episodio emocional (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm y Gross, 2005).

En 2001 Scherer y Zentner sugirieron que la emoción para la música debería incluir las evidencias de respuestas sincronizadas de todos o la mayoría de los sistemas orgánicos. El concepto de sincronización permite distinguir la simple activación de las emociones, de la percepción de dichas emociones.

Juslin (2016) resume en cinco puntos las evidencias obtenidas en la investigación que sobre la música y las emociones se ha producido en los últimos años:

- La música puede inducir un amplio conjunto rango de emociones.
- La música induce mayoritariamente emociones positivas.
- La música puede inducir emociones básicas y complejas.
- La mayoría de estudios sobre la música y las emociones incluyen las siguientes categorías emocionales dos puntos calma, felicidad, nostalgia, interés, placer, tristeza, energía, amor, orgullo, entre otras.
- La música también puede inducir una mezcla de emociones si bien este es un caso minoritario.

Por otro lado, estudios como el de Lamont (2011) sugieren que las experiencias emotivas más intensa pueden ocurrir durante los conciertos donde existe un evidente componente social. Esto permitiría hablar de las “emociones colectivas” (von Scheve y Salmela, 2014).

Desde la Psicología se ha tratado el tema de la elicitación de las emociones a través de la música desde distintas perspectivas (Costa, 2015). Entre ellos, Juslin y Västfjäll (2008) propusieron el modelo BRCVEMA (ilustración 1) que trata de explicar el procesamiento emocional debido a la música. El modelo sugiere que al escuchar música se producen una serie de fenómenos encadenados: la percepción de la música, una valoración estética de la misma y una clasificación emocional que se activa cuando la valoración estética supera cierto umbral.

Este modelo explica algunos fenómenos. Por ejemplo, permite explicar que la emoción de estar con alguien o en algún sitio cuando volvemos a escuchar una canción que solíamos escuchar en ese sitio. Este fenómeno es típico de un condicionamiento evaluativo, que consiste en el proceso por el cual un determinado aspecto de la pieza musical (e.j., la melodía) dispara una respuesta condicionada en el oyente.

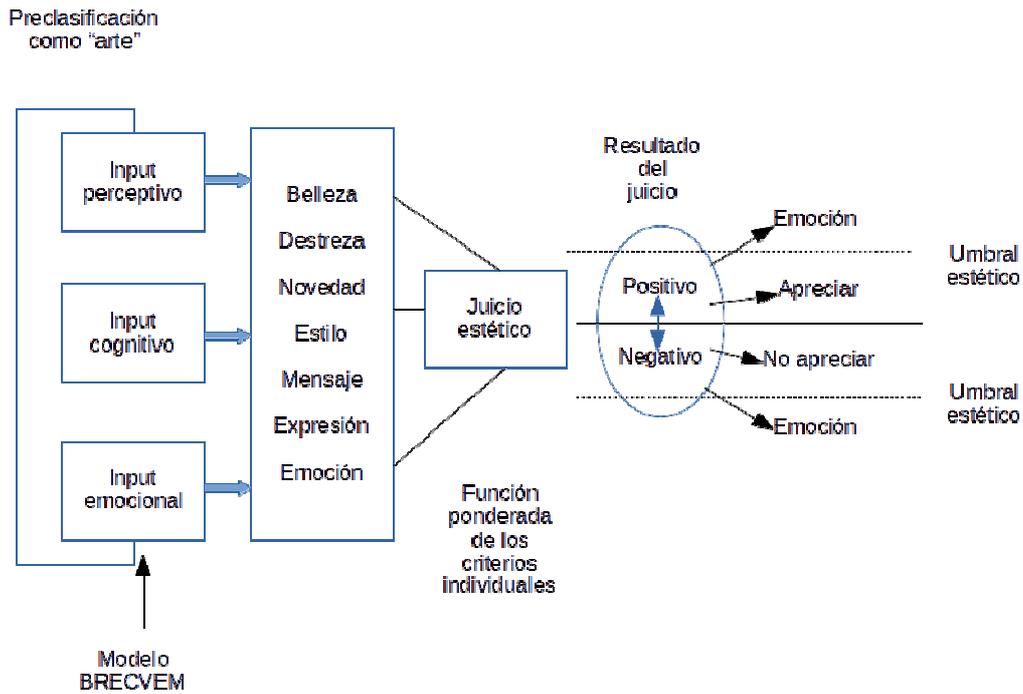


Ilustración 1. Modelo BRCVEMA de Juslin y Västfjäll (2008)

A pesar de la utilidad del modelo (ver ilustración 1) entendemos que debe completarse para que permita explicar cómo la música permite también evocar un recuerdo y no solamente una emoción. En este sentido, en nuestro estudio asumimos que los eventos de nuestra vida se procesan globalmente, incluyendo el componente afectivo-emocional. Además, este procesamiento implica a las distintas partes del cerebro, según su especialización. De esta forma, cuando posteriormente aparece un estímulo activador, la red se activa progresivamente, recuperándose la información disponible en el "almacén" de la memoria. Este proceso se presenta en la ilustración 2. En este modelo, la emoción es un elemento articulador que regula el acceso a la memoria a largo plazo.

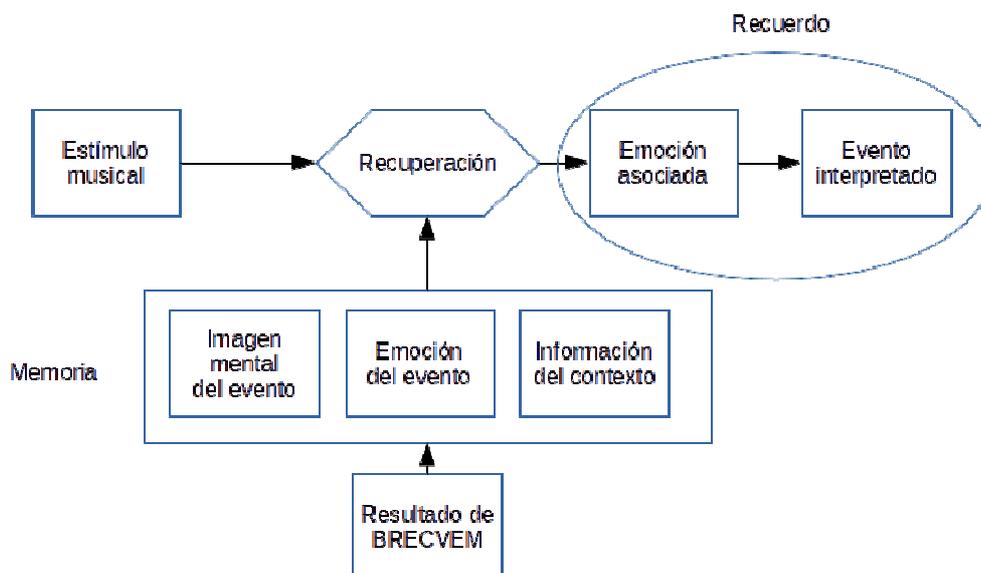


Ilustración 2. Modelo de recuperación del recuerdo a través de la elicitación emocional.

El modelo presentado en la ilustración 2 no ha sido todavía validado con datos empíricos, no obstante, lo tomamos como una hipótesis de trabajo que nos sirve de referente a la hora de realizar este proyecto. En cualquier caso, el objetivo del proyecto no es la evaluación del modelo, sino en las historias de vida.

El estudio que se presenta aquí se enmarca en un proyecto más ambicioso. El proyecto original era el de analizar historias de vida con la intención de encontrar eventos asociados con valores, tales como honestidad, sensibilidad, gratitud, humildad, respeto, etc. Al mismo tiempo, otra de las cuestiones que se trataba de estudiar era la posibilidad de que existiesen en determinados estilos musicales, o simplemente piezas musicales, que pudiesen asociarse, de manera clara, con determinados eventos personales. Más concretamente, lo que se pretendía era ver si situaciones de melancolía o de tristeza estaban asociadas con algún tipo de música concreta, situaciones de alegría, estaban vinculados a otro tipo de música, etc.

Historias de vida

En junio de 2016 se comenzó con la fase de entrevistas, localizando a personas que de forma voluntaria contaban sus experiencias, sus recuerdos, al fin y al cabo, contaban su vida. Estas entrevistas se han ido realizando tanto en el Algarve (Portugal) como en Málaga (España). A medida que se han tenido las entrevistas transcritas, se han sometido a un análisis de contenido con la intención de satisfacer los objetivos del proyecto.

Cabe decir que el proyecto sigue abierto y se continúan realizando entrevistas a medida que sigue la oportunidad. En estas páginas solamente se presenta el resultado de una revisión previa de las entrevistas realizadas. Por lo tanto, no pretenda encontrar sesudas conclusiones científicas, ni resultados académicos importantes. Solamente se presentan historias, hechos personales y experiencias de vida.

1.- El caso de Ana

El primer caso es el de Ana, una señora de 64 años. Se trata de una mujer con una carrera profesional dedicada a la medicina, que ejerció en su tiempo diferentes cargos de responsabilidad.

Ana nos cuenta como el trabajo era una realidad cotidiana en su niñez. Su familia, su padre, su madre, sus abuelos, trabajaban desde la mañana hasta la noche “porque era necesario”:

“Dedicabanse inmenso al trabajo, porque era preciso, porque no se ganaba mucho.”

Durante su infancia se respetaban “las reglas”. Los menores se regían por las reglas que marcaban los mayores, siguiendo esencialmente los valores que le eran incul-

cados por los abuelos y padres. En ese sentido, Ana destaca que siempre había un respeto a los mayores por parte de los menores.

Sin embargo, ahora, comenta Ana con cierto lamento, que los menores se crían pegados a la televisión, en ausencia de adultos. Además, una de las cuestiones que crítica es la falta de calidad de los programas infantiles.

En palabras de Ana, los padres depositan mucho peso en la escuela, pero la escuela no está para educar a los niños. Para ella, el papel de la escuela también es transmitir valores, pero sobre todo enseñar. También educar, pero sin suplir a los padres, ni sustituirlos. Recalca que los padres están acostumbrados a culpar a los demás cuando ellos son los auténticos responsables de la educación de sus hijos. Aunque es cierto que actualmente es necesario dedicar muchas horas al trabajo, esto no tiene porqué ser una excusa para el abandono de la educación de los hijos.

Ana también habla de las diferencias entre hombres y mujeres, lo que ahora se conoce como igualdad de género. En su opinión los hombres y las mujeres son genéticamente distintos, y por tanto no pueden ser iguales, hablando en términos fisiológicos. Sin embargo, en términos sociales, la situación es distinta. Para Ana los dos sexos tienen los mismos derechos y deberes. En sus propias palabras, porque:

"Todos debemos participar activamente y de un modo igual para la organización de nuestra sociedad".

Tuvimos la oportunidad de hablar de frustraciones. De aquellas situaciones en la vida que nos llevan a cierto grado de frustración. Ana nos cuenta que ella siempre tuvo la idea de hacer algunas cosas importantes, que sin embargo no llegaron a ser tanto como esperaba.

Esta situación de frustración debe ser afrontada adecuadamente para no generar un estado de ánimo depresivo. Es evidente, que la frustración continua, el no alcanzar los objetivos ni las metas propuestas, son una amenaza contra el estado de bienestar emocional de la persona. Ana demuestra un afrontamiento eficiente, llegando a afirmar que alguna de las cosas que se pretendía se lograron, y otras no se lograron pero que en cualquier caso está orgullosa de todas las que realizó.

Por otro lado, desde su experiencia aconseja a las nuevas generaciones que afronten las situaciones conflictivas desde el diálogo, desde la razón, desde la franqueza y desde la honestidad. Para ella, el diálogo es el mejor medio para superar las situaciones de conflicto.

2.- La vida desde los 90 años

José es un señor altivo, con una mirada profunda, de 93 años de edad, que es todo un ejemplo de entrega al trabajo.

José nos cuenta, con cierta añoranza, como le encantaba la música, y a sus 13 o 14 años de edad trató de aprender música. Sin embargo, no le fue posible porque entre otras cosas un maestro de música, que había en su pueblo, le sugirió que lo dejase porque tenía un flaco oído para la música. A pesar de eso, José es un enamorado de la música y cuenta con pasión como lo hubiese gustado aprender a tocar cualquier instrumento.

Nos encontramos aquí un caso de ruptura de la vocación. Nos preguntamos si realmente José era tan malo para la música como este maestro opinaba. Después de escuchar todas las entrevistas estamos seguros de que aunque no hubiese sido el mejor músico del mundo, su esfuerzo por superar sus presuntos problemas con la afinación hubiesen hecho de él un músico excelente.

José se dedicó a diferentes tareas, principalmente el campo. Como otros de su edad, tuvo que realizar el servicio militar durante casi dos años. En aquel tiempo era frecuente que los soldados se fuesen al servicio militar casados. Este fue el caso de José. Llega a contar la anécdota de que le dieron permiso cuando su mujer tuvo su primer hijo porque era un niño. Si bien esto parece más bien una broma del Comandante del Acuartelamiento que una cuestión de género.

La entrevista con José es muy interesante porque pone de manifiesto cuestiones de cómo vivía el pueblo llano en los años 30 y 40 del pasado siglo. Entre esas costumbres nos llama la atención el trabajo comunal. Todos los ciudadanos del pueblo trabajaban para mantener limpias las riberas de los ríos y arroyos. Si bien existía una multa para los que no lo hacían, era un trabajo que asumían los lugareños como una tarea más para el mantenimiento de aldeas y pueblos.

La entrevista con José resulta ser un momento de tranquilidad por el sosiego que transmite y la sabiduría que translucen sus palabras. Nos cuenta como vive solo, pero que sin embargo esa situación no le disgusta. Lo único que echa de menos es que lo lleven a misa, porque por razones de salud no puede ir andando.

3.- Cándida, una mujer al servicio de los demás

La historia de Cándida, de 84 años, es la historia de la mujer que ha vivido casi toda su vida en la pobreza, dedicada al trabajo y el sacrificio. Nos cuenta como desde pequeña tenía que dedicarse al cuidado de sus hermanos, a coser, y al cuidado de la casa. Mientras, los padres trabajaban en el campo, o en el extranjero mandando el poco dinero que conseguían. Esta situación de entrega a la familia, tan típica en las sociedades precedentes, tenía como consecuencia el analfabetismo generalizado. Esa situación era todavía más grave para las mujeres. Así, Cándida no sabe leer ni escribir porque desde pequeña los trabajos del hogar no le permitieron asistir al colegio.

Esta situación muestra varias cosas. Una de ellas es el sacrificio inmenso que las generaciones previas tenían que realizar simplemente para mantenerse. La segunda cuestión es la entrega incondicional de estas personas a los demás: sus hermanos, sus padres, sus abuelos, etc. En Cándida encontramos un claro ejemplo de entrega, dedicación, y también, como no, de cierta explotación.

La situación se agrava, cuando se tienen en cuenta también los roles de la mujer frente a los roles del hombre. Cándida nos cuenta que, al casarse, con escasos 17 años, tuvo además que cuidar de su suegra. Tengamos en cuenta que, en este tiempo la plancha, o hacer la colada, suponía un esfuerzo físico importante.

Los roles del hombre estaban bien diferenciados de los roles de la mujer. En el caso de Cándida, su marido trabajaba en la mar. Como pescador pasaba gran parte de su vida en pequeñas barcas, trabajando para diferentes armadores. El trabajo del marido también era extenuante. Demasiado agotador para los escasos beneficios que llevaba a su casa.

Como se ve, estamos ante un perfil típico de los ciudadanos mediterráneos de épocas pasadas: una división del trabajo clara entre los hombres y las mujeres, y una dedicación plena a las tareas diarias del hogar, escasas ganancias y la práctica imposibilidad de mejorar.

Si tenemos que destacar algo de Cándida y su marido es la entrega sin condiciones a la familia.

4.- Vivir el presente

El cuarto entrevistado que presentamos es un señor alto, espigado, con cara de buena persona, de 70 años de edad, y que responde al nombre de Antonio.

Antonio se licenció en derecho, aunque nunca ejerció como tal. Por el contrario, su trayectoria profesional ha estado vinculada al funcionariado y parte al ejército. Aunque desde el inicio él habla de qué no le gusta recordar esos hechos, durante la entrevista surgen las anécdotas y las experiencias de su paso como militar. En sus propias palabras, afirmaba que:

“... lo importante es que estamos aquí, sobrevivir, somos los sobrevivientes y eso está bien.”

Para Antonio la vida consiste en un equilibrio entre experiencias buenas y experiencias no tan buenas. En varias ocasiones a lo largo de la entrevista surgió esta visión en la que, de alguna manera, se asume las situaciones de la vida tal cómo van llegando.

Esta forma de entender el mundo, la vida, recuerda a las prácticas de moda como el mindfulness y la meditación, donde se insiste en asumir la vida tal cómo llega, viendo el momento.

Con Antonio también hablamos sobre el tema de la educación. Para él, los colegios implican una situación de clausura. De tal forma que el régimen de cada momento inculca sus principios en las nuevas generaciones a través del colegio.

Otro de los temas que tratamos con Antonio es el cambio de los roles entre mujeres y hombres, así como los estilos de vida actuales. Él remarca que a lo largo de su vida ha visto como se ha pasado de una situación donde el matrimonio era la única vía de continuidad social, a una situación donde el matrimonio es una opción más. Señala que el deseo de matrimonio era algo habitual en la mujer, y que sin embargo ahora mismo es una opción más que tienen. En este sentido, destaca también, como la mujer ha ido alcanzando derechos, entendiendo la vida social de otra manera distinta.

Finalmente, nos comenta con cierto distanciamiento emocional, que durante su época como militar se vio obligado a enfrentarse a situaciones de alta tensión. En aquellos momentos, la confianza en los demás era fundamental. A partir de su relato, llegamos a la conclusión de que en situaciones difíciles la hermandad, la camaradería, constituyen el soporte fundamental para mantener un equilibrio mental, y afrontar eficazmente el problema.

La música de los recuerdos

Las personas entrevistadas también iban comentando qué canciones o piezas musicales tenían asociadas con determinados momentos de su vida. A continuación, se pueden ver algunas de estas piezas organizadas por categorías, así como los enlaces a youtube de algunas de ellas.

