

Clara Cruz Santos
Mónica Teixeira
ORG.

INTERVENÇÕES E MEDIAÇÕES COM **IDOSOS**

IMPRESSÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

O Livro “Intervenções e Mediações com Idosos” encerra um conjunto de abordagens, estratégias e reflexões que se constituem como alternativa ao olhar tradicional sobre o envelhecimento, sobre as políticas e medidas sociais que teimam em manter-se perante uma população que é considerada, erradamente, uma população homogênea. É um contributo para uma nova leitura e para a compreensão das mudanças que têm ocorrido nos últimos cinco anos em Portugal e aponta novas direções para a emergência de outras medidas políticas e outras formas de ação face a uma população crescente, diversificada e com uma força de participação coletiva que deve ser encarada, estimulada e até, mesmo, aproveitada em prol da coesão e do crescimento social.

Este livro dirige-se, não só à Academia, mas também a todos os profissionais e instituições, bem como a todos aqueles que querem conhecer a(s) nova(s) realidade(s) do envelhecimento em Portugal.



SÉRIE
**PESSOAS E
CONTEXTOS**

PSICOLOGIA
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
SERVIÇO SOCIAL

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: imprensa@uc.pt

URL: http://www.uc.pt/imprensa_uc

Vendas online: <http://livrariadaimprensa.uc.pt>

DESIGN

Carlos Costa

INFOGRAFIA

Margarida Albino

EXECUÇÃO GRÁFICA

KDP - Kindle Direct Publishing

ISBN

978-989-26-1787-9

ISBN DIGITAL

978-989-26-1788-6

DOI

<https://doi.org/10.14195/978-989-26-1788-6>

DEPÓSITO LEGAL

486159/21

© JULHO 2021, Imprensa da Universidade de Coimbra.

Clara Cruz Santos

Mónica Teixeira

ORG.

INTERVENÇÕES
E MEDIAÇÕES
COM **IDOSOS**

MAIN EDITOR

Ana Paula Rodrigues da Fonseca Relvas

ADJUNCT EDITORS

Maria Isabel Ferraz Festas

Helena da Silva Neves dos Santos Almeida

EDITORIAL COORDINATOR

Maria João Padez de Castro

EDITORIAL BOARD**NACIONAL BOARD**

Ana Maria Magalhães Teixeira Seixas

Carlos Manuel Folgado Barreira

Clara Maria Rodrigues Cruz Silva Santos

Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira

Maria Paula Barbas de Albuquerque Paixão

INTERNACIONAL BOARD

Fathali Moghaddam | Georgetown University

José Luis Linares | Universidade Autónoma de Barcelona

José Maria Peiró | Universidade de Valência

Marco Depolo | Universidade de Bolonha

Roberto Pereira | Universidade de Deusto

Sandra Jovchelovitch | London School of Economics and Political Science

Terezinha Nunes | Universidade de Oxford

INDICE

Introdução

Clara Cruz Santos 7

PARTE I – INTERVENÇÕES E MEDIAÇÕES COM ADULTOS13

Capítulo I – Uma nova Identidade Social para a Velhice,

Clara Cruz Santos15

Capítulo II – Intervir Positivamente no Processo

de Envelhecimento: Mindfulness, qualidade de vida e bem-estar,

Albertina L. Oliveira33

Capítulo III – Família e outras Redes de Suporte Social

na População Idosa, Sónia Guadalupe e Henrique Testa Vicente63

PARTE II – POLÍTICAS E RESPOSTAS SOCIAIS PARA

UMA NOVA VELHICE99

Capítulo IV – Centros de Dia como Agentes de Envelhecimento

Ativo?, Mónica Teixeira 101

Capítulo V – As Políticas de Saúde como Determinantes

da Longevidade, Joana Guerra 119

Capítulo VI – Cidadania Ativa Numa Sociedade Envelhecida:

O Voluntariado Sénior, Helena Reis Luz e Isabel Miguel 137

PARTE III – ESPECIFICIDADES DA INTERVENÇÃO SOCIAL COM A POPULAÇÃO IDOSA.....	167
Capítulo VII – A Intervenção Sócio Terapêutica ao Domicílio, Margarida Lima.....	169
Capítulo VIII – Educação ao Longo da Vida e Edificação da Sociedade do Conhecimento: O caso das “Lojas de Saber”, Albertina L. Oliveira, Margarida Lima e J.J.P. Lima	187
Capítulo Final – O Idoso como Sujeito Político, Jacqueline Marques	205
Bibliografia Final	221

INTRODUÇÃO

Este livro foi escrito antes da Pandemia COVID-19, não tendo sido equacionado o seu impacto na população idosa, nem as consequências terríveis da mesma sobre a qualidade de vida desta população e respetivas instituições de apoio. Neste breve preâmbulo fazemos uma breve reflexão sobre como o Estado assumiu a gestão dos riscos associados ao contexto pandémico e as respostas implementadas.

No ano de 2020 e início de 2021, vários países sentiram o que Bordonni & Bauman (2014) designaram como “Estado de Crise”. Conceito aprofundado em 2020 pelo filósofo Italiano Giorgio Agamben com a reconfiguração do Estado de Exceção: a exceção e as medidas de gestão do risco em contexto de crise referem-se ao conjunto de medidas adotadas constitucionalmente com a função de capturar a vida humana por meio da suspensão da lei. Esta assunção baseia-se no argumento que a vida coletiva é superior aos direitos individuais, onde o indivíduo é responsabilizado se, de alguma forma, contribuir para o agravamento do coletivo, mesmo que esteja a usufruir de algo constitucionalmente previsto como um direito social. Este pensamento remete-nos para a orla da liberdade individual e do direito democrático onde o estado de exceção não é uma anomalia política, mas a zona limítrofe entre a política democrática e a política autoritária. E tal, na consideração ético moral não é passível de ser

categorizado, pois não é bom, nem é mau. É transitório e conjunturalmente justificado.

Apesar de tais considerações, os efeitos diretos e colaterais que vivemos na atual “conjuntura” Pandémica permitiu-nos observar (tendo em conta as ocorrências vivenciadas nos lares de idosos) a tragédia humana inimaginável da COVID 19 nestes equipamentos sociais (Alerta da OMS em setembro de 2020) penalizando os direitos humanos, universalmente constituídos.

Neste contexto, o Livro “Intervenções e Mediações com Adultos Idosos” encerra um conjunto de abordagens, estratégias, reflexões que se constituem como alternativa ao olhar tradicional sobre o envelhecimento, sobre as políticas e medidas sociais que teimam em manter-se perante uma população que é, considerada erradamente, uma população homogénea. É um contributo para uma nova leitura e para a compreensão das mudanças que têm ocorrido nos últimos cinco anos em Portugal e aponta novas direções para a emergência de um novo pensamento social aliado a propostas de outras medidas políticas e outras formas de ação face a uma população crescente, diversificada e com uma força de participação coletiva que deve ser encarada, estimulada e até, mesmo, aproveitada em prol da coesão e do crescimento social.

O livro encontra-se estruturado em três grandes dimensões de análise: A primeira parte intitulada “*Intervenções e Mediações com adultos*” possui um foco mais individualista, mais micro. Inicia-se, no primeiro capítulo com a discussão sobre a identidade social do idoso onde as tentativas de categorizar a velhice como um grupo social homogéneo que se repercutem nas iguais tentativas de construir medidas de intervenção por decreto sem ter em conta as especificidades deste grupo social, se afiguram como ineficazes e divorciadas da realidade. Continua no capítulo II com a criação de respostas alternativas para o aumento da qualidade de vida desta população. Respostas focadas no sujeito,

com apelo à sua participação ativa em programas inovadores que contribuem para o auto-conhecimento e integração ativa através dos efeitos benéficos que proporcionam e dos numerosos mecanismos que mobilizam (atencionais, atitudinais, emocionais, sociais etc.) em conformidade com a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. O terceiro capítulo focaliza o conhecimento necessário acerca das redes sociais na população idosa e da relação entre suporte informal e formal, como um importante desafio à avaliação e à intervenção social numa lógica de superação de dificuldades individuais e como uma estratégia alternativa às respostas de acolhimento institucional. O seu maior contributo reside na lógica de pensar respostas plurais que assumam formas de apoio direto às redes de suporte informal (laços familiares e extrafamiliares) para que estas assegurem funções equiparadas às assumidas pelas instituições e financiadas pelas políticas públicas.

A segunda parte intitulada “*Políticas e respostas sociais para uma nova velhice*” refere-se às Políticas, respostas e medidas sociais direcionadas ao envelhecimento onde no capítulo IV se instiga para a necessidade de readequação da resposta tradicional de Centros de Dia face às novas identidades, necessidades e exigências de um envelhecimento não normativo. Como tal procede a uma reflexão sobre o que são os centros de dia, questiona a sua validade enquanto resposta tipificada pelos programas e acordos da Segurança Social e sugere a sua readequação de acordo com a nova categorização social da velhice. Pressupõe uma mudança da sua definição como suporte passivo, rígido e tradicional para uma adaptação particularizada às necessidades de cada utilizador, assim como uma atenção individualizada na prestação dos serviços, sendo que estes elementos reforçam o seu vínculo a um modelo mais participativo. O capítulo V é um capítulo central para a necessidade de repensar as políticas sociais existentes.

Elabora uma sistematização rigorosa da lógica subjacente às políticas de saúde atuais, desconstrói a viabilidade da sua execução em Portugal com a enorme pressão para gerir a despesa pública, quer do ponto de vista da Segurança Social, quer do sistema de saúde, consubstanciado no apelo à construção de uma rede de serviços de qualidade compatível com as exigências que as idades mais avançadas sugerem. É um capítulo de discussão entre a necessidade de compreender, de forma mais fecunda, a diversidade de perfis de envelhecimento e o modo de garantir a redução das desigualdades. O Capítulo VI retoma esta discussão, enquadrando-a no conceito e nos desafios de uma cidadania ativa no contexto de uma sociedade envelhecida. A forma como o faz é, indubitavelmente, inovadora trazendo para a arena pública o conceito de trabalho como um fator essencial de socialização e participação secundária e enquanto elemento estruturante dos demais domínios de existência do ser social. Nesta senda é defendida que na participação cívica e coletiva da população idosa deve ser considerado o trabalho e a atividade ocupacional social e economicamente reconhecida que, conseqüentemente implica e contribui para a valorização o reconhecimento social e económico da população idosa.

A terceira e última parte do livro designada por “*Especificidades na intervenção social com a população idosa*” centra-se, tal como o nome o indica, em abordagens estratégicas, de intervenção e inovação junto desta população. O capítulo VII defende a manutenção do cidadão idoso no seu domicílio como a medida mais saudável e digna de promoção da qualidade de vida do idoso. Apresenta uma proposta de readequação do apoio domiciliário com a integração de cuidados diferenciados e realçando a intervenção psicológica e psicossocial com o objetivo de promoção da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa idosa, prevenindo a deterioração física e neuropsicológica.

O capítulo VIII apresenta a iniciativa “Lojas de Saber” que mobiliza os conhecimentos que as pessoas reformadas desenvolveram nas suas vidas profissionais e que acumularam ao longo de ‘toda uma vida’ e que são potenciados e disseminados nestas iniciativas, não só aos seus pares, mas também às gerações mais novas contribuindo para a edificação da sociedade do conhecimento.

O Capítulo final encerra esta obra sumariando, de forma reflexiva, o aspeto político e de participação social aliados a uma nova geração com mais de 65 anos que possuem atividade crítica, participada, informada e ativa na sociedade. Resgata a intervenção social focada nos sujeitos políticos que concorre para a indignação, a consciencialização de que as mudanças sociais podem e devem ocorrer de baixo para cima. E que a mudança social por decreto não é uma mudança social, mas um exercício de retórica.

Este livro será utilizado, de forma inequívoca, pela academia. No entanto é, igualmente, um livro dirigido aos profissionais, às instituições e todos aqueles que querem conhecer a(s) nova(s) realidade(s) do envelhecimento em Portugal, bem como procuram alternativas estratégicas e metodologias instrumentais que possam concorrer para novas investigações e novas modalidades de intervenção profissional, social e política.

Clara Cruz Santos

PARTE I

**INTERVENÇÕES
E MEDIAÇÕES
COM IDOSOS**

CAPÍTULO I

A IDENTIDADE SOCIAL DA VELHICE NA NOVA ORDEM SOCIAL E POLÍTICA

Clara Cruz Santos

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

Observatório de Cidadania e Intervenção Social

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7971-410X>

Resumo: *As mudanças que pontuam a sociedade atual refletem-se no crescendo de novas necessidades, mas também de novas aspirações. Uma dessas mudanças observa o fenómeno de envelhecimento como uma oportunidade, em detrimento de um défice, que concorre para a qualidade de vida das sociedades. Discutimos neste capítulo a assunção identitária da velhice e a sua representação social por parte dos outros significativos. Defendemos que o envelhecimento, mais do que um status quo, é uma fase do ciclo vital em permanente mudança onde os fatores biológicos tendem a ser tão importantes, como os fatores contextuais. Nesta assunção não é possível manter a categorização social associada aos indivíduos de 65 e mais anos. Além do facto desta não se adequar à identidade social desta*

população, aos seus interesses e necessidades contribui para a cristalização de respostas e políticas sociais passivas incapazes de promover o capital de mudança necessário ao desenvolvimento económico e humano.

Palavras-chave: *Envelhecimento; Identidade Social; Políticas sociais*

Abstract: *New changes affecting today's society can be seen in the increasing number of new needs, as well as in new expectations. One of those changes, considers ageing as an opportunity rather than a deficit, contributing to societies' quality of life. This chapter discusses the identity assumed by the elderly and their social representation by the significant others. We argue that ageing, rather than a status quo, is a phase of the vital cycle in permanent change where biological factors tend to be as important as contextual factors. Under this assumption it is no longer possible to maintain the social categorisation associated with individuals aged 65 and over. Beyond this not being adequate to this population' social identity, their interests and needs, it contributes to a crystallisation of passive social responses and policies that are unable to promote the necessary change for economic and human development.*

Key Words: *Ageing; Social Identity; Social Policies*

1. A mudança da identidade social da Velhice em Portugal

Consideramos, neste capítulo, o conceito de identidade social como um processo de construção da imagem social, implicitamente aceite pelo coletivo, como aquela que melhor representa e caracteriza a população idosa. É fruto da negociação de todos

os sistemas que a rodeiam, e implica acordos e desacordos permanentes, possuindo uma faceta estruturadora das relações sociais que este grupo específico mantém com os outros atores.

Tal como outros processos de construção identitária, a consolidação da matriz identitária atribuída à velhice é um processo inacabado, sempre incompleto e até mesmo, podemos afirmar, defeituoso e parcial. E isto, porque a matriz é composta, essencialmente, por atos de atribuição social. É um produto de relações sociais formais onde não estão ausentes a pressão social, os estereótipos e até mesmo as orientações de governança.

Neste contexto, a atribuição de perfis identitários à população idosa pode não corresponder à imagem social que estes cidadãos possuem de si mesmos/as, potenciando conflito e sofrimento social pela incapacidade de o idoso se rever numa sociedade onde é expectável que assuma comportamentos normativos (explícitos, muitas vezes, nas políticas públicas, programas e projetos, ou ainda respostas sociais) com os quais não concorda, ou não se revê.

A bipolarização identitária é visível nos objetivos político-sociais do aparelho governativo português sobre as estratégias de governação em matéria de envelhecimento. A ambivalência é visível na forma como aparecem caracterizados nos documentos e artigos de opinião, qualificando-a ou de “problema social” do século XXI, ou de “legado” da evolução tecnológica, da evolução da ciência e da melhoria das condições de vida legadas pelo século XX,

A atribuição identitária é um fenómeno poderoso coexistindo em duas esferas fundamentais das práticas sociais e políticas: na *esfera simbólica* e na *esfera normativa*. No mundo simbólico, ela é inconscientemente partilhada por todos nós. Afeta as nossas escolhas, as nossas decisões bem como as resoluções de todos os outros que são significativos para nós e que partilham da

imensa teia da percepção social. Na esfera normativa, os cidadãos possuem uma multidimensionalidade de papéis em conformidade com as relações sociais instituídas em contextos de interação específicos. Quando ao cidadão mais velho lhe é negada (por ser expectável) a sua participação ativa em contextos significativos para si, observamos um mecanismo de rutura social. Rutura sentida de forma severa por aquele que a vive e de forma normativa por todos os outros. Neste contexto, o mundo normativo e regulador das práticas sociais da identidade social da velhice é, simultaneamente, um mecanismo de integração e de exclusão social.

É um mecanismo de integração porque a categorização social da velhice permite a sua inserção num grupo social específico, onde desenvolve o seu sentimento de pertença e, onde usufrui de um estatuto social e possui maior ou menor rede de suporte (em acordo com a sua singularidade e trajetória de vida).

Pela sua trajetória de vida, o/a cidadão/ã idoso/a já negociou e reinterpretou vários papéis tipificados que lhe permitem gerir as opções de conduta e a forma como se pode mover e ler a sua realidade social. No entanto, é no seio institucional e na maior ou menor rigidez da gestão pública que a identidade social que lhe é atribuída pode ser opressiva, reduzindo-o a uma categoria social sem acesso à liberdade de escolha ou a condições sociais, familiares e económicas que o/a espartilham em respostas formatadas para necessidades sociais que o identificam mais como um sujeito de cuidado do que como um ser autónomo.

1.1. A Mudança de Paradigma

Rotular socialmente os indivíduos para a delimitação do âmbito de intervenção política e/ou definição de políticas sociais é um legado do século XX. Os efeitos negativos da utilização

das idades fixas de entrada na velhice (65 e mais anos) fomentaram a análise da geografia humana e consequentes projeções políticas de forma estática e passiva, sem ter em linha de conta a alteração dos padrões de vida e de bem-estar que se caracterizam pela sua dinâmica e mutabilidade. Assistimos então a uma dissociação entre idade civil (*visível na participação social*) e idade física (*estado de saúde*), entre idade social (*resultante da atribuição identitária pelo coletivo*) e a idade real (*tempo de vida em anos*) compatível com a relação secular entre velhice e entrada na reforma. (Cardoso et al., 2012, p.609-610).

A conceção de que pessoa idosa não existe, mas que existem sim, muitas pessoas em fases diversas do último tramo da vida, que partilham atributos que se foram diversificando e a respeito das quais mudaram as representações sociais (Capucha, 2014)) é uma tese atual no mundo académico e científico, mas ainda pouco acatada pelos *policy makers*.

Continuam ainda a persistir processos de categorização (...) socialmente construídos de forma mais ou menos arbitrária, à estruturação de posições e à definição de deveres e direitos específicos para cada categoria etária. As categorias resultantes (...) correspondem assim a tipos de comportamento e a padrões culturais construídos no quadro de processos históricos complexos, produtores de práticas e representações que “confirmam” a condição esperada para uma determinada idade. (Capucha, 2014; p. 114).

A defesa de que a velhice não possui uma faixa etária pré-determinada impõe uma mudança atual de paradigma social e político cujas balizas de definição de políticas sociais ou ainda mais especificamente de grupos alvos considerados em

vulnerabilidade¹ não podem ser delimitados pela idade cronológica, mas sim em virtude dos contextos e estruturas sociais, económicas e ambientais que propiciam o risco. O envelhecimento não ser considerado um risco por si mesmo, mas um ciclo vital de acordo com as vivências singulares dos cidadãos, não descurando, obviamente os idosos que sofrem situações graves de desigualdade social e onde o risco de pobreza é agudizado no aumento dos anos de vida. Não pelo facto de possuírem mais idade, mas porque as condições circundantes (isolamento, saúde, falta de redes de suporte, montante reduzido das pensões de velhice) contribuem para a sua ampliação.

Compreender que este (o envelhecimento) é um processo contínuo e que o mesmo não se limita ou deve ser considerado negativo ou incapacitante. A mudança de paradigma está presente na capacidade de se atribuir aos próprios seniores a oportunidade de participar, decidir e serem potenciados, conforme as suas capacidades, fomentando-se assim uma democracia e governança participativa e com empowerment, capaz de formular políticas que tenham em conta as mudanças demográficas e sociais vivenciadas (Barroso, 2015, p.154).

As medidas políticas e os programas sociais atuais são, na sua maioria, mais dirigidas a públicos em situação de vulnerabilidade, pobreza e isolamento, reforçando a imagem de debilidade da

¹ Por exemplo: A Lei n.º 4/2007: Bases Gerais do Sistema de Segurança Social, Secção II Subsistema de acção social Artigo 29.º Objetivos. 2 – O subsistema de ação social assegura ainda especial proteção aos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, jovens, pessoas com deficiência e idosos, bem como a outras pessoas em situação de carência económica ou social.

população idosa em detrimento de outras medidas que reforcem a qualidade de vida, facilitem o acesso a bens e serviços de saúde, de caráter mais preventivo e concorram para uma imagem positiva do/a idoso/a.

A imagem social presente nestes normativos distancia-se dos objetivos e das ações-chave defendidos em Malta, Setembro de 2013 com a publicação do “Plano Estratégico de Ação para o Envelhecimento na Europa (2012-2020)” pela Organização Mundial de Saúde:

Allowing more people to lead active and healthy lives in later age requires investing in a broad range of policies for healthy ageing, from prevention and control of non communicable diseases (NCDs) over the life-course to strengthening health systems, in order to increase older people's access to affordable, high-quality health and social services. (WHO, 2012, p.1).

A pretensão é a de que os Estados europeus acatem programas e medidas políticas que favoreçam a saúde e a inclusão social da população idosa como ativos significativos para o desenvolvimento dos países. Estas medidas além de proporcionarem sociedades mais justas do ponto de vista da coesão, mitigam a visão tradicional de improdutividade destes cidadãos. A verdade é que nos encontramos numa cruzilhada de ação, onde as respostas sociais atuais não estão ajustadas aos cidadãos mais idosos ampliando-se a discriminação geracional devido à crença de que são estes os causadores da insustentabilidade da Segurança Social.

1.2. Impacto da identidade social atribuída à Velhice nas medidas de Proteção Social

É no ano de 1983, com o programa governamental, que se intensifica o papel interventor do Estado face aos idosos, constatando-se uma crescente “humanização” das políticas sociais da velhice através da criação de novos mecanismos valorizadores de uma relativa independência e autonomização do idoso. Este intuