

SOCIOLOGIA

NÚMERO TEMÁTICO | 2012

ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO:

PERCURSOS E CONTEXTOS DE INVESTIGAÇÃO NA SOCIOLOGIA PORTUGUESA

Coordenado por Alexandra Lopes

Alexandra Lopes

Rute Lemos

Óscar Ribeiro

Sibila Marques

Maria Batista

Pedro Alcântara da Silva

António Fonseca

Marianela Ferreira

José São José

Ana Paula Gil

Ana João Santos

Ignacio Martín

Gonçalo Santinha

Susana Rito

Rosa Almeida

Departamento de Sociologia | FACULDADE DE LETRAS DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

SOCIOLOGIA

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE LETRAS

SOCIOLOGIA



**REVISTA DA FACULDADE DE LETRAS
DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Nº TEMÁTICO – ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: PERCURSOS E
CONTEXTOS DE INVESTIGAÇÃO NA SOCIOLOGIA PORTUGUESA**

PORTO • 2012

Número temático – Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa

DIRETOR:

João Teixeira Lopes, Departamento de Sociologia e Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

CONSELHO DE REDAÇÃO:

Anália Torres, ISCSP-UTL/CIES-IUL; António Firmino da Costa, ISCTE-IUL/CIES-IUL; Carlos Manuel da Silva Gonçalves, FLUP/ISFLUP; Cristina Parente, FLUP/ISFLUP; Fernando Luís Machado, ISCTE-IUL/CIES-IUL; Isabel Dias, FLUP/ISFLUP; Luís Vicente Baptista, FCSH-UNL/CESNOVA.

CONSELHO EDITORIAL:

Alice Duarte, FLUP/ISFLUP; Álvaro Domingues, FAUP/CEAU; Ana Maria Brandão, ICS-UM; Ana Nunes de Almeida, ICS-UL; Anália Torres, ISCSP-UTL/CIES-IUL; António Firmino da Costa, ISCTE-IUL/CIES-IUL; Augusto Santos Silva, FEP/ISFLUP; Benjamin Tejerina, Universidad del País Vasco (UPV)/Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva (CEIC), Espanha; Bernard Lahire, École Normale Supérieure de Lyon (ENSL)/Groupe de Recherche sur la Socialisation (GRS), França; Carlos Manuel da Silva Gonçalves, FLUP/ISFLUP; Chiara Saraceno, Università degli Studi di Torino, Itália/Social Science Research Center Berlin, Alemanha; Claudino Ferreira, FEUC/CES-UC; Cristina Parente, FLUP/ISFLUP; Elena Zdravomyslova, European University at St Petersburg (EUSP)/Center for Independent Social Research (CISR), Rússia; Elisa Reis, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil; Fernando Luís Machado, ISCTE-IUL/CIES-IUL; Frank Welz, Universität Innsbruck, Áustria; Hans-Peter Blossfeld, Otto-Friedrich-Universität Bamberg/Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg, Alemanha; Heitor Frugoli, Universidade de São Paulo (USP)/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil; Hustana Vargas, Universidade Federal Fluminense (UFF)/Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação Superior (NEPES), Brasil; Immanuel Wallerstein, Yale University, Estados Unidos da América; Inês Pereira, ISCTE-IUL/CIES-IUL; Isabel Dias, FLUP/ISFLUP; Jean Kellerhals, Université de Genève, Suíça; João Bilhim, ISCSP-UTL; João Sedas Nunes, FCSH-UNL/CESNOVA; José Resende, FCSH-UNL/CESNOVA/Observatório Permanente de Escolas (ICS-UL); José Soares Neves, ISCTE-IUL/OAC; Luís Vicente Baptista, FCSH-UNL/CESNOVA; Luísa Neto, FDUP/CENCIFOR; Margaret Archer, University of Warwick, Reino Unido/College of Humanities-École Polytechnique Fédérale de Lausanne, Suíça; Maria Manuel Vieira, ICS-UL; Maria Manuela Mendes, FA-UTL/CIES-IUL; Mariano Enguita, Universidad de Salamanca/Centro de Análisis Sociales de la Universidad de Salamanca (CASUS), Espanha; Massimo Introvigne, Center for Studies on New Religions (CESNUR), Itália; Michael Burawoy, University of California, Berkeley, Estados Unidos da América; Michel Wieviorka, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, França; Patrícia Ávila, CIES-IUL; Pedro Abrantes, CIES-IUL/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México; Pertti Alasuutari, University of Tampere/Tampere Research Group for Cultural and Political Sociology (TCuPS), Finlândia; Piotr Sztompka, Jagiellonian University, Polónia; Ricca Edmondson, National University of Ireland, Irlanda; Rui Gomes, FCDEF-UC/CIDAF; Tally Katz-Gerro, University of Haifa, Israel/ University of Turku, Finlândia; Tina Uys, University of Johannesburg/Centre for Sociological Research, África do Sul; Vera Borges, ICS-UL; Víctor Kajibanga, Universidade Agostinho Neto, Angola/Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto/Centro de Estudos Africanos do ISCTE-IUL; Vítor Ferreira, ICS-UL; Walter Rodrigues, ISCTE-IUL/DINÂMIA' CET-IUL.

COORDENAÇÃO DO NÚMERO TEMÁTICO:

Alexandra Lopes, Departamento de Sociologia e Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

COORDENAÇÃO E REVISÃO EDITORIAL:

Marta Lima, Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto é indexada em *Latindex*, *Open Science Directory* (EBSCO), *Sherpa/Romeo*, *DOAJ – Directory of Open Access Journals* e *Fonte Académica* (EBSCO).

DEPÓSITO LEGAL N.º 92384/95

ISSN: 0872-3419

SUMÁRIO

EDITORIAL 7

NOTA DE APRESENTAÇÃO

Alexandra Lopes 9

ARTIGOS

1. Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa
Alexandra Lopes e Rute Lemos 13
2. O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição
Oscar Ribeiro..... 33
3. A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores da aceitação de um chefe mais velho
Sibila Marques, Maria Batista e Pedro Alcântara da Silva 53
4. Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos
António M. Fonseca 75
5. Prolongamento temporal da atividade profissional de dois grupos profissionais de saúde: médicos e enfermeiros – um estudo de caso
Marianela Ferreira 97

6. Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso José de São José	123
7. Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo Ana Paula Gil e Ana João Santos	151
8. Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português Ignacio Martín, Gonçalo Santinha, Susana Rito e Rosa Almeida	177

BIBLIOGRAFIA TEMÁTICA

Alexandra Lopes e Rute Lemos	205
---	-----

ESTATUTO EDITORIAL / NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS	227
--	-----

EDITORIAL

Por João Teixeira Lopes

Este número da *Sociologia*, organizado por Alexandra Lopes, consolida a vocação da revista para intercalar números *pot-pourri*, com reflexões integradas de domínios intradisciplinares. No caso vertente, parte-se da oportunidade do ano de 2012 ter sido definido pela Comissão Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações para fazer um balanço sobre o conhecimento sociológico destas temáticas, profundamente imbricadas com outras áreas do saber (saúde, medicina, economia, justiça, política...).

Por outro lado, afigura-se como uma ocasião privilegiada de demonstração da utilidade social da sociologia, enquanto disciplina rigorosa, mas aberta; com cânones, protocolos e linguagens próprios, mas de vocação inter e multidisciplinar e profundamente comprometida com as políticas públicas, sem deixar de lançar questões e propostas que certamente desafiarão as lógicas cristalizadas do *status quo*.

Do mesmo modo, é também uma ponte que se lança para novos públicos leitores da sociologia, num esforço de criação de comunidades cidadãs informadas e interventivas, assim como uma interpelação – consistente e aprofundada – à esfera da decisão política.

NOTA DE APRESENTAÇÃO

Por Alexandra Lopes

Desde 1983 que a União Europeia escolhe temas específicos para dar mote a cada ano civil, temas normalmente transversais a todos os Estados membros, mas mais do que isso temas que refletem aquelas que são as principais prioridades e os principais desafios que se colocam às sociedades europeias. 2012 foi celebrado, um pouco por toda a Europa, como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações.

Na realidade, num contexto de acelerado envelhecimento demográfico, pese embora a diferentes ritmos, a Europa tem vindo a assistir a um crescendo de visibilidade do tema nas agendas nacionais e internacionais de discussão e decisão política. Os desafios que representa a redefinição do peso relativo das gerações nas pirâmides demográficas europeias para as configurações sócio-económicas e culturais herdadas da modernidade não são de pequena envergadura. Bem pelo contrário, vão ganhando expressão no argumentário dos vários atores sociais, frequentemente num registo de pendor dramático que anuncia o fim dos modelos sociais europeus fundados no pós-guerra.

A publicação de um número temático da *Sociologia* dedicado às leituras sociológicas (e afins) sobre o Envelhecimento Demográfico surge, precisamente, da proposta apresentada à sua direção para integrar a publicação no roteiro de iniciativas que, em 2012, contribuem para o debate alargado sobre os desafios e as encruzilhadas que se colocam à Europa, e a Portugal em particular, em tal cenário demográfico.

A forma como se estruturou o número temático, porém, não se circunscreve a um exercício de celebração simbólica, antes procura oferecer um momento de reunião de contributos e perspetivas diversas que permitam, em simultâneo, fazer balanços e abrir novos questionamentos. A celebração simbólica que um ano temático permite não é irrelevante, bem pelo contrário. Mas não pode encerrar-se aí. Os desafios e as

encruzilhadas em que as sociedades europeias se encontram só reclamam da academia responsabilidades acrescidas, no que ao seu envolvimento diz respeito na procura de caminhos e projetos sociais alternativos. Se isso é verdade, em geral, mais ainda o é quando focamos, em particular, a temática do envelhecimento demográfico. Note-se que não se escolheu como tema organizador desta publicação aquele que dá nome ao ano europeu em 2012. Entende-se que este só tem sentido discutir no âmbito de um debate mais alargado sobre o alcance de um fenómeno que é complexo mas, sobretudo, multidimensional nas suas causas e nas suas consequências: o envelhecimento demográfico.

Começamos o número com um artigo que sistematiza, por um lado, a estrutura da própria edição, mas que faz igualmente o balanço das últimas duas décadas de investigação sociológica (e afim) no domínio dos estudos sobre o envelhecimento. Os contributos que se reúnem neste número temático resultam da generosa resposta que um conjunto de investigadores deu ao repto de partilharem esta iniciativa. Os seus registos estão organizados numa lógica sequencial que alinha, de alguma forma, com aquelas que têm sido as grandes linhas estruturantes da investigação sociológica portuguesa no tema do envelhecimento.

ARTIGOS

Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa

Alexandra Lopes¹ e Rute Lemos²

Universidade do Porto

Resumo

Neste número da Revista Sociologia dedicamos um dossier, precisamente, à temática do envelhecimento demográfico, procurando assinalar, em simultâneo, a relevância do tema e os desafios que dele emergem para a sociedade portuguesa e para os cientistas sociais em particular; os percursos já trilhados pela comunidade de investigadores portugueses envolvidos no desenvolvimento de leituras sociológicas (e afins) ao tema do envelhecimento demográfico; as perspetivas de futuro que se abrem no campo da produção de conhecimento sociológico sobre o envelhecimento e os desafios que se colocam aos jovens investigadores interessados em explorar esse domínio.

Palavras-chave: Estudos sobre Envelhecimento; Idosos; Sociologia do Envelhecimento.

Abstract

This issue of *Revista Sociologia* devotes a section to the general topic of demographic ageing. The relevance of this topic and the challenges it brought for both the Portuguese society and Portuguese scholars is the triggering element for the compilation of papers that are presented in this issue of the journal. This first introductory paper aims at setting the background for the rest of the contributions and provides a snapshot of the main trends in sociological analysis in Portugal on the topic of ageing.

Keywords: Studies on Ageing; Older People; Sociology of Ageing.

¹ Alexandra Lopes é doutorada em Social Policy pela London School of Economics e docente/investigadora no Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Porto, Portugal). Os seus interesses de investigação centram-se na problemática geral do envelhecimento demográfico, com um ênfase particular em temáticas relacionadas com desigualdades e pobreza e com dependências e cuidados continuados. *E-mail*: aslopes@letras.up.pt

² Rute Lemos é Mestre em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Porto, Portugal) e bolsista de investigação da FCT integrada no projeto “Módulo de questões para o cuidado a idosos – versão portuguesa” com a referência PTDC/CS-SOC/117593/2010 e coordenado por Alexandra Lopes. *E-mail*: rlemos@letras.up.pt

Resumé

Ce numéro de la *Revista Sociologia* consacre une section à la rubrique générale du vieillissement démographique. La pertinence de ce thème et les défis auxquels elle est apportée à la fois pour la société portugaise et les académiciens portugaises est l'élément déclencheur pour la compilation de documents qui sont présentés dans ce numéro de la revue. Ce premier article d'introduction vise à mettre en arrière-plan pour le reste des contributions et donne un aperçu des principales tendances dans l'analyse sociologique au Portugal sur le thème du vieillissement.

Mots-clés: Études sur le vieillissement; Personnes âgées; Sociologie du vieillissement.

Resumen

En esta edición de la *Revista Sociología* dedica-se un archivo, en concreto, a el tema del envejecimiento, tratando de señalar, al mismo tiempo, la relevancia del tema y los desafíos que surgen de la misma para la sociedad portuguesa y los científicos sociales. En particular, señalan-se los caminos ya recorrido por la comunidad de investigadores portugueses involucrados en el desarrollo de las lecturas sociológicas (y afines) en el tema del envejecimiento, las perspectivas de futuro para el conocimiento sociológico sobre el envejecimiento y los retos que enfrentan los jóvenes investigadores interesados en explorar este dominio.

Palabras-clave: Estudios sobre el Envejecimiento; Personas Mayores; Sociología del Envejecimiento.

Introdução

O ano de 2012 foi definido pela Comissão Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, dando seguimento a um percurso de eleição de temáticas relacionadas com a questão geral do envelhecimento demográfico inaugurado em 1999, ano pela primeira vez definido, pelas Nações Unidas, como Ano Internacional da Pessoa Idosa. Um pouco por todo o país, e nos vários países da União Europeia, multiplicam-se iniciativas promovidas por um leque diversificado de agentes que respondem ao repto lançado pela Comissão Europeia: o da criação de

uma cultura europeia de envelhecimento ativo numa sociedade amiga de todas as idades.

No plano da investigação científica, e especificamente no da produção de conhecimento sociológico, a bacia temática que emerge associada ao envelhecimento demográfico tem gozado de projeção equivalente em magnitude àquela que tem sido a projeção do tema na agenda de discussão política internacional e nacional, sendo já há alguns anos domínio de investigação de eleição de um conjunto progressivamente mais alargado de investigadores portugueses.

Este número da Revista *Sociologia* é dedicado, precisamente, à temática do envelhecimento demográfico, procurando assinalar, em simultâneo, a relevância do tema e os desafios que dele emergem para a sociedade portuguesa e para os cientistas sociais em particular; os percursos já trilhados pela comunidade de investigadores portugueses envolvidos no desenvolvimento de leituras sociológicas (e afins) ao tema do envelhecimento demográfico; as perspetivas de futuro que se abrem no campo da produção de conhecimento sociológico sobre o envelhecimento e os desafios que se colocam aos jovens investigadores interessados em explorar esse domínio.

Este primeiro artigo está organizado em duas partes. Num primeiro momento faz-se uma contextualização geral ao tema que dá mote a este número temático, nomeadamente sistematizando alguns elementos de carácter demográfico e sociopolítico. Num segundo momento apresentam-se os resultados gerais de um exercício de revisão da produção científica portuguesa, no campo dos estudos sobre o envelhecimento, que envolve uma lente sociológica, articulando-se com esses uma breve apresentação da estrutura e dos contributos que incluem o número temático.

1. Do problema social ao problema sociológico: a construção de um objeto “implicado”, empiricista e multidisciplinar

Na sua proclamação sobre o envelhecimento, lançada a 1 de outubro de 2008, a Assembleia Geral das Nações Unidas declarava esse dia como o Dia Internacional da Pessoa Idosa e definia 1999 como o Ano Internacional da Pessoa Idosa (Resolução 47/5

da UN). A essa proclamação seguir-se-iam um conjunto de declarações de natureza política que viriam a culminar na realização da Segunda Assembleia Mundial para o Envelhecimento, em 2002, em Madrid, da qual viria a sair o Plano Internacional para a Ação sobre o Envelhecimento, conhecido como o Plano Internacional de Madrid 2002. Independentemente das dimensões mais ou menos latentes, e de natureza essencialmente política, que se reconhecem presentes nos conteúdos do documento, este foi um momento histórico importante, na medida em que representou o primeiro consenso global sobre a necessidade de trazer a questão do envelhecimento demográfico para o fórum de discussão sobre um conjunto de outras temáticas centrais nas sociedades contemporâneas, desde os direitos humanos às questões de desenvolvimento social e económico. Nesse documento elegiam-se prioridades para a ação no domínio do envelhecimento, nomeadamente: a necessidade de considerar a importância e o lugar das pessoas mais velhas nas dinâmicas de desenvolvimento (temática mais cara e orientada para os países em desenvolvimento); a necessidade de promoção da saúde e bem-estar do idoso; e a necessidade de desenvolver ambientes de apoio e inclusivos para a população idosa (UN, 2002). Aos governos nacionais exigia-se que desenvolvessem respostas políticas eficazes, capazes de garantir à população idosa o cumprimento de princípios como independência, participação, cuidados e dignidade. O simbolismo da identificação de um ano como sendo dedicado ao envelhecimento traduz, efetivamente, uma maior consciência política sobre os seus impactos ao nível político, social e económico.

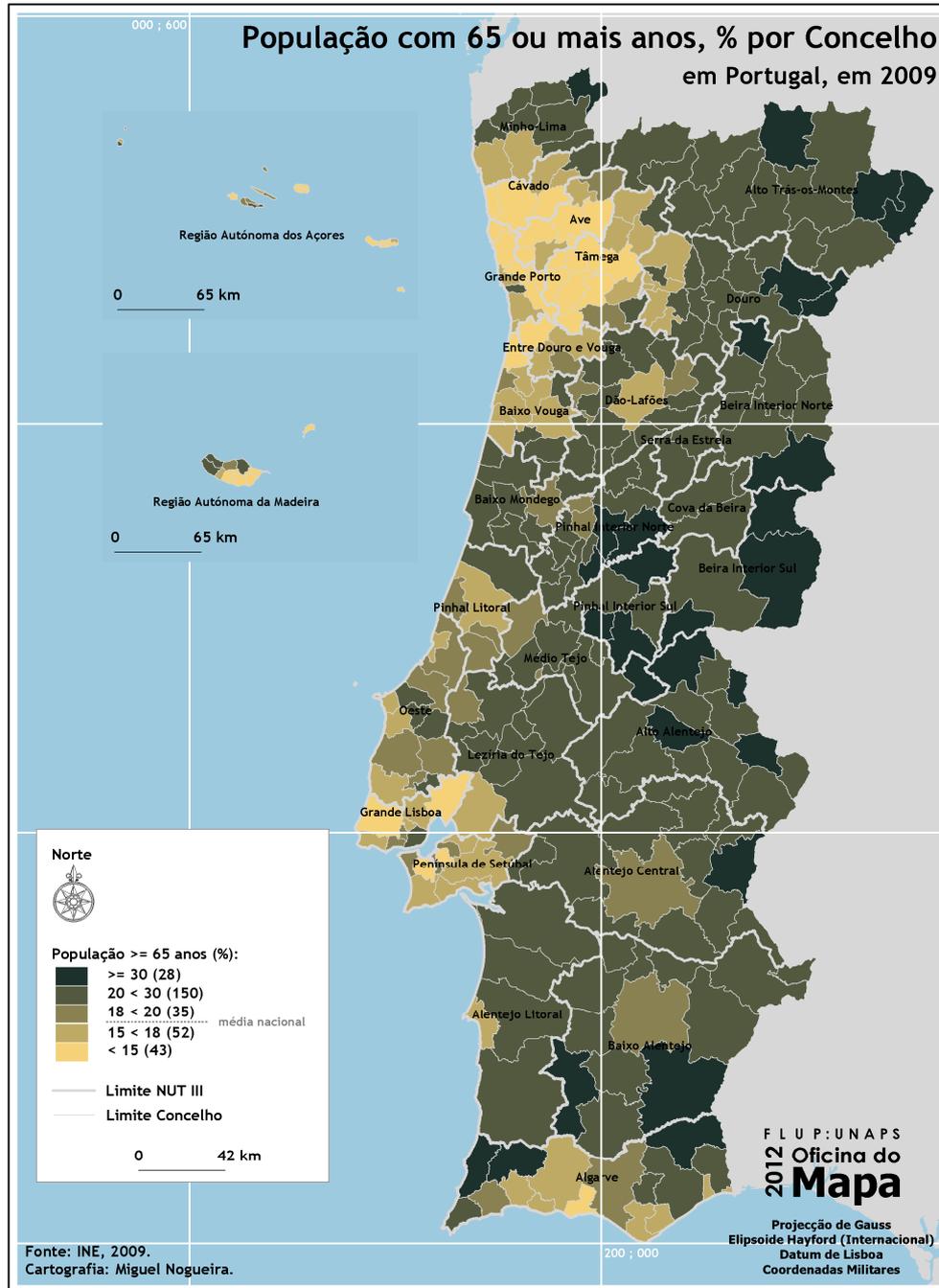
Desde esta altura, e de uma forma organizada, têm vindo a multiplicar-se as iniciativas políticas, de âmbito internacional, mas nacional também, que refletem a centralidade do envelhecimento demográfico na forma como se pensam e se organizam as sociedades contemporâneas. A declaração do ano 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações inscreve-se nesse percurso e é mais uma dessas iniciativas.

Portugal é hoje um dos países do mundo onde tem mais peso a população idosa, ocupando o 8º lugar no *ranking* dos países mais envelhecidos, com critério de classificação definido como proporção de indivíduos na população que têm idade igual ou superior a 60 anos (UN, 2009). As estimativas mais recentes, de acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE), apontam para um peso da

população com 65 anos ou mais superior já a 18% da população total no país, estando em franco crescimento, em particular, a proporção de indivíduos com 80 anos ou mais, estimada na ordem dos 5% da população portuguesa. Trata-se, naturalmente, de um perfil demográfico que não é homogéneo quando analisado em termos territoriais, antes pelo contrário pautado por algumas marcadas assimetrias que reproduzem, em larga medida, aquilo que são os eixos estruturantes de um modelo de desenvolvimento socioeconómico caracterizado pela litoralização e pela concentração urbana em alguns poucos polos de atração que acabam por esvaziar amplas regiões do país, nomeadamente dos seus grupos populacionais mais jovens.

Na Figura 1 ilustra-se essa territorialização do envelhecimento demográfico, da qual realçam as assimetrias litoral/interior, intimamente associadas à dicotomia rural/urbano. Os dados projetados dizem respeito às estimativas demográficas para o ano 2009, momento em que já rondava os 40% a proporção de população com idade igual ou superior a 65 anos em alguns municípios, nomeadamente os do interior algarvio e do interior beirão. Por oposição, e com valores genericamente inferiores à média nacional, temos a bacia industrial do litoral norte, onde se destacam municípios como Penafiel ou Paços de Ferreira, com proporções na ordem dos 10% da população total.

Figura 1 – População com 65 ou mais anos, % por concelho, em 2009

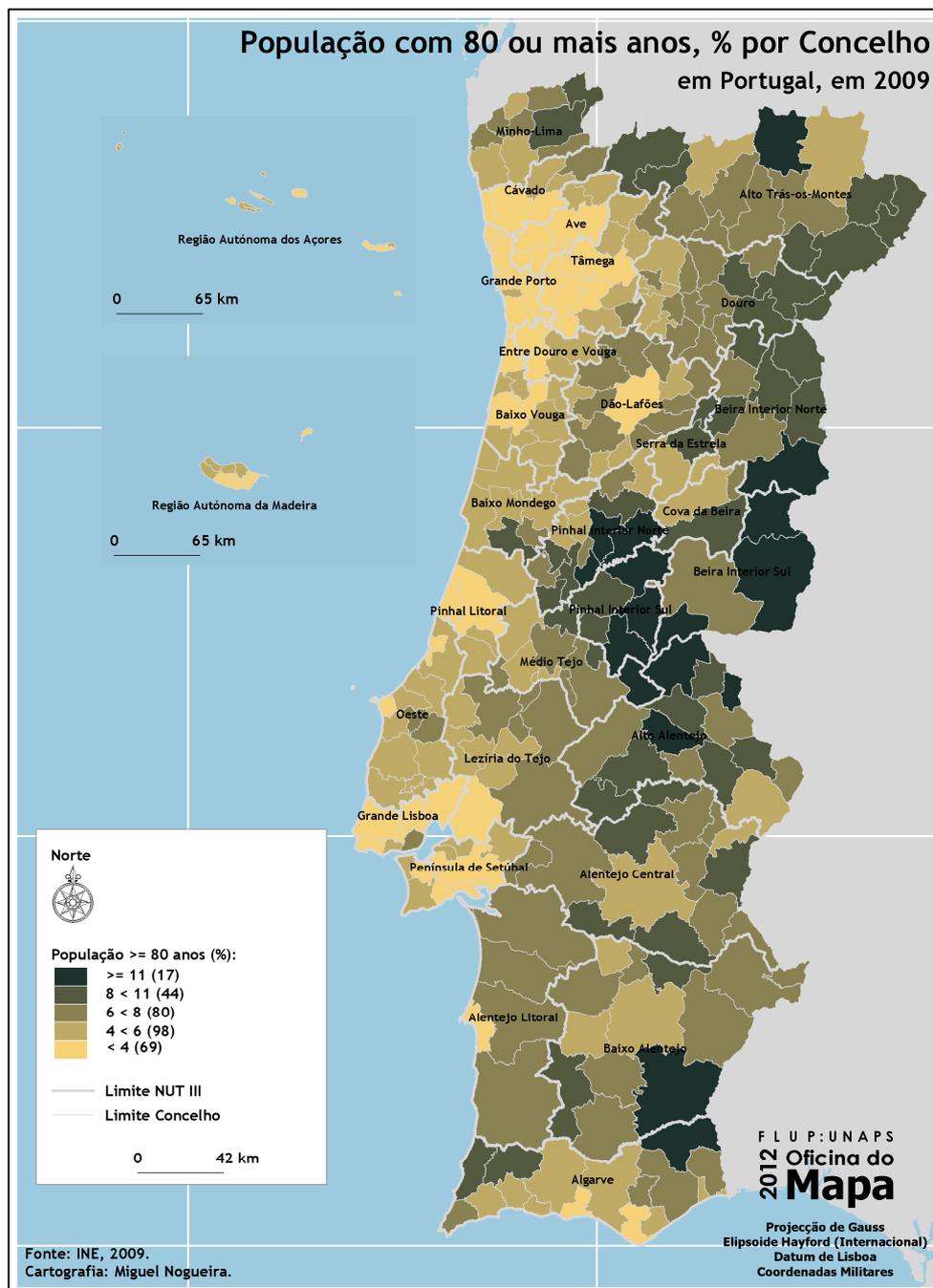


Fonte: Estatísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estatística, 2009.

Olhando, em particular para a distribuição dos mais velhos entre os idosos (Figura 2), verificamos que, de uma forma geral, decalca a distribuição geral da população idosa. Os espaços de desencontro refletem, sobretudo, diferenças regionais

na esperança média de vida e remetem-nos, precisamente, para o domínio das diferenças na qualidade de vida e no acesso a cuidados de saúde que emergem associadas ao território e às suas assimetrias.

Figura 2 – População com 80 ou mais anos, % por concelho, em 2009



Fonte: Estatísticas Demográficas, Instituto Nacional de Estatística, 2009.

Em Portugal, à semelhança do que se passa um pouco por todo o mundo desenvolvido, o acentuar do envelhecimento demográfico, após algum ímpeto de celebração inicial pelo significado civilizacional dos acréscimos de longevidade, deu lugar a um conjunto de preocupações que, rapidamente, catapultaram as dinâmicas de recomposição demográfica na base desse envelhecimento para o estatuto de problema social. Por um lado, o envelhecimento demográfico colocou grandes desafios (e pressões) às configurações institucionais da maioria dos Estados-Providência modernos, projetados para volumes absolutos e relativos de idosos na população substancialmente inferiores aos que marcam hoje essas mesmas nações. Por outro lado, o envelhecimento demográfico tem sido marcado pelo aumento na procura de cuidados sociais e de saúde associados ao prolongamento da vida, amiúde sem proporcional aumento no número de anos de vida saudável, mas também à diminuição de capacidade de resposta das formas tradicionais de apoio ligadas às solidariedades intergeracionais primárias.

Ao longo da última década, em Portugal e no resto da Europa, tem-se vindo a instalar um discurso público que enfatiza a necessidade de encontrar respostas sociais para os desafios que o envelhecimento demográfico representa. A agenda de investigação científica em Portugal, e no domínio da Sociologia em particular, tem sido muito marcada por esse repto, dando origem a um percurso de construção de um objeto de investigação profundamente comprometido com a necessidade de produção de conhecimento que, de alguma forma, possa sustentar a intervenção social.

Este primeiro traço de caracterização da forma como se constrói o objeto de investigação “envelhecimento demográfico” aparece associado, na nossa perspetiva, a um outro elemento estruturante: a orientação marcadamente empiricista na investigação. Se alguma coisa atravessa a produção de conhecimento sociológico em Portugal, neste domínio, é o relativamente modesto desenvolvimento teórico, que contrasta com um acentuado esforço de mapeamento empírico das realidades do “ser mais velho”. A diversidade de temas que colhem o interesse dos sociólogos portugueses é grande, mas de forma geral de natureza sobretudo empírica e subsidiária dos desenvolvimentos teóricos da Sociologia além-fronteiras, com ênfase especial na produção anglo-saxónica.

Finalmente, e como reflexo da própria natureza multidimensional do fenómeno, por um lado, e dos múltiplos fatores envolvidos no envelhecimento demográfico, por outro, o processo de definição deste como objeto de investigação tem sido marcado por um pendor fortemente multidisciplinar. A multidisciplinariedade, enquanto princípio aceite como um traço de força na produção de conhecimento, não surge isenta de riscos, o mais sério deles, eventualmente, aquele que decorre da apropriação de teorias e conceitos por disciplinas diferentes daquelas onde os mesmos tiveram origem, apropriação amiúde feita sem significativo investimento teórico.

No plano específico da produção de conhecimento científico, e sociológico em particular, sobre a temática geral do envelhecimento demográfico, podemos afirmar que aquele se tem vindo a definir, em larga medida, em resposta aos que foram sendo aceites como os grandes desafios emergentes do envelhecimento da população, sendo as principais temáticas de eleição precisamente as que plasmam esses desafios. Procurando sistematizar o percurso da investigação sociológica nacional sobre este fenómeno, para conhecer de que forma a Sociologia se tem apropriado da problemática do envelhecimento demográfico nas suas múltiplas implicações, como tem estabelecido fronteiras analíticas com outros domínios científicos e definido as principais áreas temáticas de análise, fez-se uma revisão de toda a produção científica publicada, em Portugal, nos últimos 15 anos. A opção de definir um limite temporal está assente na constatação de que, até então, o interesse por parte dos sociólogos portugueses na matéria do envelhecimento era residual e mais centrado numa abordagem subsidiária da Demografia. Do resultado deste exercício damos conta na secção seguinte.

2. Trajetos e temáticas na investigação sociológica portuguesa sobre o envelhecimento: 1997-2012

No sentido de caracterizar a produção de conhecimento sociológico sobre o envelhecimento em Portugal procedeu-se a uma revisão da literatura a partir dos registos de obras publicadas sobre a temática nos últimos 15 anos, assim como de projetos realizados em centros de investigação do âmbito disciplinar da Sociologia. Um dos procedimentos adotados para a recolha desses dados consistiu na pesquisa

bibliográfica de obras editadas, comunicações em conferências, artigos de revistas, assim como de trabalhos realizados em contexto académico, como mestrados e doutoramentos, desenvolvidos num enquadramento teórico-metodológico próximo da disciplina sociológica. Paralelamente, contactaram-se informantes privilegiados, mais especificamente professores universitários com um percurso de investigação que cruza a temática do envelhecimento, para a disponibilização de referências bibliográficas relevantes³. No total foram elencadas 300 referências. Importa aqui sublinhar que, apesar de a pesquisa ter sido o mais detalhada possível, garantindo que um grande volume do trabalho desenvolvido sobre o envelhecimento fosse elencado, não houve a pretensão de construir uma listagem que se assumisse totalmente exaustiva. No que concerne aos projetos de investigação, os dados foram recolhidos na base de dados da Fundação para a Ciência e a Tecnologia e a partir das informações disponibilizadas nas páginas eletrónicas dos centros de investigação.

Na tabela abaixo compila-se a distribuição temporal das referências identificadas, compondo-se um quadro de evolução que, de alguma forma, acaba por refletir a progressiva aproximação da comunidade académica à temática, à medida que esta se vai assumindo como mais urgente na própria agenda pública e política. Atendendo à data de produção deste texto, o valor relativo a 2012 reflete, naturalmente, as referências publicadas no primeiro semestre do ano.

³ Colaboraram no exercício de recolha de referências bibliográficas, além das autoras, os seguintes investigadores do projeto «Módulo de questões para o cuidado a idosos – versão portuguesa» (Ref^a PTDC/CS-SOC/117593/2010, Coordenação: Alexandra Lopes): António Fonseca, Isabel Dias, José São José e Sandra Pereira.

Tabela 1 – Número de referências bibliográficas registadas, por ano: 1997-2012

Ano	N.º Referências
1997	6
1998	6
1999	8
2000	8
2001	13
2002	9
2003	8
2004	15
2005	19
2006	14
2007	32
2008	26
2009	47
2010	46
2011	35
2012	8

Durante a última década do século XX, as questões do envelhecimento não constituíram um tema que gerasse investimento significativo em investigação sociológica. Aliás, é precisamente no ano de 1999 que se assiste a um primeiro ligeiro acréscimo de produção, o qual poderá refletir, em certa medida, a visibilidade que o tema do envelhecimento demográfico adquire na sequência da proclamação desse ano como o Ano Internacional dos Idosos, pelas Nações Unidas. Os movimentos internacionais, e nacionais também, que se acentuaram a partir dessa data, acabariam por reclamar, junto da comunidade científica, estudos e propostas como alicerces para o desenvolvimento de respostas políticas eficazes para fazer face aos desafios inerentes a essa tendência de evolução demográfica.

Apesar do aumento paulatino do interesse da academia sociológica portuguesa no envelhecimento como objeto de estudo, alguns continuam a considerar que não se passou, ainda, da fase emergente, sendo necessários alguns aprofundamentos, teóricos e metodológicos, para a consolidação da temática na produção sociológica nacional (Machado, 2009: 320).

Relativamente aos projetos de investigação, não foi possível avançar com uma análise de evolução quantitativa pela ausência de informações sobre as datas de início de grande parte dos projetos. Do levantamento de dados efetuado, registaram-se, nos últimos 15 anos, 62 projetos desenvolvidos por centros de investigação nacionais, alguns em contexto de parceria com entidades estrangeiras. Neste universo incluem-se, naturalmente, projetos de alcance diferenciado, tanto em termos de duração, como em termos de abrangência temática e, até, territorial. A cena nacional, porém, continua profundamente marcada pela ausência de estudos sociológicos de cariz extensivo e de base nacional, somando-se projetos de incidência local, segundo registos de tipo intensivo, com uso sobretudo de metodologias de investigação de tipo qualitativo. Pese embora o reconhecimento da importância destes estudos, fundamentais no mapeamento do próprio objeto, a comunidade sociológica portuguesa tem-se debatido com alguma dificuldade em desenvolver estudos mais alargados, sendo só mais recentemente que se registam alguns investimentos mais significativos neste domínio. Exemplo disso é a participação portuguesa no desenvolvimento de um módulo sobre as expressões do idadismo no âmbito do *European Social Survey*, com dados relativos aos anos 2008 e 2009.

Quando passamos à exploração mais pormenorizada dos domínios de análise privilegiados nas abordagens sobre o envelhecimento, ou seja, as principais áreas temáticas focadas nos trabalhos publicados, identificam-se quatro grandes áreas dominantes, que acabariam por definir a forma de organização deste número temático da Revista *Sociologia*. São elas: normas, valores e representações sociais; mercado de trabalho, emprego e reforma; dependências e cuidados; vulnerabilidades e desigualdades. Procedeu-se à classificação das 300 referências bibliográficas de acordo com esses quatro grandes temas, abrindo-se a possibilidade de que um mesmo trabalho fosse enquadrado em mais do que uma área. A classificação baseou-se na análise dos resumos, palavras-chave e índices dos trabalhos publicados, sendo que nas situações em que permaneciam dúvidas, a opção recaiu na leitura de algumas secções das obras. Na tabela abaixo sistematiza-se o contingente de ocorrências em cada área temática.

Tabela 2 – Número de ocorrências em cada grande área temática de investigação sociológica: 1997-2012

Áreas temáticas	N.º vezes que é abordada
Normas, valores e representações sociais	48
Mercado de trabalho, emprego e reforma	34
Dependências e cuidados	196
Vulnerabilidade e desigualdade	86

A primeira grande área temática, que escolhemos designar como “Normas, Valores e Representações Sociais” compreende um leque, em rigor, bastante diversificado, mas que responde, de forma global, à necessidade de fazer emergir os elementos estruturantes da ação social que passam por conceitos, representações, atitudes e expectativas ligadas à idade. No fundo, trata-se de uma grande área temática que dá desenvolvimento ao interesse da Sociologia nos processos sociais de construção da idade. Alguns temas que aparecem com maior frequência incluem questões tão variadas como: as representações dos idosos sobre o processo de envelhecimento; as representações sociais e as atitudes da população em geral face aos idosos e ao envelhecimento, destacando-se aqui um conjunto de trabalhos sobre os estereótipos existentes na sociedade relativamente aos mais idosos, frequentemente traduzidos em discriminação, num fenómeno denominado por idadismo, ageísmo ou gerontofobia; os processos de construção de identidades na velhice; as representações sobre a dependência, a doença e a morte; ou, ainda, a influência da religiosidade e da espiritualidade nas atitudes face ao envelhecimento.

É nesta primeira grande área temática de investigação que se inclui o contributo de Sibila Marques, Maria Batista e Pedro Alcântara da Silva para este número temático da Revista *Sociologia*. Na linha de um conjunto alargado de análises que têm desenvolvido no domínio das representações e atitudes sobre o envelhecimento, estes autores oferecem uma discussão mais circunscrita aos impactos das atitudes discriminatórias associadas ao fator idade nas representações sobre o exercício da chefia em contexto laboral. Usando dados retirados do *European Social Survey*, os autores demonstram que os fatores psicossociais decorrentes das atitudes em relação ao

envelhecimento apresentam um maior impacto nas representações sobre o lugar do idoso no mercado de trabalho do que os fatores decorrentes de características sociodemográficas.

É, igualmente, sob o chapéu desta primeira área temática que se acomoda o contributo de Óscar Ribeiro, autor de um artigo onde se problematiza o conceito de envelhecimento ativo a partir da revisão dos percursos da sua construção. O autor procura revelar as fragilidades e os constrangimentos associados ao conceito na sua formulação dominante, enfatizando a necessidade de abrir espaço para considerações de natureza multidimensional na forma como a investigação científica, mas igualmente o discurso político, se têm apropriado do termo. Este é um conceito que vem assumindo centralidade nos discursos académicos, mas também políticos, e que se propõe desconstruir à luz de uma leitura que enfatiza os processos de construção social do conceito nas encruzilhadas com as representações sociais sobre o próprio lugar do idoso nas sociedades.

A segunda grande linha de investigação que foi identificada é dominada pelas questões do “Mercado de Trabalho, Emprego e Reforma”. Esta é, curiosamente, uma área temática que tem tido um acolhimento entre os sociólogos portugueses desproporcional à centralidade que foi assumindo na agenda de debate político. Se há alguma área que tem reunido particular atenção no plano da intervenção política tem sido a que decorre dos desafios que o envelhecimento demográfico coloca aos mecanismos tradicionais de organização do mercado de trabalho, nomeadamente no que diz respeito ao *interface* destes com os sistemas de proteção social. No entanto, não tem sido igualmente expressivo o interesse da comunidade sociológica portuguesa nessa temática. Entre os temas mais frequentemente encontrados nos trabalhos publicados aparecem: os modelos de transição da atividade profissional para a reforma e os fatores que influenciam esse processo; as trajetórias de vida e as estratégias de ocupação do tempo na reforma, nomeadamente no que envolve lazeres e atividades de voluntariado; o papel dos idosos e o seu contributo ativo e produtivo na sociedade.

É no âmbito desta grande área temática que se encontra o contributo de António Fonseca, que nos apresenta um artigo onde se aborda a temática geral da transição do mercado de trabalho para a reforma. A partir de um modelo teórico onde se reconhece a

centralidade do trabalho enquanto elemento estruturante da vida dos indivíduos, não só nas suas dimensões mais estritamente materiais, mas igualmente nas modalidades de construção das suas identidades pessoais e coletivas, o autor discute as grandes forças estruturantes do que rotula como um momento de viragem na vida dos indivíduos: a passagem do trabalho à reforma. No artigo são colocados em evidência, em particular, os fatores que marcam o momento de reforma propriamente dito, os fatores que caracterizam o processo de adaptação à nova condição de reformado e os impactos principais desta na vida do indivíduo.

Marianela Ferreira traz-nos, igualmente, uma abordagem à temática geral da transição do mercado de trabalho para a aposentação, mas focando as motivações, as estratégias e as condicionantes institucionais que envolvem os processos de tomada de decisão dos indivíduos pertencentes a grupos profissionais particulares do universo da saúde: médicos e enfermeiros. A partir de um estudo de caso, e tomando como referencial teórico as propostas da teoria da desvinculação e da teoria da atividade, a autora debate as vontades declaradas dos atores observados em relação à sua permanência no mercado de trabalho, demonstrando como essas vontades se estruturam em função não só de características individuais, mas sobretudo de dinâmicas de natureza institucional onde se forjam representações sobre o valor relativo do trabalho.

A área temática das “Dependências e Cuidados”, a terceira por nós identificada, é, sem margem para dúvidas, o domínio de investigação mais produtivo, concentrando um maior volume de trabalhos publicados. A forte implicação da produção de conhecimento sociológico na procura de respostas para aquilo que tem sido amplamente reclamada como uma das áreas de maiores desafios no campo do envelhecimento demográfico – o aumento das dependências e a pressão sobre os sistemas de prestação de cuidados – poderá ser um dos fatores explicativos do maior interesse nesta área por parte dos próprios investigadores. É uma temática que, adicionalmente, retoma o vasto património de conhecimento acumulado no âmbito da Sociologia da Família, com algumas incursões, ainda, pela Sociologia do Género, propiciando, por isso, intercâmbios temáticos que beneficiam da atividade já consolidada de um conjunto alargado de investigadores. Entre os trabalhos que foram classificados nesta área temática encontramos um enfoque muito particular nas redes de apoio social e de cuidados, formais e informais, nas necessidades do idoso e na discussão sobre os

mecanismos de garantia do seu bem-estar, apontando-se áreas de intervenção política para dar resposta aos impactos do envelhecimento demográfico. No eixo analítico das “Dependências e Cuidados”, as abordagens desenvolvidas centram-se, quer no recetor de cuidados, quer no prestador de cuidados, assim como na dinâmica da interação que se estabelece entre eles. Alguns temas mais específicos que apareceram com particular frequência incluem: a identificação das carências na prestação de cuidados aos idosos, quer a nível técnico e material, quer a nível pessoal/social; propostas de medidas de políticas sociais e outras medidas de prestação de cuidados e apoio social a idosos e cuidadores; a prestação de cuidados a idosos que apresentam problemas de saúde, tais como demência, sequelas de AVC’s, doença oncológica, depressão e doenças crónicas; o modo como as famílias estruturam os cuidados ao idoso e articulam os apoios formais e informais; as famílias enquanto parceiro estratégico nos cuidados a idosos; as necessidades sentidas pelos cuidadores formais, sendo que, neste âmbito, a maior parte dos estudos se centra nos enfermeiros. Tendo em consideração que, no contexto nacional português, as estratégias de vida dos idosos apresentam fortes traços de familialismo, desenvolvem-se com alguma expressão os estudos cujo enfoque é, precisamente, o cuidador informal, na maioria das situações, familiar do idoso. Aqui encontramos estudos sobre o perfil do cuidador informal, sobre os significados que este atribui ao ato de cuidar e, ainda, sobre o impacto que a prestação de cuidados tem na vida do cuidador informal, quer ao nível das vivências pessoais, quer ao nível da conciliação com o trabalho, passando pelas questões da sobrecarga e das consequências para o seu estado de saúde física e mental. A abordagem sob a lente das leituras de género também gera grande interesse, apontando-se aqui estudos que se debruçam sobre a feminização dos cuidados a idosos, sendo uma das vertentes de análise privilegiada o modo como as mulheres conciliam o trabalho com os cuidados a idosos a seu cargo. Esta análise, naturalmente, não se dissocia da discussão sobre as questões normativas na base da definição do papel social das mulheres como alicerce principal de provisão de bem-estar familiar. Será de salientar, porém, que nos anos mais recentes têm surgido abordagens que se debruçam sobre a participação masculina nos cuidados prestados, nomeadamente aqueles que envolvem o cuidado em contexto de conjugalidade. Nas linhas de investigação que ressaltam o papel da família como parceiro estratégico nos cuidados a idosos apontam-se trabalhos que destacam a importância da formação/educação do cuidador informal, no sentido de garantir uma prestação de

cuidados com qualidade. Por último, e ainda enquadrado na área temática das dependências e cuidados, começam a surgir alguns estudos sobre os serviços/apoios fornecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, temática mais recente que acompanha, precisamente, algumas das tendências de evolução no plano político e institucional no que toca à gestão das dependências e dos cuidados continuados no nosso país.

Alinhado com esta grande área temática está o contributo de José São José, autor que nos propõe um conjunto de reflexões sobre a temática geral dos cuidados a idosos, explorando, em particular, os trajetos do cuidador na construção de significados e modos de estar na qualidade de cuidador familiar de uma pessoa idosa. A partir de um estudo empírico de tipo qualitativo, o autor percorre um conjunto de histórias marcadas pela ambivalência e pela diversidade, onde se constroem perfis de gratificação e de obrigação, mas também de opressão e de sacrifício.

O quarto, e último, grande tema de investigação identificado foi designado “Vulnerabilidades e Desigualdades”, tema muito caro à Sociologia portuguesa em geral, embora de todos, aquele que, porventura, representará um universo mais heterogéneo, tanto em termos de objeto, como em termos teóricos e metodológicos.

Entre as várias questões trabalhadas pelos sociólogos portugueses incluem-se aquelas relacionadas com a violência doméstica e institucional, com enfoque nos comportamentos de abuso a idosos, analisando-se tipos de maus-tratos, em contexto familiar e em contexto institucional, identificando-se fatores de risco e estratégias de intervenção social contra a violência a idosos. É, precisamente, sobre esse tema que se ocupam Ana Paula Gil e Ana João Santos, autoras que nos trazem um artigo onde se aborda a temática geral da violência contra pessoas idosas, com enfoque mais particular na violência que ocorre em contexto familiar. As autoras trabalham as representações sociais mais marcantes na interseção do processo de envelhecimento com o processo de vitimação, demonstrando como aquelas se constroem de forma ambivalente, mas estruturante, para a interpretação que os atores fazem da realidade social da violência.

Outra vertente de análise que se enquadra nesta grande temática das desigualdades e das vulnerabilidades, que se cruza com as questões associadas a transformações nos valores e normas das sociedades contemporâneas, debruça-se sobre

as alterações na composição dos agregados familiares, nomeadamente no que envolve os impactos da diminuição de agregados familiares complexos e o aumento de idosos a viverem sós. Este crescente isolamento doméstico das coortes mais idosas da população implica uma maior vulnerabilidade deste grupo social à pobreza e à exclusão social, assim como alterações nos padrões de redes de solidariedade intergeracionais.

Um dos eixos estruturantes dos trabalhos que se debruçam sobre a temática das desigualdades e das vulnerabilidades entre idosos releva o carácter heterogéneo deste grupo social, explorando os riscos de vulnerabilidade numa perspetiva multidimensional, que procura avaliar o impacto que diferentes variáveis assumem na forma como se estruturam desigualdades de padrões de vida na velhice, no grau de satisfação dos idosos perante a vida, entre outros. Entre as variáveis mais amiúde trabalhadas encontramos o rendimento, a região de residência segundo a dicotomia rural/urbano, o tipo de agregado familiar, o acesso a redes de apoio formais e informais, o estado de saúde e o grau de dependência, o género ou, ainda, os ambientes de vida, com enfoque particular no espaço habitacional. Ignacio Martín, Gonçalo Santinha, Susana Rito e Rosa Almeida são coautores de um artigo onde se reveem modelos teóricos e contextos institucionais para discussão, precisamente, da problemática geral da habitação para pessoas idosas. Partindo das abordagens do modelo ecológico, os autores procuram sistematizar o universo de fatores que determinam a definição de um espaço confortável, colocando em relevo a importância do espaço habitacional e das suas características para a qualidade do próprio processo de envelhecimento.

Grande volume de obras publicadas sobre o envelhecimento demográfico que envolvem uma leitura de influência sociológica tem proveniências múltiplas. Destacam-se, em particular, os trabalhos desenvolvidos no âmbito de programas de mestrado e de doutoramento, assim como os trabalhos desenvolvidos no âmbito das atividades de centros de investigação em domínios científicos distintos da Sociologia, como sejam os ligados à Gerontologia Social, à Psicologia, ao Serviço Social, à Enfermagem e à Saúde Pública ou até às Ciências da Educação. Este traço reforça aquilo que já se afirmou antes como particularmente marcante na forma como se foi definindo o objeto de estudo “envelhecimento”, o seu forte carácter multidisciplinar, onde se esbatem limites fronteiriços entre domínios científicos. O alinhamento de contributos para este número

temático da Revista *Sociologia*, e o conjunto de autores que os assinam, são mais um exemplo disso mesmo.

Referências bibliográficas

INE (2009), *Estatísticas Demográficas*. Disponível em linha em: www.ine.pt

MACHADO, F. L. (2009), “Meio século de investigação sociológica em Portugal – uma interpretação empiricamente ilustrada”, in *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 19, 283-343.

UNITED NATIONS (2002), *International Plan for Action on Ageing*, Madrid, UN.

– (2009), *Population Ageing and Development 2009*, Department of Economic and Social Affairs & Population Division, UN.

O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição

Oscar Ribeiro¹

Universidade do Porto

Resumo | Considerando a centralidade dos discursos sócio-políticos e académicos em torno do envelhecimento ativo na atualidade, e dada a escassez de reflexões científicas sobre as complexidades que a explicitação do termo “ativo” pode ter, o presente artigo provê uma breve análise crítica do entendimento dado ao conceito, desde a sua alocação aos discursos da saúde até à proeminência dada à sua raiz laboral, económica e produtiva. Com base em estudos que expõem algumas das fragilidades e constrangimentos do modelo que lhe está associado, é exposta a necessidade de dar espaço à subjetividade que o termo congrega e de reconhecer, de modo equilibrado, o contributo social e o impacto pessoal das atividades consideradas para a sua definição.
Palavras-chave: Envelhecimento Ativo; Envelhecimento Produtivo; Lazer; Subjetividade.

Abstract | *Defining “active” ageing: constraints and limitations*
Considering the current centrality of active ageing in contemporary socio-political and academic discourses, and the shortness of available scientific questioning on the complexity of what the term “active” comprises, this paper pays attention to the understanding given to the concept since its allocation in health discourses to the prominence given to its economic and productive conception. Based on studies that critically focus on the hazards and constraints of the active ageing model, we discuss the need for recognizing the subjectivity inherent to the concept while recognizing, in an equilibrated way, both the social contribute and the personal impact of the activities considered for its definition.
Keywords: Active ageing; Productive ageing; Leisure; Subjectivity.

¹ Investigador na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto (UNIFAI/ICBAS-UP) (Porto, Portugal). Professor Auxiliar no Instituto Superior de Serviço Social do Porto (Porto, Portugal) e Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (Aveiro, Portugal). *E-mail:* oribeiro@ua.pt

Resumé

Le vieillissement “actif” et les contraintes associées à sa définition

Considérant la focalisation des discours sociopolitiques et académiques dans le vieillissement actif à nos jours, et compte tenu de la pénurie de réflexions scientifiques sur les complexités autour du mot “actif”, le présent article pourvoit une brève analyse critique du sens apporté à ce concept dès son affectation aux discours sur la santé jusqu’à l’importance accordée à sa base économique et productive. Basé sur des études qui dévoilent certaines faiblesses et contraintes du modèle associé à ce concept, cet essai expose le besoin de réfléchir sur sa subjectivité e de reconnaître de façon équilibrée la contribution sociale bien que l’impact social des activités considérées pour sa définition.

Mots-clés: Vieillissement actif, Vieillissement productif, Loisir, Subjectivité.

Resumen

El envejecimiento “activo” y las limitaciones asociadas a su definición

Teniendo en cuenta el enfoque de sociopolítica del discurso académico y el envejecimiento activo hoy, y dada la escasez de pensamiento científico sobre las complejidades de la palabra “activo”, este artículo ofrece un breve análisis crítico del significado que se asigna al concepto desde al discurso de la salud con el énfasis en su base económica y productiva. Con base en estudios que revelan algunas debilidades y limitaciones del modelo asociado a este concepto, se expone la necesidad de reflexionar sobre su subjetividad e reconocer una contribución social equilibrada que el impacto social de las atividades que intervienen en su definición.

Palabras-clave: Envejecimiento activo; Envejecimiento productivo; Ocio; Subjetividad.

Introdução

O envelhecimento ativo constitui, atualmente, um conceito científico complexo, um propósito para a maioria das pessoas e um indiscutível objetivo político. Enquanto modelo central de intervenção nas sociedades ocidentais que enfrentam o fenómeno do envelhecimento demográfico, inclui, na sua génese, premissas clássicas no âmbito da gerontologia, como as relativas à Teoria da Atividade, e preconiza a participação contínua dos mais velhos na sociedade, enfatizando a competência e os conhecimentos deste grupo e o seu potencial enquanto recurso vital para a sociedade. Assume-se, na sua globalidade, como um novo paradigma destinado a alterar a perspetiva e os estereótipos negativos associados aos mais velhos (Fernández-Ballesteros, 2011), e

constitui parte integrante de uma visão sócio-política, na qual a garantia dos direitos humanos permitirá que o número crescente de pessoas idosas permaneça saudável (reduzindo a sobrecarga dos sistemas de apoio social e de saúde), se mantenha no mercado de trabalho por um período mais longo (reduzindo os custos no sistema de pensões), ao mesmo tempo que participa nos processos políticos e comunitários do quotidiano (exercendo o seu direito de cidadania).

O termo “ativo”, amplamente defendido nos múltiplos documentos contemporâneos relacionados com a temática do envelhecimento, não deixa, todavia, de estar relativamente ausente de reflexões científicas aprofundadas, sobretudo quando comparado ao acervo de trabalhos existentes sobre outros conceitos que lhe são próximos, como o de envelhecimento “saudável” e “bem-sucedido” (cf. Almeida, 2007; Fernández-Ballesteros, 2009). Na verdade, se é evidente que o envelhecimento saudável constitui um termo consolidado dentro do contexto biomédico e que o envelhecimento bem-sucedido é o termo mais difundido na literatura psicológica e social de onde emanam modelos teóricos amplamente aceites como o modelo SOC – *Otimização Seleção e Compensação* – (Baltes e Baltes, 1990) e os componentes definitórios de “sucesso”, de Rowe e Kahn (Rowe e Kahn, 1997), o conceito de envelhecimento ativo revela-se comparativamente parco na sua problematização em escritos académicos (Boudiny, 2012). Tal dever-se-á, em parte, à recenticidade da sua afirmação (associada, há apenas pouco mais de uma década, às comemorações do Ano Europeu das Pessoas Idosas e depois ao II Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento das Nações Unidas e ao documento “*Active Ageing*”, publicado pela Organização Mundial de Saúde) e ao ainda mais recente interesse crítico que tem vindo a despertar pelo seu carácter abrangente ou, nalguns casos, tido como retórico.

Com efeito, o conceito de envelhecimento ativo tem sido cada vez mais incorporado em discursos sócio-políticos e tem servido como referência em muitos países europeus que introduzem as recomendações do modelo nos seus planos nacionais de saúde e nas agendas de ação social, mas sem que o termo qualificativo “ativo” elicite, *per se*, tanta discussão científica quanto se poderia presumir (cf. Hutchison, Morrison e Mikhailovich, 2006). Assim, se alguns autores parecem subscrever o uso do termo de modo natural sem dele fazer eco em problematizações nacionais, já que nele vêm axiomáticamente preconizado o conteúdo dos outros termos que veiculam uma imagem positiva do envelhecimento, nomeadamente no que concerne à participação e

inclusão social, outros autores há que reiteram o quão ele se afigura nebuloso e inespecífico (e.g. Boudiny e Mortelmans, 2011; Marhánková, 2011; Ranzijn, 2010), que enfatizam as suas limitações operacionais decorrentes dos vários agentes que o definem (e.g. Almeida, 2007), e que expõem, inclusive, as suas possíveis repercussões negativas, de índole opressiva, ao preconizar ideais de funcionamento nem sempre atingíveis pela população idosa (e.g. Holstein e Minkler, 2007).

Segundo alguns destes autores, a convicção de que “estar ativo” ou “permanecer ativo” são suficientemente claros e óbvios tem secundarizado a necessidade de explicitar aquilo que está em causa ou o que o conceito efetivamente abarca. Ou seja, tem-se delegado para um plano secundário a necessidade, por um lado, de esmiuçar o entendimento, potencialmente divergente, que políticos, profissionais, investigadores e o senso comum poderão ter do termo e, por outro, a necessidade de colocar esta designação numa esfera mais abrangente do que aquela eminentemente relacionada com o mercado de trabalho, que se preocupa sobretudo com os idosos “mais novos” (legitimando amplas discussões em torno do prolongamento da vida ativa e da passagem à reforma) e onde a distinção entre comportamentos “ativos” e “passivos” resultará, eventualmente, tão problemática quanto a definição das pessoas que personifiquem de modo claro esse envelhecimento.

O presente artigo debruça-se especificamente sobre a noção de envelhecimento “ativo” e procura problematizar o seu entendimento, desde a conceptualização avançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até às contingências sócio-económicas inerentes a uma sua associação ao conceito de envelhecimento produtivo, mais próximo do sentido dado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Não tendo como objetivo realizar uma discussão extensa sobre os méritos e as limitações relativas a estas definições tidas por alguns autores como complementares (Avramov e Maskova, 2003), nem tão pouco relativos a outros termos que lhe estão associados, como seja o de envelhecimento “bem-sucedido”, “saudável”, “positivo” ou “ótimo” (reflexões, de resto, já existentes na literatura científica, inclusive no contexto Português ou com contributo de investigadores nacionais – e.g. Almeida, 2007; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2010; Simões, 2011), trata-se de um texto em que se coloca em análise crítica algumas complexidades presentes da definição de “ativo”, a relevância da componente social e subjetiva que lhe está inerente e, finalmente, a

extensão e os possíveis constrangimentos da sua aplicabilidade no quotidiano de grupos específicos como o das pessoas muito idosas.

1. O envelhecimento ativo segundo a Organização Mundial de Saúde

1.1. Pilares, determinantes e constituintes

Sobejamente referenciado como um processo de “otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (World Health Organization, 2002: 12), a definição de envelhecimento ativo adotada pela OMS, no fim da década de 90, estabelece uma clara relação entre as oportunidades de saúde e a qualidade de vida atingível pelas pessoas no seu processo de envelhecimento. À luz desta descrição, as políticas que incentivem atividades e ambientes elicitadores de estados de saúde positivos são encorajadas no sentido de aumentarem qualidade e anos à vida, de promoverem autonomia e independência, reduzindo, em simultâneo, os custos no sistema de saúde. Porém, nesta definição da OMS, o conceito inclui uma preocupação mais abrangente do que aquela relacionada com a saúde, que é entendida numa perspetiva que aglutina o bem-estar físico, social e mental. Na verdade, afigurando-se esta como o seu primeiro pilar, outros dois surgem como fundamentais na estruturação do conceito: o de participação social e o de segurança.

A participação social congrega a otimização de atividades relacionadas com a esfera social, como o emprego, a vida política, a educação, as artes e a religião, onde medidas e programas destinados a aumentar o carácter contributivo das pessoas à sociedade é incentivado; a segurança, por sua vez, congrega a ideia de proteção, dignidade e cuidados, remetendo mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa. Em associação, duas conceptualizações teóricas sustentam o modelo: uma perspetiva de ciclo de vida e a existência de vários determinantes de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida saudável e participação no cuidado da própria saúde), de ordem económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), relativos ao meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança segura e apropriada, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso) e, finalmente, relativos aos serviços sociais e de saúde (acessíveis e de qualidade, orientados para a promoção da saúde e

prevenção de doenças). A cultura e o género, de incontornável importância na definição do envelhecer diferencial dentro da universalidade do processo, surgem como determinantes transversais, sendo que no modelo também se reconhece a centralidade de outros conceitos como o de autonomia, independência, expectativa de vida saudável e qualidade de vida (World Health Organization, 2002).

Um dos aspetos considerado fulcral na complexidade associada a este modelo de envelhecimento, e por inerência ao termo “ativo” que o qualifica, recai no facto de combinar preocupações políticas/éticas (normativas) e científicas (descritivas/explicativas). Na opinião de Stenner, McFarquhar e Bowling (2011), se, por um lado, é apresentado e descrito um processo influenciado por múltiplos “determinantes” cujos efeitos podem ser empiricamente deslindados através de pesquisas científicas, por outro lado, o termo faz explicitamente parte de uma estratégia política de reinvenção do significado de envelhecer e de análise de questões elementares como aquelas relacionadas com os direitos e deveres dos cidadãos. Neste contexto, importa reforçar o carácter de mútua responsabilidade presente no modelo e que, num balanço de deveres e obrigações, postula a autorresponsabilização individual no atingir de níveis de funcionamento mais elevado (e.g. através do usufruto das oportunidades que são dadas aos indivíduos ao nível educativo, de participação social, de promoção do seu bem-estar e estado de saúde), ao mesmo tempo que coloca nos decisores políticos, nos sistemas sociais e de saúde, a responsabilidade de promover respostas que tornem as opções por um estilo de vida saudável, ou ativo, a melhor e “de mais fácil escolha” para os indivíduos (Ribeiro e Paúl, 2011).

1.2. O *explanands* e o *explanandum* do conceito

Pese embora o estabelecimento oficial do modelo de envelhecimento ativo se afigurar como uma estratégia política fundamental um pouco por toda a Europa, importa destacar que os esforços para prover evidência empírica à abrangência do conceito são limitados e difíceis de operacionalizar. Na opinião de Fernández-Ballesteros (2009), parte das dificuldades radica na confusão entre o *explanandum* e o *explanands* do conceito. Segundo esta investigadora, além da sua difícil dissociação em relação aos múltiplos outros termos que proliferam na literatura, será a intrincada ligação estabelecida com noções de grande amplitude como a “satisfação de vida” e a “qualidade de vida” o fator que tornará particularmente difícil a distinção entre o

conceito, os elementos que aglutina e os aspetos que o determinam. Boudiny (2012) reforça a existência desta dificuldade ao enfatizar a falta de clareza entre aquilo que serão os constituintes do envelhecimento ativo e os seus determinantes, destacando, entre outros constrangimentos, os que estão associados à incorporação de noções de “saúde” e “independência” e a sua relação com o engajamento em determinadas atividades, desconsiderando, por vezes, distinções cruciais entre o potencial para a realização de atividades e sua realização *efetiva*. Mercê deste emaranhado conceptual e de demarcação nocional, vislumbra-se como um desafio particularmente exigente examinar a validade do modelo proposto pela OMS, nomeadamente o seu potencial empírico na determinação da qualidade de vida já que não se pode considerar com certeza absoluta uma causalidade sem se ter uma “variável dependente” clara, à semelhança do que ocorre, por exemplo, com outras designações (e.g. critérios para casos de envelhecimento “bem-sucedido” vs “mal-sucedido”).

A este propósito, a própria definição da OMS parece apresentar uma visão demasiado abrangente que tenta incorporar múltiplas dimensões da vida sem deixar claro qual poderá ser a mais importante. Alegar-se-á, porém, que a centralidade deste conceito enquanto compromisso político não radica na determinação destas relações de causalidade, mas sim no reconhecimento dos fatores influentes a trabalhar numa lógica de intervenção e de promoção ao longo da vida. Desde um ponto de vista científico, serão, de resto, múltiplas as evidências do contributo de cada um desses determinantes na saúde e na qualidade de vida das populações, pelo que em causa estará, sobretudo, a sua inter-relação e a extensão do seu poder de influência. Alguns esforços no deslindar desses processos têm sido realizados nacional e internacionalmente (eg. Buys e Miller, 2012; Paúl, Ribeiro e Teixeira, 2012), inclusive com enfoque no grupo dos muito idosos (Farias e Santos, 2012; Ribeiro, Paúl e Teixeira, 2011), mas as dificuldades de avaliar de modo harmonioso, eficaz e consensual o conceito e seus determinantes (seja com recurso a um único instrumento ou a vários indicadores) mantêm-se como um grande constrangimento.

Independentemente destes esforços e da reconhecida complexidade associada à mensuração do envelhecimento ativo e ao deslindar das relações entre os elementos que o conceito engloba, alguns autores reforçam o quanto “a adoção desta terminologia noutros contextos surge muitas vezes mais ‘livre’, nem sempre explicitando o racional subjacente e/ou sendo empregue numa aceção bem mais estrita do que a proposta pela

OMS” (Almeida, 2007: 20). Em face a isso, se, de facto, a abrangência do conceito e a explícita referência às suas múltiplas vertentes e determinantes constitui uma das grandes virtualidades do modelo, esta sua característica positiva facilmente se perderá nas apropriações mais usuais (e convenientes) do termo que o circunscreverão a questões como o exercício físico e a funcionalidade (se radicados em discursos da saúde), ou a questões sobre o prolongamento da vida ativa, onde a relevância da componente económica e social é (ainda) assumida como central.

2. A extensão social do envelhecimento ativo

2.1. O compromisso político e a proeminente raiz laboral e económica do termo

O compromisso político com o envelhecimento ativo reflete, hoje, uma posição de inegável destaque na agenda política Europeia, a qual é visível na comemoração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações (EU, 2012), na enunciação de várias iniciativas para a sua promoção por agentes locais e regionais (EU, 2011) e nas declarações de compromisso e recomendações apresentadas pelos vários países da Europa, dos quais Portugal não é exceção². No entanto, uma leitura transversal destes documentos evidencia a preponderância de uma abordagem centrada na participação e no contributo das pessoas mais velhas na/para a sociedade, e uma preocupação com o mercado de trabalho, nomeadamente pela criação de oportunidades de emprego e pelo desenvolvimento de condições ajustadas de transição para a reforma (Walker, 2008). Por outro lado, denuncia, ao acoplar-se oficialmente a uma preocupação com a solidariedade entre gerações, a preocupação de reforçar a promoção junto das gerações mais novas de uma imagem positiva dos mais velhos.

Na opinião de Walker (2008), a adoção de uma visão compreensiva e multidimensional do envelhecimento ativo promovida pela OMS providenciou dois importantes contributos aos discursos políticos europeus sobre o envelhecimento: em primeiro lugar, direccionou o conceito para uma esfera capaz de englobar todos os fatores que contribuem para o bem-estar dos indivíduos e, em segundo lugar, enfatizou

² Veja-se, a título de exemplo, no nosso país, a recente resolução da Assembleia da República nº 61/2012 que sistematiza um conjunto de cinco recomendações ao Governo, no sentido de promover o envelhecimento ativo através da dinamização de ações de saúde (rastreios), da revisão de legislação relativa à rede social, do incentivo e valorização do voluntariado sénior e de vizinhança, e de esforços de generalização da utilização de tecnologias pela população mais velha.

a importância de uma perspectiva de ciclo de vida. Porém, apesar destes contributos, o discurso manteve-se, durante muito tempo, centrado em aspetos específicos da saúde e numa convergência reflexiva em torno do grupo dos adultos maiores, ecoando a herança de uma alocação do termo a uma organização de saúde e uma preocupação eminente com o grupo etário dos mais velhos, em significativo crescimento. Conservando-se, de algum modo, este último enfoque, o recorrente destaque atribuído à raiz laboral e económica do termo (decorrente das preocupações com as dinâmicas do mercado de trabalho e com o desempenho de atividades de valor social reconhecido), continuaram a fazer do envelhecimento ativo um instrumento essencialmente de participação económica. Neste contexto, a sua vinculação com um carácter eminentemente produtivo, com destaque para o valor social dos contributos dos mais velhos, manteve-se muito presente, fazendo ecoar a centralidade prévia do designado “envelhecimento produtivo”.

2.2. O legado do envelhecimento produtivo e o contributo familiar dos mais velhos

Hoje alguns autores reconhecem que, enquanto objeto de análise por parte de áreas como a sociologia, o conceito de envelhecimento ativo parece carecer de um equacionamento sociológico próprio (Machado, 2007), apesar de serem vários os esforços realizados no sentido de analisar o modo de criação e de distribuição das oportunidades de saúde, de participação e de segurança, como seja a sua natureza socialmente assimétrica, o seu real alcance e formas de apropriação, ou os contextos sociais e ambientais em que as oportunidades se concretizam. Lopes e Gonçalves (2012), por exemplo, num recente contributo reflexivo acerca de alguns destes assuntos, e tendo como pano de fundo a realidade portuguesa, analisaram os desafios do envelhecimento demográfico expondo questões relativas ao prolongamento da vida ativa dos trabalhadores mais velhos, mas também, e sobretudo, outras dinâmicas que dizem respeito às relações familiares, designadamente às transferências intergeracionais e ao papel ativo do indivíduo idoso na rede familiar. Aqui os autores destacaram não só a perniciosa tendência de homogeneização do grupo dos mais velhos (refletida na sua definição como maioritariamente consumidor de recursos familiares), mas a desconsideração do que as pessoas idosas ativas representam enquanto recurso para as gerações mais novas, nomeadamente enquanto cuidadores de crianças e adolescentes, e onde se afiguram o sustentáculo de uma série de modos de vida que, em contexto de

crise e recuo do Estado-Providência, estariam de outra forma sob tensão acrescida. Ao destacar estas potencialidades, pouco discutidas na literatura científica e, menos ainda, na agenda da discussão política, concluem, com evidência empírica, pela crucial necessidade de pensar o papel do idoso “à luz do alcance social que previsivelmente tem e terá, num contexto de retração dos mecanismos formais de apoio às famílias, de apoio à infância e juventude, de apoio à mulher trabalhadora” (Lopes e Gonçalves, 2012: 223).

Fazendo eco desta atenção menor atribuída aos contributos “escondidos” da população mais velha, num trabalho recentemente publicado que assume uma perspetiva crítica acerca das múltiplas definições atribuídas ao conceito de “envelhecimento ativo” desde a sua introdução nos discursos sociopolíticos, Boudiny e Mortelmans (2011) expõem os perigos de interpretar o conceito exclusivamente à luz das dinâmicas do mercado de trabalho. Assim, e apesar de definições mais abrangentes de “envelhecimento produtivo” chegarem a incluir atividades como o voluntariado, as relações intergeracionais, ou mesmo a participação em organizações políticas e de apoio social (cf. Martin, Guedes, Gonçalves e Cabral-Pinto, 2006), numa abrangência que se reflete, por si só, eficaz na dissipação de uma imagem dos mais velhos como dependentes ou meros recetores de cuidados, a verdade é que esta incorporação parece dar continuidade a uma leitura demasiado economicista do termo, remetendo para um plano secundário tarefas socialmente pouco valorizadas, como as atividades domésticas que podem apresentar ganhos para o bem-estar do indivíduo e ter contributos relevantes na economia familiar. Fernández-Ballesteros *et al.* (2011) ao analisar dados do Estudo Longitudinal sobre Envelhecimento Ativo (ELEA) conduzido em Espanha, procuraram, precisamente, contrariar esta posição, denunciando, à semelhança da análise portuguesa anteriormente referida, a importância das pessoas mais velhas no cuidado de outros adultos e filhos e o seu contributo em atividades não remuneradas que expressam a sua importância enquanto capital social.

2.3. O lazer e o manter-se “ativo” enquanto compromisso social

Em linha com o reconhecimento do contributo ativo dos mais velhos nas dinâmicas familiares, e subscrevendo a aproximação avançada por Avramov e Maskova (2003), que incluem na sua conceção de envelhecimento ativo o trabalho doméstico e também as atividades de lazer, surge pertinente tecer algumas considerações

diferenciadas sobre estas últimas. As atividades de lazer, incorporando *hobbies*, desporto, viagens, atividades criativas, entre outras, constituem um aspeto frequentemente marginalizado pelo seu carácter “não produtivo”, mantendo-se, como tal, obscurecida a sua importância no quotidiano dos mais velhos, nomeadamente ao nível dos seus benefícios pessoais decorrentes da manutenção de redes sociais, de prover a manutenção de estados de saúde física, bem-estar e, inclusive, de proteção contra o declínio cognitivo. Na opinião de Boudiny e Mortelmans (2011), a exclusão recorrente do lazer das definições de envelhecimento ativo indica que este conceito é definido, primeiramente, tendo em vista o interesse da sociedade e não o do sujeito. Negligenciá-lo enquanto uma importante alocação de tempo no grupo dos mais velhos é, asseveram os autores, restringir meios alternativos de desenvolvimento pessoal e social porque não inscritos numa lógica de trabalho, seja ele remunerado ou não. Adicionalmente, poderá ser uma forma de negligenciar um campo de ação e de intervenção capaz de impulsionar (in)diretamente o mercado de trabalho de alguns serviços gerontológicos, além de que pode levantar questões de resposta ambígua acerca daquilo que poderá ser considerado uma atividade “ativa” ou “passiva” já que vários investigadores tendem a reservar o primeiro rótulo apenas para usos elitistas de lazer, no qual ver televisão, por exemplo, surge como uma atividade passiva, apesar de alguns estudos qualitativos darem conta de que a sua qualificação como tarefa ativa ou passiva depende do programa em causa e respetiva exigência intelectual (cf. Boudiny, 2012; Boudiny e Mortelmans, 2011).

Com o interesse de perceber o modo como a noção de envelhecimento ativo é construída e as implicações que apresenta no que concerne ao modo como os idosos a relacionam com as suas experiências de envelhecimento, Marhánková (2011) conduziu um estudo etnográfico com utentes de centros de atividades recreativas e educacionais. Os seus resultados revelaram que o compromisso de se “manter ativo” se associa a um estilo de vida desejável, algo que se deve trabalhar continuamente e que não é apenas apresentado como uma autorresponsabilidade em relação à própria saúde, mas também como uma responsabilidade em relação aos outros. O discurso encontrado nas entrevistas apresenta, segundo esta investigadora, um resultado interessante: o envelhecimento ativo é, por um lado, fecundo no sentido em que oferece uma oportunidade para alterar imagens negativas do envelhecimento mas impõe, em certa medida, um conjunto de requisitos aos seniores, como seja o de se manterem ativos sob a égide de uma dimensão ética – a de que tal significará também ser um “bom cidadão”.

Consonante com este resultado que revela o modo como o discurso sobre envelhecimento ativo molda concepções de estilos de vida, Venn e Arber (2011) tomaram como objeto de estudo as habituais sextas realizadas pela população idosa. Estas investigadoras exploraram os significados deste comportamento para um grupo de idosos e o modo como atitudes e práticas de envelhecimento ativo lhe estariam associados, e deram conta que o desejo de se manterem ativos conduziu a duas atitudes dicotómicas em relação às sextas: uns realizam-nas por reconhecerem a diminuição de energia na velhice, reconhecendo os benefícios daquele sono diurno para os manter ativos; ao invés, outros revelaram clara resistência à sua realização por considerar essa atividade “improdutiva” e um marcador negativo do envelhecimento, desconsiderando os benefícios pessoais em detrimento da representação social associada a este comportamento.

Destes escassos exemplos acerca do caráter social e distintivo do que é estar ou manter-se ativo que emanam de comportamentos oriundos do quotidiano dos mais velhos, algumas questões apresentam particular relevância, nomeadamente a de que o caráter aparentemente “produtivo” de uma tarefa, bem como o seu valor social têm implicações na sua consideração como algo integrante na representação tida de “ativo”. Sê-lo-ão também relevantes as considerações acerca dos fenómenos de exclusão de quem apenas realiza atividades consideradas “passivas”, de quem não está à altura do que o termo “ativo” preconiza e, sobretudo, do inexorável caráter subjetivo do que temos vindo a expor.

3. A subjetividade do termo “ativo” e as suas concepções leigas

O estudo das concepções leigas associadas ao envelhecimento ativo tem como objetivo testar a validade e a relevância de medidas políticas junto da população idosa a quem se destinam, conforme assevera Bowling (2009). Mas servirá também o propósito de apurar as perspetivas e interesses a privilegiar aquando da programação de bens e serviços e de conhecer, em profundidade, a abrangência do conceito no quotidiano das pessoas mais velhas, já que as suas definições de “ativo” poderão distar dos referenciais apologizados nos referenciais políticos (os quais são, muitas vezes, vocacionados para objetivos económicos, como vimos), ou das definições e das expectativas avançadas por agentes de planificação de serviços e por investigadores oriundos de várias áreas do conhecimento.

Algo emergente nos últimos anos, este tipo de estudos que procura descortinar o entendimento subjetivo dado ao termo “ativo” não deixa de se revelar um campo demasiado novo em face do carácter sócio-político que o conceito de envelhecimento ativo já tem estabelecido, mas também em comparação ao número de trabalhos similares disponíveis para as definições de “envelhecimento bem-sucedido” (Bowling, 2009). Na verdade, em relação a este são múltiplas as investigações que, ora contrastam as definições dos investigadores com as da população idosa (e.g. Bowling, 2006; Phelan e Larson, 2002; Phelan, Anderson, LaCroix e Larson, 2004; Strawbridge, Wallhagen e Cohen, 2002), ora avaliam a extensão da aplicabilidade dos critérios em grandes amostras (Faber *et al.*, 2008; Hank, 2010) e em grupos tão exclusivos como o dos idosos centenários (e.g. Gondo, 2012). Alguns artigos de revisão, já considerados clássicos para o entendimento daquele conceito (e.g. Depp e Jeste, 2006), servem também para evidenciar a escassez de reflexões similares para a definição popular de envelhecimento “ativo” e para o entendimento ulterior de quem se percebe como tal no seu envelhecer.

Uma breve incursão por alguns dos poucos trabalhos realizados a este nível permite tirar algumas conclusões importantes. Bowling (2008), por exemplo, conduziu um estudo com 337 idosos britânicos com idades iguais e superiores a 65 anos e reportou que o conceito de envelhecimento ativo se encontrava, principalmente, associado à saúde física e funcionalidade (43%) e às atividades sociais e de lazer (34%), seguindo-se a sua relação com a atividade mental (18%) e aos relacionamentos e contactos sociais (15%). De um modo geral, um terço dos respondentes considerava-se “muito ativos”, e cerca de metade “razoavelmente ativos”. Um ano depois, a mesma autora, num estudo realizado com vários grupos étnicos, destacou, entre várias particularidades intergrupos, que a visão de envelhecimento ativo mais mencionada referia-se ao exercício físico com vista a manter a saúde, associando-se-lhe outras dimensões como as relações sociais e o engajamento social, e o funcionamento psicológico e mental (Bowling, 2009). A autora evidenciou também a escassa referência ao trabalho, em contraste com a centralidade que lhe é habitualmente atribuída nos discursos políticos, e o carácter contínuo e dinâmico do conceito ativo traduzível nas verbalizações sobre a manutenção ativa do estado de saúde. Este último aspeto já havia sido anteriormente mencionado por Clarke e Warren (2007) que, num estudo qualitativo com recurso a entrevistas biográficas, deram conta da relevância de uma perspectiva

subjéctiva e dinâmica da noção de envelhecimento ativo, imprimindo-lhe um carácter actual (viver para o agora) e contínuo (um dia de cada vez), ultrapassando a importância atribuída ao funcionamento físico e a outros factores estruturais.

Mais recentemente, num estudo também qualitativo que procurou analisar a compreensão do conceito de envelhecimento ativo numa amostra britânica de idosos com 72+ anos, Stenner, McFarquhar e Bowling (2011) expuseram o complexo compósito de factores que a definição congrega. Estes autores revelaram que a maior parte dos inquiridos referiram que a actividade física, mas também a autonomia, o interesse pela vida, o lidar com os desafios e o manter-se em contacto com o mundo foram considerados aspectos importantes. O resultado apontado como mais relevante foi, contudo, o facto de a noção de “movimento” ou “participação” ser relegada para um plano em que o destaque é atribuído antes ao valor que as actividades têm, à importância de se viver de acordo com as normas pessoais e, finalmente, à dinâmica de evitamento de uma passividade associada ao termo “ser velho”.

Estes estudos denunciam, de um modo global, não só a centralidade permanente do tópico “saúde” na definição pessoal de envelhecimento ativo, mas também a tendência para uma multiplicidade de aspectos associados ao termo. Congregam, implicitamente, uma crítica à visão determinista do modelo da OMS que, ao retirar a relevância subjéctiva ao termo, se tem limitado a apresentá-lo como uma listagem de variáveis objectivamente mensuráveis. São estudos que reafirmam, em complementaridade, a necessidade de uma aproximação psicossocial às atitudes e expectativas das pessoas, e de equacionar, de modo analítico, a extensão da sua aplicabilidade e os “perigos” potencialmente inerentes a uma definição demasiado objectiva e redutora daquilo que poderá ser, ou não, relevante em termos da sua promoção.

4. A extensão do conceito e seus possíveis constrangimentos

Conforme se tem vindo a expor, o envelhecimento ativo pode ser abordado a partir de várias perspectivas que tendem a fazer da “actividade” o elemento estruturante para a rutura face ao binómio envelhecimento-incapacidade e que fazem da participação social e económica das pessoas mais velhas um tópico central de avaliação. Se ambas as perspectivas poderão ser complementares, e potencialmente enriquecidas pelos aportes subjéctivos que lhe podem ser impressos, elas também incorrem em contradições e

exigem políticas sociais coerentes e sustentadas³. Porém, numa perspetiva integradora e crítica acerca dos constrangimentos comuns que lhe podem ser atribuídos, evidenciam-se os riscos opressivos que o conceito pode trazer consigo ao determinar padrões e/ou perfis demasiado restritivos e a possível marginalização de indivíduos que não pertencendo a grupos culturalmente dominantes poderão ver reduzidas as possibilidades de integrar a representação coletiva desse modelo positivo de envelhecer.

Assim, se por um lado podemos estar perante uma estratégia política que corre o risco de se afigurar coerciva já que veiculante de uma “obrigação” de tirar partido das oportunidades que são disponibilizadas às pessoas para se manterem ativas (e.g. oportunidades de educação e formação), podemos, por outro lado, estar perante um efeito potencialmente contraproducente do termo “ativo”, já que difunde um referencial que desvaloriza aqueles que não estarão à altura desses ideais, por estarem à margem das atividades reconhecidas como produtivas e/ou de relevância económica, e por apresentarem limitações físicas características das etapas mais avançadas da vida (Boudiny, 2012; Holstein e Minkler, 2007). Aqui resulta particularmente preocupante o afastamento que o conceito preconiza em relação à realidade da população muito idosa (75+ anos), na medida em que esta, ao apresentar uma elevada probabilidade de perdas significativas a nível cognitivo e físico, e ao revelar preferência por atividades não produtivas, poderá ver comprometido, desde logo, o preenchimento de requisitos elementares de um envelhecimento “ativo” (Boudiny, 2012). Complementarmente, um carácter demasiado restritivo e ambicioso do termo que não reconheça potenciais de otimização adaptativa individuais (sobretudo em contextos e populações fragilizadas) pode gerar novas formas de idadeísmo, na qual o medo de envelhecer é substituído pelo medo de envelhecer com incapacidade, improdutivo, e à margem do idealizado, no qual idosos dependentes sofrerão discriminação (Angus e Reeve, 2006). Como refere Almeida (2007), na definição de um “bom” envelhecimento, a centração numa perspectiva processual permitirá um carácter mais universal do que o foco em resultados, pelo que, nesse sentido, perante a necessidade de recorrer a preceitos de êxito objetivamente identificáveis, talvez estes devam ser variados e flexíveis, capazes de incluir harmoniosamente perspetivas (sociais, científicas, pessoais), critérios (objetivos e subjetivos) e normas (funcionais, estatísticas ou ideais).

³ Ver a este propósito as reflexões de Gil (2007) sobre as complementaridades e contradições atribuídas ao envelhecimento ativo.

Esta posição será extensível, não só aos vários subgrupos etários que caracterizam a população idosa, mas também aos grupos minoritários que poderão subscrever entendimentos do envelhecer e da velhice particulares, e que poderão também ser confrontados com barreiras significativas para conseguir um envelhecimento ativo presente no discurso político e social dominante. A este propósito, Ranzijn (2010) levanta precisamente algumas questões acerca da possível desvalorização que o conceito pode fazer das experiências de grupos específicos de idosos considerados em desvantagem. Ilustrando esta perspetiva com um estudo de caso realizado com a população aborígine do sul da Austrália, este investigador questiona a relevância nocional do envelhecimento ativo para esta população, alegando que paradigmas alternativos de envelhecimento poderão resultar mais ajustados às especificidades culturais desta população. Refere-se, em particular, às clivagens associadas à visão do envelhecimento (e.g. valor da independência, autonomia e autossuficiência característico das culturas ocidentais e seu contraste com outras prioridades do povo aborígine) e que poderão fazer de conceções menos deterministas do que aquelas relativas à “atividade”, mais capazes de capturar a diversidade do envelhecimento e de promover a inclusão social.

De um modo geral, assegurar um modelo/conceito universal de envelhecimento ativo que assegure critérios e padrões exteriores ao sujeito e eminentemente objetivos ignorará, certamente, a heterogeneidade existente e negará às pessoas, comunidades e culturas que se afastam dessa norma a validade da sua própria perspetiva (Almeida, 2007). Antes, porém, de dar um espaço excessivo à subjetividade, importará ter em mente a necessidade de, ao prestar atenção à multidimensionalidade do conceito, reconhecer de modo equilibrado o contributo social e o impacto pessoal das atividades consideradas para sua definição.

Considerações Finais

A designação de envelhecimento ativo representa o culminar de um longo processo de deliberação e de discussão com aportes de várias perspetivas e domínios científicos, de onde se reconhece a centralidade dos contributos da Psicologia (cf. Fernández-Ballesteros, 2009), mas que denuncia hoje a influência incontornável de uma ótica de leitura centrada numa perspetiva económica. Se a noção de “atividade” presente na conceptualização de envelhecimento ativo está associada à de participação (social,

económica, cultural, espiritual e cívica) que ultrapassa conotações simplistas de atividade física ou laboral, será de assinalar que nem sempre a explicitação desse entendimento tem sido perseguida no sentido de superar inconsistências e de averiguar a extensão de influência do conceito. O estudo dos entendimentos leigos acerca do termo revela-se, assim, de capital importância, já que permite assegurar que o modelo teórico, e, sobretudo, as políticas que o promovem, tenham significado social e minimizem os perigos de refletirem expectativas culturais para os comportamentos das pessoas (Bowling, 2009). Dada a escassez de reflexões científicas sobre o termo, suas definições, potencial inclusivo e/ou de segregação, talvez termos como “envelhecer bem” remetam para um paradigma mais inclusivo (se bem que mais vago também), já que permitirá às pessoas mais velhas definir elas próprias o que tal significa para elas e, deste modo, indicar o que necessitam para conseguir-lo em face às suas incontornáveis circunstâncias pessoais, sejam elas determinadas pelo inexorável peso da idade, ou pela frequência de problemas de saúde impossibilitadores de um exercício pleno de independência.

De um modo geral, o envelhecimento ativo expressa a conquista do envelhecimento como uma experiência positiva, uma vida longa que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança. Não estando circunscrito à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, deve considerar leituras subjetivas que permitam manter o envolvimento ajustado com as dimensões individuais, sociais, culturais, espirituais e cívicas tidas como significativas para a pessoa e não para “o grupo dos mais velhos” que é, como se sabe, mas nem sempre se reconhece, altamente heterogéneo. A ênfase na sua perspectiva de ciclo de vida deve, por isso, sentir-se mais presente, como o deverá ser também a preocupação de se refletir sobre a aplicação do termo ao grupo dos muito idosos, considerado, muitas vezes, como um “recurso menos óbvio” para a sociedade pelo caráter menos “produtivo” dos seus comportamentos.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Mariana (2007), “Envelhecimento: ativo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise”, in *Forum Sociológico*, 17, 17-24.
- ANGUS, J.; REEVE, P. (2006), “Ageism: a threat to ‘aging well’ in the 21st century”, in *Journal of Applied Gerontology*, 25 (2), 137-152.
- AVRAMOV, Dragana; MASKOVA, Miroslava (2003), *Active Ageing in Europe*, CEP, Strasbourg.
- BALTES, Paul; BALTES, M. (1990), “Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation”, in Paul Baltes e M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences*, New York, Cambridge University Press, pp. 1-34.
- BOUDINY, Kim (2012), “‘Active ageing’: from empty rhetoric to effective policy tool”, in *Ageing & Society*, First view article, 1-22.
- BOUDINY, Kim; MORTELMANS, Dimitri (2011), “A critical perspective: Towards a broader understanding of ‘active ageing’”, in *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7 (1), 8-14.
- BOWLING, Ann (2006), “Successful ageing from older people’s perspectives. Results from a British survey of ageing”, in *European Journal of Ageing*, 3, 123-136.
- (2008), “Enhancing later life: How older people perceive active ageing?”, in *Ageing & Mental Health*, 12, 293-301.
- (2009), “Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples”, in *Age and Ageing*, 38, 703-710.
- BUYS, Laurie; MILLER, Evonne (2012), “Active Ageing: developing a quantitative multidimensional measure”, in G. Boulton-Lewis e M. Tam (Eds), *Active Ageing, Active Learning. Education in the Asia-Pacific Region: issues, concepts and prospects*, 15 (2), pp. 103-118.
- CLARKE, Amanda; WARREN, Lorna (2007), “Hopes, fears and expectations about future: what do older people’s stories tell us about active ageing?”, in *Ageing & Society*, 27 (4), 465-488.
- DEEP, Colin; JESTE, Dilip (2006), “Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies”, in *American Journal of Geriatric Psychiatry* 14 (1), 6-20.
- (2010), “Phenotypes of successful aging: historical overview”, in Colin Depp e Dilip Jeste (eds.), *Successful Cognitive and Emotional Aging*, USA, American Psychiatric Publishing, Inc, pp. 1-14.
- EU (2011), *How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors*, Brussels, AGE Platform Europe, Committee of the Regions and the European Commission.
- EU (2012), *Active ageing and solidarity between generations - a statistical portrait of the European Union 2012*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.

- FABER, Margaret [et al.] (2008). “Successful aging in the oldest old - who can be characterized as successfully aged?”, in *Arch Intern Med*, 161, 10-24.
- FARIAS, Rosimeri; SANTOS, Sílvia (2012), “Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre os idosos muito idosos”, in *Texto Contexto Enfermagem*, 21 (1), 167-176.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío (2009), *Envejecimiento Activo. Contribuciones de la Psicología*, Madrid, Ediciones Pirámide.
- (2011), “Positive ageing: objective, subjective, and combined outcomes”, in *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7 (1), 22-30.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, Rocío [et al.] (2010), “The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries”, in *Ageing & Society*, 30, 41-56.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío [et al.] (2011), “Productivity in old age”, in *Research on Aging*, 33 (2), 205-226.
- GIL, Ana Paula (2007), “Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições”, in *Fórum Sociológico*, 17, 25-36.
- GONDO, Yasuyuki (2012), “Longevity and successful ageing: implications from the oldest old and centenarians”, in *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 7, 39-43.
- HANK, Karsten (2010), “How "successful" do older Europeans age? Findings from SHARE”, in *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 66, 230-236.
- HOLSTEIN, Martha; MINKLER, Meredith (2007), “Critical gerontology: reflections for the 21st century”, in Miriam Bernard e Thomas Scharf (Eds.), *Critical Perspectives on Ageing Societies*, Cambridge, Policy Press, pp. 13-26.
- HUTCHISON, Terese; MORRISON, Paul; MIKHAILOVICH, Katja (2006), *A Review of the Literature on Active Ageing*, University of Canberra, Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing.
- LOPES, Alexandra; GONÇALVES, Carlos (2012), “Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas”, in Constança Paúl e Oscar Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa, LIDEL, pp. 203-229.
- MACHADO, Paulo (2007), “Refletindo sobre o conceito de envelhecimento ativo, pensando no envelhecimento em meio urbano”, in *Fórum Sociológico*, 17, 53-63.
- MARHÁNKOVÁ, Jaroslava (2011), “Leisure in old age: disciplinary practices surrounding the discourse of active ageing”, in *International Journal of Ageing and Later Life*, 6 (1), 5-32.
- MARTIN, Ignacio; GUEDES, Joana; GONÇALVES, Daniela; CABRAL-PINTO, Fernando (2006), “O desenvolvimento do paradigma do envelhecimento produtivo: Os novos papéis dos seniores na sociedade”, in Agustín Requejo Osório e Fernando Cabral Pinto (Coords.), *Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*, Lisboa, Edições Piaget, pp. 203-223.

- PAÚL, Constança; RIBEIRO, Oscar; TEIXEIRA, Laetitia (2012), “Active ageing: an empirical approach to the WHO model”, in *Current Gerontology and Geriatrics Research*, ID 382972, 10 pages, doi: 10.1155/382972.
- PHELAN, Elizabeth; ANDERSON, Lynda; LACROIX, Andrea; MARSON, Eric (2004), “Older adults’ views of ‘successful aging’ – how do they compare with researchers’ definitions?”, in *JAGS*, 52, 211-216.
- PHELAN, Elizabeth; LARSON, E (2002), “Successful aging – where next?”, in *JAGS*, 50, 1306-1308.
- RANZIIN, Rob (2010), “Active Ageing – another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study”, in *Journal of Health Psychology*, 15 (15), 716-723.
- RIBEIRO, Oscar; PAÚL, Constança (2011), “Envelhecimento Ativo”, in Oscar Ribeiro e Constança Paúl (Coord.), *Manual de Envelhecimento Ativo*, Lisboa, LIDEL, pp. 1-12.
- RIBEIRO, Oscar; PAÚL, Constança; TEIXEIRA, Laetitia (2011), “Active ageing and the role of age”, in *International Psychogeriatrics*, 23, Supp.1, S279.
- ROWE, John; KAHN, Robert (1997), “Successful aging”, in *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- SIMÕES, António (2011), “Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem-sucedido?”, in *Psicologia, Educação e Cultura*, XV, 1, 7-27.
- STENNER, Paul; MCFARQUHAR, Tara; BOWLING, Ann (2011), “Older people and ‘active ageing’: subjective aspects of ageing actively”, in *Journal of Health Psychology*, 16 (3), 467-477.
- STRAWBRIDGE, William; WALLHAGEN, Margaret; COHEN, Richard (2002), “Successful aging and well-being: self rated compared with Rowe and Kahn”, *The Gerontologist*, 42 (6), 727-733.
- VENN, Susan; ARBER, Sara (2011), “Day-time sleep and active ageing in later life”, in *Ageing & Society*, 31, 197-216.
- WALKER, Alan (2008), “Commentary: The emergence and application of active aging in Europe”, in *Journal of Aging & Social Policy*, 21, 75-93.
- World Health Organization (2002), *Active Ageing: a Policy Framework*, Geneva, World Health Organization.

A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores da aceitação de um chefe mais velho

Sibila Marques¹

Instituto Universitário de Lisboa

Maria Batista²

Escola Superior de Saúde de Setúbal / Instituto Universitário de Lisboa

Pedro Alcântara da Silva³

Universidade de Lisboa

Resumo | O sucesso das políticas de envelhecimento depende da luta contra atitudes preconceituosas em relação às pessoas mais velhas. Neste estudo procura-se, justamente, compreender os determinantes psicossociais da intenção de aceitação de um chefe mais velho no mercado de trabalho. A amostra inquirida é representativa da população portuguesa e foi recolhida no âmbito do módulo “Experiências e expressões do idadismo” do *European Social Survey*. Os resultados demonstram que os fatores psicossociais (perceção de ameaça do envelhecimento, representação dos grupos etários, contacto intergeracional e a motivação para controlar o preconceito) têm um efeito significativo e mais relevante na aceitação de um chefe mais velho do que, por exemplo, os fatores puramente demográficos.
Palavras-chave: Idadismo; Emprego; Liderança.

Abstract | *The promotion of active aging in Portugal: predictors of acceptance of an older boss*

The success of active ageing policies depends on the fight against negative attitudes towards older people. The goal of the present study is to understand the psychosocial determinants of the behavioural intention to accept an older boss in the labour market. The sample of participants is representative of the Portuguese population and was collected within the module “Experiences and expressions of ageism” of the European Social Survey. Results show a significant effect of psychosocial factors (perceived threat of aging, representation of age groups, intergenerational contact and the motivation to control prejudice) over and above the effect of demographic factors.
Keywords: Ageism; Employment; Leadership.

¹ Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS/ISCTE-IUL) (Lisboa, Portugal). *E-mail:* sibila.marques@iscte.pt

² Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS/ISCTE-IUL) (Lisboa, Portugal). *E-mail:* maria_batista@iscte.pt

³ Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa & Instituto do Envelhecimento – Universidade de Lisboa (Lisboa, Portugal). *E-mail:* pedro.alcantara@ics.ul.pt

Resumé | *La promotion du vieillissement actif au Portugal: les prédicteurs de l'acceptation d'un patron âgé*

L'enjeu des politiques du vieillissement prend appui sur la lutte contre les préjugés et les attitudes négatives envers les gens les plus âgés. Ce travail de recherche vise à comprendre, tout précisément, les déterminants psychosociaux assimilés à l'intention d'accepter d'être gouverné par un chef plus âgé dans le cadre du marché du travail. La population étudiée est basée sur un échantillon représentatif de la population portugaise qui a été enquêté dans le cadre de l'étude intitulée "Les expériences et les expressions de l'âgisme" mené par l'*European Social Survey*. Les résultats montrent que les mécanismes psychosociaux (la perception de la menace du vieillissement, les représentations sociales par groupes d'âge, la fréquentation intergénérationnelle et la motivation à maîtriser les préjugés) ont de forts effets qui pèsent sur le fait d'accepter un chef plus vieux; des effets qui seraient invisibles à la lumière des variables purement démographiques.

Mots-clés: Âgisme; Emploi; Leadership.

Resumen | *La promoción del envejecimiento activo en Portugal: predictores de la aceptación de un jefe más viejo*

El éxito de las políticas de envejecimiento activo depende de la lucha contra las actitudes negativas hacia las personas mayores. El objetivo del presente estudio es comprender los determinantes psicosociales de la intención de comportamiento para aceptar un jefe más grande en el mercado laboral. La muestra de participantes es representativa de la población portuguesa y se recogió en el módulo "Experiencias y expresiones de discriminación por la edad" de *European Social Survey*. Los resultados muestran un efecto significativo de los factores psicosociales (percepción de amenaza del envejecimiento, la representación de grupos de edad, contacto intergeneracional y la motivación para controlar el prejuicio) por encima del efecto de los factores demográficos.

Palabras-clave: Edadismo; Liderazgo; Empleo.

1. Enquadramento

A promoção do envelhecimento ativo tem vindo a ser defendida em resposta ao problema do envelhecimento da população, especialmente numa conjuntura particularmente sensível ao custo social e económico da terceira e quarta idades, estando claramente inscrito na agenda internacional. Desde a Organização das Nações Unidas (ONU), através da Organização Mundial de Saúde (OMS), até à Comissão Europeia, passando pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), todas estas organizações têm promovido iniciativas no sentido de

alertar as sociedades para os problemas do envelhecimento e de apontar medidas suscetíveis de enformar as políticas públicas que visam responder a esses problemas.

Embora a adoção do paradigma do envelhecimento ativo seja comum a todas estas organizações internacionais, a abordagem que elas desenvolvem nem sempre é coincidente, refletindo preocupações e soluções distintas que resultam, pelo menos parcialmente, dos objetivos e do âmbito de intervenção que as caracterizam.

Enquanto a OMS coloca a tónica na “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice” (OMS, 2002: 12), levando em consideração fatores ambientais e pessoais que interagem com as condições de saúde que enquadram o envelhecimento, como a família, a comunidade e a sociedade que exercem um impacto enorme na forma como se envelhece, a definição avançada pela OCDE considera que o envelhecimento ativo deve ser entendido como “a capacidade de as pessoas que avançam em idade levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem elas próprias determinar a forma como repartem o tempo de vida entre as atividades de aprendizagem, de trabalho, de lazer e de cuidados aos outros” (OCDE, 1998: 92).

Por seu turno, a Comissão Europeia entende o envelhecimento ativo como “uma estratégia coerente visando permitir um envelhecer saudável nas sociedades envelhecidas”, sendo para isso necessário desenvolver um conjunto de práticas que englobam “a educação e a formação ao longo da vida, o prolongamento da vida ativa, o adiamento da entrada na reforma e, mais progressivamente, por conseguir que as pessoas idosas se tornem ativas durante a reforma e realizem atividades que reforcem as suas capacidades e preservem a saúde” (CE, 2002: 6). A definição destaca, acima de tudo, a atividade, seja ela produtiva ou não, embora exista, claramente, uma referência ao prolongamento da vida ativa e à relação que estabelece com o estado de saúde.

Estas duas últimas definições enfatizam diretamente a necessidade de prolongar a carreira ativa. Atendendo a que os indivíduos vivem mais e usufruem de melhores condições de saúde, podem manter uma atividade profissional por mais tempo. A vantagem de manter a ligação ao mundo do trabalho consiste em poder integrar-se de uma forma mais ampla na sociedade, evitando ou, pelo menos, adiando a diminuição dos contactos sociais e institucionais que resulta, normalmente, da passagem à reforma. Este prolongamento não implica, necessariamente, o aumento compulsivo da idade da reforma, mas sim a criação de condições para que o indivíduo se sinta estimulado a continuar ativo. O pressuposto básico é introduzir parâmetros de geometria variável

entre a carreira profissional e a inatividade, introduzindo uma transição gradual entre uma e outra, dependendo das condições de saúde e da vontade do indivíduo em querer continuar na vida ativa.

No entanto, muitas vezes, no âmbito do envelhecimento ativo, são enfatizados apenas os aspetos económicos e financeiros, cuja participação económica dos grupos etários mais velhos resulta da necessidade de reduzir as pressões sociais e económicas sobre o sistema de segurança social e o desequilíbrio entre a população ativa e a inativa devido à evolução demográfica. A consequência mais direta para anular ou, pelo menos, atenuar esse desequilíbrio passa, inevitavelmente, pelo envelhecimento da população ativa, prolongando a idade para a entrada na reforma (Walker, 2002).

Apesar dessa apropriação, o envelhecimento ativo não pode reduzir-se a uma única vertente, seja financeira, de escassez de mão de obra ou de (des)vantagens competitivas, mas tem de ter em consideração o curso de vida dos indivíduos e a condição social de cada idoso. O estudo do envelhecimento deve assentar numa abordagem global, que tenha em consideração as relações entre os múltiplos aspetos que o integram, como a vida familiar, o emprego, a educação, a integração sociocultural, a saúde e a qualidade de vida (Naegele, 1999; Walker, 2002).

Esta abordagem pressupõe um quadro político que combata os preconceitos associados à idade (*idadismo*), e promova medidas de discriminação positiva em relação aos idosos, no sentido de atenuar o seu estatuto marginal, nomeadamente no funcionamento do mercado de trabalho que é um dos domínios que mais contribui para acentuar a exclusão das pessoas idosas. O prolongamento da atividade económica no quadro de uma transição progressiva e gradual entre o trabalho e a inatividade permitiria, não só contrariar o sentido de exclusão a que os preconceitos condenam, mas também desenvolver uma cidadania dos seniores e dos seus direitos de participação, na medida em que esta parece depender bastante da possibilidade de romper com a inatividade e a dependência a que os idosos estão destinados. Nesse sentido, as orientações das políticas públicas advogam estratégias pró-ativas de emprego que contribuiriam para combater as discriminações associadas à idade, para além do reconhecimento do direito de todos os cidadãos a um rendimento condigno como condição indispensável à participação plena na vida social. Independentemente deste direito, consideram, ainda, que o sistema de reformas não deveria impedir ou restringir o acesso das pessoas idosas ao mercado de trabalho, não impondo uma idade obrigatória

para a cessação da atividade profissional nem impedir a possibilidade de acumulação da reforma com um emprego a tempo parcial (Naegele, 1999; Walker, 2002).

O paradigma do envelhecimento ativo convida, assim, a reformular a articulação entre a atividade e a reforma, entre o trabalho e a saúde, entre a participação e a exclusão, no sentido de caminhar para uma sociedade mais inclusiva e com menos discriminações em torno da idade. Neste sentido, espera-se que, dentro de alguns anos, as pessoas trabalhem, de facto, até mais tarde desempenhando os tipos mais diversos de funções (European Commission, 2006). Cada vez mais, iremos ter situações em que existirão pessoas mais velhas a desempenhar cargos de elevada especialização e de responsabilidade nas empresas e instituições. Este cenário não se coaduna com as visões atuais do envelhecimento como um período de alguma incapacidade, onde as pessoas mais velhas são sistematicamente tratadas como incompetentes (Fiske, Cuddy, Glick e Xu, 2002; Marques, 2011). Este tipo de atitudes idadistas são uma ameaça importante ao futuro do mundo laboral que se prevê vir a prevalecer num futuro próximo.

Neste trabalho, estamos interessados em compreender os principais motivos que explicam a aceitação das pessoas mais velhas no desempenho de funções de responsabilidade em contexto laboral. Mais especificamente, procuramos compreender quais são os principais preditores da intenção de aceitação de um chefe de 70 anos. Em termos gerais, esta intenção refere-se à motivação e à vontade de se realizar um determinado comportamento e, segundo Ajzen (1991), antecede o comportamento efetivo realizado pelos indivíduos.

1.1. A intenção de aceitar um chefe mais velho: principais preditores

Na definição dos preditores a considerar adotamos uma perspetiva psicossocial e baseamo-nos na literatura sobre o idadismo contra as pessoas mais velhas. Alguns estudos mostram que as representações que associamos aos diferentes grupos sociais têm uma influência importante na forma como nos relacionamos com estes. Por exemplo, estereótipos negativos em relação a um determinado grupo social estão usualmente associados com atitudes mais negativas em relação a esses grupos (e.g., Fiske, Cuddy, Glick e Xu, 2002) e têm repercussões importantes nos comportamentos e no bem-estar dos grupos que são estigmatizados (e.g., Levy, 2003).

A literatura em Psicologia Social tem procurado explorar de que modo as representações associadas aos diferentes grupos etários têm efeitos no modo como interagimos com as pessoas de diferentes idades. Os estudos realizados são

maioritariamente norte-americanos (para uma revisão ver Nelson, 2002) e mostram a prevalência de atitudes mais negativas em relação, sobretudo, às pessoas idosas e às pessoas mais jovens na sociedade (Garstka, Schmitt, Branscombe e Hummert, 2004). A este tipo de atitudes negativas em relação às pessoas por causa da sua idade, os autores têm chamado idadismo. Introduzido pela primeira vez por Robert Butler, em 1969, o idadismo traduz “as atitudes negativas em relação a uma pessoa baseadas somente na sua idade” (Greenberg, Schimel & Martens, 2002: 27) Os estudos do idadismo na sociedade norte-americana têm tido um papel muito importante, denunciando casos flagrantes de discriminação sobretudo contra as pessoas idosas em várias áreas como a saúde, o trabalho e a comunicação social (Wilkinson & Ferraro, 2002).

Algumas variáveis psicossociais têm sido sistematicamente apontadas como antecedentes importantes das atitudes idadistas. Seguidamente, procuraremos sistematizar de forma sucinta a sua definição.

1.1.1. Categorização por idades: o limite de idade para se considerar uma pessoa como idosa

A categorização por idades é essencial no modo como percebemos as pessoas. De facto, a idade funciona como um marcador social importante, determinando os papéis sociais, o estatuto, o poder e as responsabilidades que atribuímos aos diferentes grupos etários. A idade em que consideramos uma pessoa como idosa pode influenciar o modo como nos sentimos e comportamos em relação a ela (Cameron, 1969; Drevenstedt, 1976).

1.1.2. Perceção da ameaça intergrupala

A perceção de diferenças baseadas na idade (e.g., estilo de vida, oportunidades de emprego ou necessidades de cuidados de saúde) pode estar na base de sentimentos de ameaça por parte de determinados grupos etários. Estas ameaças podem ser sentidas em termos económicos ou materiais, mas também ao nível mais simbólico ou cultural. Por exemplo, muitas vezes as pessoas idosas são acusadas de estarem a utilizar demasiados recursos económicos, como os gastos com as pensões que recebem ou os cuidados de saúde. A perceção deste tipo das ameaças pode ter um papel determinante no preconceito contra este grupo e na sua discriminação. De facto, as teorias sobre preconceito e estereotipia sugerem que a perceção de ameaça intergrupala se relaciona de

forma significativa com a antipatia em relação a esse grupo (Riek, Ania & Gaertner, 2006).

1.1.3. Estatuto social

Alguns estudos norte-americanos têm mostrado diferenças na percepção do estatuto social associado aos grupos de diferentes idades. Por exemplo, Garstka e colaboradores (2004) mostraram que, tanto participantes idosos como jovens, concordam que o grupo com estatuto social mais elevado na sociedade é o grupo da meia-idade, seguido do grupo das pessoas idosas e, finalmente, do grupo das pessoas jovens. Esta percepção é importante porque determina o modo como lidamos com a pertença a estes diferentes grupos e o modo como interagimos com as pessoas de diferentes idades. A Teoria da Identidade Social (Tajfel, 1981) assume, claramente, a preferência pela pertença a grupos com estatuto social mais elevado. A pertença “forçada” a grupos subordinados tem uma influência negativa na autoestima dos indivíduos e despoleta a utilização de estratégias para lidar com essa situação. Conhecer o modo como os indivíduos percebem o estatuto social dos grupos de diferentes idades é, assim, fundamental para prever as atitudes em relação a esses diferentes grupos nas várias sociedades.

1.1.4. Percepção de similaridade entre as pessoas idosas e as pessoas jovens

O modelo “*Common Ingroup Identity*” (Gaertner & Dovidio, 2000), mostra que o preconceito é menor quando as pessoas percebem os grupos a que pertencem e os grupos a que não pertencem como parte integrante de uma mesma comunidade. A percepção de similaridade respeita, portanto, ao grau em que os grupos sociais são percebidos como partilhando uma identidade comum (Gaertner & Dovidio, 2000). Neste caso, estamos interessados em compreender em que grau as pessoas percebem o grupo das pessoas idosas e das pessoas jovens como fazendo ou não parte da mesma comunidade e de que modo esta percepção pode influenciar a sua intenção de aceitar um chefe idoso.

1.1.5. Identidade social

A identificação social respeita ao conhecimento do indivíduo de que pertence a determinados grupos sociais. Esta pertença está, usualmente, associada a algum significado emocional ou valorativo e determina o modo como nos comportamos em

relação aos grupos a que não pertencemos (Tajfel, 1981). Neste caso, estamos interessados em compreender se o grau em que os indivíduos se identificam com o seu grupo de idade influencia a sua intenção de aceitar um chefe mais velho.

1.1.6. Contacto intergrupar

O contacto intergrupar refere-se à quantidade e à qualidade das relações estabelecidas entre os membros de diferentes grupos sociais (Pettigrew, 1998).

A pesquisa em Psicologia Social tem demonstrado que um indicador importante da desigualdade social e do preconceito é o grau em que os grupos sociais partilham os mesmos objetivos e valores e o grau em que se compreendem mutuamente. Um grande número de estudos (ver Pettigrew, 1998) mostram, também, que as experiências de contacto positivo entre os membros de diferentes grupos podem originar atitudes intergrupais e comportamentos mais positivos. Especificamente, as teorias sobre o contacto intergrupar mostram que as relações pessoais positivas, sobretudo de amizade, com membros dos outros grupos, são determinantes importantes para a melhoria do relacionamento entre os diferentes grupos. Assim, o grau e o tipo de contacto deverão constituir indicadores relevantes do risco de exclusão e de discriminação dos diferentes grupos etários numa determinada sociedade (Schneider, 2004). Neste caso, estamos interessados em compreender de que modo o grau de contacto entre os membros de grupos de diferentes idades influencia a aceitação dos indivíduos em relação a um chefe mais velho.

1.1.7. Motivação para o autocontrolo do preconceito

Frequentemente, as respostas que não demonstram preconceito não exprimem as opiniões sinceras de quem responde. Neste sentido, diversos estudos têm demonstrado que as pessoas têm uma motivação intrínseca para autocontrolar as demonstrações de preconceito quando respondem a inquéritos sobre esta matéria. Esta motivação para o autocontrolo do preconceito, resulta, quer da motivação externa (impressão positiva aos olhos dos outros), quer da motivação interna para responder sem preconceito e de acordo com o que é socialmente desejável (Plant & Devine, 1998). Neste estudo introduzimos algumas questões que visavam, justamente, medir estas dimensões e perceber em que medida esta motivação de autocontrolo esteve presente nas respostas dos inquiridos quando responderam relativamente à sua aceitação para terem um chefe mais velho.

1.2. Objetivo do presente estudo

O presente trabalho tem, portanto, como objetivo identificar os preditores da intenção de aceitar um chefe idoso. Para o fazermos partimos dos dados do módulo “Experiências e expressões do idadismo” (Abrams, Lima & Coudin, 2007), realizado no âmbito do *European Social Survey* (ESS). Este inquérito representativo foi realizado a um conjunto de 28 países europeus, onde se inclui também Portugal.

O ESS é um projeto bienal, que pretende estudar atitudes e valores dos europeus numa perspetiva comparativa e longitudinal. Os indicadores incluídos no módulo “Experiências e expressões do idadismo” seguem, claramente, uma perspetiva psicossocial, procurando medir algumas das variáveis centrais a estes tipos de modelos e estiveram a cargo de uma equipa internacional, com trabalho realizado na área da Psicologia Social (Abrams, Lima & Coudin, 2007). As questões apresentadas no módulo procuram, por um lado, aceder a indicadores de idadismo e de experiência de discriminação, entre os quais a intenção de aceitar um chefe idoso. E, por outro, a variáveis contextuais, possíveis preditoras do idadismo e da experiência de discriminação.

Neste artigo pretendemos, através da utilização de modelos de regressão, identificar quais das variáveis referidas melhor predizem a intenção comportamental.

2. Método

2.1. Amostra

A amostra portuguesa, constituída por 2367 indivíduos, é representativa da população portuguesa ao nível da idade ($M = 50,16$, $DP = 19,66$, mínimo = 15, máximo = 95), do género (40,80% masculino, 59,20% feminino) e da escolaridade ($M = 7,72$, $DP = 4,78$), permitindo inferências estatísticas a nível nacional. Como foi referido, a amostra provém do ESS. A recolha dos dados decorreu entre 9 de outubro de 2008 e 8 de março de 2009.

2.2. Variáveis e Medidas

No ESS, a intenção comportamental (variável critério) foi acedida com recurso a um item que pergunta aos entrevistados em que medida é aceitável que uma pessoa com 70 anos seja escolhida para ser chefe. Nesta medida, que varia entre 0 (*Totalmente*

inaceitável) e 10 (*Totalmente aceitável*), valores mais elevados indicam uma maior aceitação de um chefe idoso.

Relativamente às variáveis preditoras incluímos, em primeiro lugar, um conjunto de variáveis sociodemográficas, tais como a idade, o sexo, a escolaridade, o grau de religiosidade e o estatuto socioeconómico.

Para avaliar o grau de religiosidade, foi perguntado aos participantes “Quão religioso/a é?”, sendo as respostas dadas numa escala que tem o seu valor mínimo em 0 (*Nada religioso*) e o valor máximo em 10 (*Muito religioso*).

Para a construção do indicador de estatuto socioeconómico, a classificação de classes adotada resulta da adaptação da proposta de Erikson e Goldthorpe (1993), que conjuga a profissão de cada indivíduo (Classificação Nacional das Profissões – Instituto Nacional de Estatística) com a situação na profissão. Em termos de operacionalização seguiram-se os mesmos procedimentos descritos por Cabral (1998). Este indicador permitiu estabelecer várias categorias de estatuto socioeconómico, nomeadamente: (i) burguesia; (ii) nova burguesia assalariada; (iii) pequena burguesia tradicional; (iv) salariedade não manual; (v) trabalhadores independentes; (vi) salariedade manual.

O outro conjunto de variáveis, possíveis preditoras da intenção comportamental, são variáveis contextuais incluídas no módulo sobre expressões e vivências do idadismo. Estas variáveis derivam do quadro teórico da Psicologia Social e pretendem apreender o contexto onde ocorre o idadismo.

Para medir a *ameaça intergrupala* foram incluídos no ESS três itens que acedem, separadamente, à ameaça à saúde, à cultura e à economia. Para medir a ameaça à saúde foi perguntado a cada entrevistado se “considera que as pessoas idosas são um peso para os serviços de saúde em Portugal, hoje em dia?”, sendo as respostas dadas numa escala que varia entre 0 (*Não são um peso*) e 10 (*São um peso enorme*). Para aceder à ameaça cultural, perguntou-se “Em que medida considera que as pessoas com mais de 70 anos têm um efeito positivo ou negativo na maneira de viver e nos costumes dos portugueses?”; a escala de respostas variou entre 0 (*Extremamente positivo*) e 10 (*Extremamente negativo*). Por último, para medir a ameaça económica, os entrevistados responderam à questão: “De um modo geral, acha que o contributo económico que as pessoas com mais de 70 anos dão a Portugal é pouco importante ou muito importante?” As respostas foram dadas numa escala que variou entre 0 (*Contribuem muitíssimo economicamente*) e 10 (*Contribuem muito pouco economicamente*).

A *perceção do estatuto social dos idosos* foi medido no ESS através de um item que pergunta aos entrevistados como acham que a maioria dos portugueses vê o estatuto social das pessoas com mais de 70 anos. A escala de respostas varia entre 0 (*Extremamente baixo*) e 10 (*Extremamente elevado*). Assim, valores mais elevados indicam um estatuto social mais elevado.

Para medir a *perceção de similaridade*, no ESS foi pedido aos entrevistados que indicassem “Qual das seguintes opções descreve melhor a maneira como vê em Portugal nos dias de hoje as pessoas na casa dos 20 e as pessoas com mais de 70 anos”: (i) um só grupo; (ii) dois grupos separados que fazem parte da mesma comunidade; (iii) dois grupos separados que não fazem parte da mesma comunidade; (iv) apenas como indivíduos e não como grupos.

As medidas da *categorização por idades* e de *identificação com a idade* foram realizadas através de dois itens [Categorização: “Com que idade acha que as pessoas começam a ser consideradas idosas?” e Identificação: “Qual o grau em que sente que pertence ao seu grupo etário?”. A escala de respostas varia entre 0 (*Sentido de pertença muito fraco*) e 10 (*Sentido de pertença muito forte*)].

O questionário do ESS mediu, também, o *grau de contacto com pessoas idosas*, operacionalizado como a quantidade e a qualidade das relações que os entrevistados tinham com amigos, familiares e colegas de trabalho com mais de 70 anos. Para tal, consideraram-se cinco itens. Destes, quatro referiam-se à quantidade e à qualidade do contacto com família e amigos com mais do que 70 anos [e.g. “Tem algum membro da família com mais de 70 anos?”; “E relativamente a esses membros da família, há algum/alguns com o(s) qual(ais) possa falar sobre assuntos pessoais, como por exemplo, sentimentos, crenças ou experiências?”, sendo as respostas dadas numa escala que variou entre 1 (*Não posso falar sobre nenhum assunto pessoal*) e 6 (*Posso falar sobre todos os assuntos pessoais*)]. Por fim, foi, ainda, incluída uma questão relativa ao contacto com colegas de trabalho: “De todo o tempo que passou a trabalhar no último mês, quanto foi passado a trabalhar com colegas ou voluntários com mais de 70 anos?”. Para esta questão, a escala de respostas variou entre 0 (*Nenhum tempo*) e 2 (*A maior parte/Todo ou quase todo o tempo*).

Partindo deste conjunto de questões construiu-se o indicador de contacto intergrupar [Contacto Intergrupar = $(QTa \times QLa) + (QTf \times QLf) + Tt$ onde QTa representa o número de amigos e QLa a qualidade da relação com esses amigos, QTf o

número de familiares, QLf a qualidade da relação com esses familiares e Tt o tempo passado a trabalhar com colegas com idades superiores a 70 anos].

Finalmente, para medir a *motivação para o autocontrolo do preconceito* foram utilizados dois itens no ESS: “Diga em que medida é importante para si não ter preconceitos contra pessoas de outros grupos etários” e “Diga, por favor, em que medida é importante para si ser visto como alguém que não tem preconceitos contra pessoas de grupos etários diferentes do seu”. As respostas foram dadas em escalas que variaram entre 0 (*Nada importante*) e 10 (*Extremamente importante*). Uma vez que os dois itens apresentam entre si uma boa consistência interna (Alpha = 0,87; correlação inter itens = 0,76), o indicador foi construído com base na média dos dois itens.

3. Resultados

De acordo com as recomendações do ESS, a análise dos dados foi realizada com a aplicação do filtro *Design Weight*. A estatística descritiva das variáveis em estudo é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Resumo da estatística descritiva das variáveis em análise

	N	M	DP	Min.	Max.	% Válida
Idadismo						
Intenção Comportamental	2032	6,74	2,55	0	10	-
Variáveis demográficas						
Idade	2367	50,16	19,66	15	95	-
Sexo	2367	-	-	-	-	
<i>Masculino</i>	966	-	-	-	-	40,8%
<i>Feminino</i>	1401	-	-	-	-	59,2%
Escolaridade	2334	7,72	4,78	0	25	-
Religiosidade	2340	5,94	2,43	0	10	-
Estatuto socioeconómico	1861	-	-	-	-	100,0%
<i>Burguesia</i>	51	-	-	-	-	2,7%
<i>Nova burguesia assalariada</i>	267	-	-	-	-	14,3%
<i>Pequena burguesia tradicional</i>	98	-	-	-	-	5,3%
<i>Salariato não-manual</i>	682	-	-	-	-	36,6%
<i>Trabalhadores independentes</i>	126	-	-	-	-	6,8%
<i>Salariato manual</i>	638	-	-	-	-	34,3%

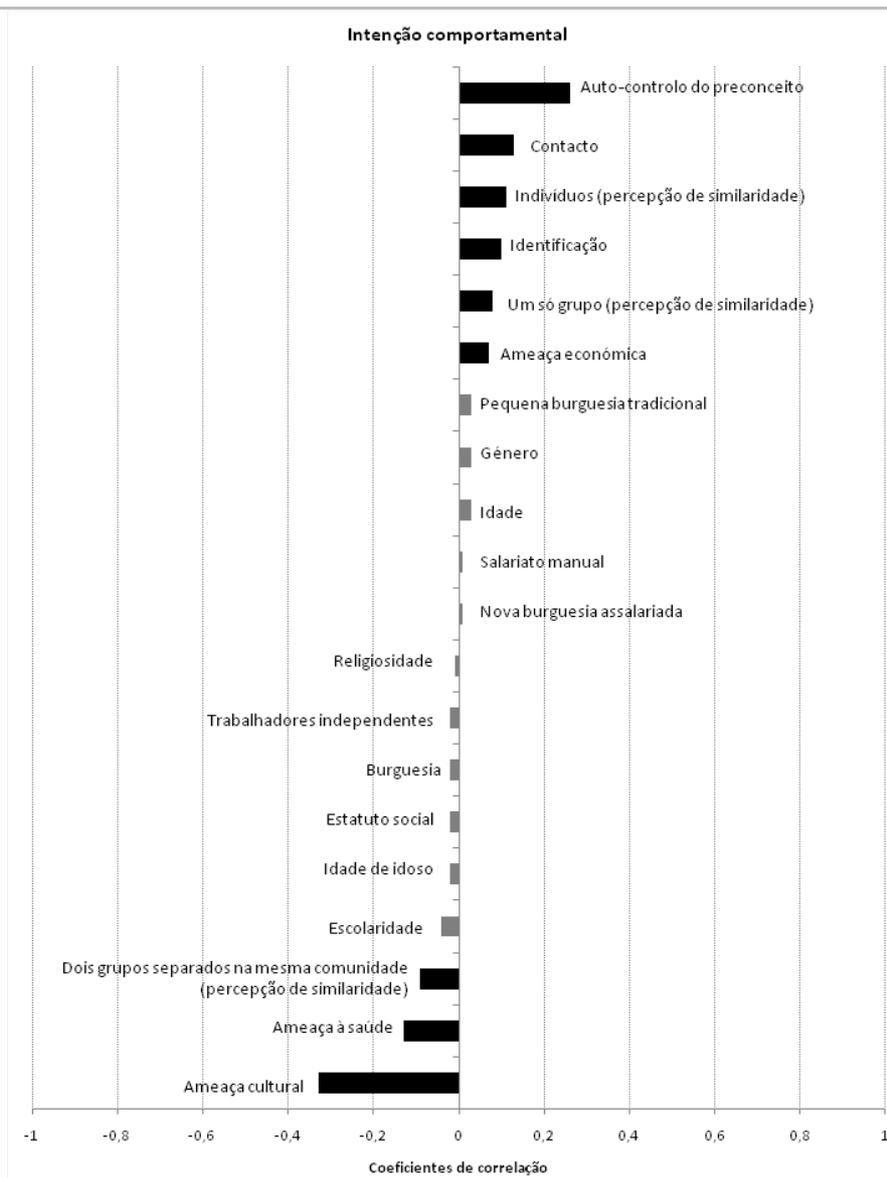
Variáveis contextuais						
Ameaça saúde	2270	4,69	2,33	0	10	-
Ameaça cultural	2110	3,26	2,02	0	10	-
Ameaça económica	2287	5,81	2,04	0	10	-
Estatuto social	2184	5,09	2,17	0	10	-
Perceção de similaridade	2212	-	-	-	-	100%
<i>Um grupo</i>	313	-	-	-	-	14,1%
<i>Dois grupos separados na mesma comunidade</i>	901	-	-	-	-	40,7%
<i>Dois grupos que não fazem parte da mesma comunidade</i>	173	-	-	-	-	7,8%
<i>Indivíduos</i>	826	-	-	-	-	37,3%
Idade de idoso	1709	65,62	8,59	35	100	-
Identificação	2182	7,00	2,07	0	10	-
Contacto intergrupar	2356	10,28	7,58	0	32	-
Autocontrolo do preconceito	2294	7,85	1,96	0	10	-

Inicialmente, categorizámos em variáveis *dummy* todas as variáveis qualitativas para que fosse possível estimar adequadamente o poder preditivo das mesmas, juntamente com os outros preditores. Concretamente, na variável “género”, o género masculino é o grupo de referência (face ao qual são comparadas as outras categorias). Desta forma, a variável “género” compara as mulheres aos homens. Na variável “estatuto socioeconómico”, o grupo de referência é o salariado não-manual, que foi escolhido por ser o que tem mais inquiridos. Assim, todos os outros grupos socioeconómicos são comparados com este grupo de referência. Na variável “perceção de similaridade”, o grupo de referência é a perceção das pessoas jovens e idosas como pertencendo a dois grupos separados que não fazem parte da mesma comunidade.

De seguida, calculámos as correlações bivariadas entre a intenção comportamental e os preditores, considerando-se significativos, em todas as análises realizadas, valores de probabilidade de significância iguais ou inferiores a 0,01. Como podemos observar na Figura 1, a intenção comportamental (de aceitar um chefe com 70 anos) correlaciona-se positivamente com o autocontrolo do preconceito, contacto intergrupar, perceção de que jovens e idosos como indivíduos e não grupos, identificação com a categoria de idade, perceção dos jovens e idosos como sendo um só

grupo e ameaça económica⁴. Correlaciona-se negativamente com a ameaça cultural, a ameaça à saúde e a percepção de que jovens e idosos são dois grupos separados que fazem parte da mesma comunidade. Não se correlaciona com nenhuma das variáveis demográficas.

Figura 1 – Relações bivariadas (correlações) entre preditores e a intenção comportamental



Legenda:

- Correlações significativas
- Correlações não significativas

⁴ Este resultado pode ser interpretado da seguinte forma: quanto mais os portugueses consideram que os idosos contribuem pouco para a economia do país, mais aceitam se trabalhar até mais tarde. Neste sentido, aceitam mais um chefe com 70 anos.

Partindo das correlações bivariadas, as variáveis que apresentaram correlações significativas com a intenção comportamental entraram no modelo de regressão linear múltipla. Para a estimação do modelo de regressão, foram seguidas as recomendações de Aiken e West (1991). O modelo de regressão considera a amostra total inquirida.

Os resultados mostram (ver Quadro 2) que o modelo de regressão é significativo e que explica 17% da variância da intenção comportamental. A variável contextual mais importante é a ameaça cultural. Também são significativos os efeitos da ameaça à saúde, da ameaça económica, do contacto, da percepção dos jovens e idosos, não como grupos, mas como indivíduos e do autocontrolo do preconceito. A análise da direção dos efeitos obtidos indica que maior intenção de aceitar um chefe idoso está associada com maior percepção de ameaça económica, com mais contacto com idosos, com um maior autocontrolo do preconceito e com a percepção dos jovens e idosos como indivíduos. Considerando que esta última é uma variável *dummy*, em que a percepção de que jovens e idosos como dois grupos separados que não fazem parte da mesma comunidade serve de grupo de referência, os parâmetros estimados indicam que os inquiridos que percebem os jovens e idosos como indivíduos, relatam maior intenção de aceitar um chefe idoso. Menor intenção de aceitar um chefe idoso está, também, associada com maior percepção de ameaça à saúde e com maior percepção de ameaça cultural.

Quadro 2 – Resultados do modelo de regressão utilizado na análise dos preditores da intenção comportamental (amostra Total)

	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Ameaça à saúde	-0,11	-5,05	0,000
Ameaça cultural	-0,27	-11,81	0,000
Ameaça económica	0,09	4,09	0,000
Percepção de similaridade:			
Um grupo	0,08	2,49	ns.
Dois grupos separados na mesma comunidade	0,03	0,80	ns.
Indivíduos	0,11	2,71	0,007
Identificação	0,02	0,87	ns.
Contacto intergrupl	0,07	3,34	0,001
Autocontrolo do preconceito	0,15	6,71	0,000
Variância Explicada (R^2_{Ajustado})		0,17	
Significância do Modelo		$F(9, 1850) = 42,77, p < 0,001$	

4. Discussão

Neste trabalho procurámos identificar os principais preditores da intenção de aceitação de um chefe de 70 anos. Partimos de um conjunto de variáveis definidas na literatura em Psicologia Social como sendo determinantes importantes das atitudes idadistas e testámos o seu efeito através de um modelo de regressão considerando uma amostra representativa de inquiridos portugueses. O modelo obtido mostra o efeito significativo de variáveis centrais na literatura em Psicologia Social, das quais se destaca o papel da perceção de ameaça sentida em relação às pessoas idosas nas suas diferentes vertentes.

Neste sentido, os resultados demonstram um padrão complexo. Por um lado, o aumento da perceção das pessoas idosas como uma ameaça em termos culturais e ao nível dos gastos de saúde parece estar associado a uma menor intenção de aceitação de um chefe de mais de 70 anos. Este resultado é interessante e poderá ser explicado pelo facto de este tipo de representações estarem associadas a um estereótipo das pessoas idosas como pouco inovadoras (associado à ideia das pessoas idosas como ameaça cultural) e doentes (associada à ideia das pessoas idosas como uma ameaça aos gastos com saúde) (Marques, Lima & Novo, 2006), o que, à partida, poderia ter consequências significativas no desempenho de uma função laboral.

Assim, estes resultados parecem demonstrar que, quando este tipo de representações se torna saliente, dificilmente se conceberá a possibilidade de manter as pessoas mais velhas ativas no mercado de trabalho, muito menos numa situação de responsabilidade. No entanto, por outro lado, o facto de as pessoas idosas serem percebidas como um pesado fardo para a economia do país parece ser um preditor positivo para aumentar a intenção de aceitação de um chefe mais velho. Neste caso, este tipo de ameaça económica, não estando tão explicitamente associada a um estereótipo de incompetência ou de doença, parece promover uma maior abertura ao desempenho de atividades pelos mais velhos.

Esta maior intenção de aceitação de um chefe mais velho parece ser, também, influenciada positivamente por outras variáveis analisadas. Por exemplo, verificamos que o aumento do contacto com as pessoas idosas e a perceção mais individualizada das pessoas com diferentes idades são preditores importantes de uma maior aceitação do desempenho deste tipo de funções laborais por parte das pessoas mais velhas. Este resultado está também de acordo com a literatura em Psicologia Social, demonstrando

claramente, os benefícios do aumento da quantidade e qualidade do contacto intergeracional na diminuição do preconceito contra os outros grupos (Pettigrew, 1998) e, em especial, no caso do idadismo (Abrams, Eller & Bryant, 2006; Abrams et al., 2008). Esta tem sido, aliás, uma via privilegiada para a intervenção neste domínio, através da realização de diferentes tipos de programas com participantes de diferentes gerações (Jarrot, 2011). Por sua vez, a diminuição do preconceito está, também, muitas vezes, relacionada com uma representação menos estereotipada dos indivíduos dos outros grupos e mais atenta às suas características próprias e idiossincráticas (Gaertner & Dovidio, 2000). Este tipo de orientação para o indivíduo parece, assim, permitir aceitar um chefe mais velho que demonstre características particulares e adequadas ao desempenho dessa tarefa.

Finalmente, importa ainda, destacar o papel significativo que a motivação para o autocontrolo do preconceito tem na maior intenção explicitada pelos inquiridos para aceitarem um chefe mais velho. Neste sentido, é preciso considerar que, muitas vezes, este tipo de respostas mais positivas está associado a uma postura, de algum modo, explícita e consciente da parte dos inquiridos de anularem os seus preconceitos, neste caso em relação à idade. Este tipo de motivações que podem ser internas ou derivadas de pressões externas (Plant & Devine, 1998) parecem ter, assim, um papel central na forma como os indivíduos percebem e se comportam em relação às pessoas mais velhas. Por um lado, este tipo de resultado demonstra, claramente, os perigos inerentes à utilização deste tipo de métodos no estudo de uma temática tão sensível como o preconceito intergrupar. Neste sentido, alguns autores defendem que a utilização de medidas mais subtis que não sofram os efeitos deste tipo de “pressões” poderão ser mais realistas e predictoras das intenções dos indivíduos (De Houwer, 2006). No entanto, diversos estudos têm demonstrado que a inibição do preconceito e dos estereótipos negativos em relação aos outros grupos exige, na realidade e frequentemente, um esforço de algum modo consciente e exigente por parte dos indivíduos para não demonstrarem e não deixarem exercer esse preconceito que poderá surgir de uma forma mais espontânea (Plant & Devine, 1998). De facto, o treino neste tipo de motivações parece ser um fator importante na luta contra os efeitos do preconceito, por exemplo no caso do racismo (Stewart & Payne, 2008).

De um modo geral, julgamos que este estudo é interessante e inovador porque demonstra, claramente, a importância que os fatores de natureza psicossocial poderão ter na previsão das atitudes e das práticas idadistas na esfera laboral. Neste sentido, é

interessante realçar que nenhuma das variáveis sociodemográficas consideradas demonstrou uma relação significativa com a intenção de aceitação de um chefe mais velho. Nem mesmo a idade, o que demonstra o carácter transversal que o idadismo assume no seio das nossas sociedades, no sentido em que mesmo os inquiridos mais velhos parecem ter o mesmo tipo de atitudes em relação às pessoas mais velhas do que os inquiridos mais jovens. Julgamos que esta homogeneização das representações em relação ao envelhecimento pode ser explicada por algumas características do idadismo que o tornam um tipo de preconceito único (Marques & Lima, 2010). Ao contrário de outros tipos de preconceito, como o racismo ou o sexismo, os indivíduos alvos deste tipo de estigma não nascem como fazendo parte da categoria discriminada. Na verdade, todos percorremos os diferentes grupos etários (e.g. crianças, jovens, jovens adultos) antes de atingirmos a senioridade. Nestas idades, em que estamos ainda tão longe do grupo das pessoas mais velhas, é relativamente fácil aceitar as crenças negativas que veiculam na nossa sociedade em relação à velhice e ao envelhecimento. Este tipo de *compromissos cognitivos prematuros* (Marques, 2011) com esta forma de pensar persiste durante toda a vida e é dificilmente mutável no momento em que começamos, de facto, a pertencer ao grupo das pessoas idosas. Assim, não é de estranhar que, tanto as pessoas mais jovens como as pessoas de 70 anos, tenham uma perceção muito semelhante sobre as capacidades de trabalho de um chefe de 70 anos. A ausência de movimentos organizados em prol dos direitos dos trabalhadores mais velhos, assim como uma aparente aceitação social das práticas idadistas, tornam ainda mais fácil a disseminação das atitudes negativas em relação aos mais velhos (Marques, 2011), com consequências determinantes para o desenvolvimento económico das nossas sociedades e para o desenvolvimento de práticas de envelhecimento ativo.

Em síntese e para concluir, a aceitação por parte dos portugueses de que as pessoas de 70 anos podem ou têm competência para ocupar cargos de chefia está relacionada com a perceção de ameaça sentida em relação aos idosos em diferentes vertentes. Se, por um lado, a ameaça cultural e o peso nos custos da saúde estão associados a uma menor intenção de aceitar um chefe com 70 anos, que poderá explicar-se por representações relacionadas com a atribuição de uma menor competência e de uma fragilidade da condição de saúde devido à idade, por outro lado, a perceção de que as pessoas mais velhas constituem um encargo para economia revela

uma associação positiva. Esta atitude da aceitação dos mais velhos como chefes ou, em sentido mais lato, da sua participação no mercado de trabalho parece estar alicerçada na interiorização da tão propagada necessidade de reduzir as pressões sociais e económicas sobre o sistema de segurança que o desequilíbrio entre a população ativa e inativa estará a provocar com o aumento da esperança média de vida.

O prolongamento da idade para a entrada da reforma e o consequente envelhecimento da população ativa parece, assim, ser uma ideia que tende a ter alguma aceitação e onde o idadismo menos se poderá fazer sentir. Esta justificação financeira e económica, ainda que a ocupação profissional seja uma vertente muito parcial dos princípios do envelhecimento ativo, associada a medidas que promovam a integração dos mais velhos no mercado de trabalho, de acordo com os princípios que vimos anteriormente que tenham em conta a transição gradual para a reforma, as condições de saúde e a vontade do próprio em se manter ativo, poderão ajudar a atenuar a exclusão e a fomentar a cidadania e a participação dos mais velhos em termos globais.

As estratégias pró-ativas de emprego e a ligação ao mundo do trabalho que permitiriam uma maior integração e o adiamento progressivo do decréscimo dos contactos sociais e institucionais tenderiam à diminuição do preconceito em relação aos mais velhos, uma vez que, como ficou demonstrado, as relações intergeracionais, a perceção mais individualizada das pessoas com diferentes idades e a valorização das características individuais contribuem para a relativização e mitigação das representações estereotipadas do grupo idoso como um todo.

Referências bibliográficas

- ABRAMS, D.; ELLER, A.; BRYANT, J. (2006), “An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias”, in *Psychology and Aging*, 23 (4), 691-702.
- ABRAMS, D. [et al.] (2008), “Threat inoculation: Experienced and imagined intergenerational contact prevent stereotype threat effects on older people’s math performance”, in *Psychology and Aging*, 23 (4), 934-939.
- ABRAMS, D.; LIMA, M. L.; COUDIN, G. (2007), *Experiences and Expressions of Ageism* [Consult. a 31.01.2009]. Disponível em:

http://www.europeansocialsurvey.org/european/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=77&Itemid=80

- AIKEN, L. S.; WEST, S. G. (1991), *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*, London, Sage Publications.
- AJZEN, I. (1991), “The theory of planned behavior”, in *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- CABRAL, M. V. (1998), “Mobilidade social e atitudes de classe em Portugal”, in *Análise Social*, XXXIII (146/147), 381-414.
- CAMERON, P. (1969), “Age parameters of young adult, middle-aged, old, and aged”, in *Journal of Gerontology*, 24, 201-202.
- CE (2002), *La Réponse de l'Europe au Vieillissement de la Population Mondiale. Promouvoir le Progrès Économique et Social dans un Monde Vieillissant*.
- DE HOUWER, J. (2006), “What are implicit measures and why are we using them”, in R. W. Wiers & A. W. Stacy (Eds.), *The handbook of implicit cognition and addiction*, Thousand Oaks, CA, Sage Publishers, pp. 11-28.
- DREVENSTEDT, J. (1976), “Perceptions of onsets of young adulthood, middle age, and old age”, in *Journal of Gerontology*, 31, 53-57.
- ERIKSON, R.; GOLDTHORPE, J. H. (1993), “The Constant Flux: A Study of Class Mobility”, in *Industrial Societies*, Oxford, Clarendon Press.
- EUROPEAN COMMISSION (2006), *The demographic future of Europe: From challenge to opportunity* [Consult. a 31.05.2010]. Disponível em:
<http://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=demographic+future+of+europe+from+challenges+to+opportunities&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
- FISKE, S. T.; CUDDY, A. J. C.; GLICK, P. S.; XU, J. (2002), “A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and completion”, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- GAERTNER, S. L.; DOVIDIO, J. F. (2000), *Reducing intergroup bias: the Common Ingroup Identity Model*, Philadelphia, Psychology Press.
- GARSTKA, T. A.; SCHMITT, M. T.; BRANSCOMBE, N. R.; HUMMERT, M. L. (2004), “How young and older adults differ in their responses to perceived age discrimination”, in *Psychology and Aging*, 19 (2), 326-335.
- GREENBERG, J.; SCHIMMEL, J.; MARTENS, A. (2002), “Ageism: denying the face of the future”, in T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*, Cambridge, MA: MIT Press, pp. 27-48.

- JARROTT, S. (2011), "Where have we been and where are we going? Content analysis of evaluation research of intergenerational programs", in *Journal of Intergenerational Relationships*, 9 (1), 37-52.
- LEVY, B. (2003), "Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes", in *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B (4), 203-211.
- MARQUES, S. (2011), *Discriminação da Terceira Idade*, Lisboa, Relógio D'Água.
- MARQUES, S. & LIMA, M. L. (2010), "Idadismo e a construção social da idade: Anti-rugas, Botox e Tinta para o Cabelo", in *In-Mind Português*, 1, 13-21.
- MARQUES, S.; LIMA, M. L.; NOVO, R. (2006), "Traços estereotípicos associados às pessoas jovens e idosas na cultura portuguesa", in *Laboratório de Psicologia*, 4, 91-108.
- NAEGELE, G. (1999), *Active Strategies for an Ageing Workforce*, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- NELSON, T. D. (Ed.) (2002), *Stereotyping and prejudice against older persons*, Cambridge, MA, Bradford Book.
- OCDE (1998), *Presérvier la Prospérité dans une Société en Vieillessement*.
- OMS (2002), *Vieillir en Restant Actif: Cadre d'Orientation*.
- PETTIGREW, T. F. (1998), "Intergroup contact theory", in *Annual Review of Psychology*, 47, 65-85.
- PLANT, E. A.; DEVINE, P. G. (1998), "Internal and external motivation to respond without prejudice", in *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 811-832.
- RIEK, B. M.; ANIA, W. W.; GAERTNER, S. L. (2006), "Intergroup threat and outgroup attitudes: A meta-analytic review", in *Personality and Social Psychology Review*, 10, 336-353.
- SCHNEIDER, D. J. (2004), *The psychology of stereotyping*, New York, Guilford Press.
- STEWART, B. D.; PAYNE, B. K. (2008), "Bringing automatic stereotyping under control: Implementation intentions as efficient means of thought control", in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 1332-1345.
- TAJFEL, H. (1981), *Human groups and social categories*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WALKER, A. (2002), "A strategy for active ageing", in *International Social Security Review*, 55 (1), 121-140.
- WILKINSON, J. A.; FERRARO, K. F. (2002), "Thirty years of ageism research", in T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: stereotyping and prejudice against older persons*, Cambridge, MA, The MIT Press, pp. 339-358.

Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos

António M. Fonseca¹

Universidade Católica Portuguesa

Resumo | O trabalho assume, atualmente, um papel central e vital na vida humana. Para muitas pessoas, é mesmo a atividade mais significativa das suas vidas. É, por isso, que a ocorrência da *reforma* e a vivência da condição de *reformado* são realidades suscetíveis de gerarem um conjunto de perceções, expectativas, sentimentos e comportamentos com diversas consequências, ao nível da satisfação e do bem-estar psicológico, do relacionamento com os outros, dos hábitos de vida quotidiana e até mesmo da personalidade. A reforma constitui um autêntico ponto de viragem, sobre o qual este artigo se debruça, quer em termos dos fatores implicados na passagem à reforma, quer em termos dos fatores implicados na adaptação à condição de reformado. Palavras-chave: Reforma; Adaptação; Objetivos; Personalidade.

Abstract | *From working life to retirement: when days seem longer*
Working life plays a central and vital role in human life. For many people, it is the most significant activity in their lives. The importance of work in everyday life explains why the occurrence of retirement and the retiree condition are likely to generate a set of perceptions, expectations, feelings and behaviors with different consequences at the individual's level of satisfaction and psychological well-being, relationship with others, daily life activities and even personality. Retirement is a genuine developmental turning point on which this paper focuses either in terms of factors involved in retirement transition and in terms of adjustment process to retiree experience.
Keywords: Retirement; Adaptation; Goals; Personality

¹ Professor Associado da Universidade Católica Portuguesa – Faculdade de Educação e Psicologia (Porto, Portugal). *E-mail*: afonseca@porto.ucp.pt

Resumé

Du travail à la retraite: quand les jours paraissent plus grandes

Le travail assume aujourd’hui un rôle aussi central que vital dans la vie humaine. Pour beaucoup de gens, il est même l’activité la plus significative de leurs vies. C’est pourquoi l’avènement de la retraite et de l’expérience de la condition de retraité constituent des réalités susceptibles de générer un ensemble de perceptions, d’attentes, de sentiments et de comportements avec différentes conséquences, au niveau de la satisfaction et du bien-être psychologique, du rapport avec les autres, des habitudes de la vie quotidienne et même au niveau de la personnalité. La retraite constitue un vrai point de virage, sur le quel cet article se concentre soit au niveau des facteurs impliqués dans le passage à la retraite, soit en ce qui concerne les facteurs directement associés à l’adaptation à la condition de retraité.

Mots-clés: Retraite; Adaptation; Objectifs; Personnalité

Resumen

Del trabajo a la jubilación: cuando los días parecen mayores

El trabajo ha tomado un papel tan importante como vital en la vida humana. Para muchas personas, incluso es la actividad más importante de sus vidas, lo que hace que la llegada de la jubilación y la experiencia de la condición de jubilados genere un conjunto de percepciones, expectativas, sentimientos y comportamientos con consecuencias diferentes, en la satisfacción y en el bienestar psicológico, el informe con los otros, los hábitos de la vida cotidiana e incluso en la personalidad. La jubilación es un verdadero punto de inflexión, en que el presente artículo se centra en los factores que intervienen en la transición a la jubilación, ya sea en lo que respecta a factores directamente relacionados con la adaptación a la condición de ser jubilado.

Palabras-clave: Jubilación; Adaptación; Objetivos; Personalidad

1. A importância do trabalho e a reforma

A entrada na reforma pode converter-se num momento particularmente sensível para o bem-estar psicológico e social dos indivíduos. Considerando que o trabalho organiza a atividade humana, ajuda-nos a formar uma determinada imagem pessoal e a definir o nosso lugar no mundo, a sua importância é inquestionável e a sua perda, quer seja voluntária ou involuntária, antecipada ou na idade prevista, parcial ou total, traz sempre associado algum risco de perturbação, mesmo para aqueles que perspetivam o período da reforma como uma nova e positiva etapa das suas vidas.

Tendo em conta a grande diversidade de objetivos que as pessoas preenchem com o trabalho, são óbvias as vantagens do exercício profissional para o bem-estar individual e social. O desenvolvimento regular de uma atividade, que seja, simultaneamente, gratificante para o próprio e útil para os outros e para a sociedade, constitui uma das principais formas de ajustamento pessoal e de preservação da saúde mental. Com efeito, para além do rendimento económico, há toda uma série de outras vantagens de cariz mais subjetivo associadas à vida profissional, como por exemplo: estruturação do uso do tempo, conquista de identidade pessoal e estatuto social, contexto para interação social, local de expressão de capacidades pessoais, sentimento de realização pessoal. Sonnenberg (1997) acrescenta, ainda, outros benefícios psicológicos que resultam da atividade profissional e da inserção em contextos profissionais: regulação do quotidiano pelo estabelecimento de rotinas, fonte de autoestima, contributo para a definição da identidade pessoal, integração em redes sociais, sentimento de autonomia e de controlo, participação na vida económica e social do país, consciência de cidadania no sentido pleno do termo. Finalmente, é mediante o trabalho que expressamos a nossa inteligência, a nossa criatividade e tantas outras qualidades; é pelo trabalho que nos sentimos reconhecidos e valorizados; é no trabalho que conhecemos e nos relacionamos com pessoas que se tornam significativas; tantas vezes, é, sobretudo, o trabalho que confere razão e sentido à vida.

É evidente que estes princípios constituem uma generalização; é importante reconhecer a existência de diferenças entre os indivíduos quanto ao significado do trabalho, mas, em termos gerais, o trabalho contribui largamente para o desenvolvimento pessoal e para o ajustamento social. O trabalho é, ao mesmo tempo, “um contexto de suporte” (Sonnenberg, 1997: 466) – as instituições, os colegas de trabalho e o próprio conteúdo do trabalho podem representar uma fonte de suporte emocional –, e “um local potenciador de desenvolvimento psicológico” (Sonnenberg, 1997: 467) – o contexto profissional e o local de trabalho são, frequentemente, um espaço gerador de oportunidades de desenvolvimento, quer através da aplicação de capacidades pessoais ao desempenho de determinadas funções, quer pela aquisição de novas competências em múltiplas experiências de desafio cognitivo e interação pessoal.

Isto significa, naturalmente, que alterações no contexto de trabalho ou na relação do indivíduo com o mundo do trabalho (como a ocorrência da reforma) poderão traduzir-se em modificações ao nível do funcionamento psicológico e do bem-estar individual. Sonnenberg (1997) assinala que é possível prever o impacto da reforma na vida psicológica de cada um de acordo com o grau de investimento profissional anterior. Assim, quando as profissões anteriormente desempenhadas permitiram aos indivíduos desenvolver carreiras (logo, para quem a vida profissional significou mais do que apenas uma ocupação necessária à obtenção de rendimentos económicos), é mais frequente a passagem à reforma originar sentimentos ambivalentes ou mesmo de alguma frustração. Já tal acontecimento será menos sentido quando a pessoa fez da profissão unicamente o seu “ganha-pão” quotidiano, reservando muitas vezes para os tempos livres o cumprimento efetivo dos seus interesses vocacionais mais genuínos.

Atendendo a que um dos riscos mais sérios decorrentes da reforma liga-se à perda de uma função útil na vida, pode suceder que nestes casos, sobretudo quando involuntária, a reforma seja vivida (pelo menos temporariamente) de forma *stressante*, dando origem a uma perda de autoestima e de sentimento de controlo da própria vida. A questão central diz respeito ao modo como a pessoa lida com a perda de um papel, o que neste caso coincide com a perda de um sentido de utilidade na vida, defendendo Lazarus e Lazarus (2006) que a maneira mais segura para permanecer feliz na idade da reforma é estando ativo e envolvido, o que requer um esforço pessoal para se compensar a perda de recursos (materiais, sociais, relacionais) vantajosos ou mesmo indispensáveis para que esse envolvimento se verifique.

Finalmente, apesar de a associação entre a reforma e o início do envelhecimento não ser hoje tão evidente como no passado, trata-se de uma condição que, tradicionalmente, é conotada com a velhice, logo, com implicações mais vastas do que ser “apenas” a retirada da vida profissional. Segundo Oerter (1986), a ligação entre a passagem à reforma e a entrada na velhice pode levar a que certas pessoas considerem ser ainda muito cedo para se reformarem, querendo com isso afirmar que é ainda muito cedo para serem vistas como idosas ou estando rapidamente a caminho de o serem. Há razões, por isso, para se analisar o significado que cada indivíduo atribui à reforma atendendo, em primeiro lugar, à “hora da reforma”.

2. As diferentes situações de entrada na reforma

Devido às alterações que se têm verificado sob o ponto de vista demográfico e ao nível da dinâmica de funcionamento do mercado de trabalho, encontramos atualmente situações muito diversificadas quanto ao momento que marca a saída da vida profissional e a entrada na reforma. Assim, poderemos diferenciar os indivíduos que se reformam por volta dos 65 anos, os que se reformam mais cedo (muitos antes dos 60 anos), os que se reformam na medida em que não se encontram fisicamente capazes de trabalhar (independentemente da idade), e ainda os que não se reformam verdadeiramente numa altura exata, ou porque se vão reformando aos poucos ou porque não desejam, de todo, abandonar a atividade profissional que desempenham. Poderíamos, ainda, diferenciar todas aquelas pessoas que se reformam por vontade própria das que se reformam porque a isso são forçadas; as pessoas que se reformam naturalmente quando o tempo de atividade profissional atinge o seu termo das que se reformam por saturação ou exaustão física e mental; as pessoas que se reformam de forma gradual das que se reformam de forma abrupta.

Qualquer uma dessas situações comporta, naturalmente, problemas específicos. Começemos por analisar a reforma precoce, um fenómeno que pode ocorrer seja por vontade do próprio trabalhador, seja devido a circunstâncias diversas que concorrem para que a entrada na reforma suceda antes do momento previsto. Para alguns, uma reforma aos cinquenta é algo assustador, nomeadamente, quando o trabalho constitui uma das principais ou mesmo a principal razão de vida, surgindo inevitavelmente a ideia de reforma associada à ideia de velhice, de perda de sentido para a vida, de inutilidade, de morte próxima. Evidentemente que o impacto será ainda maior quando a reforma surge inesperadamente, colocando a pessoa face a uma situação de todo imprevista, atendendo a que a sua idade atirava a reforma para um futuro ainda longínquo. Para outros, contudo, trata-se de uma excelente oportunidade para fazer da vida algo mais do que alimentar a rotina “casa-trabalho-casa”, o que será mais difícil de acontecer quando a pessoa se reforma já numa idade em que a vontade de descansar é maior que a de empreender, em que as doenças começam a surgir e a limitar a

mobilidade, ou quando a perceção de finitude da vida já se instalou e inibe a conceção de projetos atendendo aos anos que faltam até à morte.

Aparentemente, dadas as atuais perspetivas de longevidade, a ideia de uma reforma antecipada sem prejuízo económico poderia surgir como uma “benção”, permitindo encarar a reforma como uma oportunidade para a concretização de sonhos e projetos, seja pela adesão a novas atividades (profissionais ou não), seja através de uma maior dedicação a outras que, dada a anterior escassez de tempo disponível, vinham sendo sucessivamente adiadas. No entanto, autores como Prentis (1992) e Szinovacz (1992) são unânimes em considerar que este potencial efeito positivo só se verifica quando é o próprio trabalhador que escolhe o caminho da reforma, sendo menos evidente quando o indivíduo é obrigado a reformar-se, mesmo sem prejuízo do seu bem-estar material. Para Fonseca (2011), há razões para também se poder falar numa espécie de “cansaço da reforma”, sentido especialmente por aquelas pessoas que, não tendo conseguido uma adaptação bem sucedida à condição de reformados, apresentam sinais evidentes de saturação com a vida presente.

Olhemos agora para os indivíduos que se reformam aos 65 e em que a reforma é vista, essencialmente, como um normativo de cariz social. Se para uns a passagem à reforma constitui um sinal de reconhecimento de menor capacidade e de menor competência, para outros (sobretudo oriundos de profissões menos diferenciadas ou de elevado desgaste) ela traduz um autêntico alívio e uma fonte de bem-estar acrescido. Isto é assim, sobretudo, quando a atitude face ao trabalho reflete uma postura em que a profissão é, acima de tudo, um meio de obtenção de dinheiro, sendo, por isso, muito forte o desejo de viver o dia a dia sem constrangimentos e obrigações de natureza profissional, salvaguardando que os rendimentos económicos disponíveis sejam percecionados como suficientes para a gestão da vida quotidiana.

Já no caso das pessoas que se reformam mais tarde, há, naturalmente, diferenças substanciais de atitude face à reforma consoante os motivos do abandono da vida profissional. Assim, não são comparáveis pessoas que se reformam tardiamente por nunca terem conseguido meios económicos bastantes para o fazerem mais cedo e pessoas que se reformam tardiamente porque a vida profissional sempre foi mais

gratificante do que a perspectiva de acordarem de manhã e “não terem nada para fazer”. E há ainda, por fim, pessoas para quem a própria ideia de reforma, independentemente do momento em que aconteça, não faz qualquer sentido. Para um artista, provavelmente, a idade da reforma nunca chega quando permanece o desejo de “fazer a arte” da forma mais perfeita possível ou quando subsiste o sentimento de que o que se fez até então é ainda insuficiente.

Também nem todas as formas de se passar à reforma produzem os mesmos resultados. Aproximando-se o momento da reforma, muitos trabalhadores são unânimes em dizer que prefeririam reformar-se gradualmente em vez de passarem diretamente de uma condição de trabalhadores a tempo inteiro para uma condição de reformados em absoluto. Alguns estudos indicam que mais de metade dos trabalhadores gostaria de se reformar desta forma (Hutchens, 2007). Isto é compreensível, sobretudo, quando estamos perante trabalhadores com 30 ou mais anos de vida profissional ininterrupta, representando a reforma, aos seus olhos, um corte a diversos níveis (social, relacional, psicológico, económico) com a vida que sempre conheceram.

No mesmo sentido vão os investigadores do Centro de Investigação sobre a Reforma do *Boston College*, quando salientam que uma transição gradual da condição de trabalhador para a condição de reformado é preferível a uma transição abrupta (Calvo, Haverstick e Sass, 2007). Abandonar gradualmente a atividade profissional e ir incorporando o tempo disponível na rotina do quotidiano ajuda a pessoa em transição a preservar a identidade e os objetivos na vida, mantendo-se ativa e implicada socialmente. Estes autores apresentam uma revisão de estudos que têm demonstrado, sistematicamente, efeitos positivos desta transição gradual na saúde, no bem-estar e na adaptação ao envelhecimento. Assim, uma transição suave permite aos trabalhadores continuarem a desenvolver atividades semelhantes às que desenvolviam no decorrer da meia-idade, assegurando um sentido para o quotidiano ao mesmo tempo que se adaptam ao processo de envelhecimento. Uma reforma gradual permite, também, sublinhar oportunidades para se permanecer ativo, pessoal e socialmente, algo que tem um impacto positivo muito forte na saúde e no bem-estar individual (Cohen, 2004; Everard, Lach, Fisher e Baum, 2000; Siegrist, Knesebeck e Pollack, 2004).

É claro que os trabalhadores que dizem preferir uma reforma gradual não o fazem baseados na sua experiência (pois ainda não experimentaram a condição de reformados...), mas na perceção que seriam mais felizes se tal se verificasse dessa forma, temendo a rutura absoluta com um padrão de vida conhecido e o confronto com um novo padrão de vida, por cuja definição vão ser inteiramente responsáveis. É verdade, todavia, que muitas pessoas não estão preparadas para se reformarem, seja em que altura for. Isto fica claro quando constatamos a existência de um elevado número de trabalhadores que gostariam de acomodar a reforma aos seus desejos individuais: um em cada três trabalhadores com idade igual ou superior a 55 anos afirmam que permaneceriam na atividade profissional mais tempo do que o previsto se pudessem reduzir as horas de trabalho (Watson Wyatt, 2004), ao passo que dois em cada três trabalhadores com idade compreendida entre os 50 e os 70 anos dizem mesmo que planeiam trabalhar após a reforma (Brown, 2003).

3. As mudanças que chegam com a reforma

Muitas vezes, o acontecimento “passagem à reforma” constitui uma grande surpresa, chega de forma súbita e inesperada (mesmo se previsível), acabando as pessoas por se verem confrontadas com uma situação que introduz alterações sensíveis nos modos de vida e gera sentimentos contraditórios. Se, por um lado, o indivíduo vê a reforma como algo de desejável, pois ganha liberdade e controlo sobre a própria vida, por outro lado, os receios sobre o que se passará nos anos seguintes vêm à superfície e podem contribuir para que a ansiedade se instale. Para Richardson (1993), estas pessoas serão aquelas que mais poderão beneficiar de um planeamento antecipado da decisão de abandonarem a vida profissional – nomeadamente, através da frequência de “programas de preparação para a reforma” –, onde haja ocasião para refletir de forma aprofundada algumas mudanças que a passagem à reforma e os anos subsequentes provocam.

Dessas mudanças, destacaríamos as seguintes:

- a questão financeira: a reforma comporta, geralmente, uma perda de rendimentos, que se torna progressivamente mais acentuada (na reforma não há

promoções e a inflação tende a desvalorizar o montante recebido...) e que pode ser ainda mais considerável quando a pessoa mantém encargos financeiros elevados, consigo ou com a família;

- os estilos de vida: muitas pessoas passam de uma situação em que vivem rodeadas por outras pessoas e envolvidas em atividades permanentes, para uma situação de quase isolamento social e em que as solicitações são mínimas ou mesmo inexistentes;

- o uso do tempo: os constrangimentos devidos à “falta de tempo” são coisa do passado, substituídos agora pela preocupação em ocupar o (muito) tempo disponível com atividades úteis, significativas e que deem prazer, algo que nem sempre se consegue;

- a vida conjugal: tanto a ocorrência de um reforma desfasada entre os cônjuges, como as mudanças de papéis no âmbito da vida conjugal pós-reforma podem ser um foco de stresse;

- as relações sociais: uma das principais preocupações expressas pelos indivíduos acerca da reforma tem a ver, precisamente, com a possibilidade do abandono da vida profissional corresponder a uma diminuição de relações interpessoais, empobrecendo o dia a dia e comprometendo a integração social;

- a mudança de residência: apesar de muitos indivíduos viverem com a ideia de, após a reforma, regressarem à terra onde nasceram ou mudarem-se para lugares aprazíveis, a mudança de residência pode cortar redes de relações e acentuar o risco de isolamento social;

- a própria identidade (pessoal e social): o estatuto profissional confere uma determinada identidade (“sou professor”, por exemplo) e pode ser sinónimo de importância, de poder e de reconhecimento social, algo que tende a desaparecer com a entrada na reforma (“sou ex-professor...”), podendo originar uma sensação de perda de identidade e de alguma indiferenciação social.

Em suma, a passagem à reforma é uma ocasião particularmente sensível, sendo consensual que se trata de uma ocorrência que comporta ganhos e perdas e cujo resultado final, em termos adaptativos, dependerá muito quer de fatores eminentemente individuais

(história de vida, estilo de vida, padrão de ocupação de tempo, etc.), quer da relação do indivíduo com os contextos envolventes (relações de convivência, família, inserção social, etc.), quer ainda da forma como ocorre (forçada ou escolhida, gradual ou abrupta). Para a maioria das pessoas, a passagem à reforma não assinala apenas o fim da atividade profissional; é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser, ao mesmo tempo, um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros...) ou um momento de sofrimento e perda (de objetivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira...).

Apesar de ser uma ideia muito difundida, a possibilidade da passagem à reforma comportar alguma margem de turbulência na vida psicológica e ser, inevitavelmente, uma fonte de *stress*, não é, contudo, uma ideia partilhada de forma unânime pela comunidade científica. Já em 1975, Neugarten defendia tratar-se de um acontecimento perfeitamente normal e que a grande maioria das pessoas encarava com otimismo, desde que a entrada na reforma fosse acompanhada por uma adequada segurança económica. Muitos estudos, realizados ao longo dos últimos 20 anos na Europa e na América do Norte, sinalizam uma opinião semelhante:

- Young (1989), num estudo com cerca de 100 reformados e não-reformados com mais de 55 anos, não encontrou diferenças entre reformados e não-reformados em termos de perceção do *self*, concluindo que a reforma não está associada a quaisquer consequências negativas para a identidade pessoal;
- numa amostra de cerca de 1500 homens, Bossé, Aldwin, Levenson e Workman-Daniels (1991) constataram que um em cada três sujeitos encarava a reforma como um acontecimento stressante, muito embora a comparação entre reformados e não-reformados indicasse melhor saúde e maior bem-estar entre os primeiros;
- numa amostra heterogénea de cerca de 400 sujeitos avaliados de quatro em quatro anos, Joukamaa, Saarijarvi e Salokangas (1993) verificaram que a retirada da vida profissional não se traduzia num acontecimento stressante, mas antes numa mudança positiva;

- efetuando uma síntese de investigações realizadas a este respeito, Cavanaugh (1997) concluía que era escassa a evidência científica capaz de sustentar a visão estereotipada da reforma como algo que conduz, inevitavelmente, a problemas de ajustamento psicológico e de diminuição de satisfação com a vida, sendo bastante mais os estudos que apontavam, de forma consistente, no sentido oposto;
- estudos de carácter comparativo, realizados com amostras europeias e norte-americanas (Fouquereau, Lapierre, Fernandez e Lavoie, 2002; Fouquereau *et al.*, 2005), mostraram que situações de stress associadas à reforma não eram frequentes;
- em Portugal (Fonseca, 2005a, 2006, 2007), verificámos, igualmente, junto de diversas amostras e em diferentes contextos, que a transição suscitada pela passagem à reforma não se traduzia numa ocasião particular de sofrimento nem era um acontecimento percebido como particularmente stressante pelos reformados portugueses.

Uma observação impõe-se, porém, quando se analisam estes resultados: a maior parte dos estudos sobre o impacto psicológico da reforma não tem em conta a diferenciação que convém fazer entre duas situações, a reforma como uma transição e a reforma como um estado. Para Bossé, Aldwin, Levenson e Workman-Daniels (1991), os efeitos stressantes da reforma sobre aspetos como a saúde, a relação conjugal ou o bem-estar psicológico, podem ter uma interpretação substancialmente diferente se forem lidos à luz de uma passagem à reforma recente, ou se, pelo contrário, os lermos no quadro de uma situação de vida já devidamente “instalada” na reforma.

Para Szinovacz e Washo (1992), outra das limitações ligada à investigação sobre a reforma resulta do facto de esta ser tratada, frequentemente, como um acontecimento isolado. À exceção da sua ligação a mudanças na saúde e no estatuto económico, a pesquisa sobre a reforma ignora, habitualmente, as mudanças que ocorrem nas circunstâncias de vida dos indivíduos que se reformam, incluindo aspetos importantes como a mudança de residência, a emancipação dos filhos ou a morte de familiares e pares. Porque é que isto é importante? Por um lado, porque a própria decisão de “passar

à reforma” pode ser precipitada por um destes acontecimentos; por exemplo, a necessidade de prestar auxílio a familiares constitui uma importante razão que leva muitas mulheres a decidirem reformar-se. Por outro lado, a acumulação de acontecimentos de vida, em simultâneo com a reforma, pode condicionar o ajustamento a todos esses acontecimentos (incluindo a reforma), ou seja, a forma como se lida com a transição inerente à passagem à reforma pode ser afetada pela presença simultânea de outros fatores; por exemplo, viver uma situação de divórcio no momento da reforma pode ter implicações sérias no bem-estar individual e alterar a importância que passam a ter as relações com a família alargada.

Este aspeto, negligenciado pela investigação, fez com que Szinovacz e Washo (1992) tenham sugerido a hipótese dos efeitos cumulativos, defendendo ser relevante estudar em que medida a adaptação à reforma pode ser contingente à exposição a outros acontecimentos de vida que ocorram em simultâneo. Os autores efetuaram um estudo junto de 912 reformados norte-americanos, de ambos os sexos, situados num escalão etário entre os 55 e os 75 anos, todos eles reformados no decurso dos cinco anos precedentes. Foram avaliadas quer a exposição diferenciada a acontecimentos de vida antes e depois da reforma, quer o impacto à exposição a acontecimentos de vida coincidentes com a reforma. Os resultados confirmaram a hipótese dos efeitos cumulativos, observando-se que os efeitos dos acontecimentos de vida são mais pronunciados nos reformados recentes.

Embora sem usar explicitamente a expressão “efeitos cumulativos”, Glover refere-se à adaptação associada ao envelhecimento (que começaria depois dos 60 anos) como algo que requer “a habilidade para ser flexível” (Glover, 1998: 329), o que se torna mais difícil quando o indivíduo tem necessidade de lidar com mais de um acontecimento em simultâneo. Por exemplo, quando a reforma é acompanhada por acontecimentos como a morte do cônjuge ou a mudança de residência, tal vai exigir complexos esforços adaptativos. Para Glover (1998), as pessoas reformadas como que se encontram perante transições permanentes e sucessivas ao longo de meses ou anos, o que poderá conduzir à emergência de sentimentos de vulnerabilidade e até, no limite, a estados traumáticos. O autor sinaliza diversos focos de stresse capazes de gerarem

mudanças substanciais no estilo de vida dos indivíduos e de interferirem com o seu bem-estar geral, alguns dos quais tendo por origem ou girando em torno da reforma:

- mudança no padrão de vida idealizado: se é verdade que muitos indivíduos perspetivam a sua reforma baseados num “padrão de vida” idealizado ao longo de muitos anos (viajar, ir viver para o campo, etc.), esses planos são, frequentemente, alterados ou mesmo abandonados devido à ocorrência de acontecimentos imprevistos (viuvez, por exemplo), criando dificuldades suplementares de adaptação;
- experiência de perdas sucessivas: desde logo a perda do emprego e, com isso, a perda de contactos sociais e de rendimentos, mas também a eventual perda de saúde, perda de mobilidade, perda de independência, etc., gerando um sentimento negativo de perda de controlo da vida pessoal e criando as condições para uma espécie de “luto permanente”;
- mudanças nas relações, particularmente com o cônjuge: casais que se reformam em simultâneo constataam, frequentemente, que o aumento da proximidade entre ambos revela-se excessivo e prejudicial para a relação; quando um dos cônjuges se reforma antes do outro, esse desencontro pode limitar a liberdade dele(a) para viajar, mudar de residência, etc.;
- problemas de autoconceito: quando “reformular-se” adquire para a pessoa uma representação equivalente a “envelhecer”, tal pode provocar estados de frustração ou de difusão da identidade;
- problemas económicos: os quais podem gerar um sentimento de insegurança que acabará por afetar todas as outras dimensões.

Perante estes dados, a resposta à questão – a passagem à reforma constitui ou não um acontecimento stressante ? – pode ser, então, respondida de três formas distintas:

- a primeira é que todos os acontecimentos de vida e todas as situações de transição e adaptação inerentes, sucedam elas em que etapa do ciclo de vida

for, são potencialmente *stressantes*, não devendo atribuir-se à ocorrência da reforma qualquer risco acrescido;

- a segunda é que os acontecimentos de vida “típicos” da transição para a velhice, e da própria velhice, começam, frequentemente, a desenhar-se durante a idade adulta, dependendo o seu stress potencial do modo como se percebe o fenómeno que está subjacente ao acontecimento (o impacto da reforma terá muito a ver, pois, com o forma como se encara e se vive a profissão);

- a terceira é que, independentemente do carácter mais ou menos stressante dos acontecimentos, adultos e idosos são “agentes ativos que procuram de forma intencional conduzir as suas próprias vidas” (Ruth e Coleman, 1996: 312), não estando, por isso, condenados a sofrer de forma passiva um eventual impacto negativo dos acontecimentos e das transições.

4. “Vida de reformado” e personalidade

Ao confrontarem-se com as perdas de estatuto e de objetivos que, frequentemente, sucedem associadas à reforma, as pessoas ora demonstram uma incapacidade para responderem de forma positiva a essa alteração, ora se comprometem com novas modalidades de vida pessoal e social, ultrapassando ou prevenindo os efeitos negativos que a condição de reformado poderá implicar. O impacto da reforma deverá ser sempre interpretado de uma forma subjetiva, atendendo ao significado que cada pessoa em concreto lhe atribui e que acabará por afetar a respetiva adaptação. Lazarus e DeLongis (1983) atribuem esta subjetividade de apreciação e de resposta a duas variáveis da personalidade: os “padrões de envolvimento” e as “crenças acerca de si e do mundo”.

Quanto à primeira variável, a falta de envolvimento com a vida será, provavelmente, a maior dificuldade que as pessoas reformadas necessitam de enfrentar sob o ponto de vista adaptativo e, ao mesmo tempo, o aspeto que deverá merecer maior atenção sob o ponto de vista da intervenção. Com efeito, muitos reformados que sabem e reconhecem ter necessidade de se comprometer em atividades de ordem diversa não

encontram motivação para o fazer, acabando por viver uma situação existencial de grande ambivalência (“eu sei que deveria mas não consigo...”), que, não raro, conduz a estados de desânimo ou mesmo de depressão. Já quanto à segunda variável, se a reforma não exercer um impacto significativo nas conceções pessoais sobre a vida ou sobre as relações com os outros, pouca influência será de esperar de tal acontecimento na adaptação ao processo de envelhecimento. Sob este ponto de vista, o impacto da reforma vai então diferir, substancialmente, de pessoa para pessoa, pelo que duas pessoas podem encarar, viver e atravessar de forma completamente diferente a transição materializada na passagem à reforma.

Como vimos já anteriormente, a (re)definição de papéis conta-se como um dos elementos centrais para se avaliar o sucesso da adaptação na sequência de uma transição como a passagem à reforma. Quanto ao suporte social, sabemos que durante uma transição os sistemas de suporte social não permanecem estáticos, pelo que lidar adequadamente com as tarefas adaptativas colocadas pela transição passa pelo envolvimento ativo do indivíduo na modelagem das mudanças que ocorrem nesses mesmos sistemas de suporte, tendo em vista manter ou alcançar níveis elevados de relação social e interações satisfatórias com membros da rede social envolvente. É interessante notar que o suporte social tanto é reflexo da adaptação à transição como mediador dessa mesma adaptação, aparecendo intimamente ligado a uma série de capacidades individuais decorrentes da personalidade. Finalmente, vários estudos têm confirmado, de modo consistente, a importância dos objetivos ao longo do ciclo de vida e, em especial, a partir da meia-idade, associando-os quer à satisfação com a vida e ao bem-estar psicológico, quer a percepções de autoeficácia e de controlo pessoal.

A procura de objetivos e, através deles, de sentido para a vida, como estratégia de controlo pessoal sobre o desenvolvimento, de continuidade e de preservação da identidade, realça bem o significado que as teorias da ação e do controlo atribuem à adaptação psicológica como o conjunto de atividades, intencionais e planificadas, a partir das quais a pessoa fixa objetivos que lhe permitam assegurar um balanço favorável entre ganhos e perdas desenvolvimentais. A capacidade para estabelecer e manter objetivos apropriados a cada etapa do ciclo de vida é uma condição crucial para

o desenvolvimento; à medida que se envelhece, possuir objetivos de vida ligados quer a finalidades concretas que se deseja alcançar, quer a funções psicológicas que se deseja preservar, constitui uma componente fundamental para o ajustamento psicológico (Fonseca, 2005b).

Para demonstrar a pertinência do estabelecimento de objetivos e da sua prossecução enquanto garantia de um ajustamento eficaz, Payne, Robbins e Dougherty (1991) realizaram um estudo junto de uma amostra de 157 norte-americanos com uma média etária de cerca de 60 anos, homens e mulheres, a maioria casados e com estudos de nível secundário, reformados da indústria há menos de três anos. Tratou-se, pois, de uma amostra de “jovens idosos” com boa saúde, funcionamento psicológico relativamente alto e condição financeira estável, não envolvidos naquele momento em qualquer acontecimento de vida especialmente problemático. Utilizando medidas de autoavaliação, os participantes do estudo foram discriminados em “pessoas muito dirigidas para objetivos” e “pessoas pouco dirigidas para objetivos”, tendo essa avaliação sido posteriormente cruzada com dados relativos à sua adaptação (tais como satisfação com a vida, suporte social, participação cívica, saúde e outros): “a nossa hipótese era que os indivíduos muito dirigidos para objetivos teriam maior poder, iniciativa e domínio sobre as respetivas vidas do que os indivíduos pouco dirigidos para objetivos. Para além disso, era esperado que as pessoas muito dirigidas para objetivos manifestassem uma atitude mais positiva relativamente à reforma” (Payne, Robbins e Dougherty, 1991: 303).

Os resultados acabaram por confirmar a hipótese, ou seja, os reformados “muito dirigidos para objetivos” eram mais otimistas, perseverantes e lutadores do que os reformados “pouco dirigidos para objetivos”, os quais, por contraste, eram mais reservados, hesitantes e inibidos. Para além disso, enquanto os reformados “muito dirigidos para objetivos” eram mais atentos aos outros e preocupados com a vida social, os reformados “pouco dirigidos para objetivos” viviam mais centrados em si mesmos. Isto significa que as qualidades e características atribuídas aos reformados “muito dirigidos para objetivos” são consistentes com a noção de um desenvolvimento saudável após a reforma, e favorecem, ao mesmo tempo, um sentido de preservação do “eu” fundamental para o decurso do desenvolvimento psicológico. Por outro lado, as

características atribuídas aos reformados “pouco dirigidos para objetivos” (evitantes, céticos, insatisfeitos e sempre em busca de suporte emocional), correspondem, segundo Payne, Robbins e Dougherty (1991), a um tipo de personalidade narcísica, potencialmente depressiva, incapaz de assumir objetivos e concretizá-los, gerando um “eu deficitário” e pouco preparado para lidar com as circunstâncias da vida após a reforma e, em geral, durante a velhice.

Ter e aprofundar objetivos é, efetivamente, um dos principais alicerces, não apenas para alcançar satisfação e bem-estar, mas para a construção global de um envelhecimento bem sucedido. Pinquart e Sorensen (2000) partem de uma visão desenvolvimental para conceber o desenvolvimento humano como uma procura de objetivos, nos quais se incluem a autonomia (enquanto sinónimo de competência) e o estabelecimento de relações significativas com outras pessoas. A competência, o estatuto socioeconómico e a integração social surgem como três variáveis que podem funcionar como mediadores da satisfação e do bem-estar, sucedendo na velhice um risco acrescido de ocorrência de perdas em qualquer uma dessas variáveis – por exemplo, devido à reforma (diminuição de dinheiro e de contactos sociais) e a problemas de saúde (diminuição de autonomia), com reflexos negativos sobre a satisfação de vida e o bem-estar psicológico.

Da meta-análise efetuada a centenas de estudos, Pinquart e Sorensen (2000) concluem que todos estes três fatores estão associados ao bem-estar psicológico na velhice, com particular destaque para a variável “contactos sociais”. Na verdade, os autores constataram que, por um lado, a qualidade das relações sociais é mais importante para o bem-estar psicológico do que a quantidade de tais relações, e que, por outro lado, tão importante como o contacto com os filhos adultos parecem ser os contactos sociais estabelecidos com amigos. Este último dado é reforçado num outro estudo (Lang, 2001), onde se verificou que o processo de envelhecimento é caracterizado por um estreitamento do círculo de relações significativas, o que faz com que os idosos tenham cerca de metade das relações que tinham no início da vida adulta, devido à morte dos pares mas também porque, ao longo da vida, vão escolhendo relacionar-se com as pessoas de quem se sentem mais próximas (independentemente de serem familiares ou amigos). Como resultado desta seletividade, a qualidade das

relações sociais na velhice tende a ser determinante para a satisfação com a vida. Para Lang, nem a reforma, nem a morte do cônjuge nem a falta dos filhos, tem de significar o fim das relações significativas, acabando as pessoas por estabelecer relações igualmente satisfatórias com amigos próximos e podendo até acontecer que estas sejam mais importantes do que as que mantêm com familiares. Aliás, aparentemente, quando os filhos adultos começam a dizer aos pais idosos o que devem fazer e a intrometerem-se nas suas vidas, a reação destes é muito semelhante à que os filhos tinham quando eram adolescentes e os pais procuravam dirigir as suas vidas.

Retomando a importância dos objetivos, o impacto que a passagem à reforma e a condição de “reformado” exercem sobre a satisfação e o bem-estar dos indivíduos pode, em grande medida, ser analisado atendendo ao padrão de ocupação do tempo e às atividades a que o indivíduo recorre no sentido de o preencher. No entanto, a tomada de decisão sobre as atividades em que desejam envolver-se não é, para algumas pessoas, imediata, levando um certo tempo a consolidar e envolvendo a consideração simultânea de aspetos materiais, cognitivos e afetivos. É frequente, mesmo, que períodos de entusiasmo com as possibilidades abertas pela nova condição de vida alternem com períodos de perplexidade face à novidade dessa mesma condição, gerando desconforto e ansiedade.

Com efeito, dos riscos psicológicos inerentes à passagem à reforma, a neura da reforma constitui, a nosso ver, um paradoxo que ilustra bem a complexidade presente nesta situação de “transição-adaptação”. No caso concreto da transição da vida profissional para a vida de reformado, a verificação de um estado de espírito negativo compreende-se na medida em que estamos perante uma situação que envolve diversas mudanças em simultâneo, nem sempre ou até por vezes dificilmente conciliáveis entre si. Mesmo quando as mudanças trazem benefícios, também implicam perdas (ligação a lugares familiares, a pessoas, a hábitos, a rotinas), pelo que o aparecimento de sentimentos ora de frustração, ora de tristeza, ora de neura, torna-se, efetivamente, uma possibilidade real. Este sentimento traduz-se, frequentemente, pela sensação de “estar deslocado”, ou porque se passa mais tempo em casa do que era habitual, ou porque se vai ao cinema a meio da tarde, ou porque se vai à praia quando à volta todos trabalham, sugerindo Prentis (1992) que, nestas condições, há um trabalho a fazer: “descobrir-se a

si mesmo, descobrir um sentido para a vida nesta nova atmosfera, onde já não habitam nem as pressões nem os prazeres do trabalho” (Prentis, 1992: 52).

Finalmente, não é possível encerrar esta discussão sem evidenciar aquilo que Brandtstadter e Rothermund (2002) salientaram em termos da “procura de objetivos” e do “ajustamento aos objetivos”, enquanto processo duplo que explica quais são as condições que promovem formas desejáveis de desenvolvimento psicológico durante o envelhecimento e que fazem com que as pessoas alcancem uma “vida boa”. Para Brandtstadter e Rothermund (2002), a resiliência ao longo do ciclo de vida deve ser interpretada encarando a vida como um misto de ações intencionais com resultados favoráveis e de acontecimentos inesperados com resultados desfavoráveis. Numa lógica de ganhos e perdas desenvolvimentais, a otimização do desenvolvimento e o envelhecimento bem sucedido não podem ser encarados apenas em termos de procura de ganhos e evitamento de perdas, sendo necessário “considerar as formas mediante as quais as pessoas enfrentam e solucionam as divergências entre os resultados desenvolvimentais desejáveis e as trajetórias reais das suas vidas” (Brandtstadter e Rothermund, 2002: 118).

Ou seja, em qualquer ponto do ciclo de vida – e talvez mais ainda na velhice, a adaptação e aquilo que dela resulta (bem-estar psicológico, autoeficácia, etc.) não dependem apenas do controlo que a pessoa exerce sobre a sua vida e sobre o seu desenvolvimento, mas também da sua capacidade para aceitar o que é inalterável e para se ajustar às circunstâncias que já não terá oportunidade de alterar.

Referências bibliográficas

BOSSÉ, R.; ALDWIN, C.; LEVENSON, M.; WORKMAN-DANIELS, K. (1991), “How stressful is retirement? Findings from the Normative Aging Study”, in *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 46, 9-14.

- BRANDTSTADTER, J.; ROTHERMUND, K. (2002), “The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework”, in *Developmental Review*, 22, 117-150.
- BROWN, K. (2003), *Staying ahead of the curve 2003: The AARP working in retirement study*, Washington, AARP.
- CALVO, E.; HAVERSTICK, K.; SASS, S. (2007), *What makes retirees happier: A gradual or ‘cold turkey’ retirement?*, MPRA Paper nº 5607 [Consult. a 07.11.2007]. Disponível em: <http://mpa.ub.uni-muenchen.de/5607/>
- CAVANAUGH, J. (1997), *Adult development and aging*, 3rd ed., Pacific Grove, Brooks/Cole.
- COHEN, S. (2004), “Social relationship and health”, in *American Psychologist*, 59 (8), 676-684.
- EVERARD, K.; LACH, H.; FISHER, E.; BAUM, C. (2000), “Relationship of activity and social supports to the functional health of older adults”, in *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55 (4), 208-212.
- FONSECA, A. M. (2005a), “Aspetos psicológicos da “passagem à reforma”. Um estudo qualitativo com reformados portugueses”, in C. Paúl e A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 45-73.
- (2005b), *Desenvolvimento humano e envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores.
- (2006), “‘Transição-adaptação’ à reforma em Portugal”, in *Psicologica*, 42, 45-70.
- (2007), “Determinants of successful retirement in a Portuguese population”, in *Reviews in Clinical Gerontology*, 17, 219-224.
- (2011), *Reforma e reformados*, Coimbra, Almedina.
- FOUQUEREAU, E. [et al.] (2005), “Perceptions of and satisfaction with retirement: A comparison of six European Union countries”, in *Psychology and Aging*, 20, 3, 524-528.
- FOUQUEREAU, E.; LAPIERRE, S.; FERNANDEZ, A.; LAVOIE, C. (2002), “L’expérience de transition à la retraite: Una comparaison France – Québec”, in *Revue Québécoise de Psychologie*, 23, 87-105.
- GLOVER, R. (1998), “Perspectives on aging: Issues affecting the later part of the life cycle”, in *Educational Gerontology*, 24, 325-331.
- HUTCHENS, R. (2007), *Phased retirement: Problems and prospects*, Número em Brief 8, Chestnut Hill, Center for Retirement Research at Boston College.
- JOUKAMAA, M.; SAARIJARVI, S.; SALOKANGAS, R. (1993), “The TURVA Project: Retirement and adaptation in old age”, in *Zeitschrift fur Gerontologie*, 26, 170-175.
- LANG, F. (2001), “Regulation of social relationships in later adulthood”, in *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 321-326.

- LAZARUS, R.; DELONGIS, A. (1983), “Psychological stress and coping in aging”, in *American Psychologist*, 38, 245-254.
- LAZARUS, R.; LAZARUS, B. (2006), *Coping with aging*, Oxford, Oxford University Press.
- OERTER, R. (1986), “ Developmental task through the life span: A new approach to an old concept”, in P. Baltes, D. Featherman & R. Lerner (Eds.), *Life-span development and behavior*, Vol. 7, S. Diego, Academic Press, pp. 233-269.
- PAYNE, E.; ROBBINS, S.; DOUGHERTY, L. (1991), “Goal directedness and older-adult adjustment”, in *Journal of Counseling Psychology*, 38 (3), 302-308.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. (2000), “Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later lif”, in *Psychology and Aging*, 15 (2), 187-224.
- PRENTIS, R. (1992), *Passages of retirement. Personal histories of struggle and success*, New York, Greenwood Press.
- RICHARDSON, V. (1993), *Retirement counselling*, New York, Springer.
- RUTH, J.; COLEMAN, P. (1996), “Personality and aging: Coping and management of the self in later life”, in J. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 4th ed., S. Diego, Academic Press, pp. 308-322.
- SIEGRIST, J.; KNESEBECK, O.; POLLACK, C. (2004), “Social productivity and well-being of older people: A sociological exploration”, in *Social Theory and Health*, 2 (1), 1-17.
- SONNENBERG, D. (1997), “The “new career” changes: Understanding and managing anxiety”, in *British Journal of Guidance and Counselling*, 25 (4), 463-472.
- SZINOVACZ, M. (1992), “Social activities and retirement adaptation: Gender and family variations”, in M. Szinovacz, D. Ekerdt & B. Vinick (Eds.), *Families and retirement*, Newbury Park, Sage, pp. 236-253.
- SZINOVACZ, M.; WASHO, C. (1992), “Gender differences in exposure to life events and adaptation to retirement”, in *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 47 (4), 191-196.
- WATSON WYATT (2004), *Phased retirement aligning employer programs with worker preferences*, Washington, Watson Wyatt Worldwide.
- YOUNG, J. (1989), “Effects of retirement on aspects of self-perception”, in *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 9 (1), 67-76.

Prolongamento temporal da atividade profissional de dois grupos profissionais de saúde: médicos e enfermeiros – um estudo de caso¹

Marianela Ferreira²
Universidade do Porto

Resumo

Tendo por base os resultados obtidos por via de um inquérito administrado a médicos e a enfermeiros do Hospital Geral de São João, EPE e do Hospital Geral de Santo António, EPE, com idade entre os 55 e os 65 anos, realizado no âmbito de uma tese de doutoramento em Sociologia, é nosso objetivo analisar a posição destes profissionais de saúde quanto à aposentação. Para cada um dos posicionamentos são apresentados indicadores sociodemográficos relativos à trajetória profissional, à posição face aos hospitais e de satisfação profissional. O artigo contém uma análise das principais tendências demográficas europeias e, em particular, de Portugal, um enquadramento teórico acerca das principais teorias do envelhecimento, das alterações legislativas sobre a aposentação e as carreiras de médico e de enfermagem e a apresentação e discussão dos resultados alcançados.
Palavras-chave: Envelhecimento, Reforma, Prolongamento da Atividade Profissional.

Abstract

When doctors and nurses work longer and postpone retirement – A case study
In this study we aimed at analyzing how Portuguese health professionals conceive retirement. To that end, a questionnaire was administered to doctors and nurses, aged between 55 and 65, working at Hospital Geral de São João, and Hospital Geral de Santo António. We present a sociodemographic analysis regarding their professional trajectory, and we also consider their professional satisfaction, as well as the way they posit themselves with respect to their workplace, i.e., the hospital. Our results for Portuguese professionals are discussed in the context of the main European trends. Additionally, we analyze how our results relate to theories on aging, and to legislative amendments regarding retirement and the medical and nursing careers.
Keywords: Aging, Retirement, Postponing retirement.

¹ Projeto de investigação no âmbito de preparação de tese de doutoramento em Sociologia, com o título “Representações sociais face ao prolongamento temporal da atividade profissional de dois grupos profissionais da saúde – médicos e enfermeiros com idades entre os 55 e os 65 anos, de duas organizações hospitalares do distrito do Porto”, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, sob a orientação do Prof. Doutor João Teixeira Lopes. A investigadora beneficia de bolsa de doutoramento da Fundação Ciência e Tecnologia, com a ref^a SFRH / BD / 49175 / 2008.

² Investigadora no Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto e doutoranda no 3º Ciclo de Estudos – Doutoramento em Sociologia, da FLUP (Porto, Portugal). *E-mail*: marianela.f@netcabo.pt

Resumé | *Prolongement temporelle de l'activité professionnelle chez médecins et chez infirmières – une étude de cas*

Dans le cadre d'un doctorat en Sociologie a été construite une base de données obtenu à travers un sondage mené auprès de médecins et d'infirmières âgés entre les 55 et les 65 ans et qui travaillent à l'Hôpital Général de São João, EPE et à l'Hôpital Général de Santo António, EPE. L'objectif de l'enquête derrière cette base c'est l'étude de la position des professionnels de la santé à propos de la 'retraite'. Organisant ces répondants en considérant leurs opinions à ce sujet, à chaque groupe construit on présente les indicateurs sociodémographiques relatifs à la carrière, à la position par rapport aux hôpitaux et à la satisfaction professionnelle. En prenant ces indicateurs-là comme départ, l'article présente et analyse les principales tendances démographiques en Europe et, en particulier, au Portugal; les principales théories du vieillissement; ainsi que les modifications législatives en matière de retraite et de carrière du personnel médical et infirmier.

Mots-clés: Vieillissement, Retraite, Prolongement temporelle de l'activité professionnelle.

Resumen | *Prolongación de la actividad profesional de los médicos y enfermeiras – estudio de caso*

A partir de los resultados obtenidos mediante una encuesta a los médicos y enfermeras del Hospital Geral de São João, EPE, Hospital Geral de Santo António, EPE, con edades comprendidas entre los 55 y 65 años, en virtud de un doctorado en Sociología, nuestro objetivo es analizar la posición de los profesionales de salud com respecto a la jubilación. En cada caso se presentan indicadores sociodemográficos relacionados con el puesto de carrera en relación con los hospitales y la satisfacción laboral. El artículo contiene un análisis de las principales tendencias demográficas en Europa y, en particular, en Portugal, una perspectiva de las principales teorías del envejecimiento, los cambios legislativos en la jubilación y la carrera del personal médico y de enfermería, así como la presentación y discusión de los resultados.

Palabras-clave: Envejecimiento, La jubilación, Prolongación de la actividad profesional.

Introdução

As atuais tendências demográficas demonstram que o envelhecimento populacional é uma realidade das sociedades contemporâneas que, com base nas projeções existentes, assumirá, gradualmente, maior expressão. Em Portugal, será

mesmo uma característica estrutural. Com o aumento do número dos mais velhos, são vários os desafios individuais e sociais que se colocam, nomeadamente a nível do mercado de trabalho. A reforma deixa, portanto, de ser o marcador oficial da velhice, na medida em que não só os indivíduos optam, por um conjunto diversificado de razões, por prolongarem a sua atividade profissional além da idade mínima legalmente estipulada para a reforma, como a própria sociedade tem adiado a saída dos indivíduos do mercado de trabalho, por via das alterações às condições legais de aposentação.

No processo de envelhecimento é fundamental considerar condicionalismos de variada índole, nomeadamente sociais, políticos, culturais e económicos, os quais definem, a cada momento, novas exigências, oportunidades, limites e desafios. Num contexto de crise económica, de aplicação de medidas políticas, nomeadamente ao nível do sistema de segurança social e da saúde, de transformações ao nível da composição dos agregados familiar e de alteração da estrutura das atividades e das dinâmicas do mercado de trabalho, levanta-se todo um conjunto de questões sobre o peso das prestações de aposentação, da prestação de cuidados aos mais velhos ou da sua permanência no mercado de trabalho.

Atendendo a este contexto, torna-se necessário compreender as motivações daqueles que pretendem retirar-se do mercado de trabalho e também, dos que, pelo contrário, pretendem dar continuidade à sua atividade profissional, além dos constrangimentos sociais existentes, nomeadamente ao nível das condições legais de aposentação e das carreiras profissionais. Para cada um destes posicionamentos, é também necessário compreender, ora as condições de aposentação e de vida após este momento, ora as condições de continuidade do exercício profissional, em específico no que respeita à valorização da experiência e do saber acumulados. Nesta análise, os grupos profissionais dos médicos e enfermeiros revestem-se de algumas especificidades, nomeadamente no que concerne à importância do setor em que se inserem, aos recursos académicos de que dispõem e às representações sociais sobre os mesmos.

1. Tendências demográficas em Portugal e na União Europeia

Nas últimas décadas, as tendências demográficas da União Europeia (UE), como um todo, e de Portugal, em particular, evidenciam um forte envelhecimento demográfico, tributário, não só do aumento do número de idosos que vivem cada vez

mais anos e com melhores condições de saúde, mas, também, da diminuição da taxa de natalidade. Constata-se, assim, um processo de transição demográfica no sentido de uma Europa, na sua globalidade, cada vez mais envelhecida.

A estrutura populacional da UE 27 está em permanente mudança e a tornar-se sucessivamente mais velha: havia mais de 87 milhões de pessoas com 65 anos ou mais anos, em 2010, ou seja, cerca de 17,4% da população, comparativamente com 59,3 milhões, em 1985. Em Portugal, contavam-se cerca de 1 901 mil pessoas com 65 ou mais anos nesse ano quando, em 1985, estas totalizavam perto de 1 175 mil, o que corresponde a um aumento cerca dos 62% (Eurostat, 2012a).

No século XX, o aumento da esperança média de vida traduziu-se num significativo aumento da longevidade, em simultâneo com a acentuada quebra da taxa de fecundidade, sobretudo a partir da década de 1970. É patente o envelhecimento demográfico da população traduzido no aumento significativo do peso relativo do grupo dos 65 e mais anos, com o correspondente aos 15-54 anos e na redução do mais jovem com idade inferior a 15 anos, nomeadamente na Europa (Eurostat, 2012a).

Inevitavelmente, a tendência demográfica é de que o índice de envelhecimento continuará a aumentar, tendo em conta a diminuição da população jovem – em Portugal, em 1971, este índice registava o valor de 33,87, situando-se nos 120,10, em 2010 (Instituto Nacional de Estatística, 2012a). Segundo as projeções do Eurostat, em 2060, o volume populacional europeu será muito aproximado do atual, ainda que a população esteja consideravelmente mais envelhecida (Eurostat, 2012b).

Na UE 27, a percentagem de população com 55 e mais anos cresceu cinco pontos percentuais em dez anos, isto é, passou de 25%, em 2000, para 30%, em 2010, estimando-se que atinja os 40%, em 2060 (Eurostat, 2012a). O aumento do peso desta franja da população tem sido acompanhado por atos de discriminação etária face aos indivíduos com idades superiores a 55 anos de idade, evidenciada através de uma atitude segregadora no que se refere às suas competências, entre outros aspetos. Esta discriminação propicia sentimentos de insatisfação vividos por aqueles indivíduos (Marques e Lima, 2010).

No que respeita, em particular, ao cenário português, este apresenta, também, mudanças demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. Segundo Fernandes, “Portugal integra-se no conjunto dos países que sofreu um envelhecimento mais recente mas muito mais acentuado, provocado pela

redução dos nascimentos a partir da década de oitenta e pelo crescimento da longevidade geracional, o que se reflete no aumento das proporções de indivíduos com mais de 65 anos logo desde o início da década” (Fernandes, 2007: 22). Este facto traduz-se, por exemplo, na diminuição crescente do número de filhos e, mais tardiamente, das mulheres residentes em Portugal no seu ciclo de vida, comprometendo a reprodução das gerações. Em Portugal, assistiu-se, portanto, a um conjunto de mudanças nos comportamentos natalistas, conducentes a um processo de envelhecimento pelo estreitamento da base da pirâmide etária, baseados em mudanças de cariz social, cultural e económico. Além destes, é importante considerar, ainda, o impacto do processo emigratório português na maior intensidade do processo de envelhecimento em Portugal, comparativamente a outros países (Dias e Rodrigues, 2012: 180). Em termos prospetivos, o envelhecimento tornar-se-á uma característica estrutural da sociedade portuguesa.

Os dados apresentados confirmam, então, um processo de envelhecimento demográfico na Europa, sobretudo nos países do Sul, o qual exige uma discussão das suas implicações aos mais variados níveis, nomeadamente em termos do mercado de trabalho. De facto, a maior longevidade dos indivíduos tem inerente um aumento dos riscos e das vulnerabilidades a que estão sujeitos, situação que exige uma análise cuidada de aspetos como a prestação de cuidados a idosos, nomeadamente pelas alterações às estruturas familiares de suporte, à sua permanência, ou não, no mercado de trabalho, sobretudo num contexto de precariedade laboral, ou a ocupação dos seus tempos, entre outros. Impõe-se, portanto, questionar possibilidades e desenhar limites acerca dos moldes de discussão do envelhecimento nas sociedades atuais (Fernandes, 2007).

Num contexto de crise económica, precariedade laboral e intenso envelhecimento demográfico, colocam-se dois grandes desafios às ciências sociais: (i) compreender os motivos inerentes à saída antecipada de trabalhadores mais velhos do mercado do trabalho e, em consequência, (ii) identificar os fatores que possibilitarão a sua permanência neste mercado prolongando, assim, a sua atividade profissional (Gautié, 2005: 1).

2. Teorias sobre o envelhecimento

A reflexão sobre o envelhecimento remete-nos para a permanente busca do indivíduo que, ao longo de todo o processo civilizacional, procurou compreender porque e como envelhecemos (Hendricks e Achenbaum, 1999). Ainda que este seja um fenómeno global no mundo ocidental, é necessário ter em conta o desenvolvimento das perspectivas que têm vindo a emergir em torno deste domínio, as quais são transversais a diversos fatores biológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, psicológicos, entre outros.

O século XX traduziu-se num período particularmente fértil para a evolução do conhecimento do fenómeno do envelhecimento, conduzindo à disseminação da teorização sobre o mesmo pela consciência do seu impacto, quer a nível individual, quer a nível social, no mundo ocidental. Apresentando um carácter sucessivamente mais complexo e diversificado pelas problemáticas que contém, o envelhecimento perspectiva-se como um fenómeno multidimensional, exigindo abordagens multidisciplinares para a compreensão dos seus múltiplos impactos, como, por exemplo, o contributo das ciências da saúde e das ciências sociais.

Na década de 1950, a parca investigação existente sobre o envelhecimento orientava-se por um paradigma tripartido de vida: infância, um momento de aprendizagem, a idade adulta, marcada pela entrada no mercado de trabalho e, por fim, a velhice, simbolizada pela reforma. A velhice era, portanto, natural e não problematizável, porque era apenas mais um momento da vida. Os esforços pontuais de teorização sobre a velhice eram, essencialmente, unidimensionais (Fonseca, 2004: 14).

É a partir de 1960, que Dias e Rodrigues (2012) situam a primeira transformação no pensamento gerontológico que conduzirá a um desenvolvimento teórico e concetual sistemático, rigoroso e multidisciplinar. Neste período, desenvolveram-se várias abordagens do envelhecimento, com base em diferentes áreas do saber, nomeadamente a Biologia, centrada nos marcadores físicos do envelhecimento; a Sociologia, atenta ao envelhecimento individual articulado com o envelhecimento das sociedades o qual proporcionou, de resto, o desenvolvimento da sociologia do envelhecimento; e a Psicologia, dedicada às alterações na personalidade e nos comportamentos ao longo do processo do envelhecimento.

Até 1960, o envelhecimento era encarado como um problema individual causado pela insatisfação e não adaptação dos indivíduos a esta fase final das suas vidas. Com o

desenvolvimento da teoria da desvinculação (Cumming e Henry, 1961), inicia-se todo um processo de teorização e concetualização do envelhecimento, o qual proporcionaria o desenvolvimento da Sociologia do Envelhecimento e da Gerontologia Social³. Esta última surgiu como ramo da Gerontologia, muito centrada na variedade de impactos do processo de envelhecimento demográfico, e daí o seu carácter multidisciplinar, assumindo uma forte postura de intervenção social.

Com a teoria da desvinculação, aqueles autores colocaram a tónica na influência das características dos sistemas sociais no processo de envelhecimento e não tanto no plano individual. Consideraram que a desvinculação dos mais velhos se faz pelo inevitável e gradual afastamento dos mesmos da sociedade, sendo este um momento em que os indivíduos devem assumir novos comportamentos condizentes com a sua idade e que são socialmente determinados. Só através deste processo é possível que a sociedade mantenha o seu equilíbrio, na medida em que cada indivíduo assume o papel social que lhe é atribuído.

Neste período, é de destacar também a teoria da atividade (Havighurst, 1968), que se afasta do defendido por Cumming e Henry. Segundo esta, o envelhecimento com sucesso pode ser conseguido através da manutenção de laços e papéis sociais fortes dos mais velhos com a sociedade e não, portanto, pelo seu afastamento. A desvinculação não é entendida como natural nem necessária, uma vez que não promove um envelhecimento positivo pelo que, em consequência, os mais velhos não devem ser incentivados a afastarem-se da vida social e, em específico, do mercado de trabalho. Esta teoria defende, portanto, que os mais velhos devem substituir os papéis sociais antes assumidos por outros que lhes permitam ter um maior bem-estar na velhice. Há, portanto, um estímulo ao desenvolvimento de atividades que contribuam para um envelhecimento bem-sucedido.

O contexto de crise económica na Europa da década de 1970 propiciou o desenvolvimento de uma abordagem do envelhecimento mais próxima das influências da economia política marxista. É neste momento que Dias e Rodrigues (2012) situam a segunda transformação na evolução do pensamento sobre a Sociologia do envelhecimento, na medida em que esta se tornou metateórica, sendo o centro da análise o envelhecimento propriamente dito e não a explicação tendo em vista o seu sucesso.

³ A Gerontologia Social, cujo estudo se baseia no “impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento” (Paúl e Fonseca, 2005: 276).

Como defende Phillipson (1998), o novo contexto social emergente e os desafios que lhe estão associados propiciaram uma alteração significativa na perceção do envelhecimento, tendo em conta o crescente peso percentual dos idosos nos sistemas de segurança social dos Estados, e no sistema de pensões em particular, e do crescente peso destes sobre os sistemas de saúde.

Na abordagem ao envelhecimento começam, então, a considerar-se questões de política económica, numa ótica de atenção primordial aos desafios e às exigências decorrentes do processo de envelhecimento e não propriamente à problematização do mesmo (Phillipson, 1998: 6). Este é, assim, um momento de maior ligação entre a produção científica nesta área e a tomada de decisão dos agentes políticos. De facto, os estados foram chamados a responder a um conjunto de problemas decorrentes do envelhecimento sobre os quais não tinham refletido antes.

Com forte contributo da Psicologia, sedimentou-se, entretanto, a ideia de que a idade biológica é diferente da idade psicológica, não sendo possível estabelecer uma correspondência direta entre o envelhecimento físico e o estado cognitivo dos indivíduos (Mendes, 2005: 62). Por seu lado, a Sociologia demonstrou que a idade é também uma construção social que, assim, agrupa os indivíduos atribuindo-lhes determinados direitos e obrigações (O’Rand, 2007).

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, a Sociologia do Envelhecimento suportou-se na teoria crítica e nas perspetivas feministas enquanto referenciais teóricos (Dias e Rodrigues, 2012), ao mesmo tempo que se desenvolveu a Gerontologia Crítica. A reunião, ao longo dos últimos anos, de um conjunto de contributos de outras áreas do saber, nomeadamente, da Demografia e da Gerontologia Social, permite-nos hoje uma visão mais ampla e articulada do fenómeno do envelhecimento (O’Rand, 2007). A partir deste momento, a Sociologia entende os indivíduos enquanto agentes ativos no seu processo de envelhecimento, podendo as suas opções, comportamentos e experiências em muito influenciar este processo, além dos reconhecidos constrangimentos sociais. Tenta perceber-se, portanto, o significado atribuído pelos indivíduos ao envelhecimento e à forma como o vivenciam, ao mesmo tempo que se analisam questões como os recursos necessários aos mais velhos e aqueles que efetivamente lhes estão disponíveis. O envelhecimento é entendido, portanto, enquanto um processo individual, mas também socialmente condicionado.

À luz deste novo paradigma, desenvolve-se a teoria do curso de vida (Baltes e Baltes, 1990), a qual tem como base o reconhecimento da diversidade de experiências dos indivíduos ao longo de vida que, em muito, influenciam o seu processo de envelhecimento. Os mais velhos não são, então, entendidos enquanto um grupo homogéneo, com experiências passadas e objetivos futuros semelhantes, nomeadamente no que se refere à aposentação, mas, pelo contrário, como um grupo heterogéneo em termos das suas práticas sociais, representações simbólicas e expectativas presentes e futuras. Além disso, reconhece-se a importância da cultura, da estrutura social, do tempo, do local e de outros aspetos de cariz social passíveis de influenciar este processo (Fonseca, 2011: 15). Assim, a Sociologia não considera apenas a idade na análise do processo de envelhecimento, mas contempla, também, aspetos como o lugar ocupado na hierarquia social pelos indivíduos, o estado a que se associam indicadores como a profissão ou o grau de habilitações, o tipo de políticas públicas prosseguidas, as estruturas sociais existentes e os significados culturais atribuídos, entre outros, os quais se articulam com a idade dos indivíduos. Considera-se, assim, todo um conjunto de fatores biológicos, sociais e psicológicos que influenciam o processo de envelhecimento, no reconhecimento da diversidade de experiências de envelhecer que, em rigor, começa logo a acontecer desde o nascimento.

Para Phillipson (2003), as abordagens biográficas ganham nestas novas perspetivas porque são úteis na compreensão de aspetos individuais e partilhados do envelhecimento, pelo que defende que o foco da investigação sobre o envelhecimento deve ser uma análise articulada das reações e das crises pessoais para, assim, melhor se perceber como é que os indivíduos constroem e estruturam as suas vidas, além das possibilidades e os limites impostos num dado período histórico.

É no reconhecimento da importância da experiência individual do envelhecimento que se desenvolveu o conceito de envelhecimento bem-sucedido (Baltes e Baltes, 1990). Este envolve um conjunto alargado de múltiplos fatores, nomeadamente individuais, psicológicos, biológicos e sociais que concorrem cumulativamente para um processo de envelhecimento marcado pelo bem-estar e pelo alcance de objetivos definidos pelos próprios indivíduos. De forma geral, podem-se considerar três aspetos que caracterizam o envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doenças ou incapacidades relacionadas com esta, funcionamento físico e mental elevado e empenhamento ativo na vida (Rowe e Kahn, 1997).

Todos estes tópicos de discussão de perspectivas enformam a atual Gerontologia Crítica que se foca, essencialmente, nos seguintes temas: (i) perspectivas relacionadas com as políticas económicas, com foco no envelhecimento através da sua dimensão como recurso, económico e político, e de um reconhecido conjunto de constrangimentos estruturais que afetam as pessoas mais velhas, na defesa da ideia de que o processo de envelhecimento está intimamente relacionado com a economia capitalista (Guillemard (2001, 2004), Estes, Biggs e Phillipson (2003), Walker (2002), entre outros); (ii) também de trabalhos mais próximos da área das humanidades cuja atenção se centra na ausência de sentido na vida das pessoas mais velhas e com a incerteza que pauta o seu quotidiano e as suas relações sociais (Schaie e Achenbaum, 1993); e ainda, (iii) de teorias próximas das perspectivas biográficas e narrativas de Gerontologia e da alteração das relações de poder nas diferentes fases da vida, procurando-se, por esta via, reinserir a subjetividade no processo de envelhecimento, está patente no crescimento do interesse nas perspectivas biográficas e na Sociologia Fenomenológica no estudo da velhice.

Contudo, Phillipson (2003) refere, pelo menos, três grandes problemas que se podem apontar às perspectivas humanistas e biográficas. Em primeiro lugar, o enfoque conferido ao sujeito na construção do seu mundo social pode levar a um insuficiente reconhecimento dos constrangimentos sociais que condicionam as interações e significados daí retirados; de igual forma, as desigualdades sociais têm, neste conjunto de teorias, um papel demasiado periférico, esquecendo-se que a dimensão da exclusão compromete as tentativas de dar voz a todas as formas de envelhecimento; e, por último, segundo Moody (2006), as tradicionais explicações do envelhecimento estão fortemente relacionadas com formas de controlo social, havendo, assim, a necessidade de uma emancipação e de uma visão de que a ordem social pode ser diferente, ainda que o autor não especifique como é que esta emancipação é realmente possível.

No caso concreto da aposentação, ainda que se reconheça a existência de mecanismos sociais conducentes à saída do mercado de trabalho em determinada idade, a verdade é que, não só as transformações laborais em contexto de crise têm conduzido ao aumento da idade mínima para a aposentação, como os próprios indivíduos terão diferentes motivações para continuarem ou não no mercado de trabalho. Para Phillipson (2003), torna-se, então, fundamental identificar os fatores propiciadores da saída do mercado de trabalho e, também, aqueles que permitiriam aos indivíduos prolongar a sua atividade profissional.

Contrariamente às representações sociais dominantes, envelhecer não implica, necessariamente, perda de capacidades e competências, nomeadamente para o trabalho. Concretamente, por via dos avanços na Medicina, que proporcionam um melhor estado de saúde e bem-estar em geral aos indivíduos, é crescente o número daqueles que recusam a inatividade por via da saída do mercado de trabalho. Tal é de grande importância se considerarmos a experiência e o saber acumulados por estes indivíduos ao longo do tempo. De facto, a capacidade para o trabalho resultará mais de uma combinação de fatores como as condições de trabalho, a sua organização e os recursos dos indivíduos do que propriamente da sua idade biológica.

As análises sociológicas sublinham, precisamente, que a segunda parte da carreira profissional é uma construção social condicionada pela organização dos tempos de trabalho e não trabalho (Guillemard, 2003). Encontramos nos estudos da Eurofound abordagens úteis sobre os obstáculos, oportunidades da gestão da idade, práticas nos Estados europeus e organizações económicas (Storrie, 2002).

Na Sociologia e noutras ciências sociais, as questões do envelhecimento são, atualmente, objeto de reflexão em torno dos seguintes eixos: reconfiguração dos ciclos de vida e dos processos de construção social dos significados da idade e das articulações destes com o mercado de trabalho (Naegele e Walker, 2006); relações entre tempos de trabalho e não trabalho; ações desenvolvidas pelos Estados no sentido do prolongamento da vida ativa (Guillemard, 2003); modos de gestão das pessoas mais velhas no sentido da sua presença nas organizações económicas (Mendes, 2005); representações e práticas dos trabalhadores mais velhos face às ações dos Estados e aqueles modos de gestão, bem como face à transição para a aposentação e às condições de vivência futura desta (Walker e Taylor, 1998); representações dos empregadores, das associações patronais, sindicais e profissionais quanto ao prolongamento da vida profissional (OCDE, 2004); contextos, formas e conteúdos de trabalho, nomeadamente do ponto de vista ergonómico, das competências e da formação profissional (Centeno, 2007); aspirações e expectativas dos trabalhadores mais velhos na qualidade de cidadãos, em termos da sua inserção social nas sociedades contemporâneas marcadas pela globalização e pela desinstitucionalização (Taylor, 2006).

As abordagens sociológicas atuais acerca do processo de envelhecimento são mais robustas e têm mais poder explicativo. Encontramos nos trabalhos de Dias e Rodrigues (2012), um exemplo de agrupamento das mesmas: abordagens macrosociológicas, direcionadas para a análise do envelhecimento em termos de

políticas sociais, prestação de cuidados de saúde e pressão financeira sobre os Estados; abordagem microssociológica, dedicada aos valores, atitudes e expectativas dos mais velhos e na forma como estes se adaptam às diferentes fases da vida. Os autores acrescentam que, a este desenvolvimento teórico e concetual, tem correspondido o aperfeiçoamento de metodologias de carácter quantitativo e qualitativo cada vez mais adequadas à variedade de experiências no envelhecimento.

3. Alterações ao Estatuto da Aposentação e às Carreiras Médica e de Enfermagem

No ponto anterior passamos em revista, de modo sintético, algumas das principais teorias sobre o envelhecimento, em geral o prolongamento da vida laboral. Iremos, de seguida, abordar as principais e mais recentes alterações legislativas nos seguintes domínios: Estatuto da Aposentação, decorrente da convergência do regime de proteção social da função pública com o regime geral da segurança social, e no âmbito das Carreiras Médica e de Enfermagem, enquadradas no processo de reformulação do regime de carreiras da Administração Pública.

Tradicionalmente, a idade da aposentação traduzia-se como um marcador oficial de entrada na velhice. Todavia, esta associação convencional entre estar aposentado e ser velho tem sido alvo de um profundo questionamento, como apresentamos anteriormente. Verificamos que a perceção que existia no passado, associada à representação da idade cronológica de pessoas com 65 e mais anos por perda de capacidades, ausência de competências e fragilidades ao nível da saúde, não se constata na atualidade na generalidade das pessoas deste grupo etário (Moody, 2006). Muitas delas prolongam a sua atividade profissional para além da idade legal da aposentação, enquanto outras, com pelo menos 55 anos, optam pela saída do mercado de trabalho. Esta última opção tanto pode ter na sua base motivos de ordem pessoal, como pode estar enquadrada em processos de reestruturação da mão de obra das entidades empregadoras, entre um leque diversificado de motivos. Atualmente, a passagem à reforma já não é o delimitador por excelência de entrada na velhice. Os tempos de pré-reforma e reforma são, cada vez mais, perspetivados enquanto tempos de vitalidade e participação social.

Várias transformações, nomeadamente os avanços da Medicina, possibilitam hoje que os indivíduos mais velhos tenham uma melhor condição física e psicológica e, sobretudo, um melhor bem-estar global, permitindo-lhes a manutenção de um papel

ativo valioso na sociedade. Tal facto constituiu um paradoxo: a rejeição em envelhecer nas sociedades marcadas pelo envelhecimento populacional (Moody, 2006).

Por esta razão, por um lado individual, e por outro político, face às sucessivas alterações legislativas sobre o aumento da idade oficial para a aposentação nos últimos anos, temos verificado que muitas pessoas optam pelo prolongamento temporal da atividade profissional.

Torna-se, então, oportuno referenciar as alterações legislativas à idade oficial da aposentação, assim como à carreira médica e de enfermagem, que evidenciam um processo evolutivo nos últimos anos, em Portugal. É de referir que Portugal foi dos primeiros países a considerar a evolução na esperança média de vida para o cálculo das prestações de aposentação. A este propósito, é de referir que, se no período de 1980-1982, a esperança média de vida em Portugal era de cerca de 72 anos, em 2009-2011 era aproximadamente de 79 anos, o que evidencia o rápido aumento da mesma (Instituto Nacional de Estatística, 2012b).

Em 2005, foi aprovada a convergência entre o regime de aposentação da Função Pública – a Caixa Geral de Aposentações (CGA) – e o setor privado⁴. A partir de 2006, todos os novos trabalhadores passaram a inscrever-se na Segurança Social. Este processo visou convergir, portanto, as condições de acesso e de cálculo das pensões dos funcionários do setor público e privado. Com a conseqüente publicação de novos Decretos-lei que definiram e aprovaram um novo Estatuto da Aposentação, assistiu-se à implementação de um conjunto variado de mudanças, no sentido de restringir as condições de acesso à aposentação. Tais mudanças abarcaram, naturalmente, os grupos profissionais dos médicos e enfermeiros por nós analisados. Entre estas mudanças destacam-se novas condições de acesso à aposentação, nomeadamente pelo aumento da idade mínima de acesso à aposentação e do tempo de serviço, novas fórmulas de cálculo do montante da pensão a auferir e penalização financeira nas reformas antecipadas.

Ao conjunto de alterações nas condições de aposentação da Função Pública, correspondeu um acréscimo de pedidos de aposentação dos funcionários públicos, nomeadamente dos médicos e enfermeiros. A resposta do Governo a este fenómeno de corrida à aposentação direccionou-se, contudo, para limitar apenas a saída dos médicos.

Sumariamente, podemos enunciar as medidas mais importantes implementadas desde 2010 com impactos na aposentação e nas carreiras profissionais: permissão que os

⁴ Lei n.º 60/2005, de 29 de dezembro.

médicos aposentados efetuem trabalho remunerado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (usufruindo de condições especiais), medida esta decorrente do elevado número daqueles que pediram a aposentação em consequência das alterações efetuadas e já apresentadas⁵; revisão de todas as carreiras profissionais; criação de novos regimes de vinculação; revisão das tabelas remuneratórias dos trabalhadores que exercem funções públicas; introdução na Administração Pública do conceito da contratação coletiva o qual, até ao momento, existia apenas ao nível do setor privado.

Enquadrada na revisão das carreiras profissionais foi feita uma revisão da carreira médica⁶ e da carreira de enfermagem⁷, a qual tomou forma através de dois regimes especiais, um para cada grupo.

As principais alterações inerentes à nova carreira especial médica sintetizam-se no seguinte: instituição de uma carreira médica única, organizada por áreas de exercício profissional do trabalho; definição de dois graus comuns (especialista e consultor); definição de três categorias na carreira (assistente, assistente graduado e assistente graduado sénior); divisão funcional do horário de trabalho definindo-se um máximo de 12 horas semanais ao serviço de urgência.

Relativamente às principais alterações na carreira especial de enfermagem, destaca-se a sua organização segundo um novo conjunto de áreas de exercício profissional e de prestação de cuidados de saúde; é, também, de destacar a sua estruturação em duas novas categorias (enfermeiros e enfermeiro principal).

Comum às duas novas carreiras especiais foi a definição, para cada categoria das novas carreiras, de um conjunto diferenciado de obrigações e formas de acesso a cargos de chefia, nomeadamente, e de métodos de avaliação de desempenho.

4. Apresentação dos resultados preliminares do estudo

Este ponto centra-se na apresentação de alguns dos resultados preliminares do estudo. Daremos importância à questão da opção pelo prolongamento da atividade profissional ou, pelo contrário, pela aposentação, considerando nesta análise um

⁵ Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho de 2010.

⁶ Regulada, até então, pelo Decreto-Lei n.º 73/90 de 6 de março, revogado pelos Decretos-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, e 177/2009, de 4 de agosto, ambos do Ministério da Saúde.

⁷ Regulada, até então, pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, revogado pelos Decretos-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, e 248/2009, de 22 de setembro, ambos também do Ministério da Saúde.

conjunto de indicadores de natureza sociodemográfica, de trajetória profissional e de satisfação profissional.

Optamos por uma estratégia metodológica baseada na aplicação de inquéritos por questionário àquela população, entre novembro de 2011 e janeiro de 2012. De acordo com os objetivos do estudo, esse instrumento teve com partes constitutivas mais importantes, as seguintes: caracterização sociodemográfica; trajetória profissional; grau de satisfação face à atividade profissional; profissão; opinião sobre a categoria profissional dos médicos acerca dos enfermeiros e destes sobre os primeiros; organização hospitalar de exercício de atividade; idade, processo de envelhecimento, expectativas e aspirações futuras; as medidas políticas públicas no setor da saúde face à respetiva categoria profissional.

O interesse subjacente à decisão de realizar esta investigação sobre as “representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e os 65 anos, de duas organizações hospitalares públicas do distrito do Porto – H. G. S. João E.P.E. e H.G.S. António E.P.E. – relativas ao prolongamento temporal da atividade profissional, face às relações entre idade e tempo e formas de permanência no mercado de trabalho e aos processos de transição do emprego para a reforma”, decorre do reconhecimento do importante impacto de plurais processos de transformação social de que Portugal e outros países europeus têm sido palco, nas últimas décadas (Crouch, 1999, Almeida *et al.*, 2007, entre outros). Referimo-nos, entre outros, à recomposição da estrutura etária e à alteração das dinâmicas demográficas (Guillemard, 2003).

De um universo de 371, obteve-se uma amostra intencional de 231 indivíduos (taxa de resposta global de 62,3%), especificamente uma amostra de 160 médicos e de 71 enfermeiros.

Passemos, agora, a apresentar alguns dados que obtivemos por via do nosso estudo. Optamos pela apresentação e discussão dos dados agregados não se fazendo, portanto, uma distinção entre hospitais, salvo em casos em que tal se justifique pela relevância das diferenças observadas. Privilegiamos informação relativa à caracterização sociodemográfica, à trajetória profissional, à posição face às transformações no hospital e à satisfação com a atividade profissional enquanto possível condicionante da opção pela aposentação ou pelo prolongamento da atividade.

Numa abordagem sociodemográfica da nossa amostra, destaca-se, desde logo, que, entre o grupo dos médicos, a maioria dos inquiridos são do sexo masculino

(64,4%). Já entre os enfermeiros são as mulheres que predominam (76,1% do total). A grande maioria dos profissionais afirmou ter idade compreendida entre os 55 e os 60 anos (86,6% dos médicos e 92,6% dos enfermeiros). Acrescenta-se que a percentagem de médicos e enfermeiros casados ou em união de facto é a mais elevada (75,5% e 65,7%, respetivamente). Além disso, residem, maioritariamente, na Área Metropolitana do Porto (97,3% dos médicos e 98,5% dos enfermeiros).

Em termos de habilitações académicas, a licenciatura é o grau indicado por 74,8% dos médicos e 90,5% dos enfermeiros. Nos primeiros, os restantes referem-se a médicos que concluíram essencialmente um doutoramento, grau sem relevância entre os enfermeiros. A modalidade de relação contratual mais comum é o exercício de funções a tempo integral, ainda que com uma assinalável diferença entre os dois grupos: 46,8% do total de médicos enquadram-se nesta modalidade perante 87,1% dos enfermeiros, perto do dobro, portanto.

Relativamente à trajetória profissional dos profissionais considerados observa-se que cerca de dois terços destes iniciou a sua atividade profissional na década de 70 e, atendendo ao estabelecimento de saúde, num hospital. Questionados acerca do número de anos de exercício de funções no hospital, 51,6% dos médicos e 68,6% dos enfermeiros indicou entre 31 a 40 anos de prática profissional tendo os segundos, portanto, uma carreira profissional mais longa no mesmo estabelecimento de saúde. Para tal concorre, nomeadamente, a duração da formação académica exigida para o exercício destas duas profissões, sendo a dos médicos superior. Em termos de posição nas atuais carreiras profissionais, cerca de metade dos médicos inquiridos encontra-se na posição na mais elevada – assistente graduado sénior, sendo que a mesma proporção de enfermeiros se encontra numa posição intermédia – enfermeiro, sendo minoritário o número destes últimos que atingiram a posição topo.

Relativamente à posição dos inquiridos face às transformações ocorridas, nos últimos dez anos, na instituição hospitalar a que estão afetos, observamos assinaláveis diferenças entre grupos profissionais. Dos resultados apurados conclui-se que i) os médicos fizeram uma avaliação genericamente mais positiva das transformações ocorridas, nos últimos dez anos, na sua instituição hospitalar, comparativamente aos enfermeiros (47,1% face a 41,8%); ii) a necessidade de tais medidas é, essencialmente, percecionada pelo grupo de enfermagem.

Mais apuramos que 66,9% dos médicos e 70,1% dos enfermeiros não consideram ser alvo de situações de discriminação, positiva ou negativa. Relativamente à adequação entre a idade e a atividade profissional desenvolvida, a avaliação mais comum foi a de adequação, especialmente entre os enfermeiros (62,7% face a 55,4% dos médicos).

Reunimos, ainda, um conjunto de informação acerca do posicionamento dos médicos e enfermeiros inquiridos acerca da sua opção pelo prolongamento da vida profissional ou, então, pela aposentação.

Num cenário em que a aposentação no momento da aplicação do inquérito fosse possível, 78,1% dos médicos afirmaram que prolongariam a sua atividade profissional, enquanto 67,4% dos enfermeiros se aposentaria. Há, portanto, um posicionamento quanto à saída, ou não, do mercado de trabalho, distinto em função do grupo profissional em causa. A este respeito, recordamos o defendido pela teoria do curso de vida: ainda que existam constrangimentos sociais ao envelhecimento o que, neste caso, poder-se-á entender enquanto a definição por lei de uma idade mínima e de um determinado número de anos de exercício para a aposentação, os indivíduos podem ter, mesmo assim, diferentes posicionamentos face a esta questão em função de um conjunto variado de aspetos de cariz individual ou social. No caso dos médicos, há que considerar as suas motivações profissionais, mas, igualmente, uma situação de oferta de trabalho no seu campo específico, nomeadamente por parte das entidades privadas de saúde, oferta esta que não se coloca de igual forma aos enfermeiros.

Quadro 1 – Posição face à aposentação (%)

	Médicos	Enfermeiros
Sim	21,9	69,6
Não	78,1	30,4
Total	100,0	100,0
	(n=155)	(n=69)

Quanto à média de idade em que os profissionais inquiridos consideram a passagem à aposentação, os médicos indicaram os 66 anos e os enfermeiros a idade de 60 anos. Sendo que a grande maioria dos inquiridos com intenção de aposentação tem entre 55 e 60 anos, concluímos que os médicos estão ainda longe da idade com que

pretendem aposentar-se, enquanto os enfermeiros já se encontram próximos. Tal demonstra que, além da idade mínima legalmente estipulada para a aposentação, os indivíduos podem, por um conjunto variado de motivos, que vão desde a capacidade física/cognitiva para o trabalho até ao desenvolvimento de projetos pessoais, definir para si próprios a idade com quem tencionam sair do mercado de trabalho. Está aqui patente a carga subjetiva na consideração da capacidade e vontade, ou não, de prolongamento da atividade profissional.

Questionados acerca dos motivos pelos quais pediriam a aposentação observam-se importantes diferenças entre os grupos profissionais.

As razões mais invocadas para a aposentação prendem-se com as transformações legislativas ocorridas, tanto ao nível do Estatuto da Aposentação⁸, como das Carreiras Médica⁹ e de Enfermagem¹⁰. Têm, também, relevância as transformações ocorridas a nível do hospital, especialmente entre os médicos, assim como a procura de possibilidades de desenvolvimento de projetos pessoais ou profissionais. Por fim, a aposentação pelo exercício da atividade é pouco referida, sendo, sobretudo, indicada pelos enfermeiros.

Quanto às razões para o prolongamento da atividade profissional, a continuidade do exercício da sua atividade profissional é a principal razão invocada, especialmente entre os médicos. Além desta, é também relevante o sentimento de valorização pelo hospital, a par da recusa da situação de inatividade na sociedade. A redução dos rendimentos foi um aspeto com grande relevância, especialmente no grupo dos enfermeiros. Metade destes profissionais referiu o (re)investimento realizado recentemente na formação científica. No Quadro 2, apresentamos algumas características dos médicos e enfermeiros que manifestaram a sua intenção de prolongar a sua atividade profissional ou, pelo contrário, passarem à aposentação.

⁸ Lei n.º 52/2007, de 31 de agosto.

⁹ Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto.

¹⁰ Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro.

Quadro 2 – Características dos médicos e enfermeiros e posição face à aposentação (%)

	Aposentação		Prolongamento da atividade	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Sexo				
Feminino	35,3	72,9	33,9	81,0
Masculino	64,7	27,1	66,1	19,0
	(n=34)	(n=48)	(n=121)	(n=21)
Idade				
55-60 anos	87,5	93,5	86,8	95,0
61-65 anos	12,5	6,5	13,2	5,0
	(n=32)	(n=46)	(n=106)	(n=20)
Tempo de serviço no hospital				
1-10 anos	8,8	4,2	2,5	0,0
11-20 anos	11,8	8,3	6,7	10,0
21-30 anos	35,3	20,8	37,5	15,0
31-40 anos	44,1	66,7	53,3	75,0
	(n=34)	(n=48)	(n=120)	(n=20)

No que se refere aos profissionais que se aposentariam, entre os médicos são, sobretudo, homens e, entre os enfermeiros, mulheres. A mesma distribuição se observa quanto aos que prolongariam a atividade profissional. No que concerne à idade, tanto os profissionais que se aposentariam, como entre os restantes, predominam aqueles que têm entre 55 e 60 anos, especialmente entre os enfermeiros. Quanto ao tempo de serviço no hospital atual, tanto os profissionais que prolongariam a sua atividade como os que se aposentariam têm, geralmente, entre 31 e 40 anos de serviço, o que mais relevância tem, novamente, entre os enfermeiros.

Consideramos, ainda, pertinente atender à relação entre a satisfação dos inquiridos face a um conjunto diversificado de aspetos e a sua vontade de aposentação no momento ou, pelo contrário, de prolongamento da atividade profissional. Considera-se, portanto, uma relação causal entre a satisfação e a opção, ou não, de saída do mercado de trabalho. Os resultados mais relevantes são apresentados no Quadro 3.

Considerando uma avaliação global do grau de satisfação profissional daqueles que se aposentariam no momento, 44,1% dos médicos e 79,1% dos enfermeiros revelaram estar satisfeitos, enquanto entre os que prolongariam a sua atividade

profissional, 49,2% dos primeiros e 72,2% dos segundos indicaram idêntico grau de satisfação.

Atentando nos médicos que manifestaram a sua intenção de aposentação verifica-se que estes se encontram, maioritariamente, satisfeitos com um conjunto diversificado de aspetos, nomeadamente com a relação estabelecida com os colegas de profissão, outros profissionais, nomeadamente os enfermeiros e superiores hierárquicos; grau de autonomia e iniciativa associado à sua função; desenvolvimento das suas competências profissionais; ações de atualização científica frequentadas; a variedade de tarefas realizadas; participação na tomada de decisão.

Todavia, se entre os médicos que afirmaram aposentar-se no momento, se possível, os itens anteriores são os de maior satisfação, são-no, também, entre aqueles que prolongariam a sua atividade profissional. A principal diferença reside numa avaliação de muita satisfação, a qual é mais comum entre aqueles que prolongariam a sua atividade profissional. Tal sugere, portanto, a existência de um conjunto de fatores que são, genericamente, positivamente avaliados pelos médicos, independentemente da sua vontade de aposentação ou não.

O mesmo acontece quanto aos fatores de insatisfação: tanto os médicos que indicaram a sua vontade de aposentação, como entre aqueles que manifestaram vontade contrária, mostraram-se insatisfeitos com os mesmos aspetos: progressão na carreira, remuneração, participação na tomada de decisão, condições físicas e equipamentos do local de trabalho e reconhecimento da Direção do hospital. Contudo, no que diz respeito à insatisfação há que destacar que são os médicos que se aposentariam aqueles que mais insatisfeitos se mostraram. Há, então, um conjunto de fatores de insatisfação comuns, mas cuja relevância é ligeiramente superior entre os que se aposentariam.

Relativamente aos enfermeiros, os dados obtidos indicam que, independentemente da intenção ou não de aposentação, estes se mostram satisfeitos com a relação com os colegas de trabalho, com outros profissionais, nomeadamente os enfermeiros e superiores hierárquicos, com o grau de autonomia e iniciativa associados à função de enfermagem, desenvolvimento das suas competências profissionais, ações de atualização científica frequentadas, variedade de tarefas realizadas, participação na tomada de decisão, questões físicas e equipamento do local de trabalho.

À semelhança do observado quanto aos médicos, existe um conjunto de fatores que são positivamente avaliados pelos enfermeiros. Todavia, é importante referir que

enquanto os enfermeiros que se aposentariam demonstram estarem apenas satisfeitos, aqueles que prolongariam a sua actividade profissional mostram-se, com maior expressão, muito satisfeitos.

As possibilidades de progressão na carreira são, genericamente, fator de insatisfação entre os enfermeiros. Todavia, são aqueles que mostraram a sua intenção de darem continuidade à sua actividade profissional os que ligeiramente mais satisfeitos se mostraram com a sua progressão. Item comum de insatisfação entre os enfermeiros é a sua remuneração, situação comum aos profissionais que prolongariam ou não a sua actividade profissional. Acrescente-se que a avaliação do reconhecimento da Direção do hospital oscila entre a insatisfação e a satisfação. Entre os enfermeiros que se aposentariam ou entre os que prolongariam a sua actividade profissional, cerca de 40% mostrou-se insatisfeito ou satisfeito com tal reconhecimento.

Quadro 3 - Grau de satisfação com o emprego atual e posição face à aposentação (%)

	Aposentação		Prolongamento da actividade	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Relação com os colegas de profissão				
Insatisfeito	11,8	4,3	2,5	5,0
Satisfeito	70,6	63,8	62,5	50,0
Muito satisfeito	17,6	31,9	35,0	45,0
Relação com outros profissionais				
Insatisfeito	8,8	10,6	2,5	9,5
Satisfeito	79,4	66,0	68,9	66,7
Muito satisfeito	11,8	23,4	28,6	23,8
Desenvolvimento das suas competências profissionais				
Muito insatisfeito	5,9		0,8	
Insatisfeito	14,7	6,2	8,3	15,0
Satisfeito	64,7	70,8	57,0	55,0
Muito satisfeito	14,7	22,9	33,9	30,0
Remuneração				
Muito insatisfeito	31,2	20,8	30,3	9,5
Insatisfeito	50,0	52,1	42,9	57,1
Satisfeito	15,6	25,0	22,7	28,6
Muito satisfeito	3,1	2,1	4,2	4,8

Condições físicas e equipamentos do local de trabalho				
Muito insatisfeito		10,4	12,4	0,0
Insatisfeito	47,1	20,8	30,6	23,8
Satisfeito	41,2	54,2	44,6	52,4
Muito satisfeito	11,8	14,6	12,4	23,8

Apresentamos, ainda, informação relevante em termos do posicionamento dos inquiridos que se aposentariam: 67,6% destes médicos e 87,2% destes enfermeiros afirmou conhecer a legislação que define as condições de passagem à mesma; além disso, 55,9% dos primeiros e 46,8% dos segundos concorda com a existência de uma idade legalmente estipulada para a aposentação. Também entre os profissionais que prolongariam a sua atividade profissional, os dados seguem a mesma tendência: conhecimento da legislação e concordância com uma idade mínima para a aposentação.

Consideramos, ainda, pertinente perceber possíveis cenários dos profissionais inquiridos após a aposentação. Enquanto cerca de metade dos médicos afirmou concordar com o regime que possibilita aos médicos aposentados exercerem funções no setor público, já a grande maioria dos enfermeiros afirmou discordar com tal regime. Num cenário de continuidade do exercício profissional mas a tempo parcial, auferindo os inquiridos apenas uma parte da pensão, verificamos que a maioria dos inquiridos concorda com este regime.

Questionados acerca da possibilidade de auferirem uma pensão social parcial, nomeadamente por via do trabalho a tempo parcial, recebendo apenas parte da pensão, tanto os médicos como os enfermeiros que se aposentariam como os que prolongariam a sua atividade profissional afirmaram concordar com este regime. Todavia, há a registar que, se entre os médicos este posicionamento é comum, entre os enfermeiros a percentagem daqueles que não se aposentariam e concordam com este regime é superior face aos que se aposentariam.

Dos dados anteriores se conclui que, mesmo perante um cenário de aposentação, os inquiridos não colocam de parte a continuidade do exercício profissional. Não se trata, portanto, de um cenário de inatividade, mas sim, e especialmente entre os médicos, de saída do SNS ou de abandono de um trabalho a tempo integral, o que se poderá entender, nomeadamente, enquanto resposta a todas as alterações legislativas à aposentação e às carreiras médica e de enfermagem ocorridas nos últimos anos.

Conclusão

O envelhecimento das sociedades europeias, e em particular da portuguesa, é amplamente reconhecido e afirmar-se-á enquanto característica estrutural das mesmas. Perante isto, impõe-se uma discussão multidisciplinar em torno de questões fundamentais do processo de envelhecimento, nomeadamente a sustentabilidade financeira das pensões das reformas do sistema da segurança social, o peso do cuidado aos mais velhos nas despesas com saúde e na reconfiguração da estrutura de atividades, discussão esta da qual deverão resultar *outputs* para a definição de novas políticas demográficas, sociais, políticas e de emprego que atendem nos mais velhos. De facto, o processo de envelhecimento acarreta, não só desafios, mas também um conjunto alargado de oportunidades. Entre estas está a valorização da experiência acumulada e do saber, nomeadamente através da continuidade no mercado de trabalho. Dos dados que recolhemos no nosso estudo, observamos que uma parcela significativa dos inquiridos não pretende aposentar-se no momento, colocando o momento de tal decisão para o futuro, além da idade mínima legalmente estipulada. Tal é, sobretudo, visível entre os médicos, o que se justificará por um conjunto alargado de características deste grupo profissional que não são partilhadas pelos enfermeiros, assim como pelas dinâmicas do segmento de mercado onde se inserem. Podemos, portanto, analisar a vontade de prolongamento da atividade profissional dos médicos à luz da teoria da atividade e a de aposentação manifestada pelos enfermeiros segundo a teoria da desvinculação.

Para aqueles que pretendem continuar a sua atividade profissional, impõem-se políticas que, não só permitam, como criem condições para este prolongamento, nomeadamente no que diz respeito ao evitar situações de discriminação e de aproveitamento da experiência e saber dos trabalhadores mais velhos. Neste processo, a Sociologia tem um papel fundamental na discussão da condição da velhice na estrutura social, dos seus limites, possibilidades e significado atribuído pelos indivíduos e pela sociedade.

Referências bibliográficas

- Almeida, J. F. [et al.] (2007), “A sociedade”, in António Reis (coord.), *Retrato de Portugal: Factos e Acontecimentos*, Lisboa, Temas e Debates, pp. 43-79.
- Assembleia da República (2007), Lei n.º 52/2007, de 31 de agosto. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 168.
- Assembleia da República (2005), Lei n.º 60/2005, de 29 de dezembro. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 249.
- 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*, New York, Cambridge University Press, pp. 1–34.
- Centeno, Luís Gomes (2007), *Estudo sobre o retorno da formação profissional*, Lisboa, DGEEP.
- Crouch, Colin (1999), *Social Change in Western Europe*, Oxford, Oxford University Press.
- Cumming, E.; Henry, W. (1961), *Growing Old: The Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
- Decreto-Lei n.º 73/90 de 6 de março, *Diário da República*, 1.^a série, n.º 54.
- Decreto-Lei n.º 176/2009 de 4 de agosto, *Diário da República*, 1.^a série, n.º 149.
- Decreto-Lei n.º 177/2009 de 4 de agosto, *Diário da República*, 1.^a série, n.º 149.
- Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, *Diário da República*, 1.^a série, n.º 84.
- Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, *Diário da República*, 1.^a série, n.º 84.
- Decreto-Lei n.º 89/2010 de 21 de julho, *Diário da República*, 1.^a série, n.º 140.
- Dias, Isabel; Rodrigues, Eduardo (2012), “Demografia e Sociologia do envelhecimento”, in Óscar Ribeiro e Constança Paúl, *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa, Lidel, pp. 179-201.
- Estes, C.; Biggs, S.; Phillipson, C. (2003), *Social Theory, Social Policy and Ageing. A critical introduction*, Glasgow, Open University Press.
- Eurostat (2012a), *Population on January 1st by broad age group and sex*, [Consult. a 26.04.2012]. Disponível em: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_pjanbroad&lang=en
- Eurostat (2012b), *Population projections*, [Consult. a 26.04.2012]. Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tps00002&plugin=1>
- Fernandes, A. A. (coord.) (2007), *Envelhecimento e Perspetivas de Criação de Emprego e Necessidades de Formação para a Qualificação de Recursos Humanos*, Lisboa, IEFP.

- Ferreira, Marianela – Prolongamento temporal da actividade profissional de dois grupos profissionais de saúde...
Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto
Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012, pág. 97-122
- Fonseca, António Manuel (2004), *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores PC.
- (2011), *Reforma e Reformados*, Coimbra, Almedina.
- Gautié, Jérôme (2005), *Coût du travail et emploi*, Paris, La Découverte.
- Guillemard, A. M. (2001), “Work or retirement at career’s end? A Third way strategy for an ageing population”, in A. Giddens (ed.), *The Global Third Way Debate*, Cambridge, Polity, pp. 233-242.
- (2003), *L’âge de l’emploi, Les Sociétés face à Vieillesse*, Paris, Armand Colin.
- (2004), “Les sociétés à l’épreuve du vieillissement. Le défi de l’emploi en seconde partie de carrière”, in *Futuribles*, 299, 45-68.
- Havighurst, Robert J. (1968), “A Social-Psychological Perspective on Aging”, in *The Gerontologist*, 8 (2), 67-71.
- Hendricks, J.; Achenbaum, A. (1999), “Historical Development of Theories of Aging”, in V. Bengtson & K. W. Schaie (Ed.), *Handbook of theories of aging*, New York, Springer Publishing Company, pp. 21-39.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012a), *Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo; Anual*, [Consult. a 26.04.2012]. Disponível em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&contexto=bd&selTab=tab2
- (2012b), *Estatísticas da natalidade e mortalidade*, [Consult. a 26.04.2012]. Disponível em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- MARQUES, Sibila; LIMA, Maria (2010), “Idadismo e a construção social da idade ou as razões psicossociais para o sucesso dos antirugas, do botox e da tinta para o cabelo”, in *In-Mind Português*, 1 (1), pp. 13-21.
- Mendes, F. R. (2005), *Conspiração Grisalha – Segurança Social, Competitividade e Gerações*, Oeiras, Celta.
- Moody, H. R. (2006), *Aging: concepts and controversies*, Pine Forge Press, Thousand Oaks.
- Naegele, G.; Walker, A. (2006), *A guide to good practice in age management*, [Consult. a 02.09.2008]. Disponível em:
<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2005/137/en/1/ef05137en.pdf>
- OCDE (2004), *Employment protection regulation and labour market performance*, Paris, OCDE Employment Outlook.
- O’Rand, Angela M. (2007), “Aging and the Life Course Theories”, in George Ritzer (Ed.), *Blackwell Encyclopedia of Sociology*, Blackwell Publishing, pp. 33-73.
- Paúl, C.; Fonseca, A. M. (coord.) (2005), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, Climepsi.
- Phillipson, C. (1998), *Reconstructing Old age. New Agenda in Social Theory and Practice*, London, Sage Publications.

- (2003), *Transitions after 50-Developing a new conceptual map*, Keele University, Centre for social Gerontology (unpublished manuscript).
- Rowe, J.; Kahn, R. (1997), “Successful aging”, in *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- SCHAE, K. Warner; ACHENBAUM, W. Andrew (1993), *Societal impact on aging: Historical perspectives*, New York, Springer Publishing Co.
- Storrie, D. (2002), *Temporary agency work in the European Union*, Luxembourg, EUROFOUND.
- Taylor, P. (2006), *Developments in employment initiatives for an ageing workforce*, Dublin, EUROFOUND.
- Walker, A. (2002), “Ageing in Europe: policies in harmony or discord?”, in *International Journal of Epidemiology*, 31, 758-761.
- Walker, A.; Taylor, P. (1998), *Combating age barriers in employment: A European portfolio of good practice*, Dublin, EUROFOUND.

Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso

José de São José¹

CIEO/Universidade do Algarve

Resumo

Neste artigo são explorados os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso, bem como as dinâmicas e os recursos associados a estes mesmos significados. A investigação qualitativa por nós realizada revela uma pluralidade de modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa, que se distribuem entre dois polos opostos: a “gratificação” e a “opressão”. Esta pluralidade é o corolário da combinação de diferentes dinâmicas e recursos, onde os recursos familiares, principalmente os financeiros, acabam por ter um papel determinante, fazendo com que o “cuidar plural” exiba marcas nítidas de desigualdade social.

Palavras-chave: Significados de cuidar; Cuidados familiares; Pessoas idosas; Política social.

Abstract

Between “gratification” and “oppression”: the meanings of the trajectories of providing care for an older relative

This article explores the meanings of the trajectories of providing care for an older relative, as well as the dynamics and resources associated with these meanings. The qualitative research we undertook reveals a plurality of modes of being a family carer of an older person, which are distributed between two opposite poles, namely between “gratification” and “oppression”. This plurality is the outcome of a combination of different dynamics and resources, in which the family resources, mainly the financial ones, end up having a determinant role. Consequently, the “plural caring” shows clear marks of social inequality.

Keywords: Meanings of care; Family care; Older people; Social policy.

¹ Professor Auxiliar na Faculdade de Economia da Universidade do Algarve e Investigador Integrado no CIEO, Universidade do Algarve (Faro, Portugal). *E-mail*: jsjose@ualg.pt

Resumé

Entre la “gratification” et “l’oppression: les significations des trajectoires de prendre soin d’un parent âgé

Dans cet article sont explorées les significations des trajectoires de prendre soin d’un parent âgé, ainsi que la dynamique et les ressources associées à ces mêmes significations. Le recherche qualitative que nous avons fait montrent une pluralité de manières d’être un fournisseur de soins de la famille d’une personne âgée, qui sont répartis entre les deux pôles opposés, en particulier entre la “gratification” et “l’oppression”. Cette diversité est le résultat de la combinaison des différentes dynamiques et ressources, où nous mettons en évidence ceux qui sont liés au ressources de la famille, surtout financiers. Par conséquent, la “soins plurielle” affiche des marques visibles de l’inégalité sociale.

Mots-clés: Significations de soins; Soins familiales; Personne âgée; Politique sociale.

Resumen

Entre la “gratificación” y “opresión”: los significados de las trayectorias de cuidar a un familiar mayor

Este artículo explora los significados de las trayectorias de cuidar a un familiar mayor, así como las dinámicas y los recursos que conducen a estos mismos significados. La investigación cualitativa que hemos hecho demuestra una pluralidad de formas de ser un cuidador de una persona mayor, que se distribuyen entre dos polos opuestos, en particular entre la “gratificación” y “opresión”. Esta diversidad es el resultado de la combinación de diferentes dinámicas y recursos, donde los recursos de la familia, especialmente los financieros, acaban teniendo un papel importante. En consecuencia, el “cuidado plural” tiene marcas claras de desigualdad social.

Palabras-clave: Significados de cuidar; Cuidado familiar; Personas mayores; Política social.

Introdução

O presente artigo insere-se na temática dos cuidados familiares prestados a pessoas idosas e explora os significados que as trajetórias de cuidar têm para os seus

protagonistas, ou seja, os modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa. Para além disto, dá conta das dinâmicas e dos recursos associados aos significados de cuidar.

Contrariando as teses funcionalistas sobre a família e a vida familiar, a evidência empírica tem demonstrado que a família continua a ter um papel fundamental na prestação de cuidados a pessoas idosas, mesmo nos países com uma rede de equipamentos e serviços sociais bem desenvolvida (Shea *et al.*, 2003; Hank, 2007). É por este motivo, entre outros, que o tema dos cuidados familiares a pessoas idosas se encontra no topo das agendas políticas e de investigação.

A investigação sobre os cuidados familiares a pessoas idosas tem uma forte tradição no mundo anglo-saxónico, principalmente no Reino Unido. Os países nórdicos também têm um respeitável historial de investigação sobre os cuidados a pessoas idosas, mas nestes países esta investigação começou por se focar nos cuidados formais pagos (ver Waerness, 1984), e só em meados dos anos 90 é que se direccionou, também, para os cuidados familiares/informais. Podemos dividir a história desta investigação em duas grandes etapas: etapa do “cuidar feminino” e etapa do “cuidar plural”. Vejamos, seguidamente, em que se traduz cada uma destas etapas.

A etapa do cuidar “feminino” inicia-se na década de 80 do séc. XX, de uma forma particularmente nítida no Reino Unido, através dos estudos realizados por Finch e Groves (1983), Ungerson (1987), Lewis e Meredith (1988), Qureshi e Walker (1989), entre outros, que se preocuparam em revelar as experiências das mulheres que cuidavam dos seus familiares idosos. Na década de 90, assistiu-se à proliferação de estudos que procuraram explorar outras realidades dos cuidados familiares a pessoas idosas, como, por exemplo, o cuidar masculino (ver Arber e Gilbert, 1989; Harris e Bichler, 1997), o cuidar em diferentes classes sociais (ver Arber e Ginn, 1992) e o cuidar nas minorias étnicas (ver Finch e Mason, 1993; Fisher, 1994). Esta é a etapa do “cuidar plural”, que se caracteriza, ainda, por um debate aceso em torno das concetualizações do cuidar e da relação de cuidar. Neste debate intervieram o chamado “movimento das pessoas portadoras de deficiência” (*disability movement*) e vários autores, como, por exemplo, Morris (1997), Keith (1992), Tronto (1993), Sevenhuijsen (1998) e Williams (2004). Importa ainda fazer referência a uma linha de investigação que presentemente exhibe um grande dinamismo, embora não se foque diretamente nos cuidados familiares. Esta linha

debruça-se sobre o “cuidar globalizado”, ou seja, sobre as dinâmicas subjacentes ao mercado global de prestação de cuidados a pessoas idosas. Noções como “cadeia global de cuidados” (*global care chain*) têm sido usadas para dar conta da deslocação de cuidadores (quase sempre mulheres) dos países menos desenvolvidos para os países mais desenvolvidos com o intuito de cuidarem de pessoas idosas, “deixando para trás” os seus próprios filhos e outros dependentes. Os estudos sobre as experiências e as perspetivas dos cuidadores imigrantes têm, presentemente, um grande dinamismo (ver Van der Geest, Mul e Vermeulen, 2004; Zechner, 2008; Kong, Deatrck e Evans, 2010).

A volumosa investigação sobre os cuidados familiares a pessoas idosas tem contribuído para uma melhor compreensão das experiências quotidianas dos cuidadores familiares, das dinâmicas e dos processos subjacentes ao cuidar, das razões/fundamentos do cuidar, entre outros aspetos. Porém, trata-se de uma investigação que apresenta, a nosso ver, duas fragilidades principais. Primeiro, olha para os cuidados familiares de uma forma sincrónica, isto é, fornece-nos “fragmentos” das experiências de cuidar, situadas num determinado momento do tempo, e não toda a história de cuidar (desde a assunção do papel de cuidador até ao momento presente ou até ao momento da cessação do desempenho deste papel). Segundo, o enfoque tem sido, sobretudo, nas experiências “objetivas” de cuidar, secundarizando-se as experiências “subjetivas”, ou seja, os significados associados às práticas de cuidar. Relativamente a este último ponto, os poucos estudos já realizados, que, de alguma forma, abordaram, ainda que indiretamente, os significados das trajetórias de cuidar, dão-nos a conhecer uma realidade diversificada, a qual oscila entre situações em que o cuidar “transborda” para outros domínios das vidas dos cuidadores familiares e situações em que o cuidar se consegue conciliar com outras responsabilidades e atividades sociais (ver Lewis e Meredith, 1988; Noonan, Tennstedt e Rebelsky, 1996; Twigg e Atkin, 2002). Contudo, estes estudos não prestam a devida atenção a aspetos que nos parecem relevantes na estruturação dos significados das trajetórias de cuidar, tais como as atitudes dos cuidadores familiares face às interferências negativas do cuidar noutros domínios das suas vidas.

Em Portugal, tem sido realizada alguma investigação sobre os cuidados familiares a pessoas idosas (ex.: São José e Wall, 2006; Pimentel, 2006; Gil, 2010;

Fernandes, Gil e Gomes, 2010), mas a questão dos significados das trajetórias/histórias de cuidar tem sido pouco explorada.

1. Orientação teórico-metodológica e dados empíricos

1.1 Instrumentos conceptuais

Os conceitos “cuidar”, “trajetória de cuidar” e “significado” são centrais nesta investigação. Entende-se por “cuidar” ajudar a pessoa idosa a realizar atividades que esta não consegue realizar por si própria, atividades estas que são fundamentais para a promoção e a manutenção do seu bem-estar. As práticas de cuidar incluem o seguinte: ajudar a realizar atividades da vida diária – AVD (higiene corporal, mobilidade física, ingestão de refeições, etc.); ajudar a realizar atividades instrumentais da vida diária – AIVD (fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, etc.); mostrar compreensão relativamente às preocupações do idoso e ajudar este último a lidar com tensões de natureza emocional; e, ainda, supervisionar os cuidados prestados por terceiros.

Por sua vez, entende-se por “trajetória de cuidar” o período de tempo durante o qual os cuidadores prestam cuidados às pessoas idosas, assim como as transições, os acontecimentos e os pontos de viragem que ocorrem durante esse período. A trajetória de cuidar é iniciada através da assunção do papel de cuidador e finalizada através da cessação deste papel.

Por último, o conceito de “significado” remete para o sentido que a trajetória de cuidar tem, no seu todo, para o seu protagonista, ou por outras palavras, remete para a imagem ou a “ideia-força” associada à trajetória, que resulta do exercício de se “olhar para trás” e de se “juntar todas as peças” que compõem o todo (eventos, pontos de viragem, transições, etc.). Para a captação dos significados das trajetórias de cuidar olhou-se, não só para as razões dadas pelos cuidadores familiares para a assunção do papel de cuidador e para a manutenção no desempenho deste papel, mas também para a avaliação das experiências de cuidar, tendo-se prestado particular atenção à existência, ou não, de interferências negativas do cuidar noutras trajetórias constitutivas dos percursos de vida dos cuidadores e à atitude destes últimos face a estas eventuais interferências, que poderá variar entre dois polos opostos, nomeadamente a aceitação e a

não-aceitação. É de salientar que os estudos que se focaram, ainda que indiretamente, nos significados de cuidar de uma pessoa idosa, olharam, sobretudo, para as razões/motivos da assunção do papel de cuidador, negligenciando outras dimensões.

Importa, ainda, referir que a perspetiva teórica do “curso de vida” (Settersten, 2003) foi fundamental para a reconstituição das trajetórias de cuidar, enquanto as concetualizações de Giddens (1989) em torno da ação social foram úteis para dar inteligibilidade aos significados.²

1.2 Métodos e técnicas de investigação, e dados empíricos

A investigação na qual este artigo se baseia teve como objetivo central captar e compreender as trajetórias de cuidar de um familiar idoso, assim como os seus significados. Esta investigação, realizada na região de Lisboa entre 2005 e 2009 (ver São José, 2009), seguiu uma estratégia de investigação qualitativa, mais concretamente uma abordagem narrativa/retrospetiva, de forma a captarem-se as trajetórias de cuidar. No âmbito desta abordagem metodológica, foram realizadas entrevistas semiestruturadas de pendor retrospectivo.

A população alvo da qual foi retirada a amostra foi delimitada da seguinte forma: pessoas que cuidavam (ou tinham cuidado ao longo do último ano) de um familiar idoso em linha ascendente e que residiam na Área Metropolitana de Lisboa. O familiar idoso teria que ter 65 ou mais anos e necessitar da ajuda de terceiros para a realização de atividades da vida quotidiana (ex.: higiene corporal, mobilidade física, ingestão de refeições, etc.) e/ou de atividades instrumentais da vida quotidiana (ex.: fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, etc.).

No total, foram entrevistados 54 indivíduos, os quais eram, maioritariamente, filhas das pessoas idosas (37 casos), embora houvesse também alguns filhos (8 casos), noras (5 casos), netas (2 casos), uma sobrinha e a mulher de um neto. Mais de metade destes cuidadores familiares tinha entre 36 e 55 anos. Na restante metade, a maior parte

² Para uma compreensão mais aprofundada do modelo concetual usado nesta investigação e das suas principais orientações teóricas, ver São José (2009).

tinha mais do que 55 anos e os restantes tinham menos do que 36 anos. Eram cuidadores que tinham empregos a tempo inteiro, com a exceção de oito que estavam desempregados ou já reformados. No que toca ao nível de escolaridade, existia uma grande heterogeneidade, embora a maior parte dos cuidadores tivesse 10 ou mais anos de escolaridade. Os que estavam empregados exerciam diversas profissões, as quais tendiam a refletir os níveis de escolaridade. Em termos de posições de classe, verificava-se que os inquiridos se inseriam, maioritariamente, em distintas frações das classes médias urbanas da Região de Lisboa: a maior parte inseria-se nas “profissões intelectuais e científicas”, logo a seguir surgiam os que pertenciam aos “empregados executantes”, e entre estas duas posições apareciam as “profissões técnicas e de enquadramento intermédio” e os “independentes e pequenos patrões do secundário e terciário”. Eram muito poucos os cuidadores entrevistados que pertenciam à classe dos empresários e dirigentes e às classes dos empregados não qualificados do terciário e do operariado industrial.³

Visto tratar-se de uma investigação qualitativa, de natureza exploratória, a seleção dos entrevistados foi guiada pelo princípio da diversidade, pois houve a preocupação de construir uma amostra heterogénea em termos de género, idade, relação de parentesco com a pessoa idosa, condição perante o trabalho, estado civil, condição perante a parentalidade e nível de rendimentos e de escolaridade. Também se procurou incluir cuidadores familiares de pessoas idosas com diversos graus de dependência.

Foram usadas diversas técnicas de amostragem, nomeadamente a amostragem por conveniência, por “bola de neve” e a amostragem intencional. Esta última técnica de amostragem serviu para corrigir os desequilíbrios resultantes da utilização das primeiras duas técnicas e para garantir a diversidade atrás mencionada. A seleção de alguns dos entrevistados foi realizada através da colaboração da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.⁴ Apenas uma minoria de familiares selecionados não se mostrou disponível para ser entrevistada. Nos casos em que isto aconteceu, os familiares selecionados indicaram outros membros da família com disponibilidade para colaborar na investigação.

³ Para uma caracterização mais completa da amostra, ver São José (2009).

⁴ Tendo em conta que apenas alguns dos entrevistados foram selecionados através da colaboração desta instituição (12 entrevistados) e que esta seleção respeitou o princípio da diversidade/heterogeneidade, julga-se que este conjunto de entrevistados não introduziu nenhum tipo de enviesamento.

Todas as entrevistas foram gravadas em registo áudio e todos os registos foram transcritos integralmente. As transcrições das entrevistas foram analisadas de acordo com os princípios e os procedimentos da “*Framework Analysis*”, que é uma abordagem analítica particularmente útil para a análise de dados gerados através de entrevistas semiestruturadas.⁵

Para terminar, importa salientar que a análise dos dados teve como “pano de fundo” os elementos estruturais mais relevantes do contexto social nacional, nos níveis macro, meso e micro, sob o qual a prestação de cuidados se realiza. Devido às inevitáveis limitações em termos de dimensão do artigo, seguidamente dar-se-á conta de alguns destes elementos estruturais, nomeadamente far-se-á uma breve caracterização da divisão societal dos cuidados sociais comunitários para a população idosa, bem como do funcionamento de cada setor de provisão de cuidados. Estes elementos macro-estruturais impõem constrangimentos na estruturação das trajetórias de cuidar e dos seus significados.

2. Os cuidados sociais para a população idosa: breve caracterização

Os dados disponíveis dizem-nos que, em Portugal, a família é a principal provedora de cuidados às pessoas idosas (Figueiredo, 2004), seguida a alguma distância pelas instituições e serviços pertencentes ao chamado terceiro setor (Carta Social, 2010). O mercado formal (setor privado lucrativo) tem vindo a crescer ao longo das últimas décadas, embora ainda só possua metade do peso do terceiro setor (Carta Social, 2010). Relativamente ao mercado informal (mercado paralelo/cinzeno), apesar de não haver dados oficiais sobre a sua expressão, é de esperar que tenha, sensivelmente, o mesmo peso do que o do mercado formal. Por último, o Estado tem um peso residual na provisão de cuidados sociais, embora financie o terceiro setor (Carta Social, 2010).

Enquanto a família e o mercado (formal e informal) prestam, potencialmente, uma gama alargada de cuidados durante longos períodos de tempo por dia (incluindo cuidados 24 horas por dia, durante 7 dias por semana), o Estado e o terceiro setor

⁵ Esta abordagem analítica encontra-se descrita em Ritchie e Lewis (2003), entre outros.

oferecem respostas limitadas e intervenções diárias de curta/média duração. Por exemplo, os Centros de Dia podem funcionar até cerca de oito horas por dia, mas não aceitam pessoas idosas com níveis elevados de dependência, ao passo que o Apoio Domiciliário presta cuidados, embora limitados, a pessoas com um grau elevado de dependência, mas com intervenções diárias que raramente ultrapassam os 30 minutos por dia.

Sublinhe-se que os serviços prestados pelo Estado e pelo terceiro setor são acessíveis, em termos financeiros, à maioria da população portuguesa, enquanto os serviços prestados pelo mercado (formal e informal) são acessíveis a uma minoria desta população, dado que os seus custos são elevados.

Segundo a proposta de Leitner (2003), as políticas sociais dirigidas para a população idosa e para os seus cuidadores familiares caracterizam-se, em Portugal, por um “familiarismo implícito”, que se traduz, na prática, por uma baixa oferta de serviços sociais e por um sistema rudimentar de licenças para prestar cuidados, e por baixos montantes de prestações sociais, diretas e indiretas, para compensar os custos do cuidar. Segundo o mesmo autor, este “familiarismo implícito” reproduz as desigualdades de género na prestação de cuidados familiares, as quais desfavorecem as mulheres.

3. Resultados da investigação: os significados das trajetórias de cuidar

Seguidamente, descreve-se cada um dos significados das trajetórias de cuidar com uma incidência nos seus aspetos mais relevantes. A análise das 54 entrevistas realizadas permitiu identificar cinco significados: peregrinação (8 casos); compaixão (2 casos); gratificação (3 casos); opressão (18 casos); e conciliação (23 casos).

3.1. Peregrinação

(Enquanto puder eu vou cuidar dela/dele, porque mãe é mãe/pai é pai, mas isto é muito difícil)

Os cuidadores familiares “peregrinação” são mulheres (8 casos), mais concretamente filhas das pessoas idosas, com quem residem (exceto num caso). Algumas destas filhas (metade dos casos) têm sido cuidadoras principais “executantes”

de um dos seus pais⁶, com um grau elevado de dependência⁷, ao mesmo tempo que têm desempenhado as suas atividades profissionais a tempo inteiro. As restantes filhas têm realizado trajetórias de cuidar ainda com mais dificuldades, visto que, para além do desempenho dos dois papéis atrás enunciados, também têm prestado cuidados a pelo menos um filho de tenra idade. A assunção do papel de cuidador principal “executante” justifica-se pela escassez de recursos humanos (inexistência de outros familiares com disponibilidade/vontade para assumir a liderança na prestação de cuidados) e de recursos financeiros (o que impossibilita a delegação da maioria dos cuidados no mercado). O pouco apoio que estas filhas recebem é, na maior parte dos casos, prestado por familiares, e nos restantes casos pelo serviço de apoio domiciliário de uma instituição pertencente ao chamado terceiro setor, cujas intervenções diárias não ultrapassam 30 minutos.

Este forte envolvimento na prestação de cuidados tem interferido negativamente noutros domínios das suas vidas. As interferências negativas, globalmente severas, têm-se dado em múltiplos domínios, destacando-se os domínios da atividade profissional (em dois casos existiu abandono do mercado de trabalho e nos restantes casos existem faltas frequentes ao emprego), da disponibilidade de tempo para os filhos pequenos (em quatro casos), da saúde (em todos os casos) e da conjugalidade (em três casos existe um adiamento do reinício da vida conjugal). Sublinhe-se que o abandono do mercado de trabalho para prestar cuidados apenas se encontra neste grupo de cuidadoras.

⁶ Da análise dos dados resultaram as seguintes categorias de cuidadores familiares (ou formas de assunção do papel de cuidador familiar): cuidadores principais “executantes” (estão na “linha da frente” dos cuidados, assegurando a prestação da maioria dos cuidados relacionados com as AVD e as AIVD); cuidadores principais “supervisores” (estão no “centro das operações”, mas não na “linha da frente”, pois asseguram, sobretudo, a supervisão/coordenação dos cuidados, relacionados com as AVD e as AIVD, prestados por terceiros); e cuidadores “secundários” (não estão no “centro das operações”, mas sim na “periferia”, dedicando pouco tempo e energia aos cuidados).

⁷ Decidiu-se estabelecer três graus de dependência: baixo (necessidade de supervisão na realização de algumas tarefas ou de alguma ajuda na realização de atividades quotidianas mais exigentes do ponto de vista físico ou psicomotor, como, por exemplo, levantar coisas pesadas, cortar as unhas, etc.); médio (necessidade de ajuda na realização de algumas AVD e AIVD, não estando permanentemente sentado ou acamado); elevado (necessidade de ajuda na realização de praticamente todas as AVD e AIVD, estando permanentemente sentado ou acamado).

Contudo, apesar de se debaterem com múltiplas interferências negativas, globalmente severas, estas filhas desejam continuar a prestar cuidados enquanto tiverem saúde, mesmo que isto implique continuar a realizar sacrifícios. Isto significa que aceitam as interferências negativas do cuidar e os sacrifícios que lhes estão associados, porque estão convictas que os filhos devem cuidar dos pais, mesmo que o relacionamento com eles no passado não tenha sido bom e mesmo que não estejam reunidas as condições sociais mínimas para a assunção da responsabilidade de cuidar (ex.: recursos financeiros, tempo disponível, etc.). Foi por “dever filial incondicional” que estas filhas assumiram o papel de cuidador e é com base neste dever que justificam a manutenção de um cuidar com sacrifícios, por um lado, e o desejo de se manterem como cuidadoras “sacrificadas” no futuro, por outro. Vejamos os seguintes depoimentos:

“Jamais deixaria que a minha mãe não estivesse a ser bem tratada. [...] Acho que os filhos devem tratar dos pais, acho que devem fazer isso, porque são os pais, mesmo que a gente tenha que fazer alguns sacrifícios” (E40).⁸

“[...] eu não posso abandoná-lo. Mas ele sempre foi muito mau... mas eu acho que tenho o dever de tratá-lo” (E44).

O cumprimento deste dever traz algumas recompensas a estas filhas (ex.: sentimento de dever cumprido), o que faz com que elas se sintam “bem consigo mesmas”, mas não são suficientes para compensar os aspetos negativos do cuidar. Nas trajetórias “peregrinação” predomina o sacrifício e o sofrimento por devoção aos pais.

Com a exceção de dois casos, estas filhas possuem baixos níveis de escolaridade e pertencem a classes sociais com baixos volumes de recursos económicos. Nos casos excepcionais, as filhas têm o ensino secundário e possuem rendimentos um pouco superiores.

⁸ “E40” significa entrevistado n.º 40.

3.2. Compaixão

(Enquanto puder eu vou cuidar dela/dele, porque eu gosto muito da minha mãe/do meu pai, mas isto é muito difícil)

Enquanto as filhas “peregrinação” têm assegurado a prestação da maioria dos cuidados aos seus pais com níveis elevados de dependência, os cuidadores “compaixão”, uma filha e um filho (a residirem com as respetivas mães), têm delegado os cuidados aos seus pais, também com níveis elevados de dependência, no mercado informal (mulheres que prestam os seus serviços fora de qualquer enquadramento institucional e de uma forma não declarada). A filha tem o apoio de uma mulher que está disponível para cuidar da sua mãe 24 horas por dia (reside com a pessoa idosa e a filha), ao passo que o filho tem o apoio de uma mulher 12 horas por dia. Esta delegação dos cuidados só é possível porque existem recursos financeiros abundantes nestas famílias.

Apesar do forte apoio extrafamiliar, estes filhos não deixaram de ser cuidadores, dado que durante o período noturno são, muitas vezes, solicitados pelas respetivas mães. Por conseguinte, identificam interferências negativas do cuidar noutros domínios das suas vidas, principalmente nos domínios do lazer (não têm tempo para eles próprios) e da saúde (alterações dos padrões do sono). Este aspeto é interessante, pois mostra-nos que a forte delegação dos cuidados não evita a ocorrência de interferências negativas do cuidar noutros domínios das vidas dos cuidadores familiares.

Assim como as cuidadoras “peregrinação”, os cuidadores “compaixão” também aceitam, resignadamente, as interferências negativas do cuidar. Todavia, esta aceitação não está enraizada em disposições normativas incondicionais, mas sim no amor. Daí o termo “compaixão” para qualificar estas trajetórias. O forte laço afetivo que une estes filhos às respetivas mães é o que sustenta o desejo destes filhos de continuarem a cuidar delas enquanto forem vivas, mesmo que isto implique continuar a fazer sacrifícios. Portanto, tanto as cuidadoras “peregrinação”, como os cuidadores “compaixão”, demonstram um “espírito de missão/devoção” em prol dos pais, embora com diferentes fundamentos. Os depoimentos que se seguem são ilustrativos da importância do laço afetivo no comprometimento destes filhos com os cuidados prestados aos pais.

“- A solução de (prestação de cuidados) satisfaz todas as suas necessidades?

Para mim é prioritário assegurar o bem-estar da minha mãe. Pronto. Tenho muito amor por ela. Se calhar não satisfaz as minhas necessidades, antes pelo contrário, até me traz problemas ao nível de algumas das minhas necessidades... [...] Mas realmente, para mim é prioritário assegurar o bem-estar da minha mãe. Pronto. Enquanto puder é assim que vai continuar a ser... faço-o por amor” (E21).

A filha possui uma licenciatura e desempenha uma profissão intelectual e científica, e o filho tem o 12º ano e era empregado executante.

3.3. Gratificação

(Tem sido uma experiência rica! Sinto-me muito bem, muito feliz!)

Os cuidadores que protagonizam trajetórias de cuidar “gratificação” também são filhos das pessoas idosas (duas filhas e um filho, a residirem com os respetivos pais, exceto num caso). É de salientar que as filhas têm sido cuidadoras “a solo”, enquanto o filho tem tido algum apoio de um familiar.

Estes filhos, principalmente as duas filhas, protagonizam trajetórias de cuidar com características semelhantes às das trajetórias das cuidadoras “peregrinação”. Do ponto de vista dos cuidadores “gratificação”, as suas trajetórias de cuidar também produzem interferências negativas noutras trajetórias dos seus percursos de vida. Para além disto, aceitam, de igual modo, estas interferências, não por “dever filial incondicional”, mas sim porque as gratificações que retiram do cuidar são suficientes para compensar os seus aspetos negativos. Este é o principal fator que diferencia as trajetórias “gratificação” das trajetórias “peregrinação”. Eis o seguinte testemunho:

“- Como é que avalia a sua experiência como cuidador? Acho que tenho feito um trabalho positivo. Pelo aspeto do meu pai... no outro dia cortei-lhe o cabelo mas ele depois foi para a enfermaria (receber uns curativos) e eu hoje vou acabar o trabalho. Vou fazer-lhe a barba, cortar as unhas das mãos e dos pés, pronto, e ele gosta e quando eu estou a pôr o creme na cara até fecha os olhos... parece um bebé. Ele diz ‘dá cá um beijinho Zé. Tu és um bom filho’. E ele não era nada ligado. Lá no seu íntimo deveria ser, mas não sabia demonstrar” (E23).

Neste caso, o relacionamento com o pai no passado foi caracterizado por um certo distanciamento afetivo, mas a relação de cuidar aproximou-os, o que se traduz em recompensas importantes para o filho, que compensam os aspetos negativos do cuidar. Isto demonstra que um relacionamento distante do ponto de vista afetivo no passado não implica, necessariamente, uma relação de cuidar “fria” no presente.

Relativamente ao futuro, estes filhos estão dispostos a continuar a cuidar dos seus pais se a relação de cuidar se mantiver gratificante, até porque estes justificam as suas transições para a trajetória de cuidar através do “dever filial condicional”. Este dever afasta-se do dever filial partilhado pelas cuidadoras “peregrinação”, dado que os cuidados aos pais, nas perspetivas dos cuidadores “gratificação”, só devem ser assumidos se existirem condições para o efeito e/ou se os pais foram “bons pais” no passado.

Resta mencionar que estes filhos possuem recursos escolares e económicos bastantes diversificados.

3.4. Opressão

(Isto tem sido muito difícil e não tenciono manter esta situação)

Neste tipo de significado de trajetória de cuidar, encontram-se três situações distintas que correspondem a diferentes dinâmicas geradoras de “opressão”. Na primeira situação a “opressão” resulta dos conflitos ao nível da conciliação entre o cuidar e o emprego a tempo inteiro (9 casos). Por sua vez, na segunda situação são os conflitos entre o cuidar e o tempo para si próprio que geram a “opressão” (4 casos). Por último, temos uma situação em que a “opressão” deriva do cuidar a tempo inteiro (5 casos).

3.4.1 Opressão: conflito “cuidar – emprego a tempo inteiro”

Os cuidadores aqui inseridos têm diferentes relações de parentesco com as pessoas idosas, onde se encontram filhos (5 filhas e 1 filho), uma nora, uma neta e uma sobrinha (residem com as pessoas idosas, excetuando um caso). A maior parte tem trajetórias de cuidar com características muito idênticas às das cuidadoras “peregrinação”. Também identificam interferências negativas das trajetórias de cuidar noutras trajetórias, principalmente na trajetória profissional (menos disponibilidade

mental para a profissão, alterações no horário de trabalho e faltas frequentes). É, precisamente, a conciliação bastante difícil entre o cuidar e o emprego a tempo inteiro que está na base da avaliação negativa da experiência de cuidar. Vejamos o seguinte depoimento:

“É assim, isto é muito difícil, eu acho que é muito difícil, porque eu neste momento tenho que estar a cem por cento com a minha mãe, é uma pessoa que exige uma atenção a cem por cento, de noite principalmente, eu tenho que dormir com ela para perceber quando é que precisa de alguma coisa, ela tem um sono muito agitado, por vezes não reconhece o sítio onde está, perde a noção e fica muito aflita e é de facto preciso estar ao pé e... Eu já não sei o que é dormir uma noite inteira, e depois é preciso ter cabeça para trabalhar... É mesmo muito difícil” (E11).

Não obstante estas semelhanças, estes cuidadores distinguem-se das cuidadoras “peregrinação” porque não aceitam as interferências negativas do cuidar, ou seja, não estão dispostos a manter um cuidar com sacrifícios significativos nas suas vidas. Esta não-aceitação prende-se, em grande parte, com os fundamentos da realização das trajetórias de cuidar: a maioria destes cuidadores tem cuidado por “dever filial condicional”, enquanto os restantes, com a exceção de um caso, têm cuidado por “dever de nora” e por “dever de retribuição”, que são disposições normativas mais “fracas” do que o “dever filial incondicional”.⁹ No caso excecional, o cuidador reporta o amor, mas este fundamento não evita uma avaliação muito negativa da experiência de cuidar, pois como o próprio cuidador refere “[...] não pensei que isto fosse tão difícil!” (E20).

Por conseguinte, a maior parte destes cuidadores não deseja continuar a prestar cuidados aos seus familiares idosos, estando a ser equacionado o recurso a um lar,¹⁰ ao passo que os restantes apenas estão dispostos a manterem-se na “linha da frente” dos

⁹ O “dever de nora” caracteriza-se pelo facto de o sentido do dever advir da relação conjugal com o filho da pessoa idosa e não da relação de parentesco com o sogro/sogra. Por outras palavras, as noras entrevistadas deixam claro que devem cuidar dos sogros porque estes são os pais dos seus maridos. É, portanto, um dever “indireto”. Por sua vez, o “dever de retribuição” assenta no “pagamento” de apoios recebidos no passado da parte da pessoa idosa. Não é um dever que decorre de um vínculo de parentesco, mas sim de um relacionamento passado que implicou a receção de apoios relevantes.

¹⁰ O recurso a um lar não significa, necessariamente, a cessação do desempenho do papel de cuidador. Contudo, nestes casos, assim como nos restantes que iremos analisar, o recurso a um lar é entendido como uma forma de deixar de ser cuidador.

cuidados se tiverem mais apoio de forma a diminuir a quantidade de tempo e de energia dedicada aos cuidados.

A maior parte dos cuidadores aqui inseridos tem uma Licenciatura e insere-se nas classes das profissões intelectuais e científicas e nas profissões técnicas e de enquadramento intermédio. Não obstante, estes cuidadores não conseguem deixar de ser cuidadores principais “executantes”, ou seja, não conseguem delegar a maioria dos cuidados, visto que não existem outros familiares para os substituir (ou existem, mas não se mostram disponíveis) e não têm recursos financeiros suficientes para comprar serviços com intervenções diárias de longa duração (no mercado formal ou informal). Os restantes possuem níveis de escolaridade e de recursos económicos mais baixos, e veem a receção de apoio de longa duração como uma possibilidade ainda mais inviável.

3.4.2 Opressão: conflito “cuidar – tempo para si próprio”

No conjunto destes cuidadores familiares, a “opressão” não deriva da dificuldade de conciliação do cuidar com o emprego a tempo inteiro, visto que a maioria dos cuidados está delegada em cuidadores fora da família. Estes cuidadores, que são quatro filhas (duas delas a residirem com os pais), têm contado com a participação de cuidadores pertencentes aos mercados formal ou informal, que prestam cuidados durante mais de oito horas por dia (num caso, os cuidados são assegurados durante 24 horas por dia, durante 7 dias por semana). Têm, por isso, assumido o papel de “cuidadoras principais supervisoras”.

Seria de esperar que a conciliação entre o cuidar e outros domínios sociais para além da atividade profissional também fosse relativamente fácil de se estabelecer, mas isto não acontece em todos os domínios. Estas filhas reportam interferências negativas, sobretudo no domínio do lazer ou do tempo para elas próprias. Segundo as mesmas, estas interferências são severas, dado que o lazer é um domínio a que atribuem muito valor. Estas sempre estiveram habituadas a realizar frequentemente atividades de lazer, mas depois de se terem assumido como cuidadoras principais “supervisores” viram-se “obrigadas” a diminuir estas atividades e a realizá-las noutros moldes. Estas interferências negativas não são aceites por estas filhas, não só porque atribuem um elevado valor ao tempo para elas próprias, mas também porque acham que os filhos só

devem cuidar dos pais se tiverem condições ou se houver um bom relacionamento com eles. Eis o seguinte depoimento:

“[...] Eu deixei de ter aquilo que tinha que era uma disponibilidade de ‘Eu hoje não me apetece, não faço e agora vou desaparecer durante três dias ou ninguém sabe de mim’ [...]. Estou presa, estou completamente presa, não é? [...] Portanto, é o desastre total nesse sentido. [...] Portanto, é muito... é falta de espaço para mim. Falta de espaço, falta de espaço, falta de espaço. [...]” (E12).

Para esta filha, a sensação de “falta de espaço” para ela própria (adicionada ao relacionamento complicado com os pais) faz com que, não raras vezes, deseje a morte a estes últimos. Estes desejos tornam-se difíceis de gerir em termos emocionais, criando-lhe situações de grande ambivalência.

Este caso reforça a ideia de que a avaliação da importância das interferências negativas do cuidar depende do valor atribuído aos domínios onde se detetam as interferências.

Relativamente ao futuro, três destas filhas apenas se manterão como cuidadoras se receberem apoios a curto prazo, de forma a não terem que aumentar a quantidade de tempo e de energia dedicada aos cuidados. A quarta filha está decidida a colocar a mãe num lar.

É importante salientar que estas filhas possuem uma licenciatura e pertencem à classe social das profissões intelectuais e científicas.

3.4.3 Opressão: cuidar a tempo inteiro

Enquanto nas duas situações anteriores a “opressão” reside na dificuldade de conciliação entre o domínio do cuidar e outros domínios das vidas dos cuidadores familiares, nesta situação a “opressão” decorre do desempenho, a tempo inteiro, do papel de cuidador principal “executante” de uma pessoa idosa com média/elevada dependência. Todos os cuidadores familiares aqui inseridos, 3 filhas, 1 filho e uma nora (que não residem com os idosos, exceto num caso), não se encontravam no mercado de trabalho quando transitaram para as trajetórias de cuidar (na maior parte dos casos, já estavam reformados por invalidez e nos restantes casos estavam desempregados desde

há longa data). A disponibilidade de tempo resultante da inatividade profissional, associada à inexistência de outros familiares para desempenharem o papel de cuidador principal “executante” e, ainda, à escassez de recursos financeiros, traduziu-se numa dedicação a tempo inteiro aos cuidados, a qual produziu, ao fim de algum tempo, um cansaço (físico e psicológico) difícil de suportar. Estes cuidadores têm participado em soluções de prestação de cuidados exclusivamente familiares ou em soluções mistas com apoio domiciliário de curta duração (até 30 minutos por dia). Um destes cuidadores acabou mesmo por ter de internar o pai num lar.

A elevada quantidade de tempo e de energia dedicada ao cuidar tem produzido interferências negativas noutros domínios das vidas destes cuidadores, principalmente no lazer e na saúde. Vejamos o seguinte testemunho:

“– **Quais são os cuidados que lhe presta?** Tudo. Eu trato de tudo. A senhora vem todos os dias até sexta-feira (apoio domiciliário), mas vem só de manhã para a lavar. De resto, durante a semana e aos fins de semana tenho que ser eu. É tudo para cima de mim! [...] Isto é um cansaço muito grande, muito grande mesmo [...] nem calcula a prisão que é... nós estamos aqui amarrados, presos e já vai para 3 anos e não podemos ir para lado nenhum. É uma prisão e nós estamos aqui fechados. Para ele ainda parece que é pior do que para mim... e ele diz ‘Mas o que nos havia de acontecer! Mas que pouca sorte a gente tem! Agora para o fim das nossas vidas estamos aqui presos!’. Temos uma filha na Alemanha e nem podemos lá ir, porque estamos aqui presos” (E30).

O sentimento de “estar preso” ou de “não se poder fazer mais nada” encontra-se em todos os cuidadores aqui inseridos, o que resulta de uma organização do dia a dia muito em torno do cuidar. Este sentimento está na base da “opressão”, mas o cuidar “tardio” (estes cuidadores realizaram as suas transições com mais de 52 anos) também contribui para o cuidar “opressivo”, como está bem patente no depoimento anterior.

Estes cuidadores não aceitam continuar a sacrificar as suas vidas e, por conseguinte, só continuarão a cuidar se conseguirem apoios brevemente. Importa enfatizar que os filhos têm uma conceção condicional do dever filial, enquanto a nora acha que o seu marido tem mais dever do que ela para cuidar da pessoa idosa. Portanto,

as disposições normativas destes cuidadores contribuem, em grande parte, para a atitude de não-aceitação das interferências negativas do cuidar.

3.5. Conciliação

(As coisas têm-se conseguido resolver)

As trajetórias “conciliação” também se subdividem em três grupos: delegação do cuidar (11 casos); idoso com baixa dependência (4 casos); e cuidador “secundário” (8 casos). Vejamos o que é que caracteriza cada uma delas.

3.5.1 Conciliação: delegação do cuidar

Estes cuidadores familiares – oito filhas, dois filhos e a mulher de um neto, todos com empregos a tempo inteiro, a maior parte a residir com as pessoas idosas – têm-se assumido como cuidadores principais “supervisores” de idosos com níveis elevados de dependência. Isto quer dizer que os cuidados têm estado delegados noutros cuidadores, mais concretamente em empregadas domésticas e, num caso, em trabalhadoras de uma empresa de apoio domiciliário. Na maior parte dos casos, estas prestam cuidados durante mais de 8 horas por dia, enquanto nos restantes prestam cuidados durante 6 a 8 horas diárias.

É, precisamente, este forte apoio que faz com que estes cuidadores familiares, apesar de exercerem uma atividade profissional a tempo inteiro, não relatem interferências negativas do cuidar nos restantes domínios das suas vidas ou relatem interferências negativas que, segundo os próprios, são pouco relevantes ou negligenciáveis. O seguinte excerto de entrevista revela que o apoio informal de longa duração permitiu sempre “resolver as situações” e que as interferências no domínio do lazer não eram “dramáticas”, pois trata-se de um domínio com pouca relevância na vida da cuidadora.

“– **Sentiu dificuldade em conciliar...?** Não, porque no fundo eu tinha as coisas asseguradas durante o dia. Ao fim de semana é que caía mais em cima de mim. [...] Apesar de tudo eu continuei sempre a trabalhar. E depois a parte social ficou um pouco mais afetada, mas eu também não tenho assim uma vida social muito intensa, e o que é facto é que nós íamos sempre resolvendo. Não era dramático.

Houve sempre soluções para resolver as situações. [...] Quando a Antónia se foi embora (antiga empregada), havia uma empregada das 9:00 até às 17:00 e outra das 17:00 até às 21:00. É claro que assistiam em tudo: dar refeições, a medicação de manhã, a higiene e ver se ele não caía e tal. [...] Houve sempre soluções para resolver as situações” (E46).

É importante sublinhar que estamos perante cuidadores que, na sua maioria, possuem elevados recursos financeiros (e também escolares), permitindo-lhes comprar serviços de longa duração no mercado. Porém, uma minoria de cuidadores tem um menor volume de recursos financeiros, o que os obriga a combinarem apoio domiciliário formal a meio tempo (prestado pelo terceiro setor) com apoio domiciliário informal também a meio tempo (empregada doméstica).

Relativamente ao futuro, a maior parte destes cuidadores está disposta a continuar a prestar cuidados se consumirem a mesma quantidade de tempo e de energia, o que poderá requerer um reforço da solução de prestação de cuidados. Os restantes cuidadores prestarão cuidados mesmo que haja um aumento das dificuldades, pois têm uma conceção incondicional do dever filial ou estão ligados às pessoas idosas por fortes laços afetivos.

3.5.2 Conciliação: idoso com baixa dependência

Os cuidadores inseridos neste subtipo de trajetória de cuidar, três filhas e uma nora, que residem com as pessoas idosas (excetuando um caso), também despendem pouco tempo e energia nas tarefas de cuidar, não porque delegam a maioria dos cuidados, mas sim porque as pessoas idosas possuem níveis baixos de dependência. Aliás, despendem ainda menos tempo do que os cuidadores anteriores, visto que não têm que realizar a supervisão dos cuidados prestados por terceiros. As soluções de prestação de cuidados são um reflexo do carácter favorável das trajetórias, pois, excetuando um caso, são compostas apenas por um cuidador familiar.

Estes cuidadores familiares também não relatam interferências negativas do cuidar noutros domínios das suas vidas. Vejamos o seguinte depoimento:

“– **Portanto, o facto de ter a sua mãe em casa tem implicado alguma coisa com o seu trabalho?** Ainda não. Por enquanto ainda não. [...] – **Como é que faz quando tem que a levar às consultas?** Olhe, venho trabalhar, mais ou menos marco as consultas de modo a que eu esteja já disponível e depois vou a casa buscá-la [...]. – **Continua a ter as suas atividades sociais e de lazer?** Sim. – **Ainda não houve necessidade...** Não, continuo a fazer as minhas coisas, os meus hobbies” (E22).

Estas cuidadoras pensam continuar a cuidar no futuro, mas não esperam depender uma maior quantidade de tempo e de energia nos cuidados. Se necessário, contratarão serviços de apoio domiciliário de longa duração. São cuidadoras que não possuem fortes disposições normativas nem fortes laços afetivos com as pessoas idosas. Todas possuem uma licenciatura e distribuem-se pelas classes sociais das profissões intelectuais e científicas, empresários e dirigentes, e profissões técnicas e de enquadramento intermédio.

3.5.3 Conciliação: cuidador secundário

Estes últimos cuidadores familiares também têm conseguido conciliar as responsabilidades de cuidar com outros domínios das suas vidas, visto que desempenham o papel de cuidador “secundário”. Por outras palavras, estes cuidadores dedicam muito poucas horas por semana aos cuidados, dado que o papel de cuidador principal “executante” ou de cuidador principal “supervisor” é desempenhado por outros familiares das pessoas idosas. Estamos a falar, na maior parte dos casos, de filhos em que, por exemplo, a mãe é a cuidadora principal do pai. Para além dos filhos (5 casos), encontramos, também, duas noras e uma neta. De entre todos estes cuidadores familiares, a maior parte reside com as pessoas idosas.

Assim, a maioria destes cuidadores reporta interferências ligeiras das trajetórias de cuidar nas restantes trajetórias que constituem os seus percursos de vida, ao passo que os restantes admitem que o cuidar não interfere negativamente noutros domínios das suas vidas.

As interferências relatadas circunscrevem-se ao domínio do lazer. É importante salientar que estes cuidadores realizaram transições precoces para a trajetória de cuidar

(antes dos 45 anos), o que poderá explicar, em parte, o facto de as interferências se circunscreverem a este domínio. Num dos casos a cuidadora (nora), depois de sair do seu local de emprego, costuma passar pela casa do sogro para ver se está tudo bem, o que por vezes a impede de sair com o marido para conviverem com os amigos. No entanto, não é algo que seja percebido como um sacrifício. Eis o seu testemunho:

“Deixámos de estar com os nossos amigos como estávamos dantes. Temos muitos amigos e não estamos tanto com eles. Nós antes fazíamos muito isto, pois ainda somos jovens e gostamos de nos divertir e de estar com os amigos, mas agora com isto do meu sogro é complicado, tira-nos muito tempo, principalmente ao meu marido... mas não é nada que nos chateie muito... As coisas vão-se fazendo” (E8).

Estes cuidadores, assim como os anteriores, dispõem-se a prestar cuidados no futuro, mas não pretendem aumentar a quantidade de tempo e de energia despendida nos cuidados. De igual modo, nenhum destes cuidadores possui fortes disposições normativas ou fortes laços afetivos em relação às pessoas idosas.

Metade destes cuidadores tem o ensino secundário e a outra metade o ensino superior. Quanto à classe social, encontramos alguma diversidade.

4. Discussão e conclusões

Esta investigação pretendia captar os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso, ou seja, pretendia levar a que os cuidadores familiares olhassem para as suas “carreiras” de cuidadores e nos revelassem o que é que significa ser cuidador familiar de uma pessoa idosa. Encontrámos diferentes modos de ser cuidador familiar de uma pessoa idosa ou diferentes significados de trajetórias de cuidar, nomeadamente peregrinação, compaixão, gratificação, opressão e conciliação.

Por conseguinte, podemos concluir que cuidar de um familiar idoso é um processo vivido e perspectivado de diferentes modos. O cuidar é “plural” pluralidade esta que, por si só, é relevante, não só do ponto de vista sociológico, mas também dos pontos de vista da prática profissional e da política social. Do ponto de vista sociológico, é relevante porque evidencia que os significados dos cuidados familiares oscilam entre o

“positivo” (trajetórias “gratificação” e trajetórias “conciliação”) e o “negativo” (trajetórias “opressão”) e que tanto o “positivo” como o “negativo” têm origem em diferentes dinâmicas. Por outro lado, é relevante porque nos chama a atenção para o facto de existirem cuidadores familiares que estão dispostos a cuidar mesmo com sacrifícios severos para as suas próprias vidas (trajetórias “peregrinação” e trajetórias “compaixão”). Por sua vez, dos pontos de vista das práticas profissionais e das políticas sociais, esta pluralidade de modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa é relevante porque o conhecimento desta micro diversidade pode possibilitar o desenvolvimento de intervenções profissionais e de medidas de política social mais eficazes.

Não obstante, o conhecimento desta diversidade não é, por si só, satisfatório. Também é necessário identificar e compreender as dinâmicas que conduzem a diferentes modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa, algo a que a investigação precedente tem prestado pouca atenção.

Os resultados acima apresentados mostram que os significados das trajetórias de cuidar dependem, desde logo, do grau de dependência da pessoa idosa. Os entrevistados que cuidam de uma pessoa idosa com um grau baixo de dependência não reportam interferências negativas do cuidar noutros domínios das suas vidas e, por conseguinte, têm conseguido conciliar o cuidar com estes mesmos domínios (trajetórias “conciliação: idoso com baixa dependência”). Nos casos em que as pessoas idosas possuem um grau médio/elevado de dependência, os significados das trajetórias de cuidar prendem-se, em primeiro lugar, com a forma de assunção do papel de cuidador. Os cuidadores secundários não demonstram dificuldades em conciliar este papel com outros papéis e atividades sociais (trajetórias “conciliação: cuidador secundário”), o mesmo acontecendo com alguns cuidadores principais “supervisores” que delegam a maioria dos cuidados (trajetórias “conciliação: delegação do cuidar”). Porém, de entre os restantes cuidadores principais “supervisores”, existem alguns que, apesar de não reportarem dificuldades na conciliação entre o cuidar e a atividade profissional, enfatizam as interferências negativas do cuidar no tempo disponível para eles próprios, algo que eles não aceitam, visto que atribuem bastante valor a este domínio (trajetórias “opressão: conflito cuidar – tempo para si próprio”). Os restantes cuidadores principais

“supervisores” também entendem que realizam diversos sacrifícios, mas ao contrário dos anteriores, aceitam-nos, embora de uma forma resignada, e estão dispostos a aceitá-los no futuro (trajetórias “compaixão”).

Portanto, para além da forma de assunção do papel de cuidador, o reconhecimento ou não de interferências negativas do cuidar, assim como a atitude face a estas interferências negativas, também são fatores importantes na estruturação dos modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa. O papel da atitude face às interferências negativas do cuidar é particularmente notório junto dos cuidadores principais “executantes”. Todos estes cuidadores relatam interferências negativas do cuidar noutros domínios das suas vidas. Todavia, enquanto alguns aceitam estas interferências de uma forma resignada (trajetórias “peregrinação”), outros aceitam-nas porque são compensadas pelas gratificações resultantes do cuidar (trajetórias “gratificação”), existindo, ainda, alguns que, pura e simplesmente, não as aceitam, desejando deixar de cuidar nos moldes em que o têm feito (trajetórias “opressão: conflito cuidar - emprego a tempo inteiro” e trajetórias “opressão: cuidar a tempo inteiro”).

Conclui-se, assim, que são quatro os fatores centrais que conduzem à pluralidade de modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa: grau de dependência da pessoa idosa, forma de assunção do papel de cuidador, existência ou não de interferências negativas do cuidar noutros domínios das vidas dos cuidadores e atitude dos cuidadores face às interferências negativas do cuidar. Do ponto de vista sociológico, é interessante constatar que enquanto o grau de dependência do idoso se associa a múltiplas variáveis, a generalidade delas fora do controlo dos cuidadores familiares, a forma de assunção do papel de cuidador depende dos recursos disponíveis nas famílias dos cuidadores, quer humanos (outros familiares), quer financeiros. Vimos que a assunção do papel de cuidador “secundário” deriva da existência de outros familiares que lideram o processo de prestação de cuidados, ao passo que a decisão entre a assunção do papel de cuidador principal “executante” ou a assunção do papel de cuidador principal “supervisor” é fortemente determinada pelo nível de recursos financeiros existentes na família. Como ambos os recursos estão desigualmente distribuídos, muito particularmente os recursos financeiros, conclui-se que os diferentes

modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa (excetuando as trajetórias “conciliação: idoso com baixa dependência”) são o reflexo de nítidas desigualdades sociais em torno da disponibilidade de recursos humanos e financeiros. Isto só acontece porque, em Portugal, o “familiarismo implícito” que caracteriza o sistema de cuidados sociais permite que somente as famílias com generosos recursos financeiros consigam obter cuidados sociais com intervenções diárias de longa duração para pessoas idosas com um grau elevado de dependência. A este respeito, e salvaguardando os casos em que as pessoas idosas têm um grau baixo de dependência, é importante sublinhar que o “cuidar plural” não resulta de uma igualdade de oportunidades para realizar escolhas, mas antes, pelo menos em parte, de uma desigualdade de oportunidades para aceder a cuidados sociais para pessoas idosas com um elevado grau de dependência. Temos, assim, um “cuidar plural” com marcas nítidas de desigualdade social, conclusão que é bastante pertinente não só do ponto de vista sociológico, mas também do ponto de vista da política social (os cuidados familiares reproduzem as assimetrias sociais devido à fragilidade da infraestrutura de cuidados sociais e da intervenção do Estado) No tocante ao reconhecimento da existência ou não de interferências negativas do cuidar, este fator é determinado, inevitavelmente, pelo grau de dependência da pessoa idosa, mas também pela forma de assunção do papel de cuidador. Por último, a atitude dos cuidadores face às interferências negativas do cuidar prende-se, em grande parte, com os fundamentos/motivos do cuidar, os quais, como constatámos, são essencialmente de ordem normativa e afetiva. A este respeito, é interessante realçar que o “dever filial incondicional” se encontra apenas junto de filhas, dever este que está na base da aceitação dos sacrifícios por parte das cuidadoras “peregrinação”.

Assim sendo, pode-se concluir que os distintos modos de se ser cuidador familiar de uma pessoa idosa são o corolário de múltiplas diferenças, nomeadamente as relacionadas com o grau de dependência da pessoas idosa, com a posse de recursos (humanos e financeiros) e com as disposições normativas e relacionais (afeto) em direção à pessoa idosa. Porém, outras diferenças também têm um papel não negligenciável, como por exemplo as relacionadas com o grau de valorização das interferências negativas do cuidar, com a fase ocupada no percurso de vida, com a história do relacionamento com a pessoa idosa e com o género.

Referências bibliográficas

- ARBER, S.; GILBERT, N. (1989), “Men: the forgotten carers”, in *Sociology*, 23, 1, 111-118.
- ARBER, S.; GINN, J. (1992), “Research Note – Class and caring: a forgotten dimension”, in *Sociology*, 26, 4, 619-634.
- CARTA SOCIAL (2010), *Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2009*, Lisboa, GEP – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- FERNANDES, A. A.; GIL, A. P.; GOMES, I. (2010), “Fora de cena. Invisibilidades sociais na última etapa da trajetória de vida”, in A. Dornelas [et al.] (org), Lisboa, Editora Mundos Sociais, pp. 173-198.
- FIGUEIREDO, D. (2004), “Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado”, in L. Sousa, D. Figueiredo e M. Cerqueira, *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*, Porto, Âmbar, pp. 59-94.
- FINCH, J.; GROVES, D. (1983), *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, London, Routledge & Kegan Paul.
- FINCH, J.; MASON, J. (1993), *Negotiating Family Responsibilities*, London, Routledge.
- FISHER, M. (1994), “Man-made Care: Community Care and Older Male Carers”, in *British Journal of Social Work*, 24, 6, 659-680.
- GIDDENS, A. (1989), *A Constituição da Sociedade*, São Paulo, Martins Fontes.
- GIL, A. P. (2010), *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian/FCT.
- HANK, K. (2007), “Proximity and Contacts Between Older Parents and Their Children: A European Comparison”, in *Journal of Marriage and Family*, 69, 1, 157-173.
- HARRIS, P. B.; BICHLER, J. (1997), *Men Giving Care. Reflections of Husbands and Sons*, New York & London, Garland Publishing, Inc.
- KEITH, L. (1992), “Who cares Wins? Women, Caring and Disability”, in *Disability, Handicap and Society*, 7, 2, 167-175.
- KONG, E. H.; DEATRICK, J. A.; EVANS, L. K. (2010), “The Experiences of Korean Immigrant Caregivers of Non-English-Speaking Older Relatives With Dementia in American Nursing Homes”, in *Qualitative Health Research*, 20, 3, 319-329.
- LEITNER, S. (2003), “Varieties of familialism: The carin function of the family in comparative perspective”, in *European Societies*, 5, 4, 353-375.
- LEWIS, J.; MEREDITH, B. (1988), *Daughters Who Care. Daughters caring for mothers at home*, London & New York, Routledge.

- MORRIS, J. (1997), “Care or empowerment? A disability rights perspective”, in *Social Policy & Administration*, 31, 1, 54-60.
- NOONAN, A. E.; TENNSTEDT, S. L.; REBELSKY, F. G. (1996), “Making the Best of It: Themes of meaning among informal caregivers to the elderly”, in *Journal of Aging Studies*, 10, 4, 313-327.
- PIMENTEL, L. (2006), *A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas Dependentes: uma Análise das Relações Familiares Intergeracionais e de Germanidade*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE.
- QURESHI, H.; WALKER, A. (1989), *The Caring Relationship. Elderly People and their Families*, Basingstoke, Macmillan Education LTD.
- RITCHIE, J.; LEWIS, J. (2003), *Qualitative Research Practice – A Guide for Social Science Students and Researchers*, Thousand Oaks, Sage Publications.
- SÃO JOSÉ, J. (2009), *Cuidar de um Familiar Idoso Dependente: trajetórias de cuidar e seus significados*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Lisboa, ICS.
- SÃO JOSÉ, J.; WALL, K. (2006), “Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: problemas e soluções”, in *Cadernos Sociedade e Trabalho*, VII, 119-154.
- SETTERSTEN, R. A. Jr. (2003), “Invitation to the Life Course: The Promise”, in R. A. Settersten Jr. (ed.), *Invitation to the Life Course. Toward new understandings of later life*, Amityville, New York, Baywood Publishing Company, pp. 1-14.
- SEVENHUIJSEN, S. (1998), *Citizenship and the Ethics of Care*, London, Routledge.
- SHEA, D. G. [et al.] (2003), “Exploring assistance in Sweden and the United States”, in *Gerontologist*, 43, 5, 712-721.
- TRONTO, J. C. (1993), *Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of Care*, London, Routledge.
- TWIGG, J.; ATKIN, K. (2002), *Carers Perceived. Policy and practice in informal care*, London, Open University Press.
- UNGERSON, C. (1987), *Policy is Personal – Sex, Gender and Informal Care*, London, Tavistock.
- VAN DER GEEST, S.; MUL, A.; VERMEULEN, H. (2004), “Linkages between migration and the care of frail older people: observations from Greece, Ghana and The Netherlands”, in *Ageing and Society*, 24, 431-450.
- WAERNES, K. (1984), “Caring as Women’s Work in the Welfare State”, in H. Holter (Ed.), *Patriarchy in a Welfare Society*, Oslo, Universitetsforlaget, pp. 67-98.
- WILLIAMS, F. (2004), *Rethinking Families*, London, Calouste Gulbenkian Foundation.

São José, José de – Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso
Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto
Número temático: Envelhecimento demográfico, 2012, pág. 123-150

ZECHNER, M. (2008), “Care of Older Persons in Transnational Settings”, in *Journal of Ageing Studies*, 22, 1, 32-44.

Simbologias em torno do processo de envelhecer e da vitimação: um estudo qualitativo

Ana Paula Gil¹ e Ana João Santos²

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar, a partir da utilização de técnicas qualitativas (entrevistas e *focus group*), a heterogeneidade das atitudes e representações sociais face ao processo de envelhecimento e vitimação. Estes fenómenos são geradores de imagens estereotipadas, diferenciadas de acordo com o espaço quotidiano em que os indivíduos se posicionam socialmente. As conceções ambivalentes sobre o processo de envelhecer (doença/problema *versus* aprendizagem/sabedoria) e de vitimação (atos de violências e condições adversas às práticas de cuidar) constituem formas de interpretação sobre a realidade social, que é necessário compreender quando se pretende estudar o problema da violência contra as pessoas idosas.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Violência; Pessoas idosas; Contexto familiar.

Abstract

Symbols around the process of ageing and victimization: a qualitative study

The aim of this article is to analyze, using qualitative techniques (interviews and focus group), the heterogeneity of social representations in relation to the aging process and victimization. Both phenomena imply different stereotyped images according social position occupied by individuals. The ambivalent ideas about the ageing process (disease/problem versus wisdom/learning) and victimization (violence acts and adverse conditions of family care practices) are forms of interpretation about the social reality, which is necessary to understand when we intend to study the problem of violence against the elderly.

Keywords: Active ageing; Violence; Elderly people; Family context.

¹ Ana Paula Gil, Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I. P. (Lisboa, Portugal). *E-mail*: ana.gil@insa.min-saude.pt

² Ana João Santos, Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (Lisboa, Portugal). *E-mail*: ana.carvalho@insa.min-saude.pt

Resumé | *Les symboles autour du processus de vieillissement et de la victimisation: une étude qualitative*

Ce texte a, comme objectif, d'analyser, par l'utilisation des techniques qualitatives (des interviews et des *focus-group*) l'hétérogénéité des attitudes et des représentations sociales face au processus de vieillissement et de victimisation. Ces phénomènes sont producteurs d'images stéréotypées, diversifiées selon l'espace du quotidien où les individus s'encadrent socialement. Les conceptions ambivalentes sur le processus de vieillir (maladie/problème versus apprentissage/savoir) et de victimisation (des actes de violence et des conditions adverses au pratiques de soigner) constituent des formes d'interprétation sur la réalité sociale qu'il faut comprendre quand on souhaite étudier le problème de la violence sur les personnes âgées.

Mots-clés: Vieillesse active; Violence; Personnes âgées; Contexte familial.

Resumen | *Símbolos en torno del proceso de envejecimiento y de la victimización: un estudio cualitativo*

Este artículo tiene como objetivo, a partir de la utilización de técnicas cualitativas (entrevista y *focus group*), analizar la heterogeneidad de las actitudes y representaciones sociales en relación con el proceso de envejecimiento y victimización. Estos fenómenos son generadores de imágenes estereotipadas, diferenciadas de acuerdo con el espacio cotidiano en el que los individuos se posicionan socialmente. Las concepciones ambivalentes sobre el proceso de envejecimiento (enfermedad/problema *versus* aprendizaje/sabiduría) y de victimización (actos de violencia y condiciones adversas a las prácticas de cuidar) constituyen formas de interpretación sobre la realidad social, que es necesario comprender cuando se pretende estudiar el problema de la violencia contra las personas ancianas.

Palabras clave: Envejecimiento activo; Violencia; Personas ancianas; Contexto familiar.

Introdução

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, propôs o conceito de envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Com esta proposta lançada pela OMS, pretendia-se atribuir utilidade social à designada fase da inatividade do ciclo de vida – tempo da reforma –, concebida como um tempo de desvalorização social, de

perda de papéis sociais associados ao mundo do trabalho. Por um lado, pretendia-se, efetuar a rutura com pré-noções e estereótipos da velhice como um tempo de não trabalho e de improdutividade. Por outro lado, a adoção de uma perspetiva mais global do ciclo de vida pressupõe o reconhecimento de que a categoria social – inativos – constitui um grupo heterogéneo, em termos de necessidades, grupos de pertença e espaços temporais. Por isso, há que distinguir diferentes fases em termos de idades de vida e processos de envelhecer. Numa primeira etapa, estão todos aqueles que saem precocemente do mercado de trabalho, consequência do desemprego, da reforma antecipada ou por obrigações familiares, que se distanciam daqueles que, ao atingirem a idade da reforma, se debatem com a transição do trabalho ao não trabalho. E, por último, a fase final da vida, designada por quarta idade, ao contemplarem todos aqueles que, pela doença e incapacidade funcional, são afastados da vida social e do exercício de participação social (Gil, 2007).

O modo de conceber a velhice prende-se com imagens, perceções e atitudes face ao processo de envelhecimento, ou seja, com o modo como o processo é vivido e enquadrado temporal e espacialmente. Contrariamente a uma imagem da velhice como uma realidade homogénea emerge uma multiplicidade de vivências associadas ao ato de envelhecer, uma vez que “os comportamentos e práticas de velhice são resultantes de diferentes velhos que, foram, também e por sua vez, diferentes novos” (Dionísio, 2001: 242).

O próprio conceito de envelhecimento ativo veio realçar a heterogeneidade individual e social inerente ao processo de envelhecimento biológico, psicoafetivo e social dos indivíduos. Já na década de 70, Guillemard e Lenoir (1976) sustentavam que a velhice, longe de ser um processo biológico e natural, é o resultado de um percurso de vida, ou seja, de uma escolarização, de um trabalho, de um modo de vida familiar e social e da adoção, ou não, de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

A reflexão que aqui propomos desenvolver pretende realçar que o ato de envelhecer, de forma saudável e ativa, constitui uma forma de imputação positiva ao processo de envelhecimento, que decorre das trajetórias de vida individual, mas também comporta imagens estereotipadas, diferenciadas de acordo com o espaço quotidiano em que os indivíduos se movem e interagem.

Ao incidirmos, também, no processo de vitimação na velhice pretendemos captar representações coletivas face ao problema da violência, a partir de dois grupos

distintos (vítimas e não vítimas). Estas representações sociais constituem sistemas de pensamento que relacionam os sujeitos com o mundo e com os demais, e permitem interpretar e reconstruir, significativamente, a realidade, que é resultante do modo como os atores sociais representam socialmente esse objeto e do significado que estes adquirem no seu quotidiano (Jodelet, 1984).

Estes diferentes significados irão permitir desvendar como ambos os conceitos, envelhecimento e violência, podem expressar interpretações, quer de valorização, quer de desvalorização.

1. Tempos e espaços quotidianos: uma discussão em torno dos significados de envelhecer

De que forma pessoas da mesma idade, com percursos de vida distintos, assumem posicionamentos opostos face ao processo de envelhecimento? Como é que os indivíduos se identificam e se distanciam face à pertença do grupo com 65 e mais anos? Como estruturam o seu quotidiano? Que interpretações fazem do “eu”, do “nós” e dos “outros”? Estas questões guiaram a presente reflexão e remetem para os conceitos de tempo e de espaço.

A Sociologia da Vida Quotidiana veio-nos ensinar que os atores sociais estabelecem uma relação de uso com o tempo e o espaço, sendo nessa relação que emerge a apropriação das vivências sociais e se constroem os quotidianos. A categoria do tempo e do espaço remete-nos, também, para o conceito de Simmel. “O espaço é uma forma que em si mesma não produz efeito algum”. O que tem importância social não é o espaço, mas as “vivências sociais que nele decorrem e que o convertem de um vazio em algo com significado sociológico” (Simmel, 1977: 644 citado por Machado Pais, 1986: 21).

Se Simmel concebia a sociedade “como a interação entre os indivíduos, a descrição das formas de interação é tarefa de uma ciência específica, em seu sentido mais estrito” (Simmel, 1977: 33), significa que competia à Sociologia captar as formas subjacentes das interações e criar uma geometria da vida social.

A mobilização deste conceito parece-nos de todo interessante, dado que as interações sociais que ocorrem nos diferentes espaços institucionais eleitos de observação (universidades sénior, centros de dia, juntas de freguesia) levam os seus

atores sociais, através dos seus discursos, a utilizar palavras e gestos, e a construir perceções e interpretações em torno do envelhecimento.

Machado Pais (1986) define quotidiano como um tempo linear, progressivo, de repetição e de rotinas, que é, ao mesmo tempo, um tempo de sentidos imprevistos, de ruturas e de novas descobertas. Se a realidade da vida quotidiana não se esgota nas presenças imediatas, a vida quotidiana pode ser caracterizada por diferentes graus de proximidade e afastamento, tanto espacial, como temporal. “O mais próximo de mim é a zona diretamente acessível à minha manipulação corporal. Sei, contudo, que a realidade da vida quotidiana inclui zonas que não me resultam acessíveis desta maneira” (Machado Pais, 1986: 14-15).

A categoria de inclusão (pertença) e exclusão (distanciamento) remete-nos para o conceito de identidade. A identidade surge como uma atribuição, jogando-se toda a produção identitária entre o “eu” e os “outros”, através do reconhecimento dessa atribuição, em situações de relação ou interação social, privilegiando, assim, uma aproximação conceptual de carácter relacional (Madureira Pinto, 1991).

Ao mobilizar conceitos como o de tempo, de espaço, de interação social e de identidade, pretende-se analisar as diferentes perceções em torno do significado do ato de envelhecer, na relação entre a produção da identidade, enquanto processo de pertença (o “nós”) *versus* de distanciamento e de negação (os “outros”), bem como as diferentes implicações para os referenciais identitários em espaços destinados e frequentados para velhos.

Ao centrarmo-nos nos significados que os atores sociais atribuem ao constructo envelhecer ativamente e de forma saudável e segura, pretende-se centrar a análise no eixo da segurança; pressuposto no qual o conceito de envelhecimento ativo assenta. A promoção de ambientes seguros e amigáveis, nos quais a prevenção e a proteção contra a violência se inserem, remete-nos, também, para o significado que os indivíduos atribuem aos conceitos de mau-trato, de abuso, de violência e de negligência. Partindo do ponto de vista dos atores sociais, ao compreender as formas de justificação e interpretação da realidade social estaremos a captar valores, estereótipos e crenças relativas ao processo de envelhecimento e à violência. Estes constituem as duas dimensões de análise e o elo central do estudo empírico que foi realizado junto de uma população com 60 e mais anos.

2. Notas metodológicas

Os dados aqui apresentados inserem-se no âmbito da fase exploratória do projeto de investigação “Envelhecimento e Violência”³. Este estudo tem como objetivo identificar e caracterizar as situações de violência (física, psicológica, financeira, sexual e de negligência) a que estão sujeitas as pessoas com 60 e mais anos, em contexto familiar, residentes em Portugal, de modo a estimar a prevalência do problema e os fatores de risco.

De forma a analisar algumas das contradições e dos problemas associados à temática da violência no contexto doméstico, partimos de uma estratégia metodológica essencialmente qualitativa, entrevistas em profundidade e dinamização de *focus group*, identificando dois grupos: vítimas e não vítimas.

Na fase preparatória do projeto “Envelhecimento e Violência” realizaram-se 13 entrevistas exploratórias em profundidade a vítimas, selecionadas a partir da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV)⁴ e doutras entidades (junta de freguesia e Polícia de Segurança Pública – PSP). As entrevistas tiveram como objetivo explorar a complexidade do problema. Partindo de vários perfis de vítimas procurou-se compreender a história de vitimação, os ato (s) de violência, as condições de ocorrência, as características do agressor, o tipo de relação (familiar, amizade, vizinho, formal) e as perceções sobre a vitimação (motivações, razões, problemas). Os resultados aqui apresentados focam, apenas, as situações de vitimação perpetradas por descendentes e a análise de seis entrevistas permitiu-nos, não só compreender a história de vitimação, como captar as perceções sobre a forma como esta se relaciona com o processo de envelhecimento.

A perspetiva do grupo de não-vítimas foi obtida através da dinamização de *focus group*. Esta técnica de recolha de dados consiste na utilização da interação grupal como um meio de produção de dados exploratórios e de identificação de diferentes posicionamentos sobre um determinado tema (Flick, 2005; Duchesne e Haegel, 2004).

³ Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Ref. PTDC/CS-SOC/110311/2009) que tem como entidade proponente o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. e entidades parceiras: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; CESNOVA/ Faculdade de Ciências Sociais e Humanas; Instituto da Segurança Social, I. P., Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP e Guarda Nacional Republicana.

⁴ Agradece-se à Dr.ª Maria de Oliveira da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, entidade parceira do projeto Envelhecimento e Violência, toda a colaboração prestada na seleção das vítimas entrevistadas.

Para a dinamização dos *focus group*⁵ partimos da matriz conceptual do envelhecimento ativo. Esta opção foi intencional de modo a chegar ao eixo da segurança, ou seja, aos aspetos referentes à proteção e à prevenção da violência. Procurou-se explorar as definições e as perceções da violência contra as pessoas idosas, a partir de um grupo de pessoas com 60 e mais anos. No total, foram contempladas 60 pessoas distribuídas por 4 subgrupos, provenientes de diferentes fontes de seleção (universidade sénior, centro de dia, juntas de freguesia) e oriundas do meio urbano, semiurbano e rural da Área Metropolitana de Lisboa. Os quatro *focus group* contaram com a participação de grupos heterogéneos de pessoas (máximo de 20 pessoas), homens e mulheres, oriundos de diferentes idades e de diversas categorias socioprofissionais.

Como eixos de discussão definiram-se os seguintes: “O que significa envelhecer?”; “Que fatores contribuem para a qualidade de vida após a reforma?”; “Na sua rede de contactos conhece alguém (60 e + anos) que seja vítima de alguma forma de violência?”; “Quais as formas de violências identificadas e descritas?”; “Quais as principais causas para a ocorrência da violência?”.

As entrevistas individuais e coletivas foram alvo de uma análise de conteúdo temática (Guerra, 2006).

3. Imagens construídas em torno do envelhecimento no tempo e espaço quotidiano: a perspetiva de grupo

3.1. Do envelhecimento como problema ao envelhecimento como aprendizagem

Começando pelo significado que os participantes do *focus group* atribuem ao processo de envelhecimento, ou seja, “O que significa envelhecer?” e “Que fatores contribuem para a qualidade de vida após a reforma?”, o discurso dos participantes tende a ser homogeneizante, dependendo dos espaços coletivos em que os mesmos interagem (Cf. Quadro 1).

⁵ A todos os que tornaram possível a organização dos *focus group*. À Dr.^a Armandina Matias da Universidade Sénior – Vila Franca de Xira. À Dr.^a Isabel de Sousa da Câmara Municipal de Sintra (Divisão de Saúde e Ação Social). À Dr.^a Paula Pombal do Centro Social Paroquial e à Ana Teresa Barradas da Junta de freguesia da Cruz Quebrada. Também à Rita Marques que colaborou na dinamização dos *focus group* e na transcrição das entrevistas coletivas.

No *focus group* 1, dinamizado num centro de dia pertencente a um centro paroquial, o discurso é centrado na doença e na vulnerabilidade (física, mental, social e familiar), decorrentes do processo biológico e da perda de capacidades (físicas, psicológicas). Daqui emerge a imagem de que envelhecer implica ter uma idade avançada – “É ter mais idade. E ficarmos sem forças. Ficarmos sem forças nas pernas” (G1, E10) –, e perder a mobilidade e a vontade – “É não andar, é perder a vontade. É vir para aqui e não fazer mais nada” (G1, E.6).

O que contribui para se envelhecer com qualidade de vida? É consensual para os participantes a necessidade de ter atividade, o “não parar” (G1 E10). “O que é preciso é não parar ou ficar em casa sem fazer nada (...). Tem de se caminhar, andar e fazer sempre coisas” (G1, E16).

Combater a doença passa por permanecer ativo (caminhar, andar, fazer coisas, fazer atividades), constituindo o traço central para um envelhecimento com qualidade.

O *focus group* 1 distingue-se dos participantes da Universidade Sénior (*focus group* 2), mais jovens e mais qualificados. E, aqui, temos dois discursos ambivalentes, que se polarizam e são geradores de controvérsias no grupo: o envelhecer-doença e o envelhecer-aprendizagem.

“Envelhecer é passar o tempo” (G2, E7), com atividade. A ocupação não surge associada ao valor económico do trabalho, mas à ocupação do tempo livre. Do mesmo modo, importa-se dos referenciais do trabalho, a noção de rotinas, com cumprimentos de horários, pressuposto importante para se envelhecer de forma ativa e saudável.

“Eu penso que o principal é a pessoa ter condições monetárias (...) a seguir é ter ocupação (...) tentar ocupar o tempo, se possível com horários, porque os horários, as pessoas que trabalhavam tinham de cumprir horários, e se ficam em casa sem essa obrigação dá origem ao desleixo” (G2, E8).

A falta de horários e de uma ocupação tem consequências inevitáveis na saúde: “perda de regras” (G2, E7); “a falta de regras e depois vai notar-se mais adiante na saúde” (G2, E8). Ter uma ocupação após a reforma é transversal a todos os participantes. Uns como prevenção da doença, outros por uma questão de saúde mental: “é importante manter a cabeça ocupada” (G3, E2).

Se as rotinas são importantes porque estruturam e organizam a vida quotidiana dos indivíduos, são, também, um espaço de criação e de novas aprendizagens, ou seja, o

“quotidiano não é apenas o espaço de realização de atividades repetitivas: é também um lugar de inovação” (Pais, 1986: 14).

Daqui emergem duas perspetivas face ao envelhecimento, que são geradoras de controvérsia no grupo 2. O **envelhecer-doença**, uma visão que assenta na incerteza face ao futuro, no medo da doença, da incapacidade (física e mental) e da dependência face a terceiros.

“A velhice em si quando a pessoa começa a chegar à maturidade, a ver uma folhar cair, há uma analogia, não é? (...) A preocupação de nós, já de idade, é o futuro, o que é que vai ser de nós? Vamos para um lar? Não sabemos. Ficamos em casa sozinhos? Com a ajuda de alguém? Ficaremos dependentes? Seremos obrigados a usar fraldas? Ficaremos senis? ...Quer dizer, perdemos a memória, não é? É a dependência de tudo.” (G2, E13).

Esta visão (envelhecer-doença) opõe-se a uma perspetiva mais positiva do processo, **envelhecimento** associado a **novas aprendizagens**. Envelhecer é saber, é experiência de vida e conhecimento acumulado. É saber gerir o quotidiano, é dar utilidade ao tempo, com as capacidades adquiridas ao longo do ciclo de vida, e assim manter a qualidade de vida.

“Não penso nada assim. Posso dizer uma coisa? O que significa envelhecer (...), é mais saber, embora as nossas capacidades físicas possam ser diminuídas, mas não há dúvida de que nós não envelhecemos, atingimos mais saber e não podemos estar a pensar no futuro. Há que saber gerir o dia a dia (...), vir para aqui, conviver (...) o nosso saber, que é muito importante e partir daí temos mais qualidade de vida (...). Não vale a pena estarmos a lamentar se vamos precisar do lar ou das fraldas, ou disto ou daquilo” (G2, E11).

“Para mim o envelhecer não passa de mais do que uma etapa da vida, tal qual como a juventude (...) agora sinto-me bem a envelhecer (...) todas essas etapas são importantes dentro do ser humano. (...) Aproveitar o melhor que ela nos oferece (...) só que nós não podemos ficar dependentes de que um dia vamos ser limitados, porque somos, mas isso é a ordem natural das coisas, nós vamos ter as nossas limitações, mas há que aceita-las, mas há que também tirar o partido melhor do envelhecimento, temos a experiência que ninguém nos tira, (...) toda a experiência que vivemos no dia a dia, os amigos que fizemos, aquilo que podemos frequentar,

os netos que criamos, eu penso que a vida dá-nos tanto (...) vivemos à vontade, fazemos realmente aquilo que nos dá prazer,... É um privilégio do envelhecimento” (G2, E10)

Estes dois posicionamentos (envelhecimento-sabedoria *versus* envelhecimento-problema) foram identificados, também, no *focus group* 4, no qual participaram representantes das freguesias urbanas de um concelho da Área Metropolitana de Lisboa. O envelhecimento-sabedoria constitui uma forma de prevenir o sentimento de dependência face a terceiros.

“Envelhecer são anos de sabedoria. A pessoa ao envelhecer desde que nasce até aquela idade passa por muitas fases. Aprende a compreender melhor certas coisas que vão acontecendo que não se está preparada... Mas a própria idade faz com que as pessoas amadureçam e compreendam os outros também (...) Se eu tiver um envelhecimento bom, adquire conhecimento e transmito também aos outros, é uma mais-valia, saber envelhecer... Ter a mente sempre ocupada e não dá pelo envelhecimento” (G4, E1).

Posicionamento que é, desde logo, rebatido por um outro participante, fator que contribuiu para que o grupo se organizasse em termos de argumentação – o envelhecer problema.

“Envelhecer hoje em dia é para mim um problema, um problema pessoal porque as pessoas vivem mais (...): falta de dinheiro, falta de saúde, falta de apoios (...) Eu penso e digo: estou a ficar velho e fico preocupado em ter esses problemas que eu estou a lidar e vejo... envelhecer para mim é um problema (...) Uma pessoa que trabalha uma vida inteira, chega a uma determinada fase da vida e está dependente, que a família não liga, é o caso de idosos abandonados que ficam e estão abandonados nos hospitais, que ficam em casa (...) as dependências que as pessoas ganham à medida que a idade vai avançando” (G4, E2).

A necessidade de preparar o futuro, como um tempo de incerteza, mesmo que seja associado, unicamente, a vulnerabilidade física, mental e social, distancia-se de uma perspetiva que faz do envelhecimento uma etapa da vida normal, inserida no ciclo da vida, com processos de aprendizagens e de novas experiências quotidianas.

A categoria “tempo” constitui o elo que distingue os dois posicionamentos. A perspectiva “A gente tem que pensar no futuro” (G2, E13) é contraposta a uma visão de presente “nós temos é de pensar no dia-a-dia (...) porque nós podemos chegar ao fim da vida e o futuro acabou” (G2, E11).

Independentemente de uma imagem mais negativa ou mais positiva, o discurso oculta, também, significados encobertos; o ficar ou estar dependentes de terceiros:

“Um dos meus problemas é não ter a certeza para onde é que eu posso ir quando eu precisar. (...) Acho que nós devemos estar em locais para idosos, não na casa dos nossos filhos, porque eles têm os filhos deles, (...) têm que viver a vida deles, não é ter um idoso em casa que lhes corta tudo, depois não podem sair de casa, não é?” (G2, E7)

Quais os fatores que contribuem para que se possa viver com qualidade de vida no envelhecimento? “É preciso saber envelhecer, não é reformar-se e ficar no sofá” (G4, E5).

Enumeram-se fatores associados a estilos de vida saudáveis: alimentação saudável, exercício físico, vigilância da saúde e apoio da família.

“O que provoca a desmotivação na velhice, são entre outras coisas os seguintes fatores, uma alimentação desadequada, falta de exercício físico, grandes emoções e solidão (...) que é que eu considero grandes emoções? são as perdas de familiares que nos fazem entrar em depressão, é a falta de carinho” (G2.E14).

“Para que promovam o envelhecimento com qualidade (...) fazer a manutenção da vigilância de saúde, fazer atividades, a cultura, interessarmo-nos por este mundo e o outro, e todo o universo, quanto mais ricos nós formos, melhor envelhecemos” (G3, E1).

Para além das determinantes de saúde, a solidão, a perda de familiares ou de amigos, provenientes dos mesmos grupos etários, bem como o distanciamento familiar constituem-se como fatores que influenciam a perceção que se constrói sobre o processo de envelhecer.

“Com a idade os filhos crescem, casam e os netos também a mesma coisa e chegamos a um ponto em que estamos sozinhos (...) Quando mais precisamos, mais estamos sozinhos” (G1, E11) “Eu tenho 17 netos e estou sozinha” (G1, E12); “O que custa mais é estarmos sozinhos (...) a noite é que é o pior, de dia a gente vem aqui ao centro” (G1, E11); “estou triste e custa-me estar sozinha. Caio e até tenho vergonha de pedir ajuda aos vizinhos porque não tenho ninguém” (G1, E11).

A importância do lugar de encontro quotidiano é, também, sentida no caso das pessoas que frequentam a universidade sénior. “Foi um suporte muito grande (...) quando eu vejo que a casa parece que está a ficar mais escura eu meto-me no carro e aí venho eu. Para mim foi muito bom” (G2, E2).

Quadro nº 1 – Categorias de análise sobre processo (s) de envelhecer

Universidade Sénior (<i>grupo 2</i>)	Juntas de freguesias urbanas (<i>grupo 4</i>)
<p><i>Envelhecimento-doença</i> Doença Incapacidade (física e mental)</p> <p>Dependência face a terceiros Cuidados necessários: fralda assistência médica, enfermagem Soluções de cuidados: ficar no domicílio só versus lares (o estigma associado ao lar)</p> <p><i>Envelhecimento-aprendizagem</i> Envelhecer é saber Gestão do dia a dia: conviver, aprender, reciprocidade Envelhecer como etapa do ciclo de vida Recusa em sofrer por antecipação e a pensar no futuro como um tempo de incerteza</p> <p>Espaços institucionais: convívio social e aprendizagem</p> <p>Fatores que promovem a qualidade no envelhecimento Alimentação saudável, exercício físico, o apoio da família</p>	<p><i>Envelhecimento- sabedoria</i> Saber acumulado</p> <p><i>Envelhecimento- problema</i> Falta de dinheiro, de saúde, de apoios, abandono nos hospitais, da família, a dependência</p> <p>Fatores que promovem a qualidade no envelhecimento Apoio familiar Apoio das instituições nas comunidades locais Saber envelhecer (ocupação, não ficar remetido ao sofá) Reforma condigna</p> <p>Espaços institucionais: oferta de atividades desportivas e de âmbito cultural, como forma de combater a solidão</p>

Juntas de freguesias semiurbanas e rurais <i>(grupo 3)</i>	Centro de dia <i>(grupo 1)</i>
<p>Envelhecer- reforma Dificuldades devido a reformas baixas</p> <p>Espaços institucionais: oferta de atividades físicas e culturais</p> <p>Fatores que promovem a qualidade no envelhecimento Ocupação como uma forma de manter a saúde física e mental</p>	<p>Envelhecimento-doença Envelhecer é sinónimo de idade avançada Perda de mobilidade e vontade</p> <p>Envelhecer com qualidade de vida Permanecer ativo Ter uma reforma</p> <p>Espaços institucionais: fonte de suporte social, emocional e financeiro</p>

As imagens sobre o processo de envelhecer são imagens sociais construídas num plano imaginário e coletivo, em torno do que significa ser pessoa idosa. “O envelhecimento é um processo biológico, conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido” (Lima e Viegas, 1988: 149). Como construção social, a pessoa idosa é classificada numa categoria, baseada em atributos particulares, e remetida para uma realidade homogénea, “constituindo-se como propriedades inscritas na condição social atribuída às pessoas idosas” (Fernandes, 2004: 24).

Se as imagens são construídas socialmente, elas também podem ser identificadas e vivenciadas pelos próprios indivíduos, contribuindo, assim, para um sentimento de pertença e de **identidade social**.

“O envelhecimento é uma etapa, temos que aceita-lo, (...) talvez o facto de os meus ideais me levarem a aceitar aquilo que vai sucedendo na minha vida me ajude (...) eu penso que temos de aceitar a realidade, o envelhecimento é uma coisa natural” (G2, E10).

Contrariamente a um processo de identificação foram definidas duas atitudes face ao envelhecimento: de **distanciamento** e de **negação**.

O uso da categoria “velhos” é utilizado para designar “os outros” (“muito velhos”). Estes últimos são invocados como uma categoria externa, mesmo que os participantes partilhem o mesmo grupo etário. A atitude de distanciamento constrói-se pela associação que se faz da categoria de “muito velho” a um conjunto de atribuições

negativas estereotipadas (incapacidade, dependência, doença, solidão, lar, violência), como pertencentes aos outros, categoria social anónima. Como não existe um sentimento de pertença a esta categoria, por oposição, os participantes projetam uma identidade pessoal positiva acerca deles próprios.

“Da velhice não é ser-se velho, é ser-se jovem [10. Exatamente], e não se notar ou seja, os outros é que notam que somos velhos, mas nós sentimos que somos jovens [15. meia idade, meia idade], não pensamos como velhos, pronto, pensamos como jovens, eu às vezes a brincar olho-me para o espelho e digo assim, ‘porra’ tás a ficar velho, mas eu cá fora não me sinto velho, quer dizer, sinto ativo, sinto-mo desperto [2. Claro, é isso mesmo]” (G2, E13).

“Eu interiormente só vejo a minha idade quando olho e me vejo ao espelho” (G2, E4); “È isso mesmo” (G2, E10 e E13).

Uma segunda atitude é a de **negação**: “eu recuso-me a envelhecer embora saiba que tenho de envelhecer” (G2, E2).

Também aqui se distinguem as duas faces de uma mesma moeda, o envelhecimento físico e psicológico, o ser-se e o sentir-se velho. Daqui emerge a noção de que mais do que uma vivência, a velhice é uma construção social, em que ser idoso significa a entrada na categoria institucional e socialmente instituída: 65 + anos. O ser velho a partir do olhar dos outros, como reflexo que advém da interação social, distancia-se e nega-se face ao não se sentir velho, por se continuar a querer realizar atividades habitualmente atribuídas aos mais jovens: brincar, saltar, cantar e dançar.

Mesmo que se bipolarize o envelhecimento, físico e mental, o processo de envelhecer tem subjacente um medo implícito que surge como uma fatalidade: ficar dependente e a entrada num lar de idosos.

“Eu não penso na idade que tenho, faço isto, aquilo, aqueloutro, eu brinco e salto e canto, e danço [10. eu também] e não penso na idade que tenho, eu recuso-me a envelhecer, embora eu saiba que tenho de envelhecer (...) Eu peço a Deus todos os dias que me deixe morrer de pé, eu não quero morrer num lar, eu não sou como tu. Eu não quero” (G2, E2).

“Tu estás a perceber tudo ao contrário (...) se há alguém que não sente o envelhecimento interior, sou eu, porque o exterior não me incomoda nada [2. A

mim também não], mas o recusares-te, não é bom, [2. Ó pá, ó L. eu não aceito]” (G2, E10). “Mas tu não podes recusar-te a enfrentar a realidade”(G2, E2).

“Mas eu sou uma doente oncológica há oito anos, e estou a lutar portanto há oito anos, e como vêm não estou aqui coitadinha [2. Claro que não, nem nunca estivestes], portanto isto são percalços da vida, tal qual como o envelhecimento é uma etapa, temos que aceita-los, mais nada (...) o envelhecimento é uma coisa natural” (G2,E10). “Ó pá ta bem, e eu tento lutar contra ele” (G2,E2). “Não é lutar contra ele, é viver com ele” (G2, E10).

Embora se pertença ao grupo dos que possuem + 65 anos, os outros (os muito velhos) são perspetivados como estando mais sujeitos a riscos, pois o processo de envelhecer é concebido como um problema social.

O **Envelhecer-problema** assenta, também, no medo de depender de terceiras pessoas e sobretudo da família. O trabalho, a vida familiar e os filhos constituem argumentos utilizados para justificar a impossibilidade de prestar apoio aos pais-idosos e a irreversibilidade da solução lar. Tipificam-se comportamentos, atribuem-se adjetivos à juventude, como uma geração anónima, pouco solidária para com os mais velhos: “é uma juventude mais irresponsável” (G4, E5).

“Envelhecer é depender dos outros, dos filhos, é depender da filha e ela não pode dar, precisa-se disto e não se tem, a filha não pode dar.(...) A gente envelhecer e poder sermos nós a resolver as coisas, a não precisar que nos cheguem, a depender dos outros, de não estarmos dependentes, quando precisamos (...) e nós às vezes estamos assim um bocado abandonados assim a um canto” (G4, E1).

“Eu acho que os filhos e os netos têm obrigações de visitar os pais, os avós (...) Eu conheço casos, não têm tempo, estão a trabalhar” (G4, E3).

“Concordo com esta Sr.^a. a qualidade de vida dos idosos passa pelo apoio familiar, um beijo, um olá, um telefonema, é isso que eu não vejo (...) eles sofrem muito de solidão e eu fico muito chocado (...) não quero viver muitos anos dependente de alguém, é muito complicado” (G4, E2).

“Esta juventude é muito complicada...Hoje a família é diferente da família do antigamente. Isso é um problema” (G4, E5).

“Acho que os familiares ...não dão prioridade na vida aos seus velhos, aos pais, aos seus avós. Há um afastamento. As pessoas dizem: ‘trabalham muito’. Eu

trabalhei muito na vida e trabalhava toda a semana, até ao domingo... e pegava no meu carro e ia visitar os meus pais e sogros (...) falta espírito de sacrifício (...). Há um afastamento dos mais novos face aos mais velhos, agora há um esquecimento e esquecem-se que vão ser velhos. (...) Há filhas que são capazes de estar 1 mês ou 2 meses sem a visitar, acho que isso é muito mau” (G4, E5).

Como referem Berger e Luckman, “a realidade da vida quotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais, os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como ‘lidamos’ com eles na interação social” (1985: 49). Esta conceção da realidade assenta num estereótipo que contribui para isolar e fechar numa categoria única – os filhos, cônjuges ou outros familiares – que, pela indisponibilidade de prestarem um apoio assíduo e regular, por diversos motivos (trabalho, distância geográfica e emocional), surgem como formas de rutura e de desfiliação familiar, identificada como sinónimo de abandono familiar. Ao construir uma perceção automática sobre a realidade social, sem variações, estes indivíduos padronizam comportamentos, atuações face aos outros que se distinguem dos seus, vistos como diferentes. A expressão desta realidade social, concretizada através das palavras e de imagens, reflete a ideologia da família como grupo social coeso, reprodutor de práticas solidárias, de natureza uniforme, a qual permite, através de um conjunto de valores e crenças, orientar as suas práticas e comportamentos, bem como definir posições sociais (Gil, 2010).

Esta tipificação é feita face aos outros, categoria homogénea, que se distingue face ao “eu” e ao “nós”: “Também depende muito como nós pais os vamos mentalizando. (...) Tenho uma filha espetacular, que a criei, que a eduquei, que lhe dei um curso (...) e eu estou convencida que ela era incapaz de me meter num hospital para ir onde fosse para onde fosse” (G4, E 6).

Quem são os outros, nos quais se incluem as vítimas de violência?

Os participantes do *focus group* 1, quando interpelados com a questão “Na sua rede de contactos conhece alguém (60 e + anos) que seja vítima de alguma forma de violência?”, descrevem situações, referem o aumento de casos conhecidos, mas quando são confrontados com a realidade local, negam a existência do problema “aqui não” (G1, E10); “Não, não” (G1,E11), “Na nossa zona, não” (G1, E22).

Se a distância (física, emocional, geográfica) dos filhos é concebida como uma forma de violência associada, esta assume um dano moral maior quando se torna num

abandono familiar: “A não ser aqueles que se esquecem dos pais nos hospitais” (G3, E18).

Na hierarquia moral, o abandono dos idosos nos hospitais constitui uma das formas mais nefastas: “um filho vai pôr um pai ao hospital não vai buscar, e é uma pessoa de família, não presta” (G3, E3).

3.2. Perceções coletivas da violência: a perspetiva de grupo

As perceções coletivas que os participantes dos quatro *focus group* tecem em torno da violência revelam alguns paradoxos e problemas de âmbito concetual. As tipificações e interpretações da realidade social excedem as condutas e os comportamentos considerados abusivos, retratados na literatura enquanto cinco formas de violência no estudo do problema: a física, a psicológica, a financeira, a sexual e a negligência (Perel-Levin, 2008 citado por WHO, 2010).

A sensibilização do problema, através dos *mass media*, como se conclui dos *focus group*, representa uma forma de conhecimento de casos problemáticos, o que tem contribuído para uma maior visibilidade social e sensibilização para a denúncia. No entanto, o significado atribuído às condutas de violência pode contribuir para um excessivo empolamento do mesmo, dado que esta é, também, percecionada como falta de apoio (moral e emocional), distanciamento (físico e psicológico) e abandono da família.

Percecionado coletivamente pelas não vítimas (população em geral) como resultante da perda dos valores sociais e familiares, os participantes tendem a remeter a violência para uma lógica da representação social associada à condição da pessoa idosa. Esta perceção assenta numa categorização homogénea, tal como a falta de apoio familiar, a idade, a doença, o viver só, o abandono e a violência são remetidos para uma única e exclusiva realidade social: o ser idoso.

Além disso, associam-se as dificuldades nas práticas de cuidar na dependência a uma forma de violência. O gritar e o ameaçar abandonar, porque se está sobrecarregado física e emocionalmente, consequência de muitos anos de cuidados, descrevem-se não como formas de violência declaradas, mas associadas.

“Eu penso que pior que a violência física, o pior é a falta de respeito. É mais violento é a falta de respeito para com o seu semelhante inclusive um pai ou uma

mãe, do que qualquer caso de um homem bater na mulher. (...) a falta de respeito é mais gravosa do que a parte física” (G3, E5).

“Às vezes há cuidadores que me dizem: há 23 anos que trato deste homem e às vezes eu enervo-me, chateio-me, não posso viver sem ele, sente-se tão desesperada, às vezes abre os olhos, entre aspas, grita, não posso mais, não aguento, não há violência, mas é uma forma de descarregar a parte emotiva, está-se a lidar com problemas muito sérios, e 23 anos é uma vida, muita gente não chega a viver” (G3, E1).

O *stress* e o sentimento de sobrecarga do cuidador surgem, na literatura, como um fator de risco que pode favorecer a ocorrência da violência física. A negligência ativa, na esfera da família, pressupõe um ato intencional de provocar um dano físico e/ou mental. Na negligência passiva concorrem vários fatores. Pode-se ter um “comportamento negligente” porque se está exausto física e psicologicamente, pelo isolamento social a que o próprio cuidador está votado, pela falta de apoio dos serviços de saúde e sociais, pela ignorância e falta de informação (para identificar sintomas e necessidades) ou, simplesmente, pela falta de competências sociais e psicológicas para desempenhar a função de cuidador (Gil, 2010).

A negligência é remetida pelos participantes para *abandono, solidão e isolamento*. Inserem-se na mesma categoria da *negligência* outras situações não de omissão de cuidados, mas de distanciamento ou impossibilidade de prestação de apoio por parte dos filhos. Os indivíduos interpretam estas situações de maior distanciamento como não cumprimento das obrigações familiares perante os mais velhos e as pessoas idosas tornam-se, assim, sujeitas a um maior risco de serem vítimas de negligência ou de outras formas de violência (p. ex. financeira).

“Há pessoas que estão muito entregues à sua sorte, a família não lhes dá grande apoio, conheço um caso de uma senhora que agora está gravemente doente, (...) tem um filho relativamente a poucos quilómetros, o filho trabalha, a nora trabalha (...) é uma senhora que agora se chegou a ela, nem sequer era amiga, mas que viu que ela necessitava e que anda com ela nos médicos (...) uma vizinha, sim, que anda agora com ela porque a família não pode (...)” (G2, E18).

“Eu também tenho um caso ...aparece-me lá no centro três vezes por semana para eu ver a tensão, para ver diabetes, está sempre cheia de problemas, e que é que acontece? Ficou viúva (...) nunca descontou, nunca trabalhou, estava a viver com o

marido, vivia da reforma do marido (...) Ela é analfabeta, ela não sabe ler nem escrever” (G 2, E11).

Mas é vítima de alguma forma de violência? “Não, não, de violência não. Está sozinha, tem um filho, a filha mora na zona da Guarda, tem uma neta que mora em Loures, mas é longe, é longe, está para ali abandonada, sozinha” (G2, E11).

“Eu tenho lá uma senhora que tem os filhos, tem dois filhos no estrangeiro, não se ocupam dela, ... tem a reforma dela ...mas ela precisa de ir ao médico à amadora, precisa de ir a muito lado, e eu vou com ela” (G2, E3).

A representação coletiva sobre o problema da violência contra as pessoas idosas reflete uma multiplicidade de sentidos que são necessários de serem compreendidos quando se investiga esta temática. Uma apropriação conceptual indevida por parte dos indivíduos pode contribuir para o risco de sobrestimação em estudos de prevalência de base populacional nacional, devido à sua excessiva abrangência. Daí que seja premente o rigor conceptual e operacional do fenómeno.

No entanto, há valorização excessiva do problema pode opor-se outro risco, o da subestimação do problema, quando são as próprias vítimas a minimizarem o problema, por um conjunto de sentimentos inibidores da denúncia (vergonha, medo, culpa e falta de informação sobre os mecanismos de denúncia). Ambos os problemas têm consequências inevitáveis nas estimativas de prevalência obtidas.

Vejamos, de seguida, a forma como as próprias vítimas tipificam o problema, o relatam e interpretam as razões da sua ocorrência.

4. Vivências e percepções em torno da violência: a perspetiva das vítimas

Analisaram-se seis entrevistas de pessoas vítimas de violência por descendentes, que incluíram quatro mulheres entre os 68 e os 80 anos e um casal de 70 e 71 anos, onde se reportaram quatro tipos de violência: física, financeira, psicológica e sexual.

Os atos de violência física descritos incluíam bater, pontapear, empurrar, arrastar, atirar objetos ou forçar (utilizando força física) a entrada em divisões ou no domicílio. Os atos de violência financeira incluíam o roubar, o explorar financeiramente e o utilizar e/ou estragar bens ou objetos da pessoa.

A violência psicológica foi a forma mais frequente e identificada por todas as vítimas, traduzida em condutas verbais (tais como o ofender, insultar, humilhar e ameaçar) e não-verbais (ignorar ou não falar e isolar).

A violência sexual surgiu apenas numa entrevista em que o comportamento descrito passou pelo exibicionismo.

No caso da violência física são descritas várias consequências, através de relatos sobre os ferimentos sofridos, as hospitalizações e as perícias médico-legais efetuadas no Instituto Nacional de Medicina Legal. No entanto, no discurso das vítimas, e mesmo em situações de violência física, as consequências psicológicas e emocionais, reiteradamente referenciadas, são as que tendem a ser mais valorizadas em termos de impacto pessoal a curto e a longo prazo:

“Porque eu não posso, eu tou-lhe a dizer na minha, tou a dizer a verdade – eu fico maluca se vivo assim muito tempo!” (E1); “E eu não tou bem. Não tou em paz, não tou sossegadinha, não me deito sossegada, não como sossegada.” (E13).

Mesmo após a resolução da situação de violência, as pessoas idosas salientam as consequências a longo prazo da situação de vitimação:

“Ainda não estou bem desenrascada porque de vez em quando as coisas vão-se metendo cá dentro, não é.” (E2); “Eu estava de rastos. [...] não admira que os meus neurónios completamente baralhados e eu não estou, não estou bem. Mas vou fazendo um esforço e vou andando.” (E6).

Relativamente ao agressor, a investigação tem vindo a demonstrar que uma proporção significativa de agressores tem histórias de hospitalizações por desordens psiquiátricas, é dependente de álcool ou outras substâncias e depende financeiramente da vítima (Pillemer, 2005). Estes fatores de risco foram, também, reportados pela maioria dos participantes.

Nos seus discursos emergem como determinantes da violência os comportamentos aditivos, a doença mental e o desemprego. Dos sete agressores identificados nas entrevistas (6 filhos e um neto), quatro têm ou tiveram problemas ligados ao consumo de drogas e um possui uma patologia psiquiátrica diagnosticada (esquizofrenia). Curiosamente, as pessoas idosas vítimas de violência tendem a associar os atos de violência a um problema de saúde mental.

Os relatos de incredulidade face à impossibilidade dos atos de violência serem considerados “normais” são, assim, desculpabilizados e o agressor desresponsabilizado.

Uma mãe vítima de violência por parte do filho repete várias vezes que este “não está bem, não está em si, não sabendo o que faz” (E12). O discurso passa por desresponsabilizar o filho que “precisa de se tratar”, pois ele “não é como os outros drogados”, “é bonito” e “forte, grande”. A doença mental ou a dependência de substâncias são tidas como incidentes externos que “aconteceram” à família e ao agressor.

Mesmo nas entrevistas em que as dependências ou patologias psiquiátricas são apontadas como determinantes da violência, os participantes referem, muitas vezes, dificuldades progressivas no relacionamento interpessoal entre vítima e agressor, ainda que não valorizem este aspeto enquanto determinante da vitimação.

Substâncias e a progressão de uma doença mental	“Sim [conflitos com o filho] porque na altura ele bebia.” (E2); “porque ele faz as coisas que não tá bem.” E “porque depois ele com a força do material que mete, não sossega e não deixa tar ninguém em paz” (E13). “É por isso que lhe digo que ele terá alguma doença”(E1).
Progressiva deterioração das relações interpessoais	“Mas no caso dele [filho], ele ia sempre buscar uma coisa qualquer para me machucar.” (E2) “Eu disse ò J., tu às vezes falas comigo de uma forma que parece que me odeias, que não gostas de mim. Aí o meu filho parou, olhou para mim olhos nos olhos, com uma cara fechada séria e disse: ò mãe eu por acaso não gosto muito de ti, não. Tens razão. [...] Tinha dezasseis anos” (E6).

As relações já conflituosas desde o passado são exacerbadas, quer pela perda da figura masculina (geralmente paterna), quer pelo aumento da fragilidade física da

vítima. Num dos casos de violência filial, a vítima referia que, até há uns anos, este nunca se “virou” aos pais, apenas “explodia”, berrando e exigindo dinheiro e a situação ter-se-á agravado com o AVC do pai, que era “a pessoa com mais capacidade de se impor” (E12). O cônjuge sente-se mais frágil devido à sua incapacidade e “ganhou-lhe medo”, pelo que, quando o filho o ameaça que “lhe dá um encontrão”, “manda ao chão” ou “lhe dá um estalo”, o pai cede, usualmente, às suas ameaças e à sua coação (E12).

No caso de filhos agressores, a figura paterna é descrita pelas mulheres idosas vítimas de violência como exercendo no passado um papel protetor face à violência:

“Ele [filho] implicava muito comigo e o pai não deixava. E até depois brigavam e coiso” (E2); “Mas eu aí chamava o meu marido, imediatamente chamava-o, ele vinha e punha mão naquilo. Pronto, acalmava-o.” (E1).

O processo de envelhecimento associado a uma maior fragilidade (física e mental) parece potenciar a vulnerabilidade à violência, exacerbando o conflito já existente. Mesmo no caso da violência que é interpretada pelas vítimas como sendo desencadeada pelo consumo de drogas ou pelo agravamento de uma perturbação mental, a violência ocorre quando há uma menor resistência física por parte das vítimas.

Notas conclusivas

O problema da violência contra as pessoas idosas não constitui um problema novo, mas ganha hoje uma maior visibilidade com o envelhecimento das sociedades contemporâneas. O aumento da longevidade origina um maior risco de dependência face a terceiros, devido ao aumento da morbilidade, sobretudo nas idades mais avançadas (Fries, 1998). Esta maior vulnerabilidade física, mental e financeira pode constituir um fator de risco para a ocorrência da violência entre a população mais idosa. Assim, a violência é um produto do envelhecimento global e o envelhecimento da população é consistente com um aumento da prevalência da violência contra as pessoas idosas (Lowenstein, 2009).

A preocupação com as questões da segurança surge associada, também, à garantia de proteção da população idosa com necessidades especiais, eixo contemplado no conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela WHO (2002). O envelhecimento ativo assenta, assim, numa conceção da saúde resultante de um processo de vida, ao longo do ciclo de vida e do bem-estar mental, social e físico.

A partir do estudo qualitativo que realizámos, na fase exploratória do projeto de investigação “Envelhecimento e Violência”, conclui-se que as representações sociais da velhice abarcam uma heterogeneidade de processos de envelhecer, mas, também, de concepções e interpretações da realidade social, assentes em imagens estereotipadas e em crenças culturais associadas à saúde, à dependência, à institucionalização e à violência. Estas imagens são construídas e reconstruídas em função dos contextos sociais, ou seja, nos espaços institucionais onde os indivíduos circulam na vida quotidiana. Também aqui os atores partilham formas de ver o mundo, interpretar e atribuir sentidos, quer na perspetiva de integração e de pertença, quer de exclusão e classificação, entre o “eu”/ “nós” e os “outros”, figura invisível e anónima, mas associada à idade avançada e à doença.

O processo de envelhecer suscitou um posicionamento dual: aprendizagem/sabedoria *versus* doença/dependência/problema. Por um lado, a otimização das experiências de vida, competências e conhecimentos que podem emergir associadas ao envelhecimento e, por outro lado, a fragilidade física e mental, geradora de situações de dependência face a terceiros e a necessidades de cuidados especiais. Estes dois posicionamentos entrecruzam-se com as representações sociais associadas à doença e à saúde. Contrariamente à visão de que a reforma é um tempo de descanso merecido (Fernandes, 2004), as perceções coletivas sobre o tempo inativo surgem associadas à imprescindibilidade da ocupação e da aprendizagem, como forma de participação social, mas, ao mesmo tempo, de prevenção e combate da doença e de todos os problemas que daí advém: incapacidade, institucionalização, dependência face a terceiros e violência. Se violência contra as pessoas idosas, segundo um grupo de não vítimas, vai ao encontro das cinco formas de violência tipificadas na literatura: a física, a psicológica, a financeira, a sexual e a negligência, aquela é geradora, também, de diferentes entendimentos.

Violência surge associada às condições adversas das práticas de cuidar em situação de dependência. As práticas de cuidar têm muito pouco de passividade e de consenso, gerando, por vezes, situações de *burnout* (desgaste físico e mental), propiciadoras de situações de tensão e conflito familiar, sem que se possa considerar que estamos, verdadeiramente, perante situações de violência (Gil, 2010). Estas situações de maior tensão familiar distinguem-se dos atos considerados violentos com uma intencionalidade de provocar um dano, físico e/ou psicológico a outrem.

A tensão e o conflito, ainda que sejam parte integrante das dinâmicas familiares, podem ser agravados por fatores associados ao aumento da idade, como a incapacidade física e mental, a falta de recursos económicos ou a morte de familiares próximos. Ao olhar-se a violência contra a pessoa idosa não como um problema isolado, mas como um aspeto extremo de conflito familiar na última fase da vida, a investigação sobre este fenómeno social terá, inevitavelmente, que surgir interligada ao próprio processo de envelhecimento.

Referências bibliográficas

- BERGER, Peter; LUCKMAN, Thomas (1985), *A construção social da realidade*, Petrópolis, Vozes.
- DIONÍSIO, Bruno M. (2001), “Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, perceções e atitudes em torno da velhice”, in *Fórum Sociológico*, 5/6, 241-255.
- DUCHESNE, S.; HAEGEL, F. (2004), *L'Entretien Collectif*, Paris, Armand Colin.
- FERNANDES, Ana A. (2004), “Quando a vida é longa... os impactos sociais do aumento da longevidade”, in Maria de Lurdes Quaresma (Org.), *O sentido das idades da vida – interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, CESDET, pp. 13-36.
- FLICK, Uwe (2005), *Métodos qualitativos na investigação científica*, Lisboa, Monitor.
- FRIES, J. F. (1998), “Ageing, natural death and the compression of morbidity”, in *N. Eng. J. Med*, 303, 130-135.
- GIL, A. P. (2007), “Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições”, in *Fórum Sociológico – Dossier Envelhecimento Ativo: um novo paradigma*, nº 17, Lisboa, CesNova, 25-36.
- GIL, A. P. M. (2010), *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- GUERRA, Isabel C. (2006), *Pesquisa qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, Estoril, Principia.

- GUILLEMARD, A.; LENOIR, R. (1976), *Retraite et Exchange social, Tentative d'Explication des systèmes de relations sociales en situation de retraite*, Paris, Ed. Centre D'Étude des mouvements sociaux.
- JODELET, Denise (1984), "Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie", in Serge Moscovici (Org.), *Psychologie Sociale*, Paris, PUF, pp. 357-378.
- LIMA, A. P.; VIEGAS, S. (1988), "A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice", in *Psicologia*, VI (2), 149-158.
- LOWENSTEIN, A. (2009), "Elder Abuse and Neglect – 'Old Phenomenon': New Directions for Research, Legislation, and Service Developments", in *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21:3, 278-287.
- PAIS, José Machado (1986), "Paradigmas sociológicos na análise da vida quotidiana", in *Análise Social*, XXII (90), 1986-1.º, 7-57.
- PILLEMER, K. (2005), "Factores de riesgo del maltrato de mayores", in I. I. Marmolejo (Ed.), *Violencia contra personas mayores*, Barcelona, Colección Estudios sobre Violencia, pp. 18-28.
- PINTO, José Madureira (1991), "Considerações sobre a produção social de identidade", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, 217-231.
- SIMMEL, Georg (1977 [1908, 1ª ed. orig.]), *Sociologia. Estudios sobre las formas de socialización*, Madrid, Alianza Editorial.
- WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva, World Health Organization.
- (2010), *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*, Genève, World Health Organization.

Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português

Ignacio Martin¹ e Gonçalo Santinha²
Universidade de Aveiro

Susana Rito³
Centro Social e Paroquial São Nicolau

Rosa Almeida⁴
Universidade do Porto

Resumo | A qualidade e a adequabilidade das habitações conferem uma condição fundamental para as pessoas idosas. Estas exercem uma influência acrescida sobre a independência, a saúde e as dinâmicas sociais vivenciadas pela pessoa idosa. Contudo, países como Portugal carecem de esforços e de políticas focalizadas que estimulem a adoção do paradigma *aging in place*. Neste artigo é promovida uma breve revisão da literatura científica, é abordada, embora sucintamente, a atual conjectura portuguesa que norteia esta problemática e é apresentada uma análise à luz de boas práticas constatadas em contexto Europeu.

Palavras-chave: Habitação para idosos; *Aging in place*; Políticas habitacionais.

Abstract | *Housing for older people: issues and challenges in the Portuguese context*
The quality and adequacy of housing confer a fundamental requirement for older people. An increased influence on the independence, health and social dynamics experienced by the elderly it is performed by these conditions. Nevertheless, countries such as Portugal present a lack of effort and targeted policies that encourage the adoption of the “aging in place” paradigm. This paper presents a brief review of scientific literature, discussed the current Portuguese conjecture on this problem and presents an analysis based on the best practices in Europe.

Keywords: Housing for seniors; Aging in place; Housing policies.

¹ Professor Auxiliar Convocado na Secção Autónoma das Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro (Aveiro, Portugal). Investigador na UNIFAI/ICBAS – Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, Universidade do Porto (Porto, Portugal). *E-mail*: jmartin@ua.pt

² Investigador na Unidade de Investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas – Universidade de Aveiro; Professor Assistente no Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território – Universidade de Aveiro (Aveiro, Portugal). *E-mail*: g.santinha@ua.pt

³ Gerontóloga no Centro Social e Paroquial São Nicolau (Projeto Mais Proximidade, Melhor Vida...) (Porto, Portugal). *E-mail*: snobre.rito@gmail.com

⁴ Colaboradora na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI/ICBAS-UP) (Porto, Portugal). Gerontóloga na Fundación INTRAS (Valladolid, Espanha). *E-mail*: rosaalmeida@ua.pt

Resumé

Logement pour personnes âgées: problèmes et défis en le contexte portugais

La qualité et l'adéquation du logement confèrent une condition fondamentale pour les personnes âgées. La qualité et l'adéquation du logement confèrent une condition fondamentale pour les personnes âgées. Ces exercer une influence accrue sur l'indépendance, la santé et la dynamique sociale vécue par les personnes âgées. Cependant, pays comme Portugal a été un manque d'effort et de politiques ciblées qui encouragent l'adoption du paradigme du "aging in place". Cet article promu une brève revue de la littérature scientifique, est discutée, bien que brièvement, la conjecture actuelle portugaise qui guide ce problème et présente une analyse basée sur les meilleures pratiques constatées dans le contexte européen.

Mots-clés: Logement pour les personnes âgées; *Aging in place*; Politiques de logement.

Resumen

Vivienda para personas mayores: problemas y desafíos en el contexto portugués

La calidad y la adecuación de la vivienda otorga una condición fundamental para las personas mayores. Estos ejercen una mayor influencia en la dinámica de la independencia, de salud y sociales experimentados por las personas mayores. Sin embargo, Portugal carece de esfuerzos y políticas específicas que fomenten la adopción del paradigma "aging in place". En este artículo se promueve una breve revisión de la literatura científica, se discute la conjetura actual portuguesa que guía este problema y se presenta un análisis basado en las mejores prácticas en el contexto europeo.

Palabras-clave: Vivienda para las personas mayores; *Aging in place*; Políticas de vivienda.

1. Envelhecer em casa: *aging in place*

O acelerado envelhecimento populacional é um fenómeno inegável, representando um dos maiores desafios da atualidade. É alarmante a celeridade com que o grupo etário dos indivíduos muito idosos (80 e mais anos) tem crescido, representando, em 2009, 25% da população idosa (UN, 2007). Os indicadores sociodemográficos da população portuguesa reafirmam este panorama, ao evidenciarem o constante crescimento do índice de envelhecimento e da proporção de idosos sobre a população em geral, estimando-se que atinja 32%, em 2050 (Instituto Nacional de Estatística, 2010).

Tendo em conta o atual panorama demográfico, torna-se fundamental repensar os paradigmas associados ao envelhecimento, à habitação e aos cuidados (Brink, 1990; Vasunilashorn, Steinman, Liebig e Pynoos, 2012). *Aging in place* é a política emergente que focaliza a sua discussão na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no seu ambiente envolvente, elegendo a manutenção da pessoa no seu meio natural como meio preferencial de vida (Pynoos, 2001; Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009). Alguns estudos revelam, inclusive, que, com o avançar da idade, é cada vez maior a fidelidade ao conceito e o interesse da pessoa idosa em permanecer na habitação atual, reafirmando o seu relevante papel na manutenção da independência funcional e da atividade social, sendo o cenário elegido para a prestação de serviços de apoio (AARP, 2005). Como meio natural infere-se, não só a habitação própria, mas, igualmente, a vivência de outras situações estruturadas na comunidade.

O conceito pode ser analisado à luz de vários modelos teóricos, sendo neste artigo enfatizada a perspetiva apreendida segundo o modelo ecológico. Este assume que os padrões de bem-estar, saúde e funcionamento da pessoa estão associados a uma interação de influências entre recursos biológicos, comportamentais, sociais, físicos e ambientais, que envolvem o próprio, as suas famílias [um recurso importante no apoio emocional e nas tarefas de vida diária (Rosenmayr, 1977)] e as comunidades (Ball *et al.*, 2004). *Aging in place* será, assim, o resultado de um “ajuste” e da “otimização” que ocorre entre os indivíduos, as alterações biopsicofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e os seus ambientes em constante mudança (Lawton, Weisman, Sloane e Calkins, 1997; Satariano, 2006). É, por outras palavras, a capacidade de a pessoa idosa permanecer na própria residência, mesmo quando confrontada com a necessidade crescente de apoio por mudanças de vida, como o declínio da saúde, a viuvez, ou a perda de rendimentos (Pastalan, 1990). Contudo, quando as restrições impostas por ambientes físicos e sociais de um indivíduo se sobrepõem aos recursos internos ou externos de que dispõe, torna-se menos provável envelhecer no domicílio (Lawton, Weisman, Sloane e Calkins, 1997). É, por isso, um conceito multidimensional e complexo que engloba a situação sócio-económica do idoso, a sua preferência, o tecido comunitário e a dinâmica cultural, o tipo de serviços e cuidados disponíveis, bem como a sua organização, as condições de habitabilidade básicas e avançadas (e.g. tendo em conta as necessidades de adaptabilidade do meio), entre outras circunstâncias.

O conceito *aging in place* enfatiza e envolve políticas, serviços, tecnologia e meio ambiente. O desenvolvimento de modelos integrados de intervenção que facilitem o envelhecimento no domicílio é, assim, fundamental para garantir que as iniciativas não resultam em ações fragmentadas (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a).

Neste artigo analisam-se as necessidades habitacionais com implicações sobre o conceito *aging in place*, fatores com potencial comprometedor que compreendem as situações de grave carência ao nível habitacional, assim como as condições funcionais ou sociais das pessoas idosas com efeito negativo na capacidade de adaptação à situação habitacional vivenciada. Por isso mesmo, o ponto de partida deste artigo consiste numa análise da relação entre o parque habitacional e os idosos residentes, mostrando os problemas sociais comuns a este nível. Neste sentido, será apresentado como exemplo um estudo efetuado na Baixa Pombalina com o intuito de caracterizar as condições habitacionais da população idosa aí residente. O terceiro ponto explora a necessidade de lidar com esta problemática, sublinhando-se a importância de promover e garantir toda uma gama de serviços, cuidados e adaptações funcionais que facilitem a continuidade da pessoa idosa no seu domicílio ou até mesmo na instituição de acolhimento, num amplo espectro de situações e graus de dependência. Serão, nesta secção, apresentadas algumas boas práticas de alojamento de baixo nível assistencial observadas em contexto Europeu. Tendo por base os dois pontos anteriores, no quarto ponto são enunciados os principais âmbitos de intervenção no que respeita à qualidade e à adequabilidade das habitações para as pessoas idosas. O patamar de discussão desenvolve-se, aqui, a dois níveis: por um lado, apresentam-se as principais políticas e programas habitacionais de âmbito nacional que se encontram vigentes em Portugal, bem como alguns exemplos de políticas municipais (essencialmente centradas nas especificidades locais); por outro, chama-se a atenção para a importância de se formularem estratégias de intervenção que tenham em consideração, quer as redes de vizinhança e os serviços disponíveis na comunidade, quer a introdução de sistemas de domótica. Por fim, no último ponto é apresentado um comentário final sobre o tema em debate. Um tema que requer, acima de tudo, uma forma diferente de encarar a relação entre as condições de alojamento e os idosos residentes: mais integrada, multidisciplinar e interativa.

2. Habitação degradada e residentes idosos

São inúmeros os fatores que contribuem para a criação de um ambiente confortável, integrando constituintes do ambiente interno (habitação), do ambiente externo de proximidade e do ambiente em torno das redes locais de suporte. No entanto, e visto que as pessoas idosas moram, preferencialmente, nas suas casas ou em casas de familiares, a habitação torna-se o foco espacial das suas vidas pelo aumento do tempo de permanência e do uso da habitação (Daré, 2010). Será, assim, dada ênfase aos fatores considerados na literatura como indicadores da condição habitacional.

Embora nos permitam uma visão muito redutora, os acessórios e os equipamentos de uma habitação são importantes indicadores que possibilitam inferir a maior ou menor dificuldade com que a pessoa idosa gere a habitação (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a). Elementos como a existência de água canalizada e estruturas funcionais, casa de banho com, pelo menos, sanita com autoclismo e base de chuveiro ou equiparado, assim como estruturas que permitam cozinhar nas instalações, são os mais frequentemente referenciados na análise das condições de vida dos idosos na União Europeia (UE) (United Nations, 2006). Outros, como a existência de televisão e telefone funcionais, são indicadores de bem-estar que contribuem para a ocupação e a promoção de sensação de segurança, ao facilitar o acesso à informação e/ou a sua transmissão ao exterior. O número de compartimentos aos quais a pessoa idosa tem acesso é, igualmente, um indicador relevante, assim como a conveniência do local de morada e as condições de acesso ao alojamento (United Nations, 2006).

Segundo alguns estudos desenvolvidos (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a; NBHBPS e Ministry for Regional Development, 2004), numa medição pelos critérios referenciados, os padrões do alojamento das pessoas idosas são satisfatórios para a área contemplada por toda a UE. No entanto, mesmo nas áreas onde a habitação apresenta os critérios *standard*, os padrões de vida dos reformados são inferiores aos dos grupos etários da população ativa, representando a faixa etária com maior carência, já que um quinto da população idosa carece de, pelo menos, uma instalação essencial, habitam em alojamentos com instalações precárias, em inadequada localização e sem condições de acesso, uma vez que um número considerável de idosos habitava em apartamentos no 2º andar ou superiores sem elevador (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a).

O tempo de residência foi considerado outro preditor de qualidade que depende, genericamente, que, quanto maior a idade dos edifícios, maior será, à partida, a carência habitacional inerente (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009). Foi confirmado, ainda, que somente certos subgrupos de proprietários e inquilinos de longa data estavam recetivos a ocupar habitações fisicamente deficientes [18,98% dos alojamentos clássicos arrendados ou subarrendados apresentam uma renda mensal inferior a 50 euros estimando-se que representem, na sua generalidade, situações habitacionais precárias (Instituto Nacional de Estatística, 2011)], sendo este o grupo caracterizado pelos muito idosos, com baixos rendimentos e, sobretudo, que habitam sozinhos (Golant e LaGreca, 1994).

Estudos realizados em Portugal evidenciam a preferência das pessoas idosas pela habitação própria (96,61% como proprietários ou arrendatários, sendo os indivíduos com 50 ou mais anos o escalão de arrendatários com maior peso, habitando 53,8% do total dos alojamentos arrendados) ou a vivência de uma situação partilhada em casa de familiares (Daré, 2010). Em Portugal, os Censos de 2001 revelaram que 18% dos alojamentos foram construídos antes de 1945, sendo que 2,9% dos alojamentos familiares apresentavam a falha de, pelo menos, 2 infraestruturas básicas e cerca de 9% a falha de, pelo menos, uma infraestrutura básica (Instituto Nacional de Estatística, 2001) [5,7% sem retrete; 1,5 sem água canalizada; 6,25 sem instalação de banho ou duche (CET/ISCTE, 2008)]. Alguns dados indicam, igualmente, que, em 2008, 18,5% dos edifícios requeriam médias reparações, enquanto 8,0% grandes reparações em edifícios muito degradados. No total, 37,9% dos edifícios necessitavam de algum tipo de reparação. A tendência de habitação destes alojamentos pela população idosa e muito idosa é consensual na literatura, representando, muitas vezes, situações de risco (CET/ISCTE, 2008; Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a; Instituto Nacional de Estatística, 2001).

2.1 Alojamentos não clássicos: reflexo de carência habitacional

Poucos estudos têm sido realizados no sentido de avaliar o número de casos de carência habitacional na população idosa em Portugal. No entanto, e tendo em conta que a residência em alojamentos não clássicos é um dos principais indicadores representativos das debilidades associadas às condições habitacionais das pessoas

idosas, serão nomeadas referências que permitem observar o grave problema social implícito nesta tipologia de alojamentos, por não assegurar as necessárias condições de habitabilidade (Brandão, Santinha e Martin, 2011). Alojamentos não clássicos são alojamentos móveis e improvisados de construção precária, nomeadamente barracas e casas rudimentares de madeira, que não garantem boas condições de habitabilidade e que impulsionam situações de exclusão social, afetando particularmente a população idosa em situação de incapacidade (United Nations, 2006).

Tendo em conta os resultados de diferentes estudos, são identificadas divergências nas estimativas apresentadas, com fundamento na diferente metodologia de recolha de informação, nos indicadores-problema selecionados, assim como na representatividade da amostra [recolha de nível nacional (CEDRU, 2008; Gonçalves, 2004) ou recolha de nível local com uma amostra selecionada (Martin, Duarte, Póvoa e Duarte, 2009)]. Porém, os estudos são unânimes quanto à elevada prevalência de situações de carência na população muito idosa.

Em 2001, a população a residir em alojamentos não clássicos representava cerca de 0,8% do total da população residente em Portugal, dos quais 11% dos residentes eram pessoas idosas, sobretudo do sexo feminino, casados ou viúvos (Gonçalves, 2004). Numa análise temporal dos dados dos Censos, verificou-se, ainda, que, embora se percecionasse um decréscimo no número total de habitações não clássicas desde 1981, tem-se verificado um incremento na taxa de residência em alojamentos não clássicos pelas faixas etárias representativas da população muito idosa, com 80 anos ou mais. Num estudo promovido, em 2007, pela Fundação Aga Khan, designado “Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal”, estimou-se que 0,2% do total de alojamentos seriam alojamentos não clássicos. Posteriormente, em 2009, no estudo “Perfil de necessidades e qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento que residem no Concelho de Guimarães”, denominado QOL55+, e tendo em conta a população com mais de 50 anos residentes no Concelho de Guimarães, concluiu-se que 1,5% viviam em barracas e 2,7% em partes de casas, tendo-se verificado que um número significativo de habitações (39,5%) apresentava barreiras arquitetónicas e 1,3% graves problemas de acessibilidade (Martin, Duarte, Póvoa e Duarte, 2009).

Para além destes, outros indicadores foram já prescrutados, sendo igualmente importante aceder às expectativas da população quanto à sua situação habitacional. Neste âmbito, o inquérito realizado no seguimento do Plano Gerontológico Municipal

de Lisboa evidenciou os principais fatores de insatisfação, nomeadamente o estado geral da conservação (29%), o acesso à habitação (22%) e a área das divisões (19%), sendo que 65% da população idosa gostaria de fazer adaptações na sua casa para colmatar défices funcionais (Câmara Municipal de Lisboa, 2008).

Perante esta realidade e para que a habitação não seja um obstáculo à independência e à autonomia da pessoa idosa torna-se fundamental caracterizar adequadamente as condições de habitação deste grupo etário, de modo a definir e operacionalizar as melhores estratégias, para proporcionar um envelhecimento digno à população.

2.2 Um estudo na Baixa Pombalina

Face à necessidade de caracterizar as condições habitacionais da população idosa, designadamente a muito idosa, Rito e Martin (2011) efetuaram um estudo sobre os principais indicadores de habitabilidade, através de um método de caracterização de proximidade à habitação da população muito idosas, entre os 83 e os 94 anos, residentes na freguesia de São Nicolau, em Lisboa.

Os indicadores que melhor evidenciaram a precariedade das habitações e das condições de vida das pessoas muito idosas são, seguidamente, descritos. As habitações localizam-se, principalmente, no terceiro andar de prédios ou andares superiores (53.8%), cujo acesso se faz apenas por escadas (92%), em apartamentos construídos antes de 1919. As habitações correspondem, sobretudo, a um regime de propriedade por arrendamento com contrato assinado, em média, no ano de 1968, com rendas no valor mensal médio de 52€. Apresentam quatro ou mais divisões (69.2%), três divisões (23.1%) e uma divisão (7.7%). Verificou-se, ainda, uma reduzida disseminação de equipamentos como máquinas de lavar roupa, sistemas de aquecimento habitacional e instalação de gás. A maioria da população auscultada habita sozinha (61.5%), seguindo-se a partilha da habitação com senhorios/arrendatários/subarrendatários (30.8%) e com o cônjuge (7.7%). Foi com preocupação que se apurou a ausência (100%) de plano de fuga ou de números de emergência perto do telefone/telemóvel (61.5%), apesar de os idosos terem este tipo de equipamento ou um sistema pessoal de alarme de urgência junto à cama. No interior habitacional constatou-se a presença de pisos e degraus sem condições mínimas de segurança (76.9%), escadas sem corrimão de ambos os lados (100%), e banheiras/polibãs e sanitas sem barras de apoio (92.3%). Observou-se, ainda,

uma prevalência de obstáculos que dificultavam a deslocação (61.5%). O estado de degradação habitacional foi perceptível na observação de inúmeras patologias em paredes, tetos e pavimentos.

Este estudo compreendeu, ainda, uma análise da capacidade funcional do residente e a sua interação com o meio. Atividades como deslocar-se de casa até à rua; subir/descer as escadas que dão acesso à casa; aceder à caixa de correio; sentar e levantar-se da sanita; entrar/sair da banheira; abrir/fechar a porta de entrada; lavar a roupa/usar a máquina de lavar roupa foram identificadas pelos habitantes idosos como tarefas de elevado nível de dificuldade ou mesmo tarefas inacessíveis.

Tal como nos estudos enunciados, esta população possui alojamentos que, de uma forma geral, reúnem as condições necessárias à sua habitabilidade. Não obstante, o maior problema resulta da carente capacidade socioeconómica desta população muito idosa, da implicação da desadequação ambiental às necessidades particulares e das débeis condições de acessibilidade no seu quotidiano (implica dificuldades no acesso a cuidados de saúde, na interação social e na aquisição de informação), com graves comprometimentos na sua qualidade de vida.

3. Adequação da habitação às necessidades físicas e sociais da pessoa idosa

A pobreza, a exclusão social e a falta de condições de habitabilidade são os problemas prevalentemente associados à população idosa em Portugal (CET/ISCTE, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2002). As condições de habitabilidade vão muito além das condições elementares de bem-estar citadas, pois, com a idade, destacam-se comprometimentos individuais, como sejam alterações biológicas, psicológicas e sociais que originam vulnerabilidade e dependência. Segundo um estudo denominado Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (INIDD), em 2007, 9,16% da população portuguesa apresentava necessidades especiais, sendo a restrição na locomoção a situação mais comum e a que apresenta maior significância na população com idade igual ou superior a 75 anos (CET/ISCTE, 2008). Contudo, condições habitacionais restritivas podem, inclusivamente, exacerbar o declínio das funções e capacidades, sendo uma determinante para a saúde, a autonomia, a independência e a manutenção das pessoas idosas no seu meio (Howden-Chapman, Signal e Crane, 1999). O desequilíbrio na dinâmica envelhecimento, saúde e acesso a serviços e ambientes adequados originam fragilidade, num processo que se compreende cíclico e indutor de

dependência, traduzindo-se em elevado custo individual e social (Braubach, Jacobs e Ormandy, 2011). Esta desadequação ambiental encontra-se na base de muitas situações de isolamento (pela incapacidade de superar barreiras físicas que confinam o idoso a um espaço exíguo) e de institucionalização prematura, afetando a pessoa idosa, os seus familiares cuidadores e os serviços da comunidade quando, quer barreiras arquitetónicas, quer a ausência de estruturas de apoio necessárias, impedem a apropriada prestação de cuidados (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009).

Por outro lado, sendo o ambiente de vida da pessoa idosa determinante para a resposta de adaptação e capacitação face a um qualquer nível de limitação social, física e/ou cognitiva (World Health Organization, 2010), este pode apresentar-se, igualmente, como um meio de compensação das limitações decorrentes do envelhecimento e/ou da deficiência, quando se concebe e concretiza um plano de adaptações facilitadoras da vivência autónoma no domicílio (Hammel *et al.*, 2005; Lawton, 1990). Desta forma, mudanças ambientais inclusivas, que permitam equilibrar os recursos e as características da habitação com a perda de função física (Lawton e Nahemow, 1973), elevam a qualidade do ambiente, apresentando, igualmente, um impacto decisivo sobre o bem-estar das pessoas idosas, em especial sobre a satisfação de vida, facilitando a receção de serviços e promovendo a integração social (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a). Estas adaptações apresentam-se como estímulo para uma melhoria no desenvolvimento individual (Lawton, 1998) por potenciarem o equilíbrio entre as necessidades da pessoa idosa e o ambiente, estando a este paradigma associados conceitos como “*supportive housing*” (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009), “*environmental docility*” e “*environmental proactivity*” (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983a). Contudo, uma habitação inclusiva compreende, ainda, quatro conceitos que procuram redefini-la como uma tecnologia capacitadora para a vida, sendo eles “*accessible design*” (cumprimento mínimo de normas de acessibilidade e adequabilidade), “*visitability*” (eliminação de três barreiras principais: i. degraus, ii. corredores e portas estreitas e iii. casa de banho inacessível no andar de acesso ao exterior), “*adaptability*” (recursos que suportam atualizações fáceis e de baixo custo para melhorar as condições de acesso no futuro) e “*lifespan design*” (inclui uma gama de recursos adaptativos que facilitam a segurança e a prevenção de quedas, entre outros) (Jordana e Maisel, 2010). Habitações que cumprem estes requisitos de forma mais adequada respondem à evolução das necessidades da pessoa idosa (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009). Todavia, a habitação

convencional, sobretudo as habitações antigas que representam o comum tipo de alojamento da população idosa, não é facilmente adaptável para atender às necessidades resultantes do processo de envelhecimento ou de incapacidades decorrentes de patologias e/ou deficiências (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009))

Mesmo assim, alguns dos problemas mais comuns nas habitações podem ser contornados com soluções economicamente acessíveis (custo estimado muito inferior às obras de remodelação profundas) que potenciam a melhoria no desempenho do idoso, a redução de acidentes e apoiam uma vida independente (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009): instalar barras de apoio em locais estratégicos; superfícies antiderrapantes; melhorar a iluminação, principalmente escadarias e corredores de acesso; desobstruir passagens; eliminar ou fixar tapeçaria; identificar ajudas técnicas adequadas que facilitem a realização de tarefas diárias; construir rampas, entre outras. São comumente as entradas de acesso à habitação, a casa de banho e a cozinha as áreas mais problemáticas, mas, igualmente, as que oferecem mais oportunidades de melhoria.

As principais barreiras relatadas na literatura relativamente à adaptação ambiental quanto a uma situação de incapacidade ou de dependência ou como meras alterações facilitadoras das atividades quotidianas são o custo proibitivo (custos que se tornam significativos para uma população com baixos rendimentos), a incapacidade de realizarem eles mesmo as adaptações (por incapacidade física e/ou por mero desconhecimento de medidas de adaptabilidade adequadas à situação), a carência de prestadores de serviços qualificados e de confiança ou o desconhecimento da potencialidade da adaptação habitacional (Bayer e Harper, 2000).

Perante potenciais políticas de apoio à adaptação habitacional aos prestadores de serviços é recomendável a envolvimento da pessoa idosa no processo de modificação ambiental de forma a “maximizar a congruência entre as necessidade do próprio e as ofertas do meio ambiente” (Lawton, 1974: 258), priorizando melhorias rentáveis com impacto positivo na segurança doméstica e na usabilidade.

Assim, reafirma-se a imprescindível importância de promover e garantir toda uma gama de serviços, cuidados e adaptações funcionais que facilitem a continuidade da pessoa idosa no seu domicílio ou até mesmo na instituição de acolhimento, num amplo espectro de situações e graus de dependência (Vasunilashorn, Steinman, Liebig e Pynoos, 2012).

3.1 Alojamentos de baixo nível assistencial: uma opção habitacional alternativa

Ao conceito “*aging in place*” subjaz uma mudança de prioridades e recursos que iluminam um maior número de opções destinadas aos idosos, facilitando a comodidade e a independência (Vasunilashorn, Steinman, Liebig e Pynoos, 2012). Desta forma, embora se destaque a experiência positiva associada a uma situação de envelhecer no domicílio, fatores relacionados com dependência, restrições ambientais, carências sócio-económicas e familiares, conciliados com a carência no acesso a serviços que seriam essenciais na resposta a este quadro de vulnerabilidade, podem refletir-se numa vivência negativa que ecoa numa redução da qualidade de vida da pessoa idosa (Sixsmith e Sixsmith, 2008).

Neste quadro-problema, algumas soluções são apreendidas como possíveis para uma resposta mais adequada à população idosa, à rede de suporte e à comunidade envolvente, com a oferta de uma variedade de opções flexíveis que facilitem o envelhecimento no local e a manutenção da independência do indivíduo.

Os alojamentos de baixo nível assistencial caracterizam-se por serem estruturas residenciais que comportam altos graus de privacidade, ainda que se viva em vizinhança com outras pessoas idosas, pois o estilo de vida destes residentes é, normalmente, autónomo. São exemplos as tipologias de alojamento *Homeshare*, *Lifetimes Home*, *Cohousing*, *Sheltered* e *Extra Care Home*, com elevada expressividade nos países anglo-saxónicos e alguns países nórdicos (Martin, Rito e Brandão, 2011). Se é certo que esta opção habitacional desloque a pessoa idosa para fora do seu contexto natural (à exceção da tipologia *Homeshare*, a única não construída de raíz), não é menos verdade que a sua adoção permite encontrar respostas no setor privado com capacidade de equilibrar as premissas independência, privacidade, interação social e capacidade económica.

Na tabela 1 são analisadas estas tipologias de alojamento. Embora se caracterizem por acolher idosos independentes, as duas últimas (*Sheltered* e *Extra Care Home*), implicam, eventualmente, a necessidade de algum tipo de acompanhamento nas atividades de vida diária.

Tabela 1 – Síntese de alternativas habitacionais para a população idosa

Tipologia	Filosofia	Características	Perfil	Tamanho	Auxiliar
<i>Lifetimes Home</i>	Adequar as habitações às necessidades decorrentes do ciclo de vida familiar	Devem respeitar 16 normas estipuladas nesta tipologia	Toda a população	-	-
<i>Homeshare</i>	Partilhar recursos	Condições de conforto e habitabilidade	Pessoas idosas independentes	1 habitação	-
<i>Cohousing</i>	Desenvolver comunidades, tendo como principal agente ativo a população idosa	Apartamentos independentes e espaços comuns	Pessoas idosas	Muito variável	Optativo
<i>Sheltered</i>	Garantir apoio 24 horas	Apartamentos independentes e espaços comuns	Pessoas idosas independentes ou ligeiramente dependentes	15-60 apartamentos	Sim/Não
<i>Extra Care Home</i>	Apoiar na realização das atividades de vida diária	Apartamentos independentes e espaços comuns	Pessoas idosas mais dependentes	Muito variável	Sim/Sim

Analisando o panorama português, é perceptível a expressão pouco significativa dos modelos habitacionais alternativos de baixo nível assistencial referidos. Podem contabilizar-se algumas iniciativas incipientes no setor privado que, de um aspeto ou de outro, se aproximam deste tipo de alojamentos, encontrando-se, no entanto, associados, maioritariamente, ao setor hoteleiro. A Aldeia São José de Alcalar é um exemplo similar à tipologia *Cohousing*. Esta localidade foi construída para acolher 105 idosos em 52 habitações T1 e T3, contando com um edifício central polivalente com estruturas como refeitório, sala de convívio, posto de saúde e lavandaria, e serviços aos residentes tais como serviços de saúde, cuidados básicos e atividades sócio-culturais. É de salientar o papel ativo que os residentes apresentam na manutenção da Aldeia. Outros exemplos possíveis incluem, ainda, o Programa Aconchego (similar à tipologia *Homeshare* em cidades como Coimbra e Porto) e os *resorts*, de que são exemplos o

Health Resort Nature de Góis e o *Longevity Wellness Resort* de Monchique, estruturas residenciais ou lares de idosos com uma componente turística e de prestação de cuidados ou, então, orientados para cuidados de bem-estar como este último citado. As habitações comunitárias em Vila Flor, no interior transmontano são um caso concreto de um estrutura similar à tipologia *Sheltered*, acolhendo pessoas idosas vulneráveis, sem condições económicas para suportar o custo de uma habitação adequada, em residências remodeladas e convertidas em 5 apartamentos com espaços comuns. Os idosos pagam rendas simbólicas e possuem acompanhamento de serviços sociais.

Relativamente à consideração dos alojamentos com baixo nível de assistência, a falta de motivação para o desenvolvimento desta tipologia assistencial e imobiliária em Portugal deriva de contornos culturais e económicos ao nível da “procura pelo potencial cliente”, mas acima de tudo pela “falta de oferta apresentada pelo setor privado” e pela “falta de orientação técnica e facilitação regulamentar e legislativa pelo Governo Português” (Martin, Rito e Brandão, 2011: 313). Neste sentido, a carência de enquadramento legal adequado apresenta-se como principal fator limitativo à implementação de alojamentos alternativos ao propiciar e incentivar o setor privado à construção de uma tipologia tradicional de habitações para a população idosa (Lares ou Residências) (Martin, Rito e Brandão, 2011).

4. Políticas e estratégias de prevenção secundária

O sucesso do conceito *aging in place* depende, em grande medida, da satisfação residencial e do contexto social onde a pessoa se insere. Envelhecer na comunidade exige a integração de medidas de cariz ambiental, mas, igualmente, a consideração de medidas de teor social, de que é exemplo a prestação de serviços diversificados no domicílio e redes de vizinhança implicadas nas necessidades dos seus residentes, bem como medidas de carácter tecnológico que, reunidas, respondam às necessidades das populações mais vulneráveis. A falha na resposta à carência de uma dessas medidas poderá, por si só, impelir a pessoa idosa a uma situação de internamento, de cariz clínico ou social. Este paradigma exige respostas multidisciplinares, com implicação da população e de diferentes agentes da comunidade que visem, sobretudo, a adoção de medidas preventivas. São, seguidamente, enunciados os principais âmbitos de intervenção considerados.

4.1 Programas habitacionais de âmbito nacional

Sendo a população idosa a que apresenta as piores condições habitacionais e os menores níveis de bem-estar e de conforto [decorrente das condições habitacionais e económicas, assim como de dinâmicas familiares mais frágeis (Gonçalves, 2004)], torna-se necessário compreender que políticas habitacionais se encontram vigentes em Portugal e a sua orientação, para responder a esta população.

Em Portugal, as políticas de habitação no setor público visam, essencialmente, o combate às necessidades habitacionais e a promoção da reabilitação urbana. Ao nível da promoção habitacional destacam-se programas como o PER (Programa Especial de Realojamento), o PROHABITA (Programa de Financiamento para Acesso  Habitação) e o PCHI (Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas). Já no que respeita ao incentivo à reabilitação em Portugal, foram definidos quatro programas de apoio, nomeadamente, RECRIA (Regime Especial de Participação na Recuperação de Imóveis Arrendados), REHABITA (Regime de Apoio  Recuperação Habitacional em áreas Urbanas Antigas), RECRIPH (Regime Especial de Participação e Financiamento na Recuperação de Prédios Urbanos em Regime de Propriedade Horizontal) e SOLARH (Programa de Solidariedade  Recuperação de Habitação), por forma a contornar o principal entrave existente: o financiamento (Pereira, 2011: 66).

Destes programas, o PCHI é o único direcionado para a população idosa, resultando de uma parceria entre o Instituto da Segurança Social e as autarquias que disponibilizam uma intervenção de proximidade, encontrando-se apenas disponível em sete distritos. Na prática, este programa baseia-se na realização de obras de qualificação habitacional, através da criação ou da adaptação de espaços; do melhoramento de espaços já existentes (e.g. colocação de base de duche, sanita, lavatório); da melhoria da acessibilidade  habitação (e.g. rampas); e da aquisição de equipamentos essenciais (e.g. colo, cama, frigorífico, fogão, aquecedores, máquina de lavar roupa, televisão) (Despacho 6716-A/2007 de 5 de abril; Instituto da Segurança Social, 2011).

Apesar da perceção da problemática, a representação atual das políticas de habitação ainda carece de uma visão integrada e equilibrada, orientada especificamente para a pessoa idosa, para as suas fragilidades e expectativas. Recentemente, tem sido discutida, em fóruns nacionais, a significativa representatividade de idosos que habitam sozinhos ou acompanhados por outros idosos em casas degradadas, tanto em meio rural

como nos centros históricos, e cujas remodelações e obras de fundo às habitações são condicionadas por diversos fatores. Tendo em conta os resultados de diversos estudos e relatórios nacionais (Câmara Municipal de Lisboa, 2008; CEDRU, 2008; Direção-Geral da Saúde, 2008; Instituto Nacional de Estatística, 2002; Martin, Duarte, Póvoa e Duarte, 2009; Rito e Martin, 2011; Universidade Católica Portuguesa, 2009), são notórias as barreiras que limitam modificações estruturais essenciais na habitação: i) a incapacidade financeira e operacional da pessoa idosa; ii) as condições estruturais da habitação; iii) o elevado custo das remodelações; iv) o desconhecimento de medidas sociais de apoio; v) a atitude de suspeição quanto à oferta de apoios, principalmente por idosos isolados; vi) a inacessibilidade a medidas sociais de apoio à habitação (1. serviços fragmentados que não integram o âmbito saúde, habitação e serviços sociais; 2. falhas no financiamento de programas e sua gestão de proximidade); vii) a falta de consciência individual e social sobre o problema e; viii) as condições legais associadas ao regime de ocupação das residências habituais de agregados idosos (regime de aluguer traduz-se, muitas vezes, na negligência ou incapacidade dos proprietários procederem à manutenção de condições de habitabilidade adequadas aos arrendatários).

Tabela 2 – Programas habitacionais em Portugal

	Objetivos	População Alvo	Financiamento	Avaliação
PER	Atribuir apoios financeiros para a construção, arrendamento ou aquisição de fogos destinados ao realojamento de famílias residentes em barracas ou habitações similares (MTSS, 2006; IHRU, 2009).	Famílias residentes em barracas ou habitações similares.	IRHU (comparticipação a fundo perdido e empréstimo bonificado); Instituições de crédito (autorizadas para financiar empréstimos bonificados, em alternativa aos empréstimos IHRU); Famílias e Municípios.	No período de implantação 2007-2008, verificou-se (OHRU, 2009): <ul style="list-style-type: none"> • A intervenção em 1.100 fogos; • Pagamento de 35,5 milhões de euros pelo IHRU; • O programa encontra-se numa fase menos ativa, pois a maioria das famílias inscritas nos contratos de adesão já foi realojada (68%), as restrições orçamentais dos Municípios assim o exige.
PROHABITA	Diminuir situações de grave carência habitacional de agregados familiares residentes no território nacional através da aquisição, construção, reabilitação e arrendamento de fogos (MTSS, 2006; IHRU, 2009; Pereira, 2011).	Agregados familiares residentes em habitações deficientes (solidez, salubridade, segurança ou sobrelotação), que, no âmbito de operações municipais de reabilitação urbana, necessitem de realojamento urgente ou cuja habitação tenha sido parcial ou totalmente destruída por intempéries, calamidade ou outros desastres.	IRHU (comparticipações a fundo perdido e em empréstimos bonificados).	Observou-se no período de 2007-2008 (OHRU, 2009): <ul style="list-style-type: none"> • Maior incidência no Centro e Norte do Continente e nas Regiões Autónomas; • Estabelecimento de 78 acordos de colaboração; • Pagamento de 35,8 milhões de euros em participações a fundo perdido e de empréstimos.
PCHI	Melhorar as condições básicas de habitabilidade e de mobilidade das pessoas idosas, permitindo que estas permaneçam, o mais tempo possível, no seu meio habitual de vida (Despacho 6716A/2007 de 5 de abril; Instituto da Segurança Social 2011).	Pessoas com 65 ou mais anos.	Parceria entre o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e as autarquias (até 3500€ por habitação, a fundo perdido)	Direcionado para três distritos-piloto (Bragança, Beja e Guarda). Envolveu 26 autarquias, com a expectativa de melhorar 600 habitações, através da disponibilização de 2.100.000 € (Almeida, 2007).
RECRIA	Realizar obras de conservação e beneficiação de fogos e imóveis em estado de degradação (Matos, 2001; Madeira, 2009; Martins, 2008; Pereira, 2011).	Senhorios e Proprietários.	IRHU e Municípios (comparticipação a fundo perdido concedida numa proporção de 60%, pelo IHRU, e de 40%, pelo município).	Relativamente ao período de tempo 2007-2008 constatou-se (OHRU, 2009): <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de 196 candidaturas; • Forte adesão nas Áreas Metropolitanas e fraca expressão no resto do Continente; • Financiamento de cerca de 8 milhões de euros.

REHABITA	Recuperar zonas urbanas antigas, através da execução de obras de conservação, beneficiação ou reconstrução de edifícios habitacionais (Martins, 2008; Madeira, 2009; Pereira, 2011).	Câmaras municipais.	IRHU e Municípios (majoração de 10%, repartida entre o IRHU e municípios, na mesma proporção estabelecida para o RECRIA).	No período 2007-2008 verificou-se (OHRU, 2009): <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de 45 candidaturas; • Fraca adesão nacional (5 Municípios); • Financiamento de 1,7 milhões euros, aproximadamente.
RECRIPH	Recuperar prédios urbanos em regime de propriedade horizontal (Martins, 2008; Madeira, 2009; Pereira, 2011).	Edifícios particulares antigos em regime de propriedade horizontal.	IRHU e Municípios (comparticipações a fundo perdido e de empréstimos sobre o valor das obras a realizar nas partes comuns dos prédios urbanos).	Observou-se entre 2007-2008 (OHRU, 2009): <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de 30 candidaturas; • Fraca procura fora da Área Metropolitana de Lisboa; • Financiamento de 276 mil euros; • Perante tais resultados, a continuidade do RECRIPH enquanto programa autónomo encontra-se em período de reflexão.
SOLARH	Financiar, sob a forma de empréstimo sem juros, a realização de obras de conservação ordinária ou extraordinária e de beneficiação em habitações devolutas (Madeira, 2009; Pereira, 2011).	Proprietários de casa devolutas.	IHRU (concessão de empréstimo sem juro, sendo que o custo das obras não pode exceder os 11.971,15 €).	Relativamente ao período de tempo 2007-2008 verificou-se (OHRU, 2009): <ul style="list-style-type: none"> • Aprovação de 279 candidaturas; • Forte adesão na Região Norte e uma fraca expressão no Algarve, sendo inexistente nas Regiões Autónomas; • Perto de 1,2 milhões de euros para financiamento.

4.2 Programas municipais de apoio à habitabilidade

Para além dos programas habitacionais nacionais, algumas medidas de carácter municipal têm sido desenvolvidas. São medidas particularmente centradas nas especificidades locais dos municípios, de que são exemplos os programas de habitação social de propriedade Municipal [embora com reduzida representatividade no tecido habitacional – 16% dos alojamentos arrendados e 3,3% do parque habitacional (CET/ISCTE, 2008)], sendo um exemplo muito concreto o Programa Municipal de Apoio ao Arrendamento do Concelho de Matosinhos. Relativamente a respostas específicas para a população idosa, merecem citação programas como “Matosinhos Amigo”, que procuram facilitar e promover a melhoria das condições de habitabilidade pela prestação de um serviço gratuito de remodelações e adaptações de pequena dimensão a habitações particulares. Ambos os programas são dinamizados por uma empresa municipal promotora da gestão social, patrimonial e financeira do património habitacional (informação acessível no URL: <http://www.matosinhoshabit.eu>).

4.2.1 Redes de vizinhança e serviços disponíveis na comunidade

Envelhecer no domicílio com uma satisfatória qualidade de vida compreende, para além de outros fatores, considerações e intervenções sobre o âmbito “Habitação”. No entanto, este apresenta uma óbvia relação com cada aspeto de vida, incluindo o sistema de serviços (Carp, 1976). Envolve a adequação e a facilidade com que a pessoa idosa obtém o apoio social de que necessita, através da rede de vizinhança e de uma conveniente rede de prestadores formais de serviços (Golant e LaGreca, 1994; Jordana e Maisel, 2010; Oswald, Jopp, Rott e Wahl, 2011).

Embora a família se mantenha como recurso chave, uma vez que os serviços sociais não se encontram capacitados para responder de forma isolada aos desafios que este modo de vida subentende, os serviços de âmbito social e de cuidados tomam cada vez maior peso como instrumento de apoio às famílias e de garantia, reparação e prevenção de situações de carência e de exclusão social (Marques e Santinha, 2011). As razões para a necessidade de serviços por parte de pessoas idosas são as condições de vida precárias, solidão, dificuldades no relacionamento interpessoal, saúde física e mental e capacidade funcional diminuída (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983b), com a inerente necessidade de cobertura de tarefas domésticas, cuidados pessoais (serviços

de apoio domiciliário e de enfermagem) e serviços de integração social (e.g. apoio na criação e manutenção de contatos sociais) (Heikkinen, Waters e Brzezinski, 1983b).

Enumerando o quadro concreto relativo à resposta de Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal, um estudo recente verificou que este se apresenta como um serviço subutilizado, cujos modelos organizativos se encontram orientados para a prestação de serviços básicos, embora apresentem potencial para uma prestação mais efetiva com base na análise do perfil da pessoa idosa (Martin, Oliveira e Duarte, 2012). Desta forma, a prestação de uma resposta adaptada aos diferentes níveis de necessidades e de comprometimento apresentados pela população idosa, tendo em conta o conceito *aging in place*, reflete uma carência de respostas sociais integradas que contribuam para o envelhecimento bem sucedido no domicílio.

4.3 Introdução de sistemas de domótica

Respostas de cariz tecnológico são, igualmente, instrumentos de apoio ao quotidiano, imprescindíveis para a manutenção da independência da pessoa idosa, para a facilitação de tarefas assim como para a sua proteção (Pynoos, Caraviello e Cicero, 2009). São considerados recursos tecnológicos as tecnologias “*low tech*”, como as ajudas ergonómicas comuns, e as tecnologias de assistência “*high tech*”, como os sensores para as luzes, o sistema de telealarme, as cápsulas de medicação com alarme e os meios comuns como o telefone, a internet e os jogos cognitivos, que se traduzem em recursos de baixo custo. Dentro das tecnologias “*high tech*”, é a domótica o sistema que reúne uma maior diversidade de disciplinas científicas (e.g. comunicação, microeletrónica, novos materiais, engenharia mecânica, desenho universal, adaptado e assistido, entre outros) na criação de serviços e dispositivos (Recuero, 1999), cuja aplicação visa apoiar, passiva ou ativamente, a execução de tarefas através de um sistema integrado que gere a informação que recebe da pessoa e da habitação. São exemplos o sistema de Telessaúde por Telemonitorização e Teleassistência ao idoso, ao doente crónico ou seu cuidador (Lai, 2008; Mahoney, 2011; Sixsmith e Sixsmith, 2008), assim como os sistemas Casa Inteligente (Salces, Baskett, Llewellyn-Jones e England, 2006), entre outros. Estes sistemas possuem diversa aplicabilidade e usabilidade, podendo ser adquiridos tendo em conta diferentes níveis de participação necessários e atividades concretas a facilitar. Contudo, é importante a gestão consciente destes recursos uma vez que: i. impõem, geralmente, um investimento financeiro considerável;

ii. o mesmo sistema não permite responder a toda uma variedade de situações e carências funcionais do utilizador (idoso e/ou cuidadores), sendo necessário que este se adapte e aprenda a manuseá-lo; iii. a utilização de medidas de apoio desnecessárias podem apresentar um caráter restritivo à atividade, limitando a função da pessoa idosa (Salces, Baskett, Llewellyn-Jones e England, 2006). Em Portugal, contam-se atualmente 14 laboratórios membros da Rede Europeia “*Living Usability Labs*” que produzem investigação científica e desenvolvem produtos para uma variedade de setores (Alcotra, 2011). No entanto, o investimento em serviços que se traduzem na integração entre as carências do setor habitacional (relacionado com a construção sustentável e resposta ao modelo *lifespan design*) e o setor serviços a sub-grupos populacionais vulneráveis é, ainda, pouco significativo.

Conclusões

O debate sobre a definição, as potencialidades e a operacionalização de políticas de habitação dirigidas para as pessoas idosas numa ótica de *aging in place* encontra-se em grande medida por fazer, designadamente em Portugal. Dada a centralidade que esta temática ocupa na sociedade, será sempre um debate em aberto e exposto a diversos argumentos políticos e académicos sobre os caminhos que melhor se colocam às soluções a adotar, sobretudo em períodos conjunturais de apreensão social e económica como o que atualmente se verifica.

No contexto de uma visão capaz de relacionar o envelhecimento com a qualidade e a adequabilidade das habitações, importa refletir criticamente sobre três questões decisivas:

- i) Porque existe uma elevada percentagem de pessoas idosas em condições de habitação precárias, constituindo, por isso, um obstáculo à sua independência e autonomia?
- ii) Como promover e garantir toda uma gama de serviços, cuidados e adaptações funcionais que facilitem a continuidade da pessoa idosa no seu domicílio ou até mesmo na instituição de acolhimento, num amplo espectro de situações e graus de dependência? E, por isso mesmo, como aprender com determinadas soluções adotadas no contexto Europeu?

iii) Como adequar as potenciais respostas (intervenções, instrumentos) ao contexto nacional de política pública?

O debate sobre estas questões vai, pois, para além da simples procura de soluções que permitam fazer melhor o que já se faz hoje. Requer, acima de tudo, uma forma diferente de encarar a relação política de habitação/envelhecimento, mais integrada, multidisciplinar e interativa, na qual se incluem as estruturas e relações sociais existentes, numa tentativa de aumentar a capacidade de resposta às necessidades, desafios e expectativas duma sociedade com dinâmicas próprias e em constante mutação.

O desafio está lançado. Mas trata-se apenas de uma primeira abordagem, de um pequeno contributo tendo em consideração as múltiplas dimensões da problemática em causa. A tarefa, necessariamente coletiva, está ainda por fazer. E a maior ou menor capacidade de responder ao desafio lançado é determinada, essencialmente, pela vontade dos principais agentes nacionais e locais, individuais e coletivos, se organizarem em torno de uma agenda com objetivos comuns, selecionarem um conjunto de ações e projetos prioritários e de os operacionalizarem.

Referências bibliográficas

- AARP (2005), *A Report to the Nation on Livable Communities: Creating Environments for Successful Aging*, Washington, D. C., AARP.
- ALCOTRA (2011), *Best practices Database for Living Labs: - Overview of the Living Lab approach; - Living Lab Best Practice Database Specification*, Alcotra Innovation project [Consult. a 29.04.2012]. Disponível em:
<http://www.alcotra-innovazione.eu/progetto/doc/Best.pdf> .
- ALMEIDA, M. (2007), “Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas”, in *Revista Pretextos*, 28, 11-14.
- BALL, M. M. [et. al.] (2004), “Managing decline in assisted living: the key to aging in place”, in *The Journals of Gerontology Series B*, 59 (4), S202-S212.
- BAYER, A.; HARPER, L. (2000), *Fixing to Stay: A National Survey on Housing and Home Modification Issues*, Research Group and AARP Programs.

- BRANDÃO, D.; SANTINHA, G.; MARTIN, I. (2011), “Estimaao da Prevalência de Carência Habitacional Grave entre a Populaao Idosa em Portugal: Revisão da Literatura”, in *Atas da 1 Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11 Workshop da APDR sobre o tema “Território, Mercado Imobiliário e a Habitaao”*, Universidade de Aveiro, 333-338.
- BRAUBACH, M.; JACOBS, D. E.; ORMANDY, D. (Eds.) (2011), *Environmental burden of disease associated with inadequate housing. Methods for quantifying health impacts of selected housing risks in the WHO European Region. Summary report*, Copenhagen, World Health Organization.
- BRINK, B. (1990), “International policy trends in housing the elderly in developed countries”, in *Ageing International*, 17 (2), 13-20.
- CMARA MUNICIPAL DE LISBOA (2008), *Plano Gerontolgico Municipal*, Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa.
- CARP, F. M. (1976), “Housing and living environments of older people”, in R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold, pp. 244-263.
- CEDRU (2008), *Estudo de Avaliaçao das Necessidades dos Sniores em Portugal*, Lisboa, Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano / BCG – Boston Consulting Group.
- CET/ISCTE (2008), *Contributos para o Plano Estratégico de Habitaao 2008-2013 – Diagnóstico de Dinâmicas e Carências Habitacionais*, Lisboa, Câmara Municipal de Lisboa.
- DARÁ, A. (2010), *Design Inclusivo: o impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso*, Lisboa, Universidade Lusíada Editora.
- DESPACHO 6716-A/2007 de 5 de Abril do Ministério do Trabalho e de Solidariedade Social, *Diário da República*, 2 série, n 68.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008), *Planos Locais de Aao em Habitaao e Saúde: Manual para projeto*, Lisboa, Direção-Geral da Saúde.
- GOLANT, S. M.; LAGRECA, A. J. (1994), “Housing quality of U.S. elderly households: does aging in place matter?”, in *The Gerontologist*, 34 (6), 803-814.
- GONÇALVES, C. (2004), “Caracterizaao da populaao residente em alojamentos no clássicos”, in *Instituto Nacional de Estatística, Censos de 1991 e 2001*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, pp. 71-88.
- HAMMEL, J. [et al.] (2005), *The Impact of Home Modification Services on Community Living and Participation Outcomes For People Who Are Aging with Disabilities: Final Report*, Chicago, University of Illinois at Chicago.

- HEIKKINEN, E.; WATERS, W. E.; BRZEZINSKI, J. Z. (1983a), “Living Conditions”, in World Health Organization (Ed.), *The Elderly in eleven countries: a sociomedical survey*, Public Health in Europe 21, Copenhagen, World Health Organization Press, pp. 111-140.
- (1983b), “Use of services”, in World Health Organization (Ed.), *The elderly in eleven countries: a sociomedical survey*, Public Health in Europe 21, Copenhagen, World Health Organization Press, pp. 59-77.
- HOWDEN-CHAPMAN, P.; SIGNAL, L.; CRANE, J. (1999), “Housing and health in older people: ageing in place”, in *Wellington: Social Policy Journal of New Zealand*, 13, 1-14.
- IHRU, Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana (2009), Programa de Reabilitação Urbana. *Portal do IRHU*. [Online] 28 de Outubro de 2003. [Consult. a 27.08.2010]. Disponível em: <http://www.portaldahabitacao.pt/pt/portal/habitacao/programasapoio/per.html>
- (2010), Habitação de Custos Controlados. *Portal do Cidadão*. [Online] 02 de Junho de 2010. [Consult. a 27.08.2010]. Disponível em: <http://www.portaldahabitacao.pt/pt/portal/habitacao/programasapoio/custoscontrolados.html>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001), *Principais indicadores territoriais: construção e habitação*. [Consult. a 02.02.2012]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&bdpagenumber=1&bdnivelgeo=1&contexto=bd&bdtemas=1610&bdsbtemas=161012.
- (2002), *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- (2010), *Indicadores Sociais 2009*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- (2011), “CENSOS 2011: Parque habitacional (Resultados pré-provisórios)”, in *Destaque: informação à comunicação social*, Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- ISS, INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL (2011), *Guia prático programa conforto habitacional para pessoas idosas*, Lisboa, Instituto da Segurança Social. [Consult. a 13.04.2012]. Disponível em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=36749&m=PDF.
- JORDANA, L.; MAISEL, M. U. P. (2010), *Design Resources*, DR05-Levels of Inclusive Housing, IDeA Center.
- LAI, O. (2008), “The enigma of Japanese ageing-in-place practice in the information age: does digital gadget help the (good) practice for intergeneration care?”, in *Ageing International*, 32, 236-255.
- LAWTON, M. P. (1974), “Social Ecology and the Health of Older People”, in *Social Ecology and Health*, 64 (3), 257-260.
- (1990), “Residential environment and self-directedness among older people”, in *American Psychologist*, 45 (5), 638-640.

- (1998), “Environment and aging: theory revisited”, in R. J. Scheidt & P. G. Windley (Eds.), *Environment and Aging Theory: A Focus on Housing*, Westport, USA, Greenwood Press, pp. 1-31.
- LAWTON, M. P.; NAHEMOW, L. (1973), “Ecology and the aging process”, in C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *Psychology of Adult Development and Aging*. Washington D. C., American Psychological Association, pp. 619-674.
- LAWTON, M. P.; WEISMAN, G. D.; SLOANE, P.; CALKINS, M. (1997), “Assessing environments for older people with chronic illness”, in *Journal of Mental Health and Aging*, 3, 83-100.
- MADEIRA, A. (2009), *A Reabilitação Habitacional em Portugal: Avaliação dos Programas RECRIA, REHABITA, RECRIPH E SOLARH*, Tese de mestrado em Regeneração Urbana e Ambiental, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- MAHONEY, D. F. (2011), “An evidence-based adoption of technology model for remote monitoring of elders’ daily activities”, in *Ageing International*, 36 (1), 66-81.
- MARQUES, S.; SANTINHA, G. (2011), “Políticas Sociais e Ambiente Construído; Contributos para um Envelhecimento Bem-Sucedido”, in *Atas da 1ª Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11º Workshop da APDR sobre o tema “Território, Mercado Imobiliário e a Habitação”*, Universidade de Aveiro, pp. 317-332.
- MARTIN, I.; DUARTE, V.; PÓVOA, V.; DUARTE, N. (2009), *Perfil de necessidades e qualidade de vida das pessoas em processo de envelhecimento do concelho de Guimarães: QOL 55+*, Porto, UnIFai.
- MARTIN, I.; OLIVEIRA, L.; DUARTE, N. (2012), “An Overview of In-home Care for Older People in Portugal”, in *The Journal of Long Term Home Health Care*, 31 (1). (aceite para publicação).
- MARTIN, I.; RITO, S.; BRANDÃO, D. (2011), “Alojamentos Alternativo para a População Idosa”, in *Actas da 1ª Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11º Workshop da APDR sobre o tema “Território, Mercado Imobiliário e a Habitação”*, Aveiro, Universidade de Aveiro, pp. 311-316.
- MARTINS, D. (2008), *Renovação e reabilitação de interiores de quarteirão na Baixa Chiado*, Tese de mestrado em Arquitectura, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- MATOS, F. (2001), *A habitação no grande Porto: uma perspectiva geográfica da evolução do mercado e da qualidade habitacional desde finais do século XIX até ao final do milénio*, Tese de doutoramento em Geografia Humana, Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- MATOSINHOSHABIT (2012), *Programa Municipal de Apoio ao Arrendamento do Concelho de Matosinhos*. [Consult. a 22.03.2012]. Disponível em: <http://www.matosinhoshabit.eu/>.

- MTSS, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (2006), *Plano Nacional de Acção para a Inclusão 2006-2008*, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- NBHBPS; MINISTRY FOR REGIONAL DEVELOPMENT, C. R. (2004), *Housing Statistics in The European Union*, Sweden, Internation Union of Tenants.
- OHRU, OBSERVATÓRIO DA HABITAÇÃO E DA REABILITAÇÃO URBANA (2009), *Relatório de monitorização dos programas: SOLARH, RECRIA, REHABITA, RECRIPH, PROHABITA, PER, Acordos de colaboração, incêndios (2007 e 2008)*, Lisboa, Instituto da Habitação e Reabilitação Urbana. [Consult. a 13.04.2012]. Disponível em: http://www.portaldahabitacao.pt/opencms/export/sites/ohru/pt/ohru/documentacao/anexos/ohru/Relatorio_monitorizacao.pdf.
- OSWALD, F.; JOPP, D.; ROTT, C.; WAHL, H. W. (2011), “Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction?”, in *The Gerontologist*, 51 (2), 238-250.
- PASTALAN, L. A. (1990), *Aging in place: The role of housing and social supports*, New York, Haworth Press.
- PEREIRA, M. (2011), *Aumento da atractividade e reforço da centralidade da baixa pombalina e bairros históricos*, Tese de mestrado em Arquitectura, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- PYNOOS, J. (2001), *Meeting the Needs of Older Persons to Age in Place: Findings and Recommendations for Action*, San Diego, The National Resource Center for Supportive Housing and Home Modification.
- PYNOOS, J.; CARAVIELLO, R.; CICERO, C. (2009), “Lifelong housing: the anchor in aging-friendly communities”, in *Generations*, 33 (2), 26-32.
- RECUERO, A. (1999), “Intelligent houses for elders and handicapped to have an independant life”, in *Informes de la Construcción*, 50 (459), 55-59.
- RITO, S.; MARTIN, I. (2011), “Situação Habitacional das Pessoas Idosas na Baixa Pombalina”, in *Actas da 1ª Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11º Workshop da APDR sobre o tema “Território, Mercado Imobiliário e a Habitação”*, Aveiro, Universidade de Aveiro.
- ROSENMAJR, L. (1977), “The family – a source of help for the elderly? ”, in E. Shanas & M. B. Sussman (Eds.), *Family, bureaucracy, and the elderly*, Durham, NC, Duke University Press, pp. 132-155.
- SALCES, F.; BASKETT, M.; LLEWELLYN-JONES, D.; ENGLAND, D. (2006), “Ambient Interfaces for Elderly People at Home – Ambient Intelligence in Everyday Life”, in Y. Cai & J. Abascal (Eds.), Vol. 3864, Springer Berlin/Heidelberg, pp. 256-284.
- SATARIANO, W. (2006), “Aging, Health, and the Environment: An Ecological Model”, in W. Satariano, *Epidemiology of Aging: An Ecological Approach*, pp. 39-84.

SIXSMITH, A.; SIXSMITH, J. (2008), “Ageing in place in the United Kingdom”, in *Ageing International*, 32, 219-235.

UNITED NATIONS (2006), *Conference of European Statisticians Recommendations for the 2010 Censuses of Population and Housing*, Geneve, United Nations.

– (2007), *World Economic and Social Survey Development in an Ageing World*, New York, United Nations.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2009), *Porto Solidário: Diagnóstico Social do Porto*, Porto, Universidade Católica Portuguesa.

VASUNILASHORN, S.; STEINMAN, B. A.; LIEBIG, P. S.; PYNOOS, J. (2012), “Aging in Place: Evolution of a Research Topic Whose Time Has Come”, in *Journal of Aging Research*, 6, 1-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *Mental Health: strengthening our response*, World Health Organization, fact sheet N° 220. [Consult. a 19.03.2012]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.

BIBLIOGRAFIA TEMÁTICA

Bibliografia temática

Alexandra Lopes¹ e Rute Lemos²

Universidade do Porto

As referências abaixo indicadas foram as que estiveram na base das considerações iniciais desenvolvidas no artigo de abertura deste número temático da Revista *Sociologia*. Compreendem um conjunto diversificado de textos publicados, em português, entre os anos 1997 e 2012 (este último ano limitado ao primeiro semestre) e que, em formatos e intensidades variáveis, envolvem um enfoque sociológico na abordagem a uma série de temas diretamente relacionados com a questão geral do envelhecimento demográfico.

O intuito, e a expectativa, com a inclusão desta listagem no encerramento deste número é o de proporcionar, à comunidade de sociólogos portugueses, um momento de sistematização dos esforços desenvolvidos na exploração da temática geral do envelhecimento demográfico, assim como um elemento de apoio a todos os jovens investigadores que se encontram, no momento, a iniciar a sua jornada pela investigação sociológica nesse mesmo campo.

As referências são elencadas seguindo a norma geral da ordem alfabética. Para enriquecimento, e correção, desta listagem, pede-se a todos os colegas que, por limitação nossa, não viram os seus textos incluídos nesta bibliografia temática, que nos informem do facto e nos enviem as respectivas referências.³

¹ Alexandra Lopes é doutorada em Social Policy pela London School of Economics e docente/investigadora no Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Porto, Portugal). Os seus interesses de investigação centram-se na problemática geral do envelhecimento demográfico, com um ênfase particular em temáticas relacionadas com desigualdades e pobreza e com dependências e cuidados continuados. *E-mail*: aslopes@letras.up.pt

² Rute Lemos é Mestre em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto (Porto, Portugal) e bolsista de investigação da FCT integrada no projeto “Módulo de questões para o cuidado a idosos – versão portuguesa” com a referência PTDC/CS-SOC/117593/2010 e coordenado por Alexandra Lopes. *E-mail*: rlemos@letras.up.pt

³ Para contacto usar o endereço eletrónico de Alexandra Lopes (aslopes@letras.up.pt).

Textos sociológicos no campo do envelhecimento demográfico: 1997-2012

- ALMEIDA, M. (2007), “Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise...”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. 17 (2ª série), 17-24.
- ALVES, J. (2005), “Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos”, in R. A. Gonçalves e C. Machado (Org.), *Psicologia Forense*, Coimbra, Quarteto Editora (números de página desconhecidos).
- (2011), *Vidas de cuidado(s): uma análise sociológica do papel dos cuidadores informais*, Coimbra, Universidade de Coimbra, Dissertação de Mestrado em Sociologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/17869>
- ANDRADE, F. (2009), *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*, Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Área de Especialização em Educação para a Saúde, Braga, Universidade do Minho. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/10460>
- ARAÚJO, I. (2010), *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*, Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em:
<http://repositorio-berto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. (2008), “Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio”, in *Revista Referência*, II.ª Série, n.º 7, 43-53.
- (2009), “Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida”, in *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol. 8, n.º 2, 191-197.
- (2010), “Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família”, in *Referência – Revista de Enfermagem*, IIIª Série, n.º 2, 45-53.
- ARAÚJO, I.; SANTOS, A. (2011), “Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação”, in *Referência – Revista de Enfermagem*, IIIª Série, n.º 6, 95-102.
- ARAÚJO, J.; RAMOS, E.; LOPES, C. (2011), “Estilos de vida e percepção do estado de saúde, em idosos portugueses de zonas rural e urbana”, in *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 24 (S2), 79-88.
- ARAÚJO, O. (2009), “Idosos dependentes: impacte positivo do cuidar na perspectiva da família”, in *Revista Sinais Vitais*, Vol. 86, 25-30.

- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (2009), *Pessoas idosas vítimas de crime*, Lisboa, APAV.
- AVÓ, M. H. M. (2009), *Gerir a adultez tardia: os processos de tomada de decisão e acomodação das famílias com idosos dependentes*, Dissertação de Mestrado em Política Social, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/2970>
- AZEREDO, Z. (2001), “Como dispense o idoso o seu tempo”, in *Geriatrics*, Vol. 14, n.º 131, 14-21.
- BANDEIRA, A. L. (2008), *As Necessidades dos Cuidadores Informais. Estudo na Área do Envelhecimento*, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- BARATA, A. I. (2011), *Castelo Branco XXI: proposta de plano de acção gerontológico*, Dissertação de Mestrado em Política Social, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/3104>
- BARBOSA, A. (2009), *Cuidado informal no fim da vida: stress e coping em cuidadores primários e secundários*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3290>
- BARBOSA, A. L. [et al.] (2011), “Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percecionadas pelos cuidadores formais”, in *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 12, n.º 1, 119-129.
- BARRETO, J. (1998), “A realidade social dos idosos em Portugal: o desafio do ano 2000”, in *Saber (e) Educar*, Vol. 3, 17-24.
- (2000), “A velhice e o sentido da vida”, in *Brotéria*, Vol. 150, n.º 2, 149-156.
- (2005), “Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. 15, 289-302.
- BORRALHO, O. (2010), *Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: identificação e caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia do Desenvolvimento, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/15626/1/Tese%20Odete%20Borralho.pdf>
- BOTELHO, M. (2011), *Idoso que cuida de idosa*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7237>
- BOTELHO, M. A. (1999), *Autonomia Funcional em Idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*, Tese de Doutoramento (área científica desconhecida), Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.

- BRANCO, M. J.; PAIXÃO, E. (2008), *Uma observação sobre Cuidados Continuados no domicílio*, Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Departamento de Epidemiologia.
- BRANCO, N. F. (2010), *Cuidados continuados integrados: estudo de um caso*, Dissertação de Mestrado em Política Social, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/2978>
- BRITO, L. (2002), *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*, Coimbra, Quarteto Editora.
- CABRAL, M. V. (2003), “Saúde e incapacidade”, in Instituto Nacional de Estatística (Org.), *Portugal Social – 1991-2001*, Lisboa, INE, pp. 179-196.
- CALVÁRIO, A.; BRITO, I.; BRITO, L. (1999), “Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes”, in *Revista Referência*, Vol. 3, 15-21.
- CAMPOS, M., [et al.] (2009), “O membro da família prestador de cuidados e a transição para o seu novo papel: Uma revisão da literatura”, in *Servir*, Vol. 57, n.º 1-2, 37-45.
- CAPUCHA, L. (2005), “Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção: protecção contra o ‘risco de velhice’: que risco?”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. 15, 337-347.
- CARVALHAIS, M. (2006), *Relação enfermeiro-idoso: valores e crenças*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3264>
- CARVALHAIS, M. D.; SOUSA, L. (2011), “Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas”, in *Referência – Revista de Enfermagem*, Vol. III, Série n.º 3, 75-84.
- CARVALHO, H. (2009), *Sobrecarga, morbilidade psicológica, suporte social, ajustamento conjugal e qualidade de vida em cuidadores de idosos dependentes*, Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde, Braga, Universidade do Minho. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/9648>
- CARVALHO, M. I. (2009), “A Política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou protecção efectiva?”, in *Locus Social*, Vol. n.º 2, 29-46.
- (2010), *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*, Tese de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, ISCTE-IUL. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/2364>
- CERQUEIRA, M. (2011), *Imagens do envelhecimento e da velhice (na população portuguesa)*, Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/6477>
- COELHO, S. B. (2009), *O contributo do voluntariado para o bem-estar dos idosos: estudo de casos*, Dissertação de Mestrado em Sociologia e Planeamento, Lisboa, ISCTE. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/1371>

- COIMBRA, J. (2008), *O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/947>
- CORREIA, A. P. (2008), *Rastreamento de abuso na pessoa idosa*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3279>
- CORREIA, A. R. (2010), *Serviço de tele-assistência aos idosos: caso prático realizado em colaboração com a unidade de saúde familiar Anta*, Dissertação de Mestrado em Inovação e Empreendedorismo Tecnológico, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/58398>
- CORREIA, C. S. (2009), *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia da Saúde, Faro, Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/564>
- COSTA, A. (2001), “O Ser idoso: O indefinido instinto da imortalidade”, in *Humanidades, Cultura e Cidadania*, Vol. 4, 22-23.
- COSTA, A. T. T. (2012), *Necessidades dos idosos do concelho da Praia da Vitória em cuidados continuados domiciliários*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores.
- COSTA, M. P. (2011), *Indicadores de qualidade para a contratualização de cuidados paliativos*, Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/6231>
- COUTO, T. B. (2010), *Caracterização da qualidade de vida e necessidades de idosos com DPOC*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3312>
- CRISTOVÃO, M. R. (1997), *Percepção do enfermeiro no cuidado ao idoso*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- CRUZ, D. [et al.] (2010), “As vivências do cuidador informal do idoso dependente”, in *Referência – Revista de Enfermagem*, IIIª Série, n.º 2, 127-136.
- CUNHA, M. C. (2007), *Perfis do serviço de apoio domiciliário em Portugal: organização de recursos e serviços*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3268>
- DIAS, I. (2005), “Envelhecimento e violência contra idosos”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. 15, 249-273.
- (2009), *Os maus-tratos aos idosos: abordagem conceptual e intervenção social*, Sumário Pormenorizado da Lição para as Provas Públicas de Agregação em

- Sociologia, Porto, Universidade do Porto. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10216/17982>
- (2010), “Violência doméstica e justiça”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. XX, 245-262.
- DINIS, R. B. (2006), *A família do idoso: o parceiro esquecido?: cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectivas dos enfermeiros*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/727>
- DIONÍSIO, B. (2001), “Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: imagens, percepções e atitudes em torno da velhice”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. 5/6 (2ª série), 241-255.
- DUARTE, M. E. (2012), *Deambulações do envelhecimento activo no curso do envelhecimento*, 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Aveiro, Universidade de Aveiro, 9 a 11 de Fevereiro de 2012.
- DUARTE, S.; COSTA, M. A. (2007), *A família como parceiro de cuidados: estratégias para cuidar no domicílio em Cuidados Continuados*, I Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa, Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 14 a 16 de Novembro de 2007.
- ESPINHEIRA, S. (2011), *Famílias de acolhimento de idosos*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Braga, Universidade Católica Portuguesa.
- FARIA, C. (2012), *Satisfação do cuidador/Educação para a Saúde*, Mestrado em Gerontologia Social, Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores.
- FÉLIX, A. (2010), *Quem cuida do cuidador?: o custo invisível do acto de cuidar*, Tese de Doutoramento em Ciências de Saúde, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3886>
- FERNANDES, A. A. (1997), *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- (1999), “Reforma, velhice e cidadania: dúvidas e certezas de um contrato social”, in *Cadernos de Política Social*, Vol. 2-3, 9-28.
- (2001), “Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, in *Sociologia: Problemas e Práticas*, n.º 36, 39-52.
- (2003), “Do Envelhecimento demográfico às políticas públicas de protecção social”, in J. Portela e J. C. Caldas (Org.), *Portugal Chão*, Oeiras, Celta Editores, pp. 87-110.
- FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. (2007), “Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. 17 (2ª série), 11-16.

- FERNANDES, A. A.; GIL, A. P.; GOMES, I. (2010), “Fora de cena. Invisibilidades sociais na última etapa da trajetória de vida”, in A. Dornelas [et al.] (Org.), *Portugal invisível*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, pp. 173-198.
- FERNANDES, A. T. (1998), “A violência na família”, in A. Fernandes (Org.), *O Estado Democrático e a Cidadania*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 59-90.
- (2005), “Processos e estratégias de envelhecimento”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. 15, 223-247.
- FERNANDES, H. (2007), *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*, Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/2668>
- FERNANDES, J. (2009), *Cuidar no domicílio: a sobrecarga do cuidador familiar*, Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://udcpplanaltomirandes.files.wordpress.com/2011/08/tese-de-mestrado-da-dra-jacinta.pdf>
- FERNANDES, L. (2007), *Tratamentos ou Cuidados Paliativos?*, International Joint Congress: XXXV Congress of the European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP). XV Reunión de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG). VIII Congresso da Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria (APG), Santiago de Compostela, Facultad de Medicina de la USC, 20 a 23 de Junho de 2007.
- FERNANDES, S. (2010), *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Porto, Universidade Portucalense. Disponível em:
<http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/360/1/TME%20434%20tese.pdf>
- FERREIRA, A. L. (2009), *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2156>
- FERREIRA, A. L. C. (2010), *Inovação Social: Assistência a Idosos – Novos projectos de vida em ambientes de elevada qualidade*, Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, Vila Real, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10348/570>
- FERREIRA, C. (2009), *Envelhecimento e lazer*, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/13532>
- FERREIRA, M. B. (1997), *As políticas sociais e os cuidados de saúde aos idosos em Portugal*, Tese de Mestrado em Administração Pública, Braga, Universidade do Minho.

- FERREIRA, P. L.; ANTUNES, B. (2011), *Medição de resultados em cuidados paliativos: aspetos essenciais*, Coimbra, Mar da Palavra.
- FERREIRA, P. M. (2011), *Envelhecimento activo e relações intergeracionais*, XV Congresso Brasileiro de Sociologia Curitiba, Sociedade Brasileira de Sociologia, 26 a 29 de Julho 2011.
- FERREIRA, S. (2002), *O prestador informal de cuidados à pessoa idosa alvo de apoio domiciliário integrado Uma Análise exploratória como suporte à garantia da efectividade de um programa de promoção da saúde*, Mestrado em Saúde Pública, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/584/1/Tese%20de%20Mestrado%20para%20publicar.pdf>
- (2008), *Papel dos cuidadores informais ao idoso com doença de Alzheimer*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3288>
- FERREIRA, Z. (2011), *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*, Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/5739>
- FERREIRA-ALVES, J. (2004), “Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Pessoas Idosas”, in *Polícia e Justiça: Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências criminais*, IIIª série, Número especial temático, 133-151.
- FERREIRA-ALVES, J.; SOUSA, M. (2005), “Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. 15, 223-247.
- FIGUEIRA, A. (2010), *Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas: a UCCC do HJLC*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3755>
- FIGUEIREDO, D. (2007), *Cuidados familiares ao idoso dependente*, Lisboa, Climepsi Editores.
- (2007), *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência – Abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*, Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4664>
- FONSECA, A. (2005), “O envelhecimento bem-sucedido”, in C. Paúl e A. Fonseca (Org.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi, pp. 281-311.
- (2006), “Transição-adaptação à reforma em Portugal”, in *Psychologica*, Vol. 42, 45-70.
- (2009), “Que vida depois da reforma?”, in Fórum Gulbenkian de Saúde, Fundação Calouste Gulbenkian (Org.), *O tempo da vida*, Lisboa, Principia, pp. 151-159.

- FONSECA, A.; PAÚL, C. (2002), “Adaptação e validação do ‘inventário de Satisfação com a Reforma’ para a população portuguesa”, in *Psychologica*, Vol. 29, 169-180.
- FONSECA, A. M. [et al.] (2005), “Perfil psicossocial de idosos rurais do interior de Portugal – estudo de caso numa freguesia do distrito da Guarda”, in C. Paúl e A. Fonseca (Org.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 99-108.
- (2009), “Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdV) – Estudo de validação para a população idosa portuguesa”, in *Psychologica*, Vol. 50, 373-388.
- FONSECA, T. (2010), *Sobrecarga, depressão e generatividade em mulheres cuidadoras informais*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2495>
- FRAGOSO, V. (2008), “Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado”, in *Revista IGT na Rede*, Vol. 5, n.º 8, 51- 61.
- FREITAS, C. M. (2012), *Envelhecimento bem-sucedido: que perceções?*, Mestrado em Gerontologia Social, Angra do Heroísmo, Universidade dos Açores.
- FREITAS, J. A. (2011), *Centros Sociais Paroquiais – redes de Comunicação e cooperação para a “terceira idade”*: contexto institucional e social, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Porto, Universidade Fernando Pessoa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/2269>
- FREITAS, M. (2011), *O tempo livre dos idosos do concelho de Oliveira do Bairro*, Dissertação de Mestrado em Lazer e Desenvolvimento Local, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/17573>
- FRIAS, A. [et al.] (2011), *Um Alento no Cuidar*, Jornadas Internacionais de Enfermagem da Universidade de Évora, Évora, Universidade de Évora, 2 e 3 de Junho de 2011.
- GIL, A. P. (1998), *Solidariedades intergeracionais e Instituições de Velhice*, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora, Universidade de Évora.
- (1999), “Redes de solidariedade intergeracionais na velhice”, in *Cadernos de Política Social*, Vol. 1, 91-114.
- (2007), “Envelhecimento activo: Complementaridades e contradições”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. n.º 17 (2ª série), 25-36.
- (2007), *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- (2009), *Serviços de Apoio Domiciliário. Oferta e Custos no Mercado Privado*, Lisboa, Instituto da Segurança Social.
- GOMES, A. O. (2008), *Contextos e estilos de vida do idoso: estudo narrativo no feminino*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3284>

- GONÇALVES, R. L. (2010), *Famílias de idosos da quarta idade: Dinâmicas Familiares*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/45980>
- GONÇALVES, S. (2010), “Cuidados Continuados”, in J. Simões (Org.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*, Coimbra, Almedina, pp. 561-600.
- GRAVE, R. (2008), *Satisfação com a vida e materialismo: idosos e idosas pobres a viver sós*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3272>
- GRELHA, P. (2009), *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida*, Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/1090>
- GUERREIRO, M. D. (2003), “Pessoas sós: múltiplas realidades”, in *Sociologia: Problemas e Práticas*, n.º 43, 31-49.
- HESPANHA, P. [et al.] (2000), *Entre o Estado e o Mercado. As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*, Coimbra, Quarteto.
- IMAGINÁRIO, C. (2004), *O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*, Coimbra, Formasau.
- JACOB, L. (2004), *Ajudantes de Seniores: Uma proposta de perfil profissional para as IPSS*, Dissertação de Mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos, Lisboa, ISCTE.
- JACOB, L.; FERNANDES, H. (2011), *Ideias para um envelhecimento ativo*, Almeirim, RUTIS.
- JACOB, S. (2009), *O apoio domiciliário e os cuidadores informais um estudo sobre a influência do apoio domiciliário na vulnerabilidade ao stress e no impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faro, Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/493>
- JOSÉ, J. S. (2009), *Cuidar de um familiar idoso dependente: trajetórias de cuidar e seus significados*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Lisboa, Universidade de Lisboa, especialidade em Sociologia Geral. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/320>
- JOSÉ, J. S.; WALL, K.; CORREIA, S. (2002), “Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e Soluções”, in *Working Paper 2 – 2002*, Lisboa, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- KEONG, A. M. (2010), *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2793>

- LAGE, I. (2005), “Cuidados familiares a idosos”, in C. Paúl e A. Fonseca (Org.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 203-229.
- LAGE, M. I. (2004), “Cuidar dos cuidadores de idosos dependentes”, in *Atas do Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 28 a 30 de Junho.
- (2007), *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacto do Cuidado no Cuidador*, Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7243/4/TESE%20DISCUSS%C3%83O%202008%20ABRIL.pdf>
- LEITÃO, J. C. (2010), “(Des)igualdades, envelhecimento e saúde: um avanço civilizacional”, in *Alicerces*, Vol. III, n.º 3, 91-106.
- LOPES, A. (2008), *Rendimento e privação entre os idosos portugueses. Uma análise de dados do Painel dos Agregados da Comunidade Europeia*, VI Congresso Português de Sociologia – “Mundos Sociais: saberes e práticas”, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, 25 a 28 de Junho.
- LOPES, L. (2007), “Necessidades e Estratégias na Dependência: Uma visão da família”, in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 25, n.º 1, 39-46.
- LOPES, L. M. (2007), “Envelhecimento activo: uma via para o bem-estar”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. n.º 17 (2ª série), 65-68.
- LOUREIRO, H. M. (2011), *Cuidar na “Entrada na reforma”: uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias*, Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4159>
- LOURO, M. C. (2007), *Cuidados Continuados no Domicílio*, Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>
- MACHADO, M. (2010), *Unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção – estudo de caso*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Braga, Universidade Católica Portuguesa.
- MACHADO, P. (2007), “A emergência do ‘Velho’ na cidade: reconfigurações sociais e transformações demográficas nas cidades portuguesas”, in *Actas do V Congresso Português de Sociologia – “Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção”*, Braga, Universidade do Minho, 12 a 15 de Maio de 2004.
- (2007), “Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento activo, pensando no envelhecimento em meio urbano”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. n.º 17 (2ª série), 53-63.

- MAGALHÃES, C. P. [et al.] (2009), *Idadismo*, Congresso “O Doente Crónico e a Saúde Comunitária”, Lousada, SevenProf, 25 e 26 de Novembro de 2009.
- (2010), “Repercussão dos estereótipos sobre as pessoas idosas”, in *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Vol. III, n.º 2, 7-16.
- MARIZ, M. (2008), “Além dos 60: Trabalho e bem-estar dos moradores de Coimbra e São Paulo”, in *Oficina do CES*, Vol. n.º 311, pp. 1-18.
- MARQUES, F. (2010), *A construção da finitude na transição do século XX para o século XXI: contributo para o estudo do caso português*, Dissertação de Mestrado em História das Ideologias e das Utopias Contemporâneas, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/18155>
- MARTÍN, I. [et al.] (2006), “O desenvolvimento do paradigma do envelhecimento produtivo: os novos papéis dos seniores na sociedade”, in R. Osório e F. Pinto (Org.), *Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*, Lisboa, Edições Piaget, pp. 203-223.
- (2006), “Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal”, in R. Osório e F. Pinto (Org.), *Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*, Lisboa, Edições Piaget, pp. 131-179.
- MARTÍN, I.; NEVES, R. (2007), *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade em Portugal – 2006*, Porto, UNIFAI, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.
- MARTÍN, I.; PAÚL, C.; RONCON, J. (2001), “Estudo de Adaptação e validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal”, in *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 1, 3-7.
- MARTINS, J. (2003), *Programação da alta hospitalar do idoso: Um Contributo para a continuidade de cuidados. Estudo exploratório*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/10538>
- MARTINS, R. L.; Rodrigues, M. L. (2004), “Estereótipos sobre Idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica”, in *Millenium – Revista do ISPV*, Vol. 29, 249-254.
- MARTINS, R. M. (2005), “A relevância do apoio social na velhice”, in *Millenium – Revista do ISPV*, Vol. 31, 128-134.
- (2006), “Envelhecimento e políticas sociais”, in *Millenium – Revista do ISPV*, Vol. 32, 126-140.
- MARTINS, T.; PAIS, J. L.; GARRETT, C. (2004), “Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedades Psicométricas”, in *Revista Referência*, Vol. 11, 17-31.

- MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P.; GARRETT, C. (2003), “Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais”, in *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol. 4, n.º 1, 131-148.
- MAURITTI, R. (2004), “Padrões de vida na velhice”, in *Análise Social*, Vol. XXXIX, nº 171, 339-363.
- MENDES, F. R. (2005), *Conspiração Grisalha. Segurança Social, Competitividade e Gerações*, Oeiras, Celta Editora.
- MESTRE, M. J. (2010), *Suporte social e coping nos cuidadores informais de idosos dependentes*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faro, Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/399>
- MOURO, I. F. (2010), *Doentes crónicos idosos nas UCCI: qualidade de vida e satisfação*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4032>
- NEVES, I. (2011), *Integração e continuidade de cuidados*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/7312>
- NOGUEIRA, J. M. A. (2009), *Cuidados continuados – Desafios*, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Disponível em: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf
- NORUEGAS, S. (2011), *Cuidados paliativos: perspectivas dos cuidadores*, Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/7558>
- NUNES, I. A. (2009), *A constelação do idoso*, Dissertação de Mestrado em Medicina, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/21066>
- NUNES, S. (2010), *Qualidade de vida e necessidades da população idosa com doença oncológica*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3947>
- OLIVEIRA, A. (2009), *Cuidados informais ao idoso dependente: motivos e gratificações*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3295>
- OLIVEIRA, C. [et al.] (2010), *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa*, Eurotrials. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.4/992>
- OLIVEIRA, L. (2007), *Contextos do serviço de apoio domiciliário: a dinâmica entre necessidades e serviços*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3266>
- OLIVEIRA, M. A.; QUEIRÓS, C.; GUERRA, M. P. (2007), “O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese”, in *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 8, n.º 2, p.181-196.

- OLIVEIRA, P. (2007), “Viver cada vez mais: um ‘retorno ao éden’? – impactos do envelhecimento demográfico na qualidade de vida dos mais velhos”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. n.º 17 (2ª série), 81-88.
- PAIS, J. M. (2006), “Exilados da Vida: a solidão na velhice”, in J. M. Pais (Org.), *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*, Porto, Ambar, pp. 143-180.
- PAÚL, C. (1997), *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*, Coimbra, Almedina.
- (1999), “Prestação de cuidados e autonomia dos idosos”, in *Sénior*, Vol. 1, 10-11.
- (2000), “Estereótipos sobre os idosos”, in *Cidade Solidária*, Vol. 5, n.º 3, 50-59.
- (2005), “Envelhecimento activo e redes de suporte social”, in *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras*, Vol. 15, 275-287.
- PAÚL, C.; FONSECA, A. (1999), “A saúde e qualidade de vida dos idosos”, in *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol. 3, n.º 2, 345-362.
- (2005), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, Climepsi Editores.
- PAÚL, C. [et al.] (2001), “EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal”, in *Psicologia – Teoria, Investigação e prática*, Vol. 6, n.º 2, 415-426.
- (2005), “A satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos portugueses”, in C. Paúl e A. Fonseca (Org.), *Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 77-95.
- PAÚL, C.; RIBEIRO, O. (2012), *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.
- PEDROSO, L. (2011), *Unidades de internamento de cuidados continuados integrados – estudo de caso*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, Braga, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10400.14/8190>
- PEREIRA, A. (2008), *Cuidadores familiares e idosos dependentes: perfil, motivo e satisfação com a vida*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3277>
- PEREIRA, H. (2011), *Subitamente cuidadores informais: a experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*, Tese de Doutoramento em Enfermagem, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf
- PEREIRA, M. F. (2011), *Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7152>
- PEREIRA, M. G.; RONCOM, J.; CARVALHO, H. (2009), “Envelhecimento e saúde: uma perspetiva psicológica sobre idosos e cuidadores”, in M. E. Leandro, P. Nossa e V.

- Rodrigues (Org.), *Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*, Viseu, Psicosoma, pp. 131-166.
- (2011), “Aspectos psicológicos e familiares do envelhecimento”, in Z. Azeredo (Org.) *O idoso como um todo*, Psicosoma, Viseu, pp. 102-130.
- PEREIRA, S. M. (2011), *Burnout em cuidados paliativos: uma perspectiva bioética*, Tese de Doutoramento em Bioética, Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- PERISTA, H. (2001), “Envelhecimento e condições de vida – breves notas sobre a situação portuguesa”, in *Futurando*, Vol. 2, 6-9.
- (2001), “Para uma caracterização social das pessoas idosas. Um apontamento numa perspectiva de género”, in R. Sampaio (Org.), *Seniores*, Lisboa, Instituto para o Desenvolvimento Social, sem páginas.
- (2002), “Género e trabalho não pago: os tempos das mulheres e os tempos dos homens”, in *Análise Social*, Vol. XXXVII, nº 163, 447-474.
- (2004), “Velhice(s) e vulnerabilidades: mulheres idosas em Portugal”, in A. Cova, N. Ramos e T. Joaquim (Org.), *Desafios da comparação. Família, mulheres e género em Portugal e no Brasil*, Oeiras, Celta Editora, pp. 255-261.
- PERISTA, H. [et al.] (1997), *(Re) inventar solidariedades – o local como eixo dinamizador do apoio social às pessoas idosas. Que inovação possível?*, Lisboa, CESIS.
- PIMENTEL, L. (1998), *Articulação entre solidariedades formais e informais no apoio ao idoso*, I Seminário Internacional “Atribuições e Intervenção das Autarquias na Área Social”, Coimbra, Fundação Bissaya-Barreto, 5 e 6 de Novembro.
- (2000), “Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso”, in *Geriatrics*, Vol. XIII, nº 125, 13-18.
- (2001), *O lugar do Idoso na Família – Contextos e Trajectórias*, Coimbra, Quarteto Editora.
- (2004), “O idoso e a família: vidas com projectos”, in *Futurando*, Vol. 11/12/13, 39-44.
- (2006), *A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas Dependentes: uma Análise das Relações Familiares Intergeracionais e de Germanidade*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE.
- (2008), *Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto família*, VI Congresso Português de Sociologia – “Mundos Sociais: Saberes e Práticas”, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa, 25 a 28 de Junho de 2008.
- (2011), “O sexo dos anjos: os cuidados às pessoas idosas dependentes como uma esfera de ação preferencialmente feminina”, in *Ex aequo*, Vol. 23, 23-37.
- PIMENTEL, L.; ALBUQUERQUE, C. (2010), “Solidariedades Familiares e o apoio a Idosos. Limites e Implicações”, in *Textos e Contextos*, Vol. 9, nº 2, 251-263.

- PINTO, C. (2008), *Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3282>
- PINTO, M. S. (2010), *Serviços de descanso ao cuidador: soluções de internamento temporário na região EDV*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3309>
- PINTO, P. F.; FERNANDES, A. A.; BOTELHO, M. A. (2007), “Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. N.º 17 (2ª Série), 43-51.
- PORTUGAL, S. (2008), “As mulheres e a produção de bem-estar em Portugal”, *Working Paper Oficina do CES*, n.º 319.
- (2011), “Dádiva, Família e Redes Sociais”, in S. Portugal e P. H. Martins (Org.), *Cidadania, Políticas Públicas e Redes Sociais*, Coimbra, Imprensa Universidade Coimbra, pp. 39-54.
- PÓVOA, V. (2010), *Escala de qualidade de vida para utentes de lar de idosos*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3313>
- QUARESMA, M. L. (2004), “Interrogar a dependência”, in M. L. Quaresma [et al.] (Org.), *O Sentido das Idades da Vida. Interrogar a Solidão e a Dependência*, Lisboa, CESDET, pp. 37-50.
- (2007), “Envelhecer com futuro”, in *Revista Fórum Sociológico*, Vol. n.º 17 (2ª série), 37-42.
- RAIMUNDO, M. J.; LIMA, M. (2002), “Cuidar do idoso – Os cuidados que prestamos, as pessoas que somos”, in *Servir*, Vol. 50, n.º 4, 192-195.
- RATO, H. (2010), *Emergência em encontrar soluções para os idosos. Envelhecimento e estatuto da pessoa idosa: uma questão civilizacional e cultural*, IV Encontro de Saúde, Cantanhede, Hospital de Cantanhede, 15 e 16 de Maio de 2010.
- REIS, M. (2011), *A promoção da saúde em idosos com apoio social*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/7628>
- RIBEIRO, A. L. (2009), *Influência do coping e dos estilos de vida no BES e na saúde dos idosos*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faro, Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/688>
- RIBEIRO, O. (2005), “Quando o cuidador é homem: envelhecimento e orientação para o cuidado”, in C. Paúl e A. Fonseca (Org.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 231-254.

- (2011), "Masculinidade, saúde e envelhecimento: reflexões sociais numa perspectiva de género", in M. N. Strey, C. Nogueira e M. R. Azambuja (Org.), *Gênero e Saúde: diálogos ibero-brasileiros*, Porto Alegre, Edipucrs, pp. 303-324.
- (2011), *O idoso prestador informal de cuidados: estudo sobre a experiência masculina do cuidar*, Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7159>
- RIBEIRO, O.; PAÚL, C. (2006), "Demência de Alzheimer e cônjuges cuidadores: homens em perspectiva", in *Psychologica*, Vol. 42, 71-87.
- RICARTE, L. S. (2009), *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto.
- ROCHA, A. P. (2007), *O autoconceito dos idosos*, Dissertação de Mestrado em Psicogerontologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/1103>
- ROCHA, B. (2009), *Stresse e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*, Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Faro, Universidade do Algarve. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/575>
- ROCHA, P. R. (2010), *Qualidade de vida em pessoas idosas: o Centro Social Paroquial São Pedro Maceda*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4289>
- RODRIGUES, A.; PONTES, M. (2010), "As vivências do cuidador informal do doente de Alzheimer", in *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, Vol. 7, 122-133.
- RODRIGUES, F. (2010), *Religiosidade intrínseca e extrínseca: implicações no bem-estar psicológico de adultos séniores*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2507>
- RODRIGUES, L. S. (2008), *Qualidade de vida no idoso e envolvimento comunitário*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/866>
- RODRIGUES, R. (2007), *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*, Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7168>
- ROLO, L. (2008), *Sobrecarga e satisfação com a vida: a percepção dos cuidadores informais de idosos*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3303>
- ROMÃO, A.; PEREIRA, A. (2008), "Cuidadores Informais de idosos – Conhecer os colaboradores da SCML", in *Cidade Solidária*, Vol. 19, 40-43.

- ROSA, A. P. (2010), *Idosos mais idosos: narrativas, ciclo de vida e estilos de vida*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4024>
- ROSA, M. J. V. (1998), “Notas sobre a população – níveis de povoamento e envelhecimento: contrastes entre os concelhos do continente”, in *Análise social*, Vol. XXXIII, n.º 148 - 4º, 861-870.
- (2000), “População idosa: pensionistas e despesas sociais com a velhice”, in A. Barreto (Org.), *A Situação Social em Portugal, 1960-1999*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, pp. 607-610.
- SANTOS, D. (2008), *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente: um estudo do Concelho da Lourinhã*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/732/1/LC400.pdf>
- SANTOS, F.; ENCARNAÇÃO, F. (1998), *Modernidade e Gestão da Velhice*, Faro, Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- SANTOS, G. (2007), *Cuidar do idoso dependente no domicílio: avaliação dos problemas*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4873>
- SANTOS, G. P. (2008), *Impacto da ética e dos comportamentos monetários na satisfação com a vida: idosos sós*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3270>
- SANTOS, R. (2008), “Ser Idoso Hoje”, in *Millenium – Revista do ISPV*, Vol. 35, 1-8.
- SÃO JOSÉ, J.; WALL, K. (2006), “Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: problemas e soluções”, in *Cadernos Sociedade e Trabalho*, Vol. VII, 119-154.
- SARAIVA, D. (2011), *O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/17858>
- SARAIVA, S. (2008), *O cuidado informal ao idoso dependente: impacto no cuidador primário e secundário*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3262>
- SEBASTIÃO, C. (2009), *Os impactos da dependência: o contributo e a importância da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados no apoio e acompanhamento de famílias com idosos dependentes na óptica do cuidador principal*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/18738>
- SEQUEIRA, C. (2007), *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*, Coimbra, Quarteto.

- SERRAZES, A. (2011), *O bem-estar subjectivo na terceira idade: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados do concelho de Carregal do Sal*, Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/17983>
- SILVA, A. (2010), *Envelhecimento activo, educação e promoção da saúde na população idosa*, Dissertação de Mestrado em Educação, Braga, Universidade do Minho. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/15126>
- SILVA, A. G. (2009), *Conhecimento de sintomas de demência e relatos de perpetração de abuso em cuidadores*, Dissertação de Mestrado (área científica desconhecida), Braga, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/7602>
- SILVA, A. G. D. (2010), *EASYcare: adaptar à avaliação geriátrica multidimensional nos cuidados continuados*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4034>
- SILVA, J. (2010), *Funcionalidade e bem-estar psicológico em idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2827>
- SILVA, M. E. (2006), *Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!: racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice. Um estudo no norte de Portugal*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, Universidade Aberta. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/788>
- SILVA, P. N. (2009), *Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da actividade e dos papéis sociais na realidade europeia*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações, Lisboa, ISCTE-IUL. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/1879>
- SILVA, S. (2009), *Envelhecimento activo: trajectórias de vida e ocupações na reforma*, Dissertação de Mestrado em Sociologia Políticas Locais e Descentralização: as Novas Áreas do Social, Coimbra, Universidade de Coimbra. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/12294>
- SILVA, V. S. (2011), *Cuidados Familiares na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/5190>
- SIMÕES, M. (1997), *Cuidados ao idoso: a realidade da prática*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.
- SIMÕES, P. F. (2010), *Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade*, Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3310>

- SOEIRO, M. A. (2010), *Envelhecimento português. Desafios contemporâneos, políticas e programas sociais: estudo de caso*, Dissertação de Mestrado Ciência Política e Relações Internacionais, na especialização de Globalização e Ambiente, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/5736>
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. (2000), “Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem estar”, in *Psychologica*, Vol. 25, 19-24.
- (2002), “Quem são os prestadores de cuidados aos idosos?”, in *Sinais Vitais*, Vol. 40, 45-48.
- SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. (2004), *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*, Porto, Âmbar.
- TAVARES, J. P.; SILVA, A. L. (2010), “Barreiras e soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: percepções de Enfermeiros(as)”, in *Referência – Revista de Enfermagem*, IIIª Série, n.º 1, 17-28.
- TEIXEIRA, M. (2008), *Centro de dia na perspectiva do utente: uma visão global*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3286>
- VASCONCELOS, P. (2003), “Famílias complexas: tendências de evolução”, in *Sociologia: Problemas e Práticas*, Vol. n.º 43, 83-96.
- VELOSO, M. (2008), *Famílias de acolhimento de idosos: a experiência no concelho de Bragança*, Dissertação de Mestrado em Geriatria e Gerontologia, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3276>
- VERGUEIRO, M. E. (2009), *O ageism e os maus-tratos contra a pessoa idosa*, Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Coimbra, Universidade de Coimbra.
- VICENTE, H. (2010), *Família multigeracional e relações intergeracionais: perspectiva sistémica*, Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro, Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/3318>
- VICENTE, M. J. (2007), “Envelhecimento demográfico e alargamento do tempo de trabalho – o debate inacabado. Implicações socio-económicas e busca de novos paradigmas”, in *Revista Fórum Sociológico*, n.º 17 (2ª série), 69-79.
- VIEGA, S.; GOMES, C. (2007), *A Identidade na Velhice*, Porto, Porto Editora.
- VILARINHO, L. (2009), *Avaliação de Preditores de Abuso Financeiro na População Idosa*, Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Porto, Universidade do Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/26600>
- WALL, K. (2000), *Famílias no Portugal Contemporâneo: Estruturas, Dinâmicas e Solidariedades*, Lisboa, CIES/ISCTE e ICS/Universidade de Lisboa.
- WALL, K.; ABOIM, S. (2003), “Perfis regionais das mudanças familiares: síntese final”, in *Sociologia: Problemas e Práticas*, Vol. 43, 97-100.

ESTATUTO EDITORIAL

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

ESTATUTO EDITORIAL

A revista *Sociologia* surgiu em 1991 como publicação científica na área da Sociologia, com uma periodicidade anual, e associada à consolidação da docência e da produção científica no âmbito da licenciatura em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto (criada em 1985/86) e do Instituto de Sociologia (criado em 1989).

Tem como intenção principal abordar as questões sociais de âmbito vasto e segundo perspectivas teóricas diversas, de forma a promover o cultivo da Sociologia em Portugal, quer como conhecimento sistemático das realidades sociais, quer como prática social e profissional. Tem procurado estabelecer o diálogo entre os que, no interior da Universidade, promovem o trabalho científico e aqueles que, como outros profissionais da Sociologia, se ocupam de atividades diversificadas na sociedade global, sem esquecer os que, nos demais quadros laborais, necessitam de um conhecimento sistematizado da realidade social portuguesa.

Tem sido, ao longo das suas edições, uma revista especializada, na medida em que veicula trabalhos de investigação em Sociologia, mas sem se limitar a um campo específico desta ciência. Recolhe estudos tanto de pendor teorizante como de pendor empírico, em ambos os casos com a necessária e possível observação social nas várias especializações em Sociologia.

No momento atual, procura dotar cada número de uma maior coerência e da participação de autores de outras proveniências institucionais. Mantém-se o pressuposto de que o cruzamento de perspectivas, os diálogos intertextuais e a cumulatividade e reificação do conhecimento científico ficarão enriquecidos com a pluralidade de contributos.

Em 2011, a sua periodicidade passou a ser semestral, fruto da necessidade de promover uma maior atualização das publicações e agilidade no relacionamento com a produção científica, bem como de corresponder aos parâmetros estabelecidos pelas bases de indexação.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

1. Os artigos propostos para publicação na revista *Sociologia* são submetidos a avaliação de especialistas das áreas respectivas, em regime de anonimato. A decisão final de publicação é da responsabilidade do Conselho de Redação.

2. Os textos devem ser redigidos em páginas A4, a espaço e meio (norma também válida para as notas de rodapé e para as referências bibliográficas), tipo de letra *Times New Roman* e corpo de letra 12, em formato Word for Windows, PDF e HTML. No caso de serem enviados por correio, os artigos devem ainda ser impressos em duplicado e virem acompanhados de um CD com o ficheiro de texto, nos formatos supracitados.

3. O limite máximo de dimensão dos artigos é de 50.000 caracteres, incluindo espaços, notas de rodapé, referências bibliográficas, quadros, gráficos e figuras. As resenhas não deverão ultrapassar os 13.000 caracteres.

4. Outros textos, tais como projetos, materiais sociográficos, documentos, opiniões e resenhas, devem observar os seguintes limites de páginas:

- a) notícias, 1-2 páginas;
- b) outros, 5 páginas.

5. Nos artigos, sugere-se a utilização de, no máximo, dois níveis de titulação, com numeração árabe.

6. As transcrições deverão abrir e encerrar com aspas. Os vocábulos noutras línguas que não a portuguesa devem ser formatados em itálico.

7. Os elementos não textuais nos artigos devem ser organizados em quadros, gráficos e figuras, identificados com numeração árabe contínua e respetivo título para cada um destes tipos de elementos.

8. Nas notas de rodapé devem utilizar-se apenas números, sem parêntesis. A numeração das notas deve ser contínua do princípio ao fim do artigo.

9. A norma de citação adotada deverá ser a anglo-saxónica (autor-data).

10. As referências bibliográficas deverão obedecer às seguintes orientações:

- a) Livro: Apelido, Nome próprio (ano), *Título do Livro*, Local de edição, Editor (ev. ref. da primeira edição);
- b) Artigo em publicação periódica: Apelido, Nome próprio (ano), “Título do artigo”, *in Nome da publicação periódica*, volume, número, páginas;
- c) Textos em coletâneas/Contribuições em monografias: Apelido, Nome próprio (ano), “Título do texto/contribuição”, *in* Nome próprio, Apelido (org.), *Título da Coletânea/Monografia*, Local de edição, Editor, páginas (ev. ref. da publicação original da contribuição).

11. Todos os originais entregues ao Conselho de Redação devem:

- a) conter a versão final do texto, pronta a publicar, devidamente revista de eventuais gralhas;
- b) quando incluírem materiais gráficos ou icónicos, fazer-se acompanhar dos respetivos originais em bom estado, com indicação dos locais no texto onde devem ser inseridos (o Conselho de Redação reserva-se o direito de não aceitar figuras ou gráficos cuja realização acarrete excessivas dificuldades);
- c) assinalar claramente as expressões a imprimir em itálico, ou a destacar por outra forma gráfica;
- d) vir acompanhados de:
 - o título completo do artigo traduzido em Inglês, Francês e Espanhol;
 - um resumo com um máximo de 650 caracteres/10 linhas e 3 ou 4 palavras-chave, os quais deverão ser traduzidos nos 3 idiomas acima mencionados;
 - a indicação dos dados de identificação do autor (formação e/ou situação profissional do(s) autor(es), instituições ou organizações em que desenvolve(m) atividade e elementos de contacto.

12. Os artigos devem obedecer ao Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, em vigor desde o dia 1 de janeiro de 2009. Não obstante, as citações de textos anteriores ao acordo devem respeitar a ortografia original.

13. Os originais podem ser enviados por e-mail para revistasociologia@letras.up.pt ou revsociologiaflup@gmail.com ou por correio para a seguinte morada:

Direção da revista *Sociologia*

Departamento de Sociologia

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Via Panorâmica, s/n

4150-564 Porto

Portugal