Alegría:

<https://www.youtube.com/watch?v=M-7NyTpjDwk>

Fado Corrido: <https://www.youtube.com/watch?v=DEI-HaGgXMc>

<https://www.youtube.com/watch?v=MHrrqp5A1Ss>

Acordeón: <https://www.youtube.com/watch?v=T91Wv3VI8n0>

Piano (Coimbra): https://www.youtube.com/watch?v=7LK_V-sj-Ow

Beatles: <https://www.youtube.com/watch?v=Jbt8oH5Lxto>

Beatles: <https://www.youtube.com/watch?v=b-VAxGJdJeQ>

Beach boys: <https://www.youtube.com/watch?v=2s4slliAtQU>

POP 50, 60 y 70: <https://www.youtube.com/watch?v=sEG6c9P3d3o>

“Superación”:

Requiem Verdi: <https://youtu.be/-1R7yPZv4o0>

Beethoven: <https://www.youtube.com/watch?v=jSExmP7slWw>

Melancolía:

Francisco José: <https://www.youtube.com/watch?v=WbBIUo71n6k>

Amalia Rodrigues: <https://www.youtube.com/watch?v=mb9YCeQ1CCA>

Adriano: <https://www.youtube.com/watch?v=i5YkO1TY9xA>

Edith Piaf: <https://www.youtube.com/watch?v=nF9FHwZGdbc>

Johny Hallyday: <https://www.youtube.com/watch?v=7LgMsR-jI1k>

Salvatore Adamo: <https://www.youtube.com/watch?v=HA1pvIw1cCU>

Charles Aznavour: <https://www.youtube.com/watch?v=A314PVRsQIM>

Conclusiones

Para concluir estas páginas queremos hacer referencia a algunas cuestiones que afectan tanto al estudio, como a la forma de exponerlo en este documento. En primer lugar, estas páginas deben considerarse una narración divulgativa y en ningún caso un informe académico o científico. Se ha tratado de exponer qué se está haciendo, desde una posición humanista, desde la vivencia. Para ello se ha recurrido a cuatro de las entrevistas realizadas hasta la fecha. En este sentido, esperamos haber logrado transmitir esa “humanidad” por encima de consideraciones científicas o disciplinarias.

No obstante, tampoco podemos dejar a un lado que este material puede tener potencial para ser utilizado en la “academia”. En este sentido, animamos al lector a que realice un seguimiento de nuestro trabajo en la red. Principalmente, esperamos que el material “vivencial” que está surgiendo sea útil para trabajar los valores con las nuevas generaciones.

Por otro lado, se ha tratado de hacer un catálogo de piezas musicales que estén asociadas a momentos vividos. Al mismo tiempo que se preguntaba sobre la música, se

preguntaba sobre la emoción que se tenía asociada. Esto es así porque se asume que la emoción y la imagen recordada forma un todo, si bien, cada uno implica a áreas especializadas del cerebro. De esta forma, accediendo al recuerdo, a la “imagen” mental de los hechos, se activa la emoción del momento, y viceversa, accediendo a la emoción, se activa la imagen recordada. Bajo este prisma, la música sería la llave que permitiría el acceso a la emoción.

Si esto es así, como parece demostrar las experiencias que se narran en la literatura consultada, la música podría utilizarse con dos finalidades:

- Para acceder a los recuerdos. Esta utilidad puede tener especial aplicación en el caso de personas con algún deterioro cognitivo, puesto que activarían las áreas cerebrales donde se almacena el recuerdo a través de una vía alternativa, no a través de la “recuperación” directa, sino de la asociación con la emoción.
- Para gestionar las emociones. Si la música puede inducir el cambio emocional, podría utilizarse para modificar el estado anímico de las personas. En este sentido, la experiencia de las personas, su bagaje de recuerdos y emociones, determinarían el efecto emotivo de ciertas piezas musicales. En esta aplicación de la música hay que tener en cuenta el efecto sobre la “emoción colectiva” (von Scheve y Salmela, 2014) y por tanto, al estudiarlo es necesario considerar el papel de la cultura del grupo de referencia.

Como podrá suponerse este proyecto no ha concluido y no tiene visos de concluirse en breve. Más bien, es una línea de trabajo que se enriquece a cada paso. Así, las actuaciones inmediatas pasan por seguir entrevistando a adultos mayores.

El siguiente paso es organizar adecuadamente un repositorio de experiencias, valores y músicas que permitan desarrollar actividades educativas con las nuevas generaciones. Esperamos que la sensibilidad de las administraciones, el compromiso de los participantes, y la suerte puedan acompañar este proyecto para que sea útil a la sociedad.

Referencias

- Costa, A. (2015). Identidad musical y educación. *Estudios sobre Educación*, 28, 171-186.
- Hanser, W. E., ter Bogt, T. F. M., Van den Tol, A. J. M., Mark, R. E., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2016). Consolation through music: A survey study. *Musicae Scientiae*, 20(1), 122-137. <https://doi.org/10.1177/1029864915620264>
- Juslin, P. & Västfjäll, O. (2008). Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. *Behavioural and Brain Sciences*, 31, 559-621.
- Juslin, P.N. (2016). Emotional reactions to music (p. 197-213). En S. Hallam, I. Cross, & M. Thaut, Eds.), *The Oxford Handbook of Music Psychology* (2ª Edición). Oxford: Oxford University Press.
- Lamont, A. (2011). University students’ strong experiences of music: Pleasure, engagement and meaning. *Musicae Scientiae*, 15, 229-249.

- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and autonomic physiology. *Emotion*, 5, 175–190.
- Scherer, K. R. & Zentner, M. R. (2001) Emotional effects of music: Production rules (pp. 361 – 92). En P. N. Juslin & J. A. Sloboda (Eds.), *Music and emotion: Theory and research*. Nueva York: Oxford University Press.
- Shang, J., Fu, Q., Dienes, Z., Shao, C., & Fu, X. (2013). Negative Affect Reduces Performance in Implicit Sequence Learning. *PLOS ONE*, 8(1), e54693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054693>
- Von Scheve, C. & Salmela, M. (Eds) (2014). *Collective emotions: Perspectives from Psychology, Philosophy and Sociology*. Oxford: Oxford University Press.

Contributos do Teatro para o Envelhecimento (Cri)Ativo

Nídia Marta Gonçalves¹

Aurízia Anica²

Resumo

Diante do novo paradigma do envelhecimento urgem projetos e práticas promotoras do envelhecimento ativo. O presente artigo interrelaciona duas grandes áreas do conhecimento – o Teatro e o Envelhecimento Ativo/Criativo. Analisa as mesmas, no intuito de compreender os benefícios da prática teatral, principalmente, em aspetos associados à saúde e ao bem-estar dos idosos. E visa partilhar o estudo de caso realizado com o Grupo de Teatro Sénior de Silves, no Algarve, Portugal. Os resultados indicam contributos do teatro no processo de envelhecimento, em sete âmbitos: Participação; Saúde Mental; Socialização; Cooperação; Envolvimento Pessoal e Compromisso com a Vida; Valorização e Reconhecimento; Superação.

Palavras-chave: teatro; envelhecimento ativo; artes e saúde; idosos.

Abstract

The new ageing paradigm has urged projects and practices that promote active ageing. The present article interrelates two major areas of knowledge - Theatre and Active/Creative Ageing. Through the analyses of both, it sought to understand the benefits of theatrical practice, mainly, in aspects related to the health and well-being of the elderly. It also aims to share the case study carried out with the Senior Theatre Group of Silves, in Algarve, Portugal. The results point to the contributions of the theatre in the ageing process across seven scopes: Participation; Mental health; Socialization; Cooperation; Personal Involvement and Commitment to Life; Appreciation and Recognition; Overcoming.

Keywords: theatre; active ageing; arts and health; elderly people.

¹ Animadora Cultural e dinamizadora do grupo inclusivo - Teatro do Sótão, na Associação de Saúde Mental do Algarve. Autora da dissertação *Contributos do Teatro para o Envelhecimento (Cri)Ativo*, concluída em 2016, no âmbito do curso de mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, a qual esteve na origem do presente texto. E-mail: nidia.goncalves@asmal.org.pt

² Professora da Universidade do Algarve e investigadora do IELT. E-mail: aanica@ualg.pt

Introdução

Este artigo tem como base o estudo «Contributos do Teatro para o Envelhecimento Cri(Ativo)», realizado no âmbito da dissertação do curso de mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação e Comunicação e da Escola Superior de Saúde, da Universidade do Algarve. O estudo centrou-se na relação entre duas vertentes conceptuais - o teatro e o envelhecimento ativo/criativo. Os objetivos visaram a compreensão dos benefícios da prática teatral no processo de envelhecimento ativo e criativo, sobretudo, em aspetos associados à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida. A abordagem teórica incluiu conceitos relativos ao envelhecimento, nomeadamente: envelhecimento ativo, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento criativo. Na prática teatral selecionámos: o teatro comunitário, o teatro aplicado e o teatro sénior. Apontámos ainda a influência das artes no campo da saúde, refletindo sobre o conceito «artes e saúde», assim como, sobre os seus propósitos. A metodologia assentou no paradigma qualitativo, elegendo o estudo de caso como estratégia de investigação. Entre outras técnicas de recolha de dados, aplicámos a observação participante, a entrevista semidirigida e o grupo de discussão, recorrendo, posteriormente, à análise de conteúdo. O estudo de caso incidiu sobre o Grupo de Teatro Sénior de Silves, integrado no Projeto de Teatro Sénior, promovido pela Câmara Municipal de Silves. Acompanhámos o processo de trabalho do grupo sénior ao longo de um período de dois anos, correspondente à primeira e à segunda edição do referido projeto.

Da análise, ponderação e confluência de fontes, obtivemos uma sequência de contributos, organizados em sete âmbitos: (1) Participação – Experiência Criativa; Reminiscência. (2) Saúde Mental – Estímulo da Memória; Diminuição da Ansiedade; Espontaneidade e Autoconfiança. (3) Socialização – A Importância do Convívio e Diminuição do Isolamento. (4) Cooperação – Empatia. (5) Envolvimento Pessoal e Compromisso com a Vida – Significado e Sentido. (6) Valorização e Reconhecimento – Valorização Pessoal; Reconhecimento e Desmistificação do Estigma Associado à Velhice. (7) Superação – Esperança e Perspetivas de Futuro.

Dos conceitos de Envelhecimento Ativo e Envelhecimento Bem-Sucedido à noção de Envelhecimento Criativo

No âmbito dos estudos sobre o envelhecimento e das respostas políticas para o envelhecimento da população, há hoje teorias e conceitos estabelecidos, ainda que sujeitos a discussões e abordagens (por vezes subtilmente) divergentes. Os termos prevalentes nas últimas décadas são o envelhecimento ativo na Europa e o envelhecimento bem-sucedido nos Estados Unidos da América (Paúl, Ribeiro, & Teixeira, 2012). Ambos derivam da mesma raiz científica, que assenta na perspetiva da atividade (Foster & Walker, 2014), e têm sido considerados em investigação e na política, como alternativas a um modelo débil de envelhecimento (Strawbridge, Wallhagen, & Cohen, 2002).

O envelhecimento ativo é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um «processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem» (OMS,

2002). As suas quatro noções chave são: (1) Autonomia; (2) Independência; (3) Qualidade de Vida; (4) Esperança de Vida Saudável. É de notar que para esta organização estar «ativo significa participar de um modo contínuo em todo tipo de assuntos da vida, sejam eles do foro social, cultural, económico, espiritual ou cívico, e não apenas a capacidade de estar fisicamente ativo ou de participar no trabalho» (*ibidem*). O termo envelhecimento bem-sucedido ganhou popularidade através do artigo *Human ageing: Usual and successful* (1987) de John W. Rowe e Robert L. Kahn, onde os autores defendem que doença e envelhecimento são processos distintos. Os seus principais resultados encontram-se na publicação intitulada *Successful aging* (Rowe & Kahn, 1997), que indica os três principais componentes que representam o modelo: (1) Baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada com doença; (2) Maximização das funções cognitivas e físicas; (3) Envolvimento/compromisso ativo com a vida. Outra proposta, amplamente difundida, no seio das teorias do envelhecimento bem-sucedido é de Paul B. Baltes & Margret M. Baltes, em *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (1990). A dupla apresenta uma teoria assente na perspetiva psicológica através de uma estratégia prototípica – a «otimização seletiva com compensação» (Baltes & Baltes, 1990). Constituindo uma dinâmica de equilíbrio entre ganhos e perdas, que envolve três processos, geralmente designados pelo acrónimo SOC – Seleção; Otimização e Compensação.

Na fundamentação teórica do nosso trabalho de investigação consideramos e desenvolvemos os conceitos de envelhecimento ativo e envelhecimento bem-sucedido. Todavia, estes não apontam diretamente a relevância que as atividades de natureza criativa e/ou artística podem ter na vida dos idosos, aludindo apenas à participação e envolvimento em atividades culturais. Pelo que buscámos, um modelo de envelhecimento complementar, que sustentasse o nosso estudo através do papel das artes e da criatividade na saúde e no bem-estar da população sénior, chegando assim, ao envelhecimento criativo.

A criatividade apresenta-se como um novo paradigma para o envelhecimento. Um paradigma que articula o potencial das pessoas mais velhas, em vez dos seus problemas (Hanna & Perlstein, 2008). Na sociedade contemporânea a criatividade é frequentemente associada aos mais jovens, como se esta fosse uma característica exclusiva da juventude. Mas a artista e crítica de arte, Fayga Ostrower, desconstruiu esta ideia na obra *Acasos e Criação Artística*, vejamos:

a criatividade é uma dimensão inerente ao ser humano, as potencialidades criativas, porém, só se darão a conhecer depois que a pessoa crescer, desenvolver-se e atingir sua maturidade, ou seja, só após os encontros com a vida. E é neste contexto que a sensibilidade e o potencial criador se revelarão, pois estão diretamente atrelados aos caminhos da vida, nos quais não existe atalho ou queima de etapas (Ostrower, 1999).³

O conceito de envelhecimento criativo apoia-se em trabalhos científicos pioneiros, centrados exclusivamente nos temas da criatividade e do envelhecimento, como é a

³ Ostrower, F. (1999). *Acasos e criação artística* (Santos, 2010).

obra de Gene Cohen (2000) *The Creative Age: Awakening Human Potential in the Second Half of Life*.

Uma das pioneiras do conceito de envelhecimento criativo é Susan Perlstein, investigadora nesta área há mais de vinte anos, fundadora do National Center for Creative Aging (NCCA) e da Elders Share the Arts, uma organização artística de cariz comunitário, que incentiva a expressão artística e cultiva o papel dos idosos, enquanto portadores de história e de cultura, gerando novas vias de conexão com a comunidade.

Na plataforma *Creative Aging Toolkit for Public Libraries*, desenvolvida pela Lifetime Arts, Inc, cuja missão é incentivar a prática do envelhecimento criativo, podemos atentar na sua definição:

o campo do envelhecimento criativo centra-se no benéfico e poderoso papel das artes para melhorar a qualidade de vida dos idosos e é cada vez mais reconhecido como um importante contributo para o envelhecimento positivo. Os investigadores vêm descobrindo que o envelhecimento do cérebro é muito mais plástico do que se acreditava anteriormente, e que a aprendizagem estruturada - especialmente através das artes - pode melhorar o funcionamento cognitivo e a qualidade de vida (Creative Aging Toolkit for Public Libraries, n.d.).

A equipa que colabora neste inovador “conjunto de ferramentas” acrescenta que o envelhecimento criativo é «uma prática que envolve a participação de adultos mais velhos (+55) em programas de arte (orientados por profissionais) focados no envolvimento e em competências de domínio social» (*ibidem*).

A prática do envelhecimento criativo tem emergido em três áreas distintas: (1) Saúde e Bem-estar (inclui arte terapia através de programas adaptados aos idosos institucionalizados e dirigidos à população com perda cognitiva); (2) Comunidade (programas direcionados para a utilização das artes como meio de desenvolvimento cultural ou cívico, incluindo programas e oportunidades, através dos quais os idosos podem contribuir para a vida das suas comunidades); (3) Aprendizagem ao Longo da Vida (programas de ensino de base comunitária, que visam desenvolver capacidades artísticas através de oficinas participativas e que, em geral, culminam com o compartilhamento público).

Entender as relações entre criatividade e envelhecimento é da maior importância, na medida em que torna possível a valorização do potencial dos indivíduos na terceira e quarta idade, restituindo-lhes o lugar da aprendizagem, do crescimento e da participação na comunidade ao longo da vida.

Das premissas do Teatro Comunitário e Teatro Aplicado à tentativa de conceptualização do Teatro Sénior

Nos últimos anos, a prática teatral com a comunidade tem vindo a desenvolver-se, à escala local, nacional e internacional. No entanto, a sua reflexão teórica e crítica tem ainda pouca expressão, sobretudo, quando relacionamos prática teatral e pessoas idosas, em contexto comunitário.

As terminologias do teatro que envolve um grupo de pessoas com alguma coisa em comum, variam de acordo com a época, o contexto político, social-cultural e artístico. E alguns investigadores desta matéria definem o fenómeno à luz da sua experiência e observação. Portanto, neste estudo, tivemos a preocupação de determinar as tipologias que, a nosso ver, melhor contextualizam a atividade em causa.

Em primeiro lugar analisámos o Teatro Comunitário, por considerarmos que é a terminologia mais utilizada no nosso país, em segundo, o Teatro Aplicado, pelo facto de ser um termo bastante desenvolvido entre a comunidade académica internacional. Ambos os termos são polémicos e não consensuais, abrangendo diversas práticas sob diferentes domínios (arte; política; educação; inclusão ou saúde). Ainda assim, cremos que partilham géneses e desígnios semelhantes, visando sempre o desenvolvimento das pessoas e das comunidades que integram.

Em terceiro lugar, quisemos, incluir o Teatro Sénior, opção que nos trouxe muitas dificuldades do ponto de vista conceptual, pela escassez de debate teórico sobre o termo. Mas a questão impôs-se - o que é o teatro sénior?

Wood (2007)⁴ refere que Teatro Sénior é uma prática realizada por pessoas com mais de 55 anos e descreve-a da seguinte forma:

o setor de teatro recreativo e ocupacional que mais rapidamente cresce na América do Norte e na Europa. À semelhança do teatro tradicional, o teatro sénior integra agora todo o tipo de teatro, desde grupos amadores e terapêuticos em lares, centros de dia e igrejas até companhias interdisciplinares, teatro comunitário, teatro universitário e companhias totalmente profissionais.

Por sua vez, Stewart (2004)⁵ sugere os propósitos do teatro sénior, em quatro objetivos gerais: (1) oferece a oportunidade dos idosos representarem; (2) educa o público sobre temas relativos aos seniores; (3) partilha a experiência de vida dos idosos; (4) cria estrutura e apoio social (para idosos). Sublinhando que, em cada uma destas quatro áreas há uma variedade de oportunidades de aprendizagem e socialização.

E por meio do *Senior Theatre Resource Center* [Centro de Recursos sobre Teatro Sénior], nos EUA, acedemos a algumas considerações de Bonnie L. Vorenberg, a sua principal dinamizadora, que faz a seguinte caracterização:

Grande parte dos grupos de teatro sénior são amadores, embora existam alguns profissionais. À semelhança dos grupos de teatro comunitário, os participantes vivem geralmente na área onde se realizam as sessões de prática teatral. A maioria dos programas incluem 11 a 20 participantes, que permanecem no grupo de 1 a 3 anos, deixando apenas por doença ou outros compromissos (Vorenberg, 2011).

⁴ Woods, A. L. (2007). Eileen Heckert drama for seniors competition. *Lawrence and Lee Theatre Research Institute*, The Ohio State University. Citado em Kole (2009).

⁵ Stewart, D. (2004). What is senior theatre? *The Bulletin of the Senior Theatre League of America*, 2(1), 8-9. Citado em ibidem.

Embora estas breves definições tenham sido formuladas com base na experiência teatral com seniores, a partir de uma realidade diferente da nossa, parece-nos que se aplicam e, que se adequam aos grupos de teatro sénior em Portugal. Apesar disso, a necessidade de conceptualizar o termo subsiste, tal como a necessidade de registar, investigar e divulgar as experiências realizadas na área.

Artes e Saúde – um campo de ação multidisciplinar

A esfera de ação das artes e da saúde⁶ é multidisciplinar e abrange todo o trabalho realizado através da consecução de práticas artísticas na área da saúde e em contextos comunitários. Este campo integra a nossa investigação, porque é, geralmente, na última etapa do ciclo de vida que o ser humano se encontra mais vulnerável, e consequentemente mais suscetível de desenvolver problemas na área da saúde. Além disso, aquilo que procuramos compreender junto dos seniores que exercem a atividade teatral, são aspetos que possam favorecer a sua saúde e o seu bem-estar.

Mike White⁷ denomina genericamente estas matérias de artes em saúde comunitária [arts in community health]. Menciona que o pioneirismo destas práticas começou no Reino Unido, no final dos anos oitenta, através de projetos-piloto esporádicos, dedicados ao desenvolvimento das artes locais para a promoção da saúde e, aos cuidados primários. Para este autor, as «artes em saúde comunitária são uma área distinta de atividade que opera, principalmente, fora das situações graves de saúde, sendo caracterizada pela utilização de artes participativas para promover a saúde» (White, 2009).

O Arts Council England, agência nacional para o desenvolvimento das artes em Inglaterra, no documento estratégico *The arts, health and wellbeing* define “artes e saúde”, da seguinte maneira:

atividades baseadas nas artes que visam melhorar a saúde individual e comunitária, assim como os cuidados de saúde, e que reforçam o ambiente dos cuidados de saúde através de trabalho artístico ou performances» (Arts Council England, 2007).

Através da mencionada agência consultámos o trabalho da *The National Alliance for Arts, Health & Wellbeing* [Aliança Nacional para as Artes, Saúde e Bem-estar], criada em 2012, com o objetivo de demonstrar, o papel que a criatividade pode desempenhar na saúde e no bem-estar. Nesse sentido, esta organização desenvolveu a *Charter for Arts, Health and Wellbeing* onde expõe importantes observações sobre o campo:

As artes no contexto da saúde utilizam diversas e dinâmicas disciplinas numa variedade de cuidados de saúde em contextos comunitários para fins expressivos, reabilitativos, educacionais e terapêuticos. Algumas no sentido da prevenção, outras para ajudar no processo de recuperação, outras ainda para melhorar a qualidade de vida das pessoas, a longo prazo ou em condições terminais. As artes criativas

⁶ São muitos os termos em língua inglesa para denominar este campo. Alguns exemplos: arts for health; arts and health; arts into health; healing arts; arts in health.

⁷ Mike White foi um investigador do Centro de Humanidades Médicas, na Universidade de Durham. O reconhecimento internacional do seu trabalho tem influenciado a comunidade científica nesta área.

contribuem para dar sentido à nossa condição humana, abrem espaço ao coração e à escuta da alma. Encorajam o envolvimento ativo com o mundo em redor, ajudam pessoas na aprendizagem contínua e a estabelecer conexões entre elas, contribuindo assim para as suas comunidades (Jackson, 2012).

Esta abordagem aplica-se a variadas práticas artísticas, ocorre em diferentes locais e pode ser dinamizada individualmente ou em grupo.

Estratégia e Processo de Investigação

A estratégia de investigação assentou sob a metodologia qualitativa, que pressupõe um modelo fenomenológico na qual a realidade é enraizada nas perceções dos sujeitos; o objetivo é compreender e encontrar significados através de narrativas verbais e de observações (Bento, 2012). O método utilizado foi o estudo de caso, por se tratar de uma abordagem metodológica adequada quando o que visamos é compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores. No processo de recolha de dados, recorreremos a diversas técnicas, designadamente: inquérito por questionário; observação participante; observação direta e indireta; grupo de discussão (*focus group*) e entrevista semidirigida. Na análise de dados adotámos como método principal, a análise de conteúdo.

O trabalho foi inaugurado com um encontro que contemplou a minha apresentação ao grupo e vice-versa e, obviamente visou o enquadramento da investigação que tencionávamos levar a cabo. Deste encontro resultou um plano de sessões de acompanhamento e apoio à prática teatral, devidamente articulado entre a responsável da investigação e a equipa de coordenação do Projeto de Teatro Sénior. Na primeira fase, acompanhámos os ensaios do grupo regularmente (uma vez por semana) durante os meses de maio e junho de 2014, resultando num total de 10 sessões, com duração de aproximadamente 2h30m. As sessões decorreram na sala polivalente da Biblioteca Municipal de Silves e no palco do Teatro Mascarenhas Gregório. O acompanhamento incluiu, o apoio à prática teatral, a participação no processo criativo, no ensaio geral, assim como, nas duas apresentações do primeiro espetáculo, nos últimos dias do mês de junho, de 2014. Na segunda fase, seguimos o resultado do trabalho do grupo sénior, no ensaio geral e na apresentação pública da segunda criação teatral, no mês de julho de 2015.

Projeto de Teatro Sénior – breve contexto

O Projeto de Teatro Sénior decorreu no concelho de Silves, no Algarve. A iniciativa, concebida e implementada pelos técnicos do setor de ação social e setor de cultura da Câmara Municipal de Silves, almejou ser um complemento ao programa desenvolvido no âmbito da promoção do envelhecimento ativo, que incluía maioritariamente atividades físicas. A ideia de promover a atividade teatral foi sugerida por elementos dos grupos seniores, que já participavam noutras iniciativas dos Pólos de Educação ao Longo da Vida do Município de Silves. O manifesto interesse dos seniores pelo teatro levou o setor de ação social, em articulação com o setor de cultura a lançar a oficina “Da Palavra ao Palco” em janeiro de 2014. Esta oficina foi o mote para o desenvolvi-

mento do Projeto de Teatro Sénior, que decorreu em quatro freguesias do concelho: Armação de Pêra; São Bartolomeu de Messines; Silves e Tunes. Dando, posteriormente, origem à criação de quatro grupos de teatro sénior, correspondentes a cada uma das referidas freguesias. A partir da nossa análise de dados, identificámos quatro áreas que o Projeto de Teatro Sénior quis fomentar: (1) Envelhecimento Ativo; (2) Valorização do Património Cultural Imaterial; (3) Acesso e Participação Cultural; (4) Envolvimento Comunitário.

Dos quatro grupos constituídos, seleccionámos um único grupo - o Grupo de Teatro Sénior de Silves - no intuito de compreender a experiência teatral de cada um dos participantes de forma mais detalhada.

Participantes

Na primeira fase do estudo (Projeto de Teatro Sénior, 2014), o Grupo de Teatro Sénior de Silves (GTSS) era constituído por 16 (dezasseis) elementos, dos quais 15 (quinze) colaboraram de forma contínua e efetiva no trabalho de investigação. Deste grupo, 13 (treze) eram pessoas com mais de 55 (cinquenta e cinco) anos e 2 (dois) eram técnicos da Câmara Municipal de Silves: 1 (uma) do setor de ação social, na qualidade de técnica de intervenção comunitária; e 1 (um) do setor de cultura, na qualidade de gestor cultural. Pontualmente, contámos ainda com a participação de 1 (uma) vereadora do município.

O grupo integrou 13 (treze) idosos, 11 (onze) do sexo feminino e 2 (dois) do sexo masculino. A idade dos intervenientes, à data da realização do estudo, compreendia-se entre os 60 (sessenta) e os 80 (oitenta) anos.

Para todos os idosos do Grupo de Teatro Sénior de Silves, foi a primeira vez que experimentaram e/ou tiveram a oportunidade de participar num grupo de teatro. O que é especialmente significativo, se se pensar que a experiência teatral implica um desafio individual e coletivo que requer o desenvolvimento de aspetos estritamente ligados à capacidade de adaptação, transformação e exposição. Todos consideraram importante a sua participação no GTSS. Além disso, constatámos que todos os intervenientes valorizaram a experiência, apontando um ou outro motivo que justificou a importância atribuída, como são exemplos: o convívio; a partilha; ou questões relacionadas com a atividade mental.

Na segunda fase do estudo (Projeto de Teatro Sénior, 2015), o grupo foi constituído por 14 (catorze) pessoas, das quais 12 (doze) tinham mais de sessenta anos e 2 (dois) são técnicos do município de Silves. Todos os elementos participaram na edição anterior, há exceção de 1 (um) elemento. Por isso, considerámos que o grupo de participantes, acima descrito, se manteve.

Contributos do Teatro para o Envelhecimento Cri(Ativo)

O processo de exame e análise tornou-se exigente, devido ao volume e à diversidade de informação, ademais, porque convocámos aspetos mencionados na revisão da literatura, ao mesmo tempo, que acrescentámos conhecimentos de natureza teórica e empírica de outros trabalhos científicos. Contudo, por meio da ponderação e confluên-

cia de informação concebemos um leque de contributos organizados em 7 (sete) categorias e respetivas subcategorias:

- (1) Participação - Experiência Criativa; Reminiscência.
- (2) Saúde Mental – Estímulo da Memória; Diminuição da Ansiedade; Espontaneidade e Autoconfiança.
- (3) Socialização – A Importância do Convívio e Diminuição do Isolamento.
- (4) Cooperação – Empatia.
- (5) Envolvimento Pessoal e Compromisso com a Vida – Significado e Sentido.
- (6) Valorização e Reconhecimento – Valorização Pessoal; Reconhecimento e Desmistificação do Estigma Associado à Velhice.
- (7) Superação – Esperança e Perspetivas de Futuro.

Seguidamente, faz-se uma sucinta exposição das referidas categorias.

Participação

A participação da população idosa em atividades de carácter social e cultural não é apenas um fator importante, mas é uma questão incontornável na maioria das teorias e práticas que desenvolvem uma abordagem positiva do envelhecimento.

Das questões efetuadas sobre a experiência da participação do grupo, emergiram dois itens associados a esta: experiência criativa e reminiscência.

Experiência Criativa

A experiência da criação coletiva foi um processo que revelou e colocou em prática a capacidade criativa das pessoas. Pois, ao considerar e valorizar os seus conhecimentos, instalou a confiança necessária à partilha e à expressão das suas ideias. Apesar da dificuldade dos participantes na descrição dos detalhes da experiência criativa, o gosto pela atividade, a satisfação, o sentimento de felicidade e o contentamento foram demonstrados de forma clara. O desafio criativo provocou uma reação que facilitou a mudança e a resolução de problemas, não apenas no contexto da prática teatral, mas também na vida diária, aspeto este, que estimulou o desenvolvimento da tão aclamada proatividade, impulsionando os novos atores à ação.

Reminiscência

As duas peças de teatro levadas à cena pelo Grupo de Teatro Sénior de Silves surgiram a partir de um processo criativo que partiu das suas memórias, da recolha de tradições e costumes locais, e da história e estórias da sua comunidade. Houve, assim, um trabalho que recorreu à reminiscência, estimulando a participação de todos e envolvendo o grupo no processo de criação artística. Este método visou incluir o universo identitário das pessoas, trabalhando aspetos próximos destes ou do seu interesse, no intuito de envolver os participantes a partir da sua motivação. A criação teatral através das memórias revelou-se muito importante para os participantes do GTSS, porque a

reminiscência é uma busca de sentido – uma pesquisa para a compreensão do passado. No fundo, um redesenhar da nossa origem – um processo para descobrir e redescobrir quem somos através de ligações entre diferentes aspetos da nossa vida, família e comunidade (Gibson, 2011).

Saúde Mental

A saúde mental, enquanto resultado da prática teatral que acompanhamos, fundamenta-se pela quantidade de subcategorias, significativa e clara, que os participantes e responsáveis do Projeto de Teatro Sénior expuseram neste âmbito. Dos diversos fatores apontados pelo grupo, selecionamos três: estímulo da memória; diminuição da ansiedade; espontaneidade e autoconfiança.

Estímulo da Memória

Os benefícios associados à memória constituíram um dos aspetos mais referidos pelos participantes nos dois grupos discussão. As expressões mais nomeadas foram “isto faz bem à cabeça” ou «Aqui é mais a memória. A cabecinha é que tem que trabalhar mais». A investigação avançada também tem dado a conhecer resultados específicos de intervenções teatrais com idosos que demonstram a melhoria da saúde cognitiva. Exemplo disso, são os muitos estudos de Helga Noice e Tony Noice (Noice & Noice, 2006, 2013; Noice, Noice, & Graham, 2004; Noice, Noice, Perrig-Chiello, & Perrig, 1999) que verificam o aumento da memória e reconhecimento, maior capacidade na resolução de problemas, bem-estar psicológico e estímulo da criatividade.

Diminuição da Ansiedade

A diminuição da ansiedade foi outro dos fatores observado ao longo da prática teatral do GTSS. Os dados revelam, sobretudo, “distração” de situações difíceis ou esquecimento dos problemas da vida, alívio do *stress*, sentimentos de leveza, relaxamento e até diminuição da medicação. Inferimos também que os participantes beneficiaram de momentos de descontração, alegria ou felicidade - fatores que promovem a redução do estado ansioso, e que simultaneamente minimizam a depressão, associada à ansiedade.

Espontaneidade e Autoconfiança

No decurso da prática, o grupo mostrava cada vez mais espontaneidade e autoconfiança. À medida que o trabalho avançava os sentimentos de receio, medo ou incapacidade diminuíam, dando lugar a expressões como: estamos mais «à vontade», «mais soltos», «confiantes». O desenvolvimento das faculdades expressivas é um processo inerente à atividade dramática, que por sua vez ativa e fortalece a espontaneidade nas pessoas que a praticam. A autoconfiança é um fator que os artistas adquirem através da participação no teatro (Shaw, 1989).

Socialização

O teatro, enquanto campo ancestral de socialização (Bidegain, 2011), é uma atividade que favorece a relação com o outro a um nível distinto, especialmente, pela implícita necessidade de envolvimento individual e coletivo subjacente ao processo. Os participantes do GTSS salientaram a importância do convívio e aludiram à diminuição do isolamento.

A importância do Convívio e a Diminuição do Isolamento

O convívio assumiu-se com um dos pontos mais fortes e consensuais da atividade teatral, pelo facto de minimizar sentimentos de solidão e de isolamento, especialmente, nas pessoas viúvas. Apurámos que o espaço de socialização do teatro pode distinguir-se pela qualidade do convívio que facilita – difícil de atribuir a outras atividades, artísticas ou não, e cremos que isso acontece, essencialmente, porque o principal veículo de cura é o ser humano que participa, em constância com a sua dimensão individual e coletiva.

Cooperação

A metodologia utilizada recorreu ao processo colaborativo, desencadeando um amplo trabalho na área da cooperação. Identificámos esta componente social através de manifestações de companheirismo, interajuda e espírito de grupo. Notámos também, que por via da cooperação, as relações afetivas e os vínculos interpessoais estabelecidos promoveram o desenvolvimento da empatia entre os participantes.

Empatia

Entendendo, empatia, como «uma característica humana ou como uma capacidade nativa de sentir e compreender o estado emocional de outras pessoas» (Bodenhorn & Starkey, 2005), observámos que se estabeleceram relações de empatia no grupo, através da atmosfera de comunidade e camaradagem desencadeadas pelo exercício do teatro. E que a afetividade e familiaridade aumentaram o fator empático.

Envolvimento Pessoal e Compromisso com a Vida

Verificou-se um elevado nível de envolvimento pessoal ao longo dos vários meses que a atividade decorreu, bem como, um novo compromisso com a vida.

A coordenação do projeto destacou o envolvimento dos participantes, quer pelas especificidades relativas ao vínculo e à identificação que o teatro promove, quer pelo compromisso que estabelece. Ressaltou a importância deste último, sendo que é na fase mais avançada do ciclo de vida, que a ausência de compromissos conduz frequentemente à perda de sentido e/ou significado da vida.

Significado e Sentido

Percebemos que o envolvimento pessoal do grupo estava relacionado com o significado que a experiência teatral produzia nos participantes, isto é, a restituição de um propósito, de um sentido, de um impulso na vida, que por sua vez fora reforçado através do compromisso. Desta maneira, o compromisso e a responsabilidade, que os elementos do GTSS assumiram perante o desafio do teatro, permitiu-lhes resgatar facetas das suas funções sociais, renovando parte do seu papel na comunidade.

Valorização e Reconhecimento

A valorização pessoal, a par do reconhecimento obtido através da apresentação pública de ambos os espetáculos foi muito gratificante para os seniores. Estes aspetos contribuíram para a desmistificação do estigma associado à velhice.

Valorização Pessoal

Os testemunhos associados à valorização pessoal foram, sem dúvida, dos mais partilhados pelo grupo. Alguns participantes, repletos de orgulho, relataram a sua experiência teatral como um “prazer”, um “valor” e até mesmo como um “sonho”. A articulação da valorização com a gratidão que os idosos sentiram, conduziu-nos à apreciação do reconhecimento da comunidade local.

Reconhecimento e Diminuição do Estigma Associado à Velhice

O reconhecimento chegou por parte de familiares, amigos, vizinhos e demais público, o qual teve grande repercussão nos atores. As ações e esforços reconhecidos, o orgulho dos outros em relação si, quando traduzidos em aplausos e manifestações afetivas, são experiências desejáveis pelo seu poder transformador, particularmente, neste período da vida. Simultaneamente, constatámos a surpresa do público em relação ao desempenho e às capacidades dos seniores, uma vivência que desconstrói preconceitos e diminui o estigma associado à velhice, tão presente na sociedade atual.

Superação

O processo de superação aconteceu, gradualmente, e à medida que o grupo experienciava os jogos e as técnicas teatrais, o receio inicial decrescia. Neste sentido, o suporte da equipa que acompanhou o grupo revelou-se crucial, mas o fator mais importante a sublinhar foi o apoio mútuo, que gerou coragem e esperança coletiva. A transição implicou um esforço ativo e consciente de todos os seniores, criando mudança e devolvendo a muitos aquela disposição que convida ao sonho.

Esperança e Perspetivas de Futuro

Concluimos que a participação em novas experiências pode beneficiar o desenvolvimento de ideias viradas para o futuro e aumentar os níveis de esperança a quem delas beneficia. Os dados sugerem que os constantes desafios da prática teatral podem

promover aspetos inerentes a um estado motivacional positivo. A motivação e/ou o desejo de continuar no grupo, confirmam a expectativa de futuro e de continuidade.

Considerações Finais

Da fundamentação teórica subjacente ao nosso estudo salientamos, em primeiro lugar, o envelhecimento criativo, um conceito inovador que tanto facilita a compreensão da criatividade, como reforça a importância das atividades artísticas, enquanto prática promotora de qualidade de vida e do bem-estar nos idosos. Em segundo lugar, o conceito de teatro sénior, uma designação frequentemente utilizada no nosso país, mas que carece de uma definição sólida e apurada, a qual se justificaria tanto pela utilização do termo, como pelo crescente número de atividades teatrais com seniores. Em terceiro e último, referimos o emergente campo das «artes e saúde» pela sua ação multidisciplinar, através das práticas artísticas no contexto da saúde comunitária, com vista a intervenções de carácter expressivo, reabilitativo ou terapêutico.

No intuito de compreender os benefícios do teatro no processo de envelhecimento, acompanhámos o Grupo de Teatro Sénior de Silves em dois períodos distintos, com o objetivo de realizar uma análise comparativa entre as duas experiências de criação teatral. Nas sessões de acompanhamento tivemos oportunidade de caracterizar os participantes, integrar o processo criativo, observar e participar, assim como de produzir registos e recolher dados. Este manancial de informação permitiu-nos analisar o impacto da atividade teatral nos intervenientes, as relações estabelecidas e os efeitos desta. Assim, chegámos aos contributos acima descritos, os quais sugerem que o teatro constitui uma atividade eficaz para alcançar o bem-estar e o aumento da qualidade de vida dos idosos. Os resultados também indicam que a prática teatral tem potencialidades para se afirmar como um importante meio de intervenção social, um veículo inovador para a promoção da saúde, tal como um instrumento para a desmistificação de estereótipos associados ao envelhecimento.

As maiores dificuldades na prossecução deste estudo deveram-se ao acesso à informação sobre o tema, isto é, à literatura devidamente revisada e documentada, quer especificamente acerca da questão – quais os contributos do teatro para o envelhecimento ativo/criativo – quer inclusivamente sobre as áreas de interseção que a investigação comporta. Todavia, acreditamos que este é um campo promissor, onde não é difícil encontrar exemplos e práticas, o qual carece de atenção por parte da comunidade académica e, que em nosso entender, merece ser registado e estudado no contexto nacional, criando bases científicas que facultem mais evidências.

Referências Bibliográficas

- Arts Council England. (2007). *The arts, health and wellbeing*. Retrieved from <http://www.artscouncil.org.uk/media/uploads/phpC1AcLv.pdf>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Bento, A. V. (2012). Investigação Quantitativa e Qualitativa: Dicotomia ou complementaridade? *Revista JA (Ass. Acad. Univ. Da Madeira, n.º 64)*, 40–43.
- Bidegain, M. (2011). Teatro Comunitario Argentino: teatro habilitador y re-habilitador del ser social. *Stichomythia, 12*, 81–88.
- Bodenhorn, N., & Starkey, D. (2005). Beyond Role-Playing: Increasing Counselor Empathy Through Theater Exercises. *Journal of Creativity in Mental Health, 1*(2), 17–27. <http://doi.org/10.1300/J456v01n02>
- Creative Aging Toolkit for Public Libraries. (n.d.).
- Foster, L., & Walker, A. (2014). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist, 0*(0), 1–8. <http://doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- Gibson, F. (2011). *Reminiscence and life story work: a practice guide* (Fourth Edi). Jessica Kingsley Publishers.
- Hanna, G., & Perlstein, S. (2008). Creativity Matters: Arts and Aging in America. *Monograph, 46*(6).
- Jackson, R. (2012). *A Charter for Arts, Health and Wellbeing*. Retrieved from www.artshealthandwellbeing.org.uk
- Kole, J. E. (2009). *Theatre and aging: directors' practices with aging performers in senior theatre settings*. Union Institute & University Cincinnati, Ohio.
- Noice, H., & Noice, T. (2006). A Theatrical Intervention to Improve Cognition in Intact Residents of Long Term Care Facilities. *Clinical Gerontologist, 29*(3), 59–76. http://doi.org/10.1300/J018v29n03_05
- Noice, H., & Noice, T. (2013). Extending the Reach of an Evidence-Based Theatrical Intervention. *Experimental Aging Research, 39*(4), 398–418. <http://doi.org/10.1080/0361073X.2013.808116>
- Noice, H., Noice, T., & Graham, S. (2004). A Short-Term Intervention to Enhance Cognitive and Affective Functioning in Older Adults. *Journal of Aging and Health, 16*(4), 562–585.
- Noice, H., Noice, T., Perrig-Chiello, P., & Perrig, W. (1999). Improving memory in older adults by instructing them in professional actors' learning strategies. *Applied Cognitive Psychology, 13*(4), 315–328. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0720\(199908\)13:4<315::AID-ACP581>3.0.CO;2-M](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0720(199908)13:4<315::AID-ACP581>3.0.CO;2-M)
- OMS. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 10*. <http://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist, 37*(4), 433–440.

- Santos, M. P. G. (2010). A capacidade de Criação envelhece? Questões que nos fazem pensar se tudo tem hora para acabar. *Revista RecreaArte* 8.
- Shaw, M. (1989). *Beyond the Porch, Beneath the Lights: Outlets for Self-Expression in Aging - Theatre for Seniors*. San Francisco, California.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <http://doi.org/10.1093/geront/42.6.725>
- Vorenberg, B. L. (2011). The New Senior Theatre Survey: A Reflection Of What ' s Happening In Community Theatres. *AACT Spotlight*.
- White, M. (2009). *Arts Development in Community Health: A Social Tonic*. Radcliffe Publishing. Retrieved from <https://books.google.com/books?id=o4-GyHzU7U8C&pgis=1>

O Papel dos Projetos de Animação Sociocultural com Idosos Institucionalizados

Carla Delgado¹
Rosanna Barros²

Resumo

O envelhecimento da população tem acontecido exponencialmente em todo o mundo, sendo este um conceito pluridisciplinar explicado à luz de diversas perspetivas. Neste capítulo, por um lado, o envelhecimento é pensado segundo o enfoque do ciclo de vida (*life-span*), que tem procurado contribuir para a mudança da conceção negativa do idoso, um ser doente e passivo, colocando a tónica na possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso de vida, e por outro lado, a transição para a reforma é considerada como uma das mais impactantes na (re)definição identitária dos indivíduos.

Sendo a Animação Sociocultural uma metodologia de intervenção importante, desde este prisma teórico-conceitual, para o desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos, este capítulo desenvolve-se assente nos dados empíricos oriundos de um estudo de caso situado no Algarve, em que nos interessou indagar acerca do papel deste tipo de projetos em contexto de centro de dia, através das perceções dos próprios idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Envelhecimento e Institucionalização; Animação Sociocultural e Qualidade de Vida; Projetos de Animação; Centros de Dia.

Abstract

Population has been ageing in an exponential way all over the world. The ageing concept is pluri-disciplinary and is analysed from different perspectives. In this chapter we adopt the life-span framework and considered the transition to pension as the most relevant in individual's lives.

As Sociocultural Animation is one important intervention methodology that contributes to improve the quality of life of elders, the chapter uses empirical data from a case study in Algarve, where the role of an animation project in a day centre is evaluated from the elders point of views.

Keywords: Ageing and Institutionalization; Sociocultural Animation and Quality of life; Animation Projects; Day Centres.

¹ Associação dos Reformados, Pensionistas e Idosos do Concelho de Faro (ARPI). carladelgado.87@hotmail.com

² Universidade do Algarve. rbarros@ualg.pt

Introdução – notas sobre o processo de envelhecimento

Os seres humanos desenvolvem-se através de sucessivos e interrelacionados processos que vão provocar mudanças psicológicas, biológicas e sociais. Desde este prisma o envelhecimento é entendido como um processo, e não como um estado, que se desenvolve ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo e que está sujeito a vários tipos de fatores que o influenciam (Fernández-Ballesteros, 2009).

Assim, é possível mapear diversos tipos de influências que condicionam o envelhecimento. Segundo Baltes, Reese e Lipsitt (1980) torna-se útil pensar em três categorias, designadamente: i) as influências relativas ao grupo etário; ii) as que estão relacionadas ao período e conjuntura histórica; iii) e as que estão ligadas à biografia e características das opções pessoais. Sendo que as duas primeiras apresentam um caráter coletivo e a terceira individual. Deste modo, as influências ligadas ao grupo etário relacionam-se com as determinantes biológicas e ambientais muito associadas à idade cronológica, possíveis de prever e comuns a todos os indivíduos, mas que se processam de modo autónomo sem capacidade de influência por parte dos indivíduos, como acontece, por exemplo, com a maturação biológica. Já as influências relacionadas com as conjunturas históricas, são usualmente designadas por ‘efeito de coorte’, e elucidam para o facto de que cada geração tem os seus marcos político-históricos, como foram, por exemplo, a primeira e segunda Guerra Mundial que marcou profundamente o curso da vida das gerações que a viveram. Por fim, as influências relativas à história pessoal, que ao contrário das categorias anteriores se encontram sob o controlo do indivíduo na medida em que são fruto das suas escolhas, dizem respeito a aspetos interpessoais, como o casamento, o divórcio, a constituição de família, a escolha da profissão, entre outros exemplos; quer a aspetos pessoais, como por exemplo, as opções que se traduzem na adoção de estilos de vida.

Portanto, é importante notar que existe, desde logo, uma acentuada variabilidade associada ao processo de envelhecimento (Sequeira, 2010, Fontaine, 2000). Ora este facto, traduziu-se em distintos modos de o perceber, sobressaindo três prismas: o prisma do envelhecimento normal, que se processa sem patologias; o patológico, que ao invés ocorre com o surgimento de múltiplas patologias, não raras vezes crónicas; e o bem-sucedido, definido através de três componentes, a baixa probabilidade de doença e de incapacidade, elevado funcionamento cognitivo e capacidade física, e ainda um comprometimento ativo com a vida (Rowe & Kahn, 1997).

Deste modo o envelhecimento se tornou um conceito pluridisciplinar (Paúl, 2005), conceptualizado à luz de diversas disciplinas e teorias associadas. Destacamos assim, como abordagens mais comuns na literatura, a biológica e genética, a psicológica e o enfoque do ciclo de vida, tecendo-se algumas considerações que nos parecem mais importantes para cada uma. Ora, se as teorias biológicas sustentam que o envelhecimento se explica a partir de dois processos que se complementam, o declínio fisiológico e o maior número de doenças. Já as teorias genéticas explicam o envelhecimento defendendo que cada espécie se aproxima de determinada idade em virtude da sua herança genética. De ambas resulta um entendimento sobre o envelhecimento que o percebe como consistindo num conjunto de processos biológicos que são geneticamente determinados, e que se desenrola de acordo com uma sequência de etapas essenciais, sendo a primeira,

o crescimento e desenvolvimento; a segunda a maturação; e a terceira a evolução e declínio. Por seu turno, as teorias psicológicas assentam no facto de que as mudanças (crescimento, estabilidade e declínio) ocorrem no funcionamento psicológico ao longo da passagem do tempo e consequentemente da idade. Considera-se que há fatores psicológicos que vão sendo adquiridos e têm influência no modo como as pessoas envelhecem, nomeadamente a autoeficácia, que consiste na crença que cada um tem na sua capacidade de ter o controlo da sua vida e a forma como os indivíduos se adaptam às transições (como por exemplo a reforma) e aos períodos de crise (como por exemplo o luto). Neste âmbito, o enfoque do ciclo de vida (*life-span*) tem vindo a representar um incontornável marco teórico nos estudos acerca do envelhecimento, sobretudo, como referem Scoralick-Lempke e Barbosa, porque vem contribuindo para "mudar a conceção de que o idoso é um ser passivo e doente, ressaltando a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso da vida (2012, p. 647). Este enfoque do ciclo de vida permite pensar na ideia de equilíbrio entre os ganhos e as perdas, ainda que durante a velhice predomine o declínio face ao crescimento; e na existência de faculdades psicológicas que declinam com a idade (inteligência fluída) e outras que não declinam (inteligência pragmática ou cristalizada); bem como na variação dos próprios processos de envelhecimento. É deste modo, com base nesta perspetiva de ciclo de vida, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) sustenta a importância de começar desde cedo a pensar na idade mais avançada, empreendendo-se esforços para adotar hábitos de vida saudáveis ao longo da vida, que poderão condicionar a forma como se vai envelhecer (WHO, 2002).

Face a tudo o que foi apresentado anteriormente podemos considerar que a velhice é um período que é vivido de forma diferente de indivíduo para indivíduo (Sequeira, 2010), revelando-se quer segundo dados objetivos mas, também, subjetivos, e que se relacionam com a forma como a pessoa vê e atua sobre o seu próprio envelhecimento (Firmino, Nogueira, Neves & Lagarto, 2014). Tal pode significar, em última instância, que cada um de nós tem várias idades (Paúl, 2005).

A transição para a reforma – resignificações identitárias

O desempenho da atividade laboral, bem-sucedida do ponto de vista individual e útil do ponto de vista social, traduz-se numa das principais formas de integração social bem como de preservação da saúde mental. Neste sentido para além do fator económico, existem um conjunto de outros elementos subjetivos relacionados com a atividade profissional, dos quais sobressaem: a formação de identidade pessoal e estatuto social; a aprendizagem interpares com possibilidade de expressão de capacidades individuais; e a experiência de um sentimento de realização pessoal. Fonseca (2012) vai, inclusive mais longe, afirmando que é o trabalho que atribui razão e sentido á vida.

Assim sendo, a entrada na reforma é comumente apontada como o momento em que se começa a ser idoso e ainda como o início da perda, do declínio e da deterioração. Contudo, Fernández-Ballesteros (2009) refere que de acordo com o modelo biomédico é sabido que ao longo da vida, passado o período de forte crescimento que nos

permite atingir a maturação todos os nossos sistemas biológicos começam a perder eficiência.

Ora, a transição da vida ativa para a reforma pode ser considerada uma das mais impactantes (Hendry, 2015), na medida em que tem repercussões diretas na identidade pessoal e no estatuto social; alterando as oportunidades quer de expressão de capacidades individuais quer da experiencição de um sentimento de realização pessoal. Por outras palavras, a transição para a reforma apresenta-se como uma situação extremamente delicada no que diz respeito ao bem-estar psicológico, social e material dos indivíduos. De facto, nas sociedades modernas assentes no 'contrato social' e no salário, se tivermos em conta as fortes e crescentes desigualdades sociais torna-se mais perceptível a relação, já apontada na literatura, entre reforma e problemas de nível económico, nomeadamente inerentes a pensões baixas, e entre reforma e isolamento social, solidão, abandono e marginalização (Quintana, 1993).

A mudança do papel desempenhado na sociedade que está associado ao período de reforma pode, frequentemente, resultar em significativos níveis de inatividade com riscos de desintegração (Cruz, 2003), mas pode, igualmente, resultar em aproveitamento do maior tempo livre disponível para participar ativamente nos contextos em que a vida se desenrola (Osorio, 2000). Ora, quando se dá a rutura com o trabalho e tudo o que o mesmo envolve e se entra numa outra fase, torna-se imperativo que os indivíduos estabeleçam previamente formas de adaptação a novas situações. Existem algumas características inerentes ao contexto de vida do individuo na sua fase ativa que vão influenciar essa adaptação, tais como o nível cultural, social, económico, modo e estilo de vida, situação geográfica, etc. (Fonseca, 2012).

De certo modo, podemos considerar que uma transição para a reforma bem-sucedida é aquela que se expressa em ações tendentes a contrariar a passividade, o sentimento de desvalorização e a diminuta participação em atividades socioculturais. Não obstante também acontecer que as participações na sociedade, aos mais diversos níveis, que são realizadas pelos idosos se tornarem, frequentemente, invisíveis por serem contribuições fora do mercado de trabalho (Castiello, Martín, Villarejo & Truchado, 2007). Cumulativamente verifica-se, também, a existência de diversos tipos de preconceitos que dificultam a aceitação da ideia que os idosos reformados podem continuar a ter uma participação social ativa, ainda que em diferentes moldes, como por exemplo a ideia generalizada de que a velhice é sinónimo de deterioração cognitiva. Com efeito, embora se possa dar algum declínio próprio desta fase da vida, como por exemplo se constata com a necessidade de mais tempo para concretizar novas aprendizagens ou o agravamento de problemas relacionados com a memória, estes aspetos não comprometem de forma determinante a cognição, nem o desempenho das tarefas quotidianas. E ter presente este facto poderá fazer a diferença no momento de pensar o autoconceito, a identidade e a própria qualidade de vida dos idosos (Azevedo & Teles, 2011). Trata-se de uma mudança de entendimento essencial para se poder (re)conhecer o papel social das pessoas mais velhas.

Entre o domicílio e o internamento: os centros de dia e os idosos institucionalizados

É consensual considerar que existe institucionalização do idoso, quando este está todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua família. De acordo com Jacob (2007a), na viragem do século em Portugal a grande maioria (82%) das respostas sociais para idosos é levada a cabo pelo terceiro sector, em especial pelas Instituições Particulares de Segurança Social (IPSS), associações privadas sem fins lucrativos, estando os restantes 18% divididos entre o sector público governado pelo Estado e o sector privado lucrativo. As respostas sociais institucionalizadas dirigidas aos idosos contemplam o serviço de apoio domiciliário, que passa pela alimentação, higiene, entre outros, prestados na casa do idoso por profissionais ou voluntários especializados; e a institucionalização, em que são prestados serviços de acolhimento ou tratamento especializado e podem ser de carácter permanente (lares, hospitais e residências) ou parcial (centros de dia, centros de convívio, etc.).

Ora, o sistema nacional de proteção à população idosa caracteriza-se por ser assistencialista, na medida em que este sistema de proteção é concebido para colmatar necessidades imediatas da população carenciada. Este tipo de sistema define-se fundamentalmente pela separação dos sistemas social e de saúde, pelos poucos recursos económicos, e pela cobertura insuficiente da satisfação das necessidades das pessoas em situação de dependência, e onde também a família assume um lugar de destaque na prestação de cuidados (Martin & Brandão, 2012).

Para além disto, este sistema público apresenta-se nuclearmente centralizado na intervenção da Segurança Social, onde apesar de ser determinante o papel das parcerias, é apenas esta entidade que é responsável por gerir as respostas públicas direcionadas especificamente à população idosa, tendo uma dupla função, por um lado a de supervisionar o seu funcionamento de acordo com variantes pré-estabelecidas, e por outro lado a de agir como financiadora das instituições parceiras, sobretudo IPSS, que através de acordos de cooperação apresentam respostas dirigidas às populações mais carenciadas. Um efeito desta realidade é que, pela disseminação de uma lógica centralmente concebida e emanada em normativos e regulamentos, usualmente a vida diária numa instituição do sistema nacional, especialmente de carácter permanente, torna-se padronizada, fomentando homogeneização e repetição das mesmas práticas, tarefas e atividades pré-organizadas e definidas (Faleiros & Morano, 2009).

Ora, em Portugal foi nos finais da década de 60, que a lógica da institucionalização de carácter permanente enquanto resposta preferencial para a população idosa carenciada começa a ser contrariada com base na ideia de manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar, surgindo as primeiras valências de centro de dia, uma infraestrutura aberta, entre o domicílio e o internamento, e simultaneamente um local de tratamento e prevenção (Jacob, 2007a). Assim, os objetivos da resposta social centro de dia consistem em prestar serviços capazes de intervir de forma a retardar os efeitos mais negativos do envelhecimento, disponibilizar apoio psicológico e social, promover as relações interpessoais e intergeracionais, contribuindo para a prevenção de situações de dependência enquanto se procura promover a autonomia. Este equipamento funciona durante o dia e está aberto a quem necessite dos seus serviços, priorizando-se, porém, as

pessoas com mais de 65 anos (Instituto da Segurança Social, 2015; Direção Geral de Ação Social, 1996).

Um aspeto importante do centro de dia é este funcionar como um serviço de apoio familiar, permitindo desta forma o descanso do cuidador informal e disponibilizando aos familiares formação para os cuidados mais específicos (Paola *et al*, 2003). Não obstante a lógica da institucionalização de caráter parcial ser significativamente distinta da lógica da institucionalização de caráter permanente, o seu efeito nos idosos é sempre significativo. Com efeito, o bem-estar psicológico do idoso em centro de dia relaciona-se quer com a forma como este se sente face à sua residência, quer à forma como esta transição se operacionaliza face à família (Martins, 2008).

A animação sociocultural e o desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos

É reconhecida na literatura a polissemia do conceito de animação sociocultural. Não obstante, algumas balizas são consensualmente reconhecidas, como o facto de se tratar de uma *praxis* que remete para uma intervenção no plano social e para a realização de projetos que decorram de diagnósticos previamente elaborados e participados. Assim sendo, e tomando no contexto nacional por exemplo a proposta da Associação Portuguesa para o desenvolvimento da Animação Sociocultural³ (APDASC), o conceito fica definido da seguinte forma,

A Animação Sociocultural é o conjunto de práticas desenvolvidas a partir do conhecimento de uma determinada realidade, que visa estimular os indivíduos, para a sua participação com vista a tornarem-se agentes do seu próprio processo de desenvolvimento e das comunidades em que se inserem. A Animação Sociocultural é um instrumento decisivo para um desenvolvimento multidisciplinar integrado dos indivíduos e dos grupos (Estatuto do Animador Sociocultural - Proposta da APDASC)

Basicamente, a Animação Sociocultural constitui uma metodologia de intervenção comunitária para levar as pessoas a autodesenvolverem-se e, conseqüentemente, reforçarem relações enquanto grupo e comunidade. Tratando-se de um campo vasto de intervenção que compreende muitos âmbitos diferentes, é uma *praxis* usada para se chegar a um fim e nunca um fim em si mesma (Lopes, 2008). Apresentando-se desta feita como uma intervenção consciente e intencional, que se centra no princípio da participação, visa a promoção humana e social ajustada a diferentes contextos, situações e grupos (Calvo, 2002), o que implica que a animação sociocultural deverá ser flexível, de forma a adaptar-se às necessidades e interesses do indivíduo e não o oposto (Cruz, 2003).

A respeito dos processos de participação que a animação sociocultural deve gerar, através das suas ações, Lara e Cubero (1993) referem que a participação só é conseguida quando as atividades a realizar são decididas e levadas a cabo em parceria com os próprios participantes. Neste sentido, a animação sociocultural enquanto metodologia de intervenção participada pode também contribuir para a resolução de um problema, detetado previamente no diagnóstico (Osorio, 2000).

³ www.apdasc.com

A animação dispõe de um leque amplo de técnicas e dispositivos de intervenção que se adequam a faixas etárias distintas, a âmbitos diversos e a objetivos específicos consonantes com os princípios gerais que a sua conceptualização propõe (Silva, Silva & Simões, 1992). É deste modo que a animação com idosos, designada por muitos autores como animação na terceira idade, se constitui num dos domínios de intervenção da animação sociocultural. Lopes, concretiza esta ideia afirmando que,

A animação sociocultural na terceira idade funda-se, portanto, nos princípios de uma gerontologia educativa, promotora de situações optimizantes e operativas, com vista a auxiliar as pessoas idosas a programar a evolução natural do seu envelhecimento, a promover-lhes novos interesses e novas atividades, que conduzam à manutenção da sua vitalidade física e mental, de perspetivar a Animação do seu tempo, que é, predominantemente, livre (2008, p. 329).

Assim, no caso particular das pessoas idosas a animação sociocultural pode inverter a ausência ou diminuição das suas várias atividades e relações sociais derivadas da condição de reforma, visando a sua integração e participação voluntárias em tarefas coletivas de natureza cultural (Osorio, 2000). De facto, são muitos os idosos que não estão preparados culturalmente para viver criativamente o tempo livre de que passam a dispor. É sabido que esta situação pode levá-los à passividade, ao desânimo e até à depressão (Sequeira, 2013). Não obstante, os projetos específicos para os idosos não poderão ser criados com o mero intuito de ocupar os tempos livres e de escapar ao sentimento de inutilidade, mas para criar espaço destinado à educação permanente nesta fase da vida, favorecendo as relações interpessoais e apostando em trabalhar a nível educativo e cultural (Osorio, 1997). Estes projetos terão igualmente de considerar a heterogeneidade dos idosos, dado que estamos perante um coletivo com diferentes particularidades que se traduzem na idade, nas diferentes situações familiares que vivem (em casal, viuvez, etc.), nas condições de saúde geral e física que serão seguramente diferenciadas, no contexto residencial diversificado de que dispõem (habitação própria, ou de familiares, em instituições específicas, etc.), na distinta escolaridade, etc. Especificidades estas, que exigem sempre uma contextualização e adaptação da animação na terceira e quarta idades às potencialidades e constrangimentos do grupo concreto em questão (Choque & Choque, 2004).

Na intervenção junto desta faixa etária torna-se imperativo ter ainda em conta as necessidades subjetivas que estes indivíduos também manifestam, tanto a nível individual, trabalhando positivamente, por exemplo, a repercussão que a própria imagem corporal e as alterações físicas produzem nas pessoas idosas, como a nível grupal, redescobrimo novos sentidos para viver esta fase da vida com motivação, ocupando um lugar válido e (re)conhecido na comunidade. A construção de pontes nesta direção é essencial uma vez que a sociedade tende a excluir as pessoas que não considera produtivas (García, 1997).

Ora, segundo Quintana (1993) a forma mais usual de fazer animação com idosos tem sido aquela que se realiza em contexto de instituições e associações destinadas a este público. Frequentemente, estas entidades estão apetrechadas do que é necessário para desenvolver as atividades de animação com idosos, tratando-se sobretudo de enriquecer as atividades existentes, procurando uma maior participação geral, estimulando os idosos a aderir às ações promovidas pelas associações e vice-versa. Todavia, apesar da importância atribuída às associações de idosos, como palco privilegiado para o de-

envolvimento da animação com idosos, é necessário ter presente que estas instituições comportam o risco de poder isolar os idosos relativamente ao resto da sociedade.

Assim sendo, a animação sociocultural em contexto institucional, como por exemplo nos centros de dia, ambiciona paralelamente a vitalização das próprias instituições, com a colaboração de trabalhadores e voluntários dessas estruturas que diariamente assistem os idosos. Neste âmbito, um dos objetivos será encetar uma procura colaborativa de formas para transformar a ideia disseminada de ocupar os tempos livres com mero entretenimento tornando-os, ao invés, oportunidades de desenvolvimento pessoal, coletivo e institucional. Para tal, é fundamental potenciar um ambiente favorável para as relações em grupo e para a intercomunicação, promovendo nos idosos autoestima e o sentimento de utilidade através do estímulo da participação dos idosos na sociedade, mediante, por exemplo, atividades inerentes ao voluntariado social intergeracional (Salanova, 2002).

Posto isto, de um modo geral, pode ser entendido que a intervenção sociocultural potenciada pela animação em contexto institucional com idosos visa aumentar em simultâneo a qualidade de vida dos mesmos e dos trabalhadores. Nesta matéria, Jacob (2007a) defende que o caminho para aumentar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados passa por preservar os seus direitos, tais como, o direito à privacidade e intimidade, o direito à escolha do seu futuro, o direito à satisfação das suas necessidades básicas, o direito à individualidade e confidencialidade, o direito a entrar ou sair de uma instituição. Ou seja, trata-se de observar ao longo da vida os direitos fundamentais dos indivíduos, continuando a considerar os idosos como cidadãos de pleno direito.

O papel dos projetos de animação sociocultural – interpelações a partir de um estudo de caso no Algarve

Na construção de um projeto de animação sociocultural com idosos num contexto institucional é fundamental, antes de mais, ter uma visão holística do que se pretende. Para tal há que realizar o estudo e o diagnóstico participado do contexto, tendo presente o modelo normativo que estabelece a política cultural da instituição no âmbito da qual o projeto será desenvolvido. Desta forma, programar traduz-se em decidir previamente o que se vai fazer, definindo de modo colaborativo, para o efeito, os objetivos gerais e específicos e os meios para os atingir. Esta programação tem, desde logo, por base a informação obtida com o diagnóstico, que explica a ‘situação problema’ e tem como referência o objetivo geral que se quer alcançar. Portanto, o ponto de partida inicial são os próprios dados empíricos recolhidos no diagnóstico, que após análise e interpretação, vão representar o manancial de informações-chave acerca da realidade em que se pretende intervir (Ander-Egg, 1992).

A partir daqui são os objetivos e metas que comandam a intervenção, na medida em que, sem que os objetivos estejam claramente definidos, e sejam realistas (viáveis, pertinentes e aceitáveis), não é possível programar um conjunto de atividades estruturadas de forma coerente entre si, enquadradas num espaço-tempo determinado para que possam ser operacionalizadas, depois de estabelecidas as prioridades, visando alcançar a ‘situação objetivo’ que o Projeto traduz. Ora, os critérios de coerência abrangem três

aspectos principais: coerência entre metas propostas e recursos disponíveis; coerência no que respeita a assegurar a força de trabalho que exige cada uma das metas propostas; e coerência financeira, que passa por prever e dispor do fluxo monetário indispensável para a execução das diferentes etapas de cada projeto ou atividade (Ander-Egg, 1992).

Simultaneamente há que atender aos distintos elementos convocados na elaboração e execução de um projeto, podendo distinguir-se, de acordo com Ander-Egg (1992), três tipos principais: elementos teórico-conceptuais; mecanismos político-administrativos; e elementos metodológicos. Os primeiros relacionam-se com as opções de caráter ideológico, político e teórico que são tomadas quando se realiza o trabalho de programação e quando se operacionalizam as distintas etapas de um projeto. Aqui o mais relevante não é se estes fatores estão ou não presentes, mas sim o nível de consciência que se tem da ideologia que se está a utilizar e do modelo político (nem sempre explícito) que se propõe na intervenção. Os mecanismos político-administrativos remetem para o domínio do conjunto de disposições legais, técnicas e administrativas, por meio dos quais se põe em marcha todo o processo. Quanto aos elementos metodológicos, trata-se do domínio técnico-científico dos dispositivos, métodos e técnicas disponíveis (Ander-Egg, 1992).

São ainda passos importantes, na função de projetar em animação, formar um grupo coeso, baseado nas decisões do grupo e não somente do animador; conhecer as estruturas que vão permitir a realização do projeto (entidades, equipamentos, pessoas) assim como estabelecer os papéis a desempenhar pelos vários atores participantes da intervenção (Quintana, 1993). A tarefa de projetar envolve ainda quer a capacidade para levar a cabo a intervenção sendo-se preciso na delimitação das várias ações, que fazem parte do conjunto da intervenção em geral; quer a capacidade de organização prevendo-se margem para imprevistos que possam ocorrer; sem excluir também a capacidade de acompanhamento e avaliação (Sempere, 1997).

Feitas estas considerações, interessou-nos refletir acerca do papel dos projetos de animação sociocultural em contexto de centro de dia, que no ordenamento jurídico português são estruturas que têm como finalidade desenvolver, junto dos mais velhos, um conjunto de atividades e de ações de cariz cultural, recreativo, social e educativo. Constatando-se que, muito embora a forma como as instituições observam a animação se tenha alterado, estas estruturas continuam a dirigir os seus recursos para a higiene, saúde e alimentação do idoso sendo a animação relegada para o último lugar das prioridades (Jacob, 2007b).

A reflexão aqui desenvolvida assenta num trabalho de projeto de animação sociocultural realizado no centro de dia de uma Associação de idosos do concelho de Faro, onde se pretendeu conhecer como é que as atividades de animação podem influenciar o envelhecimento bem-sucedido segundo os próprios idosos. Neste sentido recorreu-se a uma estratégia qualitativa para efetuar o diagnóstico social, assente na entrevista não estruturada e na observação direta. A partir das informações obtidas foi então concebido colaborativamente um plano de atividades, numa reunião na sala de convívio do centro de dia com todos os idosos que participaram do projeto, onde foram definidas as atividades que poderiam responder aos gostos, interesses e necessidades manifestadas pelos idosos.

O projeto decorreu entre abril e maio de 2016, contemplando 8 sessões, com diversas atividades, realizadas duas vezes por semana, à terça-feira e quarta-feira, com a duração de 90 minutos. O seu objetivo geral foi satisfazer no domínio da animação sociocultural as necessidades sentidas e preferências manifestadas pelos idosos segundo a perceção dos mesmos; e os objetivos específicos foram: identificar as atividades praticadas na instituição, avaliar e comparar com as necessidades sentidas e preferências manifestadas pelos idosos, e re-projetar ações de animação sociocultural em articulação com o diagnóstico.

Entre outras questões, com o diagnóstico realizado ficou patente que não havia, no contexto estudado, uma correta perceção do sentido e propósito da animação sociocultural. Por exemplo não era realizado um diagnóstico das necessidades e preferências dos idosos pela Instituição, sendo apresentadas atividades predefinidas, desenquadradas dos interesses dos idosos, inclusive não sendo dada relevância à insatisfação manifestada pelos próprios idosos com algumas das atividades elencadas no plano da instituição, uma vez que o mesmo género de atividades continuava a ser realizado. Basicamente as atividades praticadas no centro de dia estudado consistiam na ginástica adaptada, no baile semanal, em jogar às cartas, dominó e bingo, fazer alguns trabalhos manuais e ver televisão. Segundo a perceção das idosas estas atividades tornam-se aborrecidas porque são sempre as mesmas, as de trabalhos manuais foram mencionadas como desadequadas para as suas idades, muito infantis e desinteressantes, não se sentindo as idosas motivadas para as realizar.

Assim, o programa de atividades delineado no âmbito do projeto referido procurou que o tempo passado pelos idosos no centro de dia não se pautasse pela inatividade e passividade, e, ao invés, se traduzisse em momentos de aprendizagem capazes de contribuir para o bem-estar físico e psicológico dos idosos.

Para se cumprir estes objetivos o projeto foi estruturado a partir dos interesses, motivações e perspetivas dos idosos, tendo sido estrategicamente tidos em conta uma série de procedimentos na realização de cada uma das oito sessões, sendo que, por exemplo, estabeleceram-se metas e/ou objetivos exequíveis com as suas próprias capacidades e disposições do momento da sessão; e as atividades aconteciam sempre no horário estabelecido, para não alterar, de maneira abusiva, as suas rotinas. O projeto teve como finalidade transversal que os idosos se envolvessem ativamente em todo o processo de definição e dinamização das atividades para que estes se sentissem integrados nas mesmas e, com efeito, dessa forma conseguiu-se que participassem ativamente no seu desenvolvimento. Foram privilegiadas atividades que valorizavam a sua experiência, saberes e que os fizessem sentir úteis socialmente. A relação de confiança existente entre a dinamizadora das atividades e as participantes também foi essencial para o comprometimento que as mesmas mostraram com o projeto. Conhecer a personalidade de cada uma, a história de vida, os gostos e interesses, as dificuldades e competências foi primordial para que as atividades fossem ao encontro das reais necessidades e preferências dos idosos. O papel do dinamizador é, pois, muito importante porque cabe a ele criar as condições que promovam a participação ativa dos idosos. Tal envolvimento foi fundamental para o sucesso do projeto, na medida em que um programa só se torna capaz de fomentar o autodesenvolvimento dos participantes na sua relação com o outro, quando é fruto de um diagnóstico previamente elaborado e participado, e permite traba-

lhar horizontalmente com o outro, atribuindo-se voz e decisão aos envolvidos (Lara & Cubero, 1993).

Ora, o Projeto, procurou dar resposta a vários problemas detetados no diagnóstico, como, por exemplo, a falta de empatia manifestada pelas idosas nas suas relações umas com as outras. As atividades foram estruturadas para que o entrosamento entre as participantes fosse uma constante, e estas responderam da melhor forma havendo uma entreajuda na realização das atividades, palavras de incentivo e de apoio, partilhas emocionadas que vieram quebrar as barreiras existentes entre algumas participantes, que encontraram gostos comuns, defeitos comuns, passados não tão diferentes e maneiras de viver e pensar semelhantes. A animação sociocultural cumpriu, ao contribuir para a resolução deste problema, a sua função enquanto metodologia de intervenção que pode contribuir para a resolução de um problema, detetado *à priori* no diagnóstico, através da participação de todos os envolvidos, ao possibilitar através da escolha de técnicas adequadas o desenvolvimento da autoconfiança, o respeito mútuo e aceitação das diferenças (Cruz, 2003).

O projeto contou, também, com uma avaliação realizada num processo contínuo, sistemático, dinâmico e flexível de recolha participada de informação sobre a forma como se foi desenvolvendo. Assim, no final de cada sessão existiu um momento de avaliação, que consistiu no preenchimento de uma ficha de avaliação da sessão por parte de cada participante e na observação direta. No final das atividades foi realizada uma entrevista de grupo como forma de avaliação global de todo o projeto. Esta opção por uma avaliação contínua revelou-se bastante adequada, funcionando como revisora do processo, reorientando-o ou corrigindo-o se necessário. Com efeito, esta faceta da avaliação permitiu reconceptualizar a forma de levar a cabo determinadas atividades, depois de verificado que as anteriores não tinham sido bem-sucedidas em determinados aspetos. Portanto, constatamos que a avaliação em animação sociocultural apresenta características próprias, na medida em que esta é, em certa medida, uma tecnologia de planeamento ativa indispensável para projetos de intervenção participados e que se desejam ajustados a uma realidade social mutável, dinâmica e complexa (Martínez, 1997; Fernández, 1997).

Uma das conclusões claras que retiramos do conjunto das avaliações é que os programas específicos para os idosos não devem ser criados com o objetivo de ocupar o tempo livre, mas com o objectivo de criar espaço destinado à educação permanente. Com a realização deste projeto verificou-se que os idosos possuem mais competências do que eles próprios têm consciência, e do que os profissionais que trabalham com eles imaginam, e que os idosos, ao contrário do que usualmente se pensa, não estão numa fase em que só querem descansar e em que já não têm interesse por nada. Pelo contrário, mostraram neste projeto que se podem sentir motivados com novas aprendizagens, com atividades diferentes que os surpreendam. Neste âmbito, e tendo em conta que os idosos são um grupo bastante heterogéneo, aquilo que é bom e tem interesse para um, pode não suscitar qualquer interesse para outro, pelo que houve neste projeto uma grande preocupação em conciliar os gostos e interesses de todos, para que este fosse um projeto de animação sociocultural de todos e para todos. Portanto, as atividades de animação sociocultural operacionalizadas e avaliadas cumpriram o seu papel, surgiram de uma inter-

venção consciente e intencional, focaram e partiram de um grupo, basearam-se no princípio da participação e procuraram a promoção humana e social (Calvo, 2002).

Por outro lado, com base nos resultados da realização deste projeto podemos afirmar que a prática de animação sociocultural com idosos deve estar efetivamente incluída no conjunto de serviços prestados por um centro de dia, necessitando esta prática de ser pensada em pé de igualdade com outros cuidados como a alimentação, cuidados de higiene, vestuário e conforto. Percebeu-se como resultado do projeto uma mudança também na percepção dos próprios profissionais que desvalorizavam este domínio de intervenção, tendo-se dado início a um caminho que deve continuar a ser percorrido na instituição, até porque também ficou demonstrado, com este projeto, que não são necessários muitos recursos financeiros para levar a cabo um projeto de animação sociocultural.

Notas finais

Neste texto entendeu-se o envelhecimento como um processo, e não como um estado, que se desenvolve ao longo do ciclo de vida de cada indivíduo e que está sujeito a vários tipos de fatores que o influenciam. Cientes de que se trata de um conceito pluridisciplinar, conceptualizado à luz de diversas disciplinas e teorias associadas, adotamos o enfoque do ciclo de vida (*life-span*) tem vindo a representar um incontornável marco teórico nos estudos acerca do envelhecimento.

Sem esquecer que a velhice é um período que é vivido de forma diferente de indivíduo para indivíduo, tomou-se a transição da vida ativa para a reforma como uma das mais impactantes, na medida em que esta transição tem repercussões diretas na identidade pessoal e no estatuto social, podendo tanto resultar em significativos níveis de inatividade com riscos de desintegração, como em aproveitamento do maior tempo livre disponível para participar ativamente nos contextos em que a vida se desenrola. Neste quadro, advogamos a ideia que uma transição para a reforma bem-sucedida é aquela que se expressa em ações tendentes a contrariar a passividade, o sentimento de desvalorização e a diminuta participação em atividades socioculturais.

Assim, interessou-nos refletir acerca da realidade quotidiana vivida pelos idosos reformados e a viver uma condição de institucionalização. Considerando, para este efeito, que existe institucionalização do idoso, quando este está todo o dia ou parte dele entregue aos cuidados de uma instituição, que não a sua família. De entre as respostas sociais institucionalizadas dirigidas aos idosos que contemplam o serviço de apoio domiciliário, que passa pela alimentação, higiene, entre outros, prestados na casa do idoso por profissionais ou voluntários especializados; e a institucionalização, em que são prestados serviços de acolhimento ou tratamento especializado e podem ser de carácter permanente (lares, hospitais e residências) ou parcial, optámos por um contexto de institucionalização parcial em centro de dia. Este caso de resposta social pareceu-nos interessante para estudo, dado assentar na ideia de manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar, dando apoio apenas num período do dia aos cuidadores informais, e porque daqui se poderia esperar, como hipótese, um maior grau de flexibilidade na gestão quotidiana do tempo passado na instituição, algo que representaria uma condição importan-

te para fazer animação sociocultural com idosos, independentemente da reconhecida polissemia deste conceito.

Considerou-se neste texto, basicamente, que a Animação Sociocultural constitui uma metodologia de intervenção comunitária para levar as pessoas a autodesenvolverem-se e a reforçarem relações enquanto grupo e comunidade. Assim sendo, foi desenvolvida uma reflexão sobre a animação sociocultural em contexto institucional de centro de dia, considerando que esta praxis ambiciona usualmente a vitalização das próprias instituições, com a colaboração de trabalhadores e voluntários dessas estruturas que diariamente assistem os idosos. Ou seja, considerou-se que a intervenção sociocultural potenciada pela animação em contexto institucional com idosos visa aumentar em simultâneo a qualidade de vida dos mesmos e dos trabalhadores.

Mais concretamente, neste texto interessou-nos pensar acerca do papel dos projetos de animação sociocultural em contexto de centro de dia, pelo que a reflexão aqui desenvolvida assentou num trabalho de projeto de animação sociocultural realizado no centro de dia de uma Associação de idosos do concelho de Faro, onde se pretendeu conhecer como é que as atividades de animação podem influenciar o envelhecimento bem-sucedido segundo os próprios idosos.

Entre outras questões, com o diagnóstico realizado ficou patente que não havia, no contexto estudado, uma correta perceção do sentido e propósito da animação sociocultural. Por exemplo não era realizado um diagnóstico das necessidades e preferências dos idosos pela Instituição, sendo apresentadas atividades predefinidas, desenquadradas dos interesses dos idosos

O que se observou na Associação estudada foi que mesmo existindo a preocupação em manter os idosos ocupados, não eram tidas em conta as preferências e necessidades dos idosos, não sendo realizado um diagnóstico, pelo que os idosos não tinham qualquer participação na conceção das atividades, nem na sua avaliação. Esta situação refletia-se numa fraca participação nas atividades desenvolvidas na Instituição e numa grande falta de motivação. A inexistência de um projeto de animação sociocultural no centro de dia estudado, não aconteceu, porém, pela falta de vontade da Instituição, mas por falta de profissionais com competências nessa área, fruto de falta de investimento relacionado, por um lado, com a ideia preconcebida e muito disseminada de que a animação sociocultural não é o mais essencial para o bem-estar dos idosos e, por outro lado, por não haver a consciência de que esta só pode ser realizada de forma bem-sucedida por pessoas formadas e capacitadas para tal e não por qualquer funcionário sem essas competências. Nesse sentido, os dados e conclusões do estudo foram devolvidos à Instituição, tendo sido criada uma oportunidade para refletir em conjunto acerca de formas de introduzir de modo permanente a animação sociocultural em contexto de centro de dia.

O projeto aqui analisado foi estruturado a partir dos interesses, motivações e perspetivas dos idosos e teve como finalidade transversal que os idosos se envolvessem ativamente em todo o processo de definição e dinamização das atividades para que estes se sentissem integrados nas mesmas e, com efeito, dessa forma observou-se que se conseguiu que participassem ativamente no seu desenvolvimento. Foram privilegiadas atividades que valorizavam a sua experiência, saberes. De facto, uma das conclusões claras que retiramos do estudo deste caso, e do conjunto das avaliações que nele se realiza-

ram, é que os programas específicos para os idosos não devem ser criados com o objetivo de ocupar o tempo livre mas para criar espaço destinado à educação permanente.

Referências bibliográficas

- Ander-Egg, E. (1992). *La animación y los animadores*. Madrid: Editorial CCS.
- Azevedo & Teles (2011). Revitalize a sua mente. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (eds), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 77-112). Lisboa: Lidel.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology, *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Calvo, A. (2002). *La animación sociocultural: una estrategia educativa para la participación*. Madrid: Allianza.
- Castiello, M. S.; Martín, R. D.; Villarejo, P. C. & Truchado, E. B. (2007). Las personas mayores y las situaciones de dependência. *Revista del Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales*, 70, 13-43.
- Choque, S. & Choque, J. (2004). *Actividades de animación para la tercera edad* [trad. Tsedsi]. Ediciones Lamarre-Groupe Liaisons.
- Cruz, M. T. (2003). *La Orientación y la Animación com Personas Mayores*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Direcção-Geral da Acção Social (1996). *Centro de Dia (condições de localização, instalação e funcionamento)*.
- Faleiros, V. & Morano T. (2009). Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Revista Textos & Contextos*, 2 (8), 319-338.
- Fernández, J. V. (1997). *Programas de animación sociocultural. Tres instrumentos para su diseño y evaluación*. Madrid: Narcea, S. A. De Ediciones.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. España: Editorial: Piramide.
- Firmino, H., Nogueira, V., Neves, S. & Lagarto, L. (2014). Psicopatologia das pessoas mais velhas. In Veríssimo, M. T (ed.), *Geriatrics Fundamental* (pp. 143-157). Lisboa: Lidel.
- Fonseca, A. M. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, número temático: Envelhecimento demográfico, 75-95.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* [Trad. José, N. de Almeida]. Lisboa: Climepsi Editores.
- García, M. J. M. (1997). Animação sociocultural na terceira idade. In TRILLA, Jaume (ed.), *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos* [trad. A. Rabaça]. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Hendry, L. (2015). *Developmental transitions across the lifespan: selected works of Leo B. Hendry*. New York: Psychology Press.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2015). Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas
- Jacob, L. (2007a). *Animação de Idosos*. Cadernos Socialgest N°4

- Jacob, L. (2007b). *Animação de Idosos*. Porto: Edições Âmbar.
- Lara, T. & Cubero, M. V., (1993). *Las personas mayores – perspectivas desde la animación*. Madrid: C.C.S.
- Lopes, M. de S. (2008). *Animação Sociocultural em Portugal*. Chaves: Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.
- Martin, I. & Brandão, D. (2012). Políticas para a Terceira Idade. In Paúl C. & Ribeiro, O. (eds), *Manual de Gerontologia* (pp. 273-288). Lisboa: Lidel.
- Martinez, X. U. (1997). A avaliação da animação sociocultural. In TRILLA, Jaume (ed.), *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos* (pp. 189-206) [trad. A. Rabaça]. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Martins, R. (2008). A Depressão no Idoso. *Revista Millenium*, 34, 119-123.
- Osorio, A. R. (1997). Animação sociocultural na terceira idade. In TRILLA, Jaume (ed.). *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos* [trad. A. Rabaça]. Lisboa: Horizontes Pedagógicos - Instituto Piaget.
- Osorio, A. R. (2000). Planes Gerontológicos y Proyectos de Animación Sociocultural para las Personas Mayores. *Ediciones Universidad de Salamanca Teor. Educ.*, 12, 85-105.
- Paola, J. P. et al. (2003). *Construyendo el trabajo social com adultos mayores – realidad y análisis de los Centros de Día*. Buenos Aires: Espacio editorial.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In Paúl, C. & Fonseca, A.M. (eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21- 39). Lisboa: Climepsi Editores.
- Quintana, J. (1993). *Los ambitos profesionales de la animación*. Madrid: Narcea.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontological society of America – The Gerontologist*, 4 (37), 433-440.
- Salanova, M. P. (2002). La participación de las personas mayores – apuntes para una agenda de intervenciones gerontológicas. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, 21-32.
- Scoralick-Lempke, N. & Barbosa, A. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span, *Estudos de Psicologia*, 29 (Supl.), 647-655.
- Sempere, A. M. (1997). Elaboración de Proyectos e Programas de Animación Sociocultural. In Trilla, J. (ed.), *Animación Sociocultural – Teorias, Programas y Âmbitos* (pp. 135 – 154) [trad. A. Rabaça]. Barcelona: Ariel.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, S. (2013). *Animar para melhor envelhecer, com satisfação*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Educação (tese de mestrado). Disponível em:
<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2065/1/TESEccapa.pdf>
- Silva, G. G., Silva, L. G. & Simões, M. E. (1992). *Apoio a Actividades Educativas e Culturais*. Lisboa: Direcção-Geral de Extensão Educativa.
- WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

Política Pública de Esporte, Recreação e Lazer para Pessoas Idosas: uma experiência com os Esportes Adaptados para Idosos em Porto Alegre - Brasil

Ana Luisa Madruga de Rodrigues¹

RESUMO

O presente artigo apresenta o Esporte Adaptado para Idosos desenvolvido pela Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer. É um recorte da tese que buscou conhecer as relações que se estabelecem entre a prática do Esporte Adaptado para Idosos e o processo de envelhecimento a partir do cotidiano vivido pelos alunos idosos. O estudo foi desenvolvido numa perspectiva qualitativa, para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quinze alunos; aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas, com vinte e seis alunos; e observação das aulas descritas em trinta e seis diários de campo. O *Câmbio* é um Esporte Adaptado para Idosos, resultado de uma política pública inserida no rol de ações da Política Nacional do Idoso, concebida como uma ferramenta de promoção à saúde e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. A partir da análise de conteúdo, é possível dizer que, na perspectiva dos alunos, o *Câmbio* é vivido como uma prática esportiva competitiva e recreativa, assim como o reconhecem como uma atividade física importante para a manutenção das capacidades físicas e cognitivas. É um ambiente festivo, onde os idosos encontram seus pares, pessoas que compartilham o mesmo momento de vida, e nesse conviver constroem sua forma de ser idoso.

Palavras chaves: Educação e envelhecimento; política pública voltada à pessoa idosa; cotidiano dos alunos idosos.

ABSTRACT

This article presents the Sport Adapted for the Elderly developed by the Municipal Secretariat of Sport, Recreation and Leisure. It is a clipping of the thesis that sought to know the relationships that are established between the practice of an adapted volleyball game for the elderly, and the aging process based on the daily activities of elderly students. This study was developed from a qualitative perspective, the research methods used were semi-structured interviews with a sample of 15 students, a questionnaire with open and closed questions with 26 students, and observations made during *Câmbio* classes, described in 36 field journals. *Câmbio* is a sports activity adapted for the elderly as part of the public policies put in place by the actions of the National Policy for the Elderly, which aims to promote health and to improve the quality of their lives. From the content analysis, it is possible to say that, from the perspective of the students consider *Câmbio* as a competitive and recreational sports practice, and acknowledge that physical exercise is essential in maintaining physical function and cognitive skills. It is a fun place to meet their peers, share the same phase in the life-course, and while doing so, the elderly create their own ways of getting old.

Keywords: Education and ageing; public policy focused on the elderly; daily activities of the elderly students.

¹ Professora de Educação Física, com Mestrado e Doutorado em Educação. Servidora pública do município de Porto Alegre, Gerente Pedagógica da Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer, Coordenadora do De Bem com a Vida, Líder da Ação Promoção a Saúde, membro do Grupo de Trabalho para o Plano Municipal da Pessoa Idosa coordenado pela Secretaria Adjunta do Idoso de Porto Alegre. Endereço eletrônico anamr@sme.prefpoa.com.br ou analuamar@yahoo.com.br

Introdução

Este artigo é um recorte da Tese intitulada “Estar Sendo Idoso na Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer: modos de viver o envelhecimento no jogo do Câmbio” (Rodrigues, 2015²), onde busquei descrever, as relações que se estabelecem entre a prática do Esporte Adaptado para Idosos³ e o processo de envelhecimento, a partir do cotidiano vivido pelos alunos idosos, da Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer - SME do município de Porto Alegre.

A SME é uma instituição pública que busca, por meio do acesso ao esporte, à recreação e ao lazer, a inclusão social, a promoção da saúde e do bem-estar, a partir de ações e atividades oferecidas a todas as faixas etárias. A SME é referência nacional no que se refere às políticas públicas de recreação e lazer, uma iniciativa pioneira na América Latina, iniciada em 1926⁴, com a praça “Alto da Bronze”, e a partir dessa praça outros espaços foram transformados em áreas de atividades esportivas, físicas, recreativas e de lazer.

O trabalho com idosos na SME vem sendo desenvolvido desde 1989, como parte da proposta da política da gestão municipal da época, priorizando ações e investimentos que favorecessem a população situada em bairros periféricos. Assim, desta forma foram ampliados o número de pessoas atendidas, e a diversidade de atividades para todas as faixas etárias. A proposta de trabalho da SME para a comunidade idosa é uma ação educativa para o envelhecimento saudável, favorecendo a reflexão e o debate sobre o processo de envelhecimento, estimulando a participação e a integração social, e desenvolvendo atividades físicas, esportivas, recreativas e de lazer adequados a essa faixa etária.

Atualmente, a SME possui dois ginásios, sete centros comunitários, duas praças e oito parques. Conta com um quadro com professores de educação física concursados, que desenvolvem atividades sistemáticas e assistemáticas⁵, oferecidas à população de Porto Alegre. As atividades sistemáticas desenvolvidas, além dos Esportes Adaptados para Idosos, são: ginástica local e aeróbica, alongamento, dança, caminhada orientada, ginástica laboral, grupos de convivência, tai chi, ginástica chinesa, yoga, biodança, danças circulares, musculação, expressão corporal, brincadeira, RPG, ginástica funcional, bocha e tênis.

Nesse artigo apresento a experiência desenvolvida pela SME com os Esportes Adaptados para Idosos. No primeiro momento do texto, apresento um panorama demográfico atual em relação à população idosa no Brasil, destacando os dados do Rio Gran-

² Para acessar à Tese completa use o link:

<http://www.lume.ufrgs.br/browse?type=author&value=Rodrigues,%20Ana%20Luisa%20Madruga%20de>

³ No artigo, são consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos, definição assumida pelo corpo de professores que trabalham com essa população. Na convivência com os professores e com os alunos, percebi que os termos velho e terceira idade são rejeitados pelo grupo.

⁴ Para conhecer a história da SME, sugiro como leitura a Dissertação de Mestrado de Eneida Feix, intitulada “Lazer e cidade de Porto Alegre do início do século XX: a institucionalização da recreação pública” (2003) e a dissertação de Rejane Penna Rodrigues, “O Lazer nas Políticas Públicas Participativas de Porto Alegre: estudo das gestões municipais de 1994 a 2004” (2011).

⁵ Sistemáticas são as atividades físicas, esportivas e recreativas oferecidas durante o ano, com a periodicidade de duas vezes semanais, normalmente. Assistemáticas são os eventos realizados durante o ano que não constitui o trabalho semanal.

de do Sul⁶, e da cidade de Porto Alegre⁷. No segundo momento, abordo o Esporte Adaptado para Idosos, apresentando ao leitor sua criação como parte das orientações da Política Nacional do Idoso, como uma política pública para a inclusão do idoso no acesso ao esporte e lazer, e também como estratégia para a promoção da saúde e incentivo à participação social.

E, finalmente, apresento o Esporte Adaptado para Idosos na SME, como foi sendo desenvolvido pelos professores, seus principais desdobramentos e alguns significados desta modalidade esportiva na visão dos idosos, praticantes da modalidade de Câmbio, alunos da SME.

Panorama Demográfico Brasileiro

O crescimento da população idosa no cenário brasileiro é um fato comprovado. Segundo o IBGE⁸ realizado em 2010, a população total do Brasil é de 190.755.799 pessoas, e os resultados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio – PNAD de 2012 apontam que a população idosa no Brasil é maior que 24.800.000 de pessoas, sendo 13.840.000 mulheres e 11.010.000 homens (MINAYO, 2014). A expectativa de vida de quem nasce no Brasil é chegar aos 75,4 anos: se for homem é de 71,8 anos; se for mulher é de 79 anos (IBGE, 2011).

O Censo Demográfico de 2010 indica que 20.590.599 de brasileiros estavam no grupo etário de 60 anos ou mais. No Censo Demográfico 2000, este grupo era de 14.536.029 pessoas e correspondia a 8,5% da população, o que representam, de 2000 a 2010, um crescimento relativo de 41%. O aumento da população de 60 anos ocorre em todos os estados brasileiros, seja em termos absolutos ou relativos (IBGE, 2011). No Censo de 2010, todos os estados das Regiões Sudeste e Sul, e seis estados da Região Nordeste possuíam mais de 10% de pessoas com 60 anos, promovendo com que o percentual médio de idosos no Brasil também superasse a marca de 10,8%. Contudo, 70% deste grupo etário reside, majoritariamente, em cinco Unidades da Federação: São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia. Em relação aos municípios, o IBGE (2011) destaca o Rio Grande do Sul.

É interessante notar que há 78 municípios em que mais de 20% da população tinha 60 anos ou mais de idade (um idoso para cada cinco pessoas), sendo que 64 deles estão localizados no Rio Grande do Sul [...] Os Municí-

⁶ O Brasil é um país organizado política e administrativamente em Unidades de Federação, chamados também de Estados, são 26 Estados e um Distrito Federal (que contém a capital do país: Brasília), e temos os municípios, que são as diversas cidades e seus territórios que compõem os Estados. Os Estados e o Distrito Federal podem ser agrupados em regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. O Rio Grande do Sul faz parte da Região Sul.

⁷ Capital do Estado do Rio Grande do Sul, cidade onde esta localizada a sede do Governo Estadual.

⁸ IBGE- Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia é uma organização pública responsável pelos levantamentos e gerenciamentos de dados e estatísticas sobre a população brasileira. Criado em 1936, o IBGE é quem executa o censo demográfico, realizado a cada 10 anos, que consiste numa pesquisa sobre a população, reunindo dados sobre a vida das pessoas, entre outras informações, como o número de habitantes por sexo, idade, escolaridade, etc.

pios de Coqueiro Baixo (29,4%), Santa Tereza (27,1%), Relvado (26%), Colinas (25,4%) e Coronel Pilar (25,1%), todos no Rio Grande do Sul, destacaram-se por suas altas proporções de idosos, aproximadamente uma em cada quatro pessoas são idosas (IBGE, 2011, p. 41 e 44).

Atualmente o Rio Grande do Sul tem uma população total de 10.693.929 pessoas (IBGE, 2011), é o 4º Estado no número de idosos, com uma população de 1.460.626 idosos, ou seja, 13,6% da população gaúcha (OBSERVAPOA, 2015). A esperança de vida ao nascer no estado é de 77,0, sendo que para os homens é de 73,5 anos e para as mulheres é de 80,7 anos.

Porto Alegre é considerada a quarta capital com mais pessoas idosas no Brasil, sendo o município que possui o maior percentual de idosos sobre o total da população. Segundo o IBGE (2011), atualmente o município tem uma população total de 1.409.351 pessoas; destes, 211.896 são pessoas idosas, representando 15,04% da população porto-alegrense. O crescimento da população idosa de Porto Alegre foi de 32% entre os censos de 2000 e 2010 (PMPA/SMPEO, 2014). Em Porto Alegre, segundo dados do IBGE, do ano de 2000 para 2010, houve um aumento de 80% do número de pessoas idosas com mais de 90 anos.

Essa informação reforça o fato de que a comunidade idosa porto-alegrense também está envelhecendo rapidamente, e entre essa população encontramos tanto pessoas que estão com plenas capacidades físicas e mentais, como outras em situação de fragilidade e vulnerabilidade. Perante esses números é possível apontar que, no cenário nacional, o município de Porto Alegre tenda a rapidamente aumentar as demandas da população idosa em relação à garantia de seus direitos e, conseqüentemente, à necessidade urgente de reforçar o investimento público em políticas voltadas às pessoas idosas.

Esporte Adaptado para Idosos

O Esporte Adaptado para Idosos, de uma maneira geral, parte do princípio de que todos podem vivenciar essa prática corporal. A prática dessa modalidade esportiva, especialmente para aqueles que não tiveram nenhuma experiência anterior, utiliza estratégias compensatórias para diminuir a complexidade e amenizar os impactos, a fim de que sua prática seja segura. O Esporte Adaptado para Idosos é uma ferramenta para o desenvolvimento de novas aprendizagens, sejam elas físicas, sociais, psicológicas ou mentais. (WOLFF et al., 2009) salientam a importância de um resgate de habilidades para a aprendizagem das modalidades adaptadas.

Segundo Blessmann (2007 b), existem na literatura da área diversas adaptações de jogos esportivos, mas os Esportes Adaptados para Idosos nas modalidades de Câmbio, Basquete Reloginho e Handebol Adaptado por Zona⁹ foram criação de um grupo de profissionais vinculados a Universidades como a UFRGS, UNISINOS, UPF, ULBRA, UNISC, UFSM, FEEVALE e UNILASSALLE¹⁰; a prefeituras, como a de Porto Alegre;

⁹ Para conhecer o Câmbio, Basquete Reloginho e Handebol por Zona sugiro a leitura dos editais dos Jogos de integração da Pessoa Idosa do Rio Grande do Sul, onde há uma descrição das regras.

¹⁰ Universidades federais do Rio Grande do Sul: UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; UFSM: Universidade Federal de Santa Maria; e universidades particulares: FEEVALE: Federação de

e ao SESC¹¹. Contudo, mesmo com a grande oferta de programas de atividades físicas voltadas a esse público, o número de idosos que aderem aos Esportes Adaptados para Idosos ainda é pequeno. Esse dado aponta que o esporte ainda é visto como uma atividade não adequada ao idoso, desta forma “é preciso vencer preconceitos” (BLESS-MANN, 2007a, p.152).

No Brasil, as primeiras iniciativas de programas voltados ao público idoso ocorreram na década de 1960. Eram atividades recreativas, culturais e sociais, na perspectiva de ocupação do tempo livre. O SESC foi uma das instituições pioneiras a promover atividades de lazer para seus associados com mais idade (DEBERT, 2012).

Nas últimas décadas os programas voltados à população idosa proliferaram no Brasil e abriram espaço para uma experiência inovadora de velhice a ser vivida coletivamente. A criação, em 2003, do Ministério do Esporte- ME, impulsionou a ampliação de espaços onde são desenvolvidas atividades físicas, esportivas e recreativas, para todas as faixas etárias em todo território brasileiro. Em 2004 foi lançado pelo ME o Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC), visando suprir a carência de políticas públicas e sociais que atendam às crescentes necessidades e demandas da população por esporte recreativo e lazer, sobretudo daquelas em situações de vulnerabilidade social. Dentre as diversas vertentes do PELC está o programa “Vida Saudável”, criado em 2007, e desenvolvido pela Secretaria Nacional de Esporte, Lazer e Inclusão Social - SNELIS.

O Programa Vida Saudável, na sua essência, visa oportunizar a prática de exercícios físicos, atividades culturais e de lazer para o cidadão idoso, estimulando a convivência social, a formação de gestores e lideranças comunitárias, a pesquisa e a socialização do conhecimento, contribuindo para que o esporte e o lazer sejam tratados como políticas públicas e direitos de todos [s.d.,s.p.]

(<http://www.esporte.gov.br/index.php/institucional/esporte-educacao-lazer-e-inclusao-social/esporte-e-lazer-da-cidade/vida-saudavel-vs>)

O direito ao esporte, recreação e lazer está firmado na Constituição Federal de 1988, no artigo 6º, do Capítulo II – Dos direitos sociais, que assegura o lazer como um direito de todos os cidadãos brasileiros. No artigo 217, intitulado “Do Desporto”, o lazer, na alínea três, é considerado um dever, “o poder público incentivará o lazer como forma de promoção social” (BRASIL, 2013 a, p.44), destacando o papel do estado de promotor do acesso a atividades em que a população possa usufruir seu direito.

O reconhecimento do esporte e do lazer como aspectos importantes da vida das pessoas idosas também está presente na Política Nacional do Idoso:

Estabelecimentos de Ensino Superior em Novo Hamburgo, UNISINOS: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISC: Universidade de Santa Cruz do Sul, UNILASSALE: Centro Universitário La Salle, UPF: Universidade de Passo Fundo, e ULBRA: Universidade Luterana do Brasil.

¹¹ Serviço Social do Comércio - SESC é uma entidade de caráter privado, mantida e administrada pelos empresários do Comércio. Criado pela Confederação Nacional do Comércio - CNC, nos termos do Decreto-Lei nº 9853, de 13 de setembro de 1946. Segundo Rodrigues (2001) o trabalho iniciado em 1963 na regional de São Paulo, com os grupos de convivência, Escolas Abertas à 3ª Idade e os Programas de Preparação para Aposentadoria, serviram de modelo para as demais unidades espalhadas pelo Brasil ([wikipedia.org/wiki/Servi%C3%A7o_Social_do_Com%C3%A9rcio](https://pt.wikipedia.org/wiki/Servi%C3%A7o_Social_do_Com%C3%A9rcio)).

VII - Na área de Cultura, Esporte e Lazer:

- a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;*
- b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;*
- c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;*
- d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;*
- e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade (BRASIL, 2010, p.13).*

E no Estatuto do Idoso, o esporte e o lazer são reafirmados como direitos das pessoas idosas.

CAPÍTULO V

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer.

Art. 20. O idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade (BRASIL, 2013 b, p.16).

Contudo, mesmo com o reconhecimento do esporte e do lazer como um direito social, a implementação de políticas públicas para garanti-lo enquanto ação, serviço e atendimento efetivo, ainda está em processo de construção.

No ano de 1996, deu-se um importante passo para o acesso ao esporte e lazer à população idosa, pois o Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Secretaria de Assistência Social, lançou o Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso em atendimento às necessidades do movimento em prol do desenvolvimento da política. Em abril do mesmo ano, o Plano foi apresentado na Região Sul, composta pelos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Neste encontro foi criado o “Fórum Permanente da Região Sul para a Implementação da Política Nacional do Idoso”. No Fórum foram acordadas algumas ações conjuntas, dentre elas estava o incentivo à criação de políticas públicas de atividade física, esporte e lazer. Assim, uma das ações escolhidas foram os Jogos de Integração do Idoso, com o objetivo de promover a prática esportiva na comunidade idosa, “e reconhecendo tratar-se de uma atividade lúdica capaz de proporcionar grandes benefícios na promoção da independência e autonomia [...]” (BLESSMANN e SILVEIRA, 2006, p.02).

Numa ação conjunta entre Estados e Governo Federal, em 1997, foi realizada uma capacitação em Esportes Adaptados para Idosos que contou com a participação de mais de 100 profissionais envolvidos com a população idosa. E em parceria com os governos dos Estados da Região Sul foram realizados os Jogos para Integração do Idoso da Região Sul – JIDO, congregando idosos de cada estado, evento editado nos anos de 1998, 2001, 2004 e 2006 (BLESSMANN, 2007 b; FUNDERGS, 2014). E a SME participou de todas as edições, contribuindo na organização dos eventos, e levando alunos para participarem dos jogos (SME, 2006).

No Rio Grande do Sul, desde 1998 acontecem anualmente os Jogos de Integração do Idoso do Rio Grande do Sul¹², “como estratégia para implementação da Política Nacional de Idoso no que diz respeito aos programas de lazer, esporte e atividade física para idosos” (BLESSMANN, 2007 a, p. 07). O evento tem por objetivo promover e difundir a integração entre idosos, por meio da prática e vivência de atividades esportivas, recreativas e socioculturais. São realizados jogos de câmbio, basquete rolinho, handebol por zona, exercícios aquáticos, jogos de mesa, yoga, dança, caminhada, entre outras atividades.

No Rio Grande do Sul, dentre os Esportes Adaptados para Idosos, em especial o Câmbio ganhou visibilidade com a realização dos Jogos de Integração da Pessoa Idosa do Rio Grande do Sul. Hoje em dia, várias instituições públicas e privadas desenvolvem o Câmbio com grupos para idosos. É uma modalidade praticada em várias cidades no Rio Grande do Sul, e normalmente é oferecida pelas instituições públicas de esporte e lazer, pelas unidades do SESC, por associações de aposentados e pensionistas, e, ainda, por grupos independentes.

Atualmente há um circuito de torneios, campeonatos e amistosos de Câmbio, tanto na capital como no interior do Rio Grande do Sul. Este esporte adaptado, com a progressiva valorização do caráter competitivo, que se reflete na expansão dos campeonatos, está se organizando de tal forma que recentemente constituiu-se a Federação Gaúcha de Jogos Adaptados aos Idosos – FGJAI, uma entidade formada por pessoas idosas praticantes de Câmbio, que tem como propósito promover a prática esportiva junto a comunidade idosa. As atividades da FGJAI se desdobram em: divulgar os Esportes Adaptados para Idosos; sensibilizar a população idosa sobre os benefícios da prática esportiva adaptada para a saúde física, mental e social; promover eventos esportivos; provocar o debate e estabelecer a uniformização das regras e das normas para a realização dos torneios e campeonatos (FGJAI, 2014).

O Esporte Adaptado para Idosos na Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer da cidade de Porto Alegre

Os Esportes Adaptados para Idosos começam a ser desenvolvidos na SME em 1997, com as professoras Daisy Guimarães e Itamara Viero. Guimarães (2014) relembra que foi preciso fazer um processo de convencimento dos alunos, pois a maioria não tinha nenhuma experiência em práticas esportivas. Assim lançaram o projeto dos Jogos de Integração. Os Jogos de Integração foram encontros realizados de 1999 a 2004, com o intuito de divulgar e popularizar os Esportes Adaptados para Idosos, como o Câmbio, o Basquete Reloginho e o Handebol por Zona (GUIMARÃES, 2004).

Em Porto Alegre, desde 2002, temos os Jogos Municipais da Terceira Idade, evento estabelecido na Lei Municipal nº 8.794, de 18 de outubro de 2001. A partir de então, os Jogos Municipais da Terceira Idade fazem parte da programação oficial de comemoração do Mês do Idoso, realizada no mês de outubro pela prefeitura de Porto

¹² Em 2014, o evento passa a ser chamado de Jogos de Integração da Pessoa Idosa do Rio Grande do Sul em função da lei 14.484/2014, que dispõe sobre a linguagem inclusiva (www.fundergs.rs.gov.br/conteudo/1307/jogos-de-integracao-das-pessoas-idosas).

Alegre. O evento é caracterizado pela presença dos Esportes Adaptados para Idosos, mantendo a proposta de ludicidade, participação e integração, tendo como princípios norteadores a democracia, a solidariedade e a inclusão. Tem como principal objetivo integrar, organizar e fortalecer a participação de idosos em atividades esportivas e recreativas, contribuindo para sua qualidade de vida (PMPA/SME, 2012).

No desdobramento do evento foi proposto, também, um curso de capacitação para facilitadores dos Jogos Municipais da Terceira Idade, voltado para técnicos e acadêmicos na área da atividade física, os conteúdos trabalhados eram relacionados aos esportes adaptados, o jogo e o envelhecimento.

Em 2016, na SME, existem cinco turmas de Esportes Adaptados para Idosos com, aproximadamente, 120 alunos que participam das aulas, com frequência de uma a duas vezes por semana. Os objetivos que norteiam o trabalho dos professores dessas turmas, ainda que pesem algumas diferenças, são: a promoção à saúde a partir da prática sistemática dos esportes; o estímulo à participação social e fortalecimento da autoestima; e o desenvolvimento de um ambiente de convivência balizado pelo respeito entre os participantes.

Para a realização da Tese observei a rotina de aula de três turmas, durante seis meses, totalizando 66 horas de observação (trinta e seis aulas observadas). De maneira geral, o clima da aula é descontraído. As roupas que os alunos usam para as aulas são bem coloridas, e adequadas à prática esportiva, como tênis, camisetas, bermudas e *leggings*; também usam equipamentos, como luvas, joelheira, tornozeleiras e munhequeiras. As luvas podem ser luvas de lã, luvas de goleiro, luvas para trabalho em obra, luvas para atividade física. Elas são uma estratégia para evitar a lesão mais recorrente no Câmbio, que é a lesão nos dedos. Durante o período que acompanhei as aulas, não presenciei nenhum acidente deste tipo, contudo, muitos alunos relataram casos de entorses e fraturas.

As aulas, nas unidades observadas, didaticamente têm uma dinâmica muito parecida. Normalmente as aulas iniciam com um trabalho de mobilidade articular, com exercícios de equilíbrio e alongamentos, depois se realiza uma caminhada rápida pela volta da quadra, para o aquecimento. Após essa primeira parte, normalmente, realiza-se o trabalho técnico com bola, onde há uma variedade de atividades que envolvem o lançar e agarrar a bola, em distâncias curtas, médias e longas. Apresento, abaixo, alguns apontamentos retirados dos diários de campo.

Há duas filas de cada lado da quadra, a tarefa é lançar a bola por cima da rede, e ir para fim da fila. A próxima atividade é lançar a bola para a fila na diagonal e volta para o fim da fila, troca a atividade, agora é lançar a bola na fila da diagonal e vai para a fila na qual lançou a bola; e por último pode lançar a bola tanto na fila da diagonal como na da frente, mas sem trocar de fila (RODRIGUES, 2015, p.78).

O deslocamento também é uma das habilidades requeridas para o jogo, então são propostas várias atividades em que o aluno precisa se deslocar rapidamente de um lado a outro. A diferença entre as turmas observadas é o tempo dedicado a esse trabalho técnico e o grau de exigência por parte do professor pela performance dos alunos. Após essa primeira parte, que dura aproximadamente uns 30 minutos, temos o jogo própria-

mente dito. Depois do jogo, normalmente, há o alongamento final, quando novamente é realizado um trabalho voltado ao equilíbrio.

Entre as turmas também são realizados os “Encontros de Câmbio”, onde os próprios alunos organizam torneios. Esses encontros, normalmente, terminam com uma festa de confraternização, seja um almoço ou um lanche coletivo, com apresentações de dança e atividades de integração. A confraternização é uma das grandes marcas dos Esportes Adaptados para Idosos.

Para a construção da Tese utilizei também um questionário com questões abertas e fechadas, o qual foi respondido por vinte e seis alunos. Para esse artigo trago algumas questões que considere importantes para conhecer o que os alunos idosos buscam com a prática do Câmbio. Dentre elas estava a seguinte pergunta: “*Como o senhor (a) percebe essa experiência de envelhecer e praticar o Câmbio?*”, e as respostas encontradas foram bastante semelhantes. Abaixo apresento, de forma reduzida, algumas respostas mais emblemáticas.

- *Para envelhecer com saúde.*
- *Me mantém ativa, animada e cheia de vida.*
- *Atividade que beneficia o corpo e a alma.*
- *Foi uma descoberta espetacular, trouxe novas dimensões para as pessoas com mais idade.*
- *Onde a gente troca experiências.*
- *Onde a gente convive com pessoas que passam pelo mesmo momento.*

A partir dessas falas é possível dizer que o Câmbio, na perspectiva dos alunos, além de ser uma atividade física que promove a saúde e os mantém ativos, proporciona um ambiente de convivência e trocas afetivas, e trouxe novas possibilidades de viver esse momento de suas vidas, percepções coerentes com os objetivos propostos pela política pública de esporte e lazer da SME. Outras duas questões que apresento no questionário têm o objetivo de ampliar o entendimento sobre as razões que levam os alunos a praticar essa modalidade de Esporte Adaptado. Em uma das questões abertas, pergunto o que a pessoa pesquisada mais gosta na prática do Câmbio. Abaixo, apresento as respostas transcritas, de forma resumida, agrupadas em quatro categorias, a partir das unidades que surgiram nas respostas.

***Competir:** Jogar valendo; Competições (8 vezes citada); Fazer pontos (2 vezes citada), Tensão.*

***Praticar atividade física/desenvolvimento de habilidades e capacidades:** Treinos (3 vezes citada); Atividade física; Manter a musculatura; Prática esportiva; Mobilidade; Movimentação (3 vezes citada); De jogar (4 vezes citada); Atenção, concentração e memória.*

***Conviver:** Amigos (3 vezes citada); Trabalho em equipe; Amizades (2 vezes citada); O grupo; Integração; Ganhar o abraço dos colegas. Viagens (2 vezes citadas).*

***Pessoal/de foro íntimo:** Satisfação pessoal; Alegria (2 vezes citada); satisfação; prazer; Desafio de jogar bem; Participar; mente aberta.*

As razões que os alunos apresentam foram agrupadas em: **Competir:** praticar uma atividade esportiva em que podem medir forças com um adversário, em que são desafiados; **Praticar atividade física/desenvolvimento de habilidades e capacidades:**

reconhecem no esporte adaptado uma forma de manter a saúde, de praticar uma atividade física, uma atividade que desenvolve e preserva capacidades e habilidades; **Conviver**: um espaço de **sociabilidade**, uma oportunidade de conviver com amigos, ter companhia e realizar trocas afetivas; e, **Pessoal/de foro íntimo**: realizar uma atividade que lhe proporciona prazer e bem-estar.

Questiono, ainda, se há algo de que não gostam no Câmbio. Seis idosos declararam que não há nada que os desagrada no Câmbio, mas há outros que têm algumas queixas, as quais foram agrupadas em três categorias:

***Competição:** Competição exagerada; Perder as competições; Perder a jogada. No torneio, o tempo de espera entre um jogo e outro; Juízes despreparados; Sem congresso técnico; Regras não definidas; Do rodízio; Boladas fortes; Jogadas arriscadas.*

***Convivência:** Não participar; Fofocas; Estrelismos; Desavenças (2 vezes citadas); Faltas nos treinos. A pretensão e o desrespeito do idoso. A falta de autocrítica.*

***Questões físicas/ estruturais:** Quedas; Calor excessivo na quadra.*

Nestas respostas fica evidenciada a competição como um aspecto que gera tensões nas relações nos grupos de Câmbio. A maioria das unidades de conteúdo, de alguma forma, refere-se à questão da competição, como o fato de não participar das aulas ou dos torneios; as situações de jogo em que há uma busca por resultado; os problemas que acontecem nos torneios; o não comprometimento com a equipe, as disputas internas nos grupos em função da performance e, conseqüentemente, um lugar no time principal.

Parece-me que a prática do Câmbio, para os alunos, sintetiza três elementos: uma prática de atividade física, um esporte e um grupo de convivência. Diante das respostas é possível inferir que os alunos reconhecem no Câmbio uma atividade física que proporciona a manutenção das capacidades físicas, assim como as habilidades cognitivas e mentais, porém não me parece ser o aspecto mais importante e/ou interessante para os alunos. O Câmbio, como um espaço de convivência, de estar com outras pessoas, um ambiente alegre, festivo, com trocas afetivas, surge como uma motivação com tanta ou mais força do que ser, simplesmente, uma prática de atividade física.

E também como uma prática esportiva, pois o Câmbio, ainda que não assumido institucionalmente, tem sido jogado de forma competitiva, remetendo a valores relacionados à performance, à comparação de rendimento, superação de limites, a conquistas de medalhas e troféus, e este aspecto me parece bastante valorizado nas respostas dos alunos. Para Soares (1995), competir também significa sociabilidade, tanto para aqueles que já foram atletas como para aqueles que não possuem um passado esportivo, como um “antídoto” para o isolamento. As competições formam uma rede de amizades, representam, para os novos atletas idosos, “vencer os limites que a degeneração biológica e os estigmas sociais impuseram aos velhos” (SOARES, 1995, p.24).

O processo de desenvolvimento dos Esportes Adaptados para Idosos na SME foi realizado ao longo de vários anos, de 1997 para cá foram realizadas várias atividades, eventos e debates internos, e com profissionais de outras instituições envolvidas com a população idosa. Tanto os Jogos de Integração da Pessoa Idosa do Rio Grande do Sul, como os Jogos Municipais da Terceira Idade foram eventos muito importantes para re-

pensar os Esportes Adaptados para Idosos, adaptando as regras às condições dos idosos naquele momento.

(...) fizemos [o jogo] com cinco passes, com um pique no chão (...) (...) Nós adaptávamos, porque nós pensávamos: vamos fazer o mais acessível possível, pra depois chegar à regra. (...) Então, com essas mudanças nas regras a gente conseguiu incluir pessoas, principalmente os que tinham pouca vivência de bola, o que é que é pouca vivência de bola? Não tinham a vivência corporal do tempo da bola, da força pra arremessar uma bola, não tinham nem força, nem medir a distância, várias coisas foram sendo adquiridas (GUIMARÃES, 2014).

Pelo até aqui exposto, é possível dizer que o Câmbio tem sido praticado pelos idosos tanto como uma atividade esportiva lúdica, como um esporte competitivo, e em qualquer uma destas formas de ser vivenciado, percebo nessa prática esportiva um espaço de socialidade. E que, além do conviver e compartilhar emoções em comum, também favoreceu a constituição de um pensar e se organizar coletivamente, na busca por dar “voz”, e fazer valer os valores vividos por essa comunidade.

Considerações finais

No ano de 2016 realizaremos a 15ª edição dos Jogos Municipais da Terceira Idade de Porto Alegre, congregando idosos participantes de grupos de instituições públicas e privadas do Porto Alegre e região metropolitana. Neste ano iremos implementar um novo Esporte Adaptado para Idosos, o Futsal para Terceira Idade.

Cabe destacar o papel da SME na história da política de esporte e lazer para pessoas idosas no Rio Grande do Sul. Segundo Guimarães (2014), boa parte do debate do caráter recreativo dos Esportes Adaptados para Idosos no Rio Grande do Sul foi promovido pela SME, tanto junto aos idosos que participam dos jogos, como no grupo de trabalho de professores para a realização dos eventos, “(...) *inclusão: essa era a proposta, fazer do esporte uma atividade significativa para a qualidade de vida do idoso (...) incluir os idosos de várias idades*” (GUIMARÃES, 2014).

Assumi um papel de mobilização e articulação, promovendo ações que popularizaram as atividades esportivas, recreativas e de lazer na cidade de Porto Alegre, assim como articuladora do debate da temática do idoso, seja de forma interna, dentro da própria SME, em conjunto com seus professores, como de forma externa, em diferentes espaços políticos como o COMUI¹³, o CEI¹⁴, e a FUNDERGS¹⁵, influenciando essa

¹³ COMUI - Conselho Municipal do Idoso, criado em 2000, sua finalidade é assegurar o bem-estar do idoso, propor ações e fiscalizar para que estas sejam desenvolvidas, assim como formular e promover políticas públicas a fim de garantir os direitos da pessoa idosa moradora do município de Porto Alegre.

¹⁴ CEI - Conselho Estadual do Idoso, criado em 1988, é um órgão composto pela sociedade civil e representantes do governo, deliberativo e fiscalizador das políticas e das ações voltadas à população idosa do estado do Rio Grande do Sul.

¹⁵ FUNDERGS - Fundação do Esporte e Lazer do Rio Grande do Sul. Fundação integrada à ex-Secretaria Estadual do Esporte e do Lazer, hoje SETEL – Secretaria do Turismo, Esporte e Lazer, responsável pelo

estratégia inovadora do ponto de vista das políticas de esporte e lazer para as pessoas idosas, propondo e sustentando uma política pública voltada à inclusão e à cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLESSMANN, Eliane J. SILVEIRA, Raquel da. **Os jogos Desportivos Adaptados como alternativa para a inserção do idoso na política social de esporte e lazer.** Anais do X Congresso Nacional de História de Esporte, Lazer Educação Física e Dança, II Congresso Latinoamericano de História de laEducacion, Curitiba, 2006.
- BLESSMANN, Eliane Jost. A socialidade e a ludicidade nos jogos esportivos adaptados para idosos. In: STIGGER, M. Paulo. GONZALES, Jaime, SILVEIRA, Raquel da. **O esporte na cidade: estudos etnográficos sobre socialidades esportivas em espaços urbanos.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 a.
- BLESSMANN, Eliane Jost. **Jogos Esportivos Adaptados para Idosos.** In: XII Jogos de Integração do Idoso do RS “Superando limites, vencendo desafios”. FUNDERGS/Secretaria de Turismo, Esporte e Lazer. 2007 b.
- BRASIL. **Política Nacional do Idoso.** Lei nº8842 de Janeiro de 1994. Brasília: 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/Politica%20Nacional%20do%20Idoso.pdf/download> Acessado em: 31 de janeiro de 2015.
- BRASIL. Senado Federal. Secretaria Especial de Informática. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. Brasília, 2013. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf Acessado em: 02 de maio de 2015.
- BRASIL. **Legislação Sobre o Idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) e legislação correlata.** 3. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2013. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/763/estatuto_idoso_5ed.pdf f. Acessado em: 02 de maio de 2015.
- BRASIL. Ministério do Esporte. **Programa Vida Saudável.** Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/index.php/institucional/esporte-educacao-lazer-e-inclusao-social/esporte-e-lazer-da-cidade/vida-saudavel-vs> Acessado em: 21 de março de 2015.
- DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 2012.
- FEDERAÇÃO GAUCHA DE JOGOS ADAPTADOS PARA IDOSOS – FGJAI. **Plano de Trabalho.** 2014.

- FUNDERGS. **Capacitação de Acadêmicos de Educação Física**. 2014. Disponível em: http://www.fundergs.rs.gov.br/upload/1412779119_Apostila%20Academicos.pdf Acessado em: 09 de outubro de 2014.
- GUIMARÃES, Daisy Cristina F. **De Pierre Vellas ao Projeto Espaço Aberto da Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer do Município de Porto Alegre**. Trabalho apresentado na disciplina Educação e Envelhecimento, 2004.
- GUIMARÃES, Daisy Cristina Fabretti. (professora aposentada da Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer). **Entrevista**. Porto Alegre: julho de 2014. Entrevista concedida a Ana Luisa Rodrigues, por conta da pesquisa de doutorado.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais municipais Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/tabelas_pdf/tab4.pdf. Acesso em: junho de 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de S. **Manual de Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa: é possível prevenir, é necessário superar**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.
- OBSERVAPOA. **População Idosa de Porto Alegre Informação Demográfica e Socioeconômica**. nº 1, Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf Acessado em: 20 de abril de 2015.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico e Orçamento. **Política Municipal para o Idoso**. 2014.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Secretaria Municipal de Esporte, Recreação e Lazer de Porto Alegre**. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sme/default.php?p_secao=129 Acessado em: 20 de outubro de 2010, 11 de maio de 2011, 10 de setembro de 2012, 18 de junho de 2013. 15 de julho de 2015.
- RODRIGUES, Ana Luisa M. de. **Estar Sendo Idoso na Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer: modos de viver o envelhecimento no jogo do Câmbio**. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/PPGEDU, 2015. Orientadora Prof^a Dr^a Maria Aparecida Bergamaschi, Coorientadora Prof^a Dr^a Malvina do Amaral Dorneles.
- SOARES, Antônio Jorge. “Jovens-Velhos” esportistas eternamente? **Revista Movimento**. ano 02, nº 03, 1995, p17 – 26.
- WOLFF, Suzana Hübner et al. Jogos Desportivos para a Terceira Idade. In: WOLFF, Suzana Hübner (Org.). **Vivendo e Envelhecendo: recortes de práticas sociais nos Núcleos de Vida Saudável**. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 2009.

Considerações finais

A leitura transversal do conjunto dos treze contributos que constituem esta obra permite identificar alguns dos eixos significativos que têm vindo a estruturar parte da investigação científica recente sobre envelhecimento realizada na região do Algarve, bem como alguns dos seus diálogos com outras geografias variáveis.

A obra espelha um tipo de investigação que se situa no campo interdisciplinar da gerontologia social, do qual emergiram alguns resultados que, transversalmente, apontam, sobretudo, pistas de investigação futura a desenvolver numa dialética constante entre teoria e prática.

Assim, por exemplo, destacou-se a importância de tomar a transição da vida ativa para a reforma como uma das mais impactantes na vida dos adultos idosos, na medida em que esta transição tem repercussões diretas na identidade pessoal e no estatuto social, podendo tanto resultar em significativos níveis de inatividade com riscos de desintegração, como em aproveitamento do maior tempo livre disponível para participar ativamente nos contextos em que a vida se desenrola. Neste quadro, ganha peso a ideia de que uma transição para a reforma bem-sucedida é aquela que se expressa em ações tendentes a contrariar a passividade, o sentimento de desvalorização e a diminuta participação em atividades socioculturais.

Neste sentido, desta obra resulta a proposta de duas vias de intervenção fundamentais, a ter em consideração por todos na gestão deste novo tempo disponível, nomeadamente, a via da inclusão pela educação ao longo da vida, e a via da inclusão pela participação cidadã nas decisões. Ou seja, a educação ao longo da vida representa um paradigma humanista enquadrador de políticas e práticas diversas na área de intervenção da gerontologia social, e a participação cidadã representa um paradigma humanista enquadrador de relações e modos de cuidar que se desejam respeitadores da alteridade, da singularidade e da diversidade dos idosos.

Torna-se, assim, possível deixar em aberto, a partir dos estudos aqui compilados, pontes que interligam a animação socioeducativa, a música, o teatro e o desporto adaptado com a promoção da saúde e a prevenção do preconceito no trato social, ou idadismo, para fazer do processo de envelhecimento uma oportunidade de incremento da participação ativa nos fatores que podem fazer ampliar a qualidade de vida do idoso. Ora, se a animação pode constituir-se como um importante instrumento de emancipação pessoal e social, pela mudança e transformação de hábitos, levando as pessoas a autodesenvolverem-se e a reforçarem relações enquanto grupo e comunidade, já a música pode ser utilizada com a finalidade de aceder às memórias, contribuindo quer para ativar algumas áreas cerebrais quer para melhorar a gestão emocional, podendo ser útil na modificação de estados anímicos nos idosos. Por sua vez, o teatro pode constituir uma atividade eficaz para alcançar o bem-estar e o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, dado que a prática teatral tem potencialidades para se afirmar como um importante meio de intervenção social, um veículo inovador para a promoção da saúde, tal como um instrumento para a desmistificação de estereótipos associados ao envelhecimento. Na mesma direção vem o contributo que o desporto adaptado pode dar, no sentido de ampliar lógicas de inclusão através do seu papel de mobilização.

Por outro lado, são diversas e ricas as pistas que se podem retirar destes estudos para pensar, de modo renovado, as relações presentes nos modos de cuidar. Assim, todos os resultados evidenciam, desde logo, a importância de se abrir espaço para que sejam os próprios idosos a ter poder para decidir e gerir, tanto individualmente como coletivamente, o seu destino, sendo coautores na definição de interesses e prioridades nas atividades que os envolvem, quer em contexto de cuidado familiar quer em contexto de cuidado institucional. Ou seja, a motivação para participar na ação envolvente, seja de que natureza for, parece ir a par com a possibilidade real de se fazer escutar para influenciar o curso dessa mesma ação. As perceções das pessoas idosas algarvias, interpe-ladas por estes estudos, acerca do que entendem ser a felicidade, parece comprovar, por via indireta, este pressuposto, dado que consideram positivo poder ter uma vida ativa e independente e conseguir realizar as atividades diárias de forma autónoma e satisfatória. Não surpreende, assim sendo, que os perfis de envelhecimento apontem, no Perfil Positivo Global, para dimensões chave do bem-estar como balanço positivo de vida, perceção de controlo pessoal sobre recursos de vida, sentido de realização pessoal, apresentando-se, quando se comprova este quadro, uma boa saúde mental e física, que fundamenta o desenvolvimento de trajetórias positivas de envelhecimento. Ora, o conhecimento daqui derivado permite que se insista na importância de melhorar a adequação das respostas sociais às características e necessidades dos seus utentes, em especial na adaptação de estratégias e atividades ao diagnóstico individualizado previsto na lei, que a não acontecer pode desencadear estados depressivos, ou agravar condições depressivas já existentes. Isto também significa, que é imprescindível, a montante, dar a devida atenção às necessidades dos cuidadores informais, que se forem devidamente apoiados pelas políticas sociais públicas, constituem vetores desmultiplicadores da qualidade de vida dos idosos a seu cuidado; dando em simultâneo a devida atenção, a jusante, à prevenção e sinalização das situações atípicas que possam envolver maus-tratos.

Ficam assim aqui expressas breves considerações finais, que mais não fazem do que assinalar que a investigação em gerontologia social, tanto a nível regional, como nacional, tem muito para dar quer aos contextos profissionais cujos âmbitos de atuação envolvem idosos, como aos contextos da decisão política que procurem promover programas e medidas para aumentar a qualidade de vida com base em evidências que a ciência interpreta e interpela.

Rosanna Barros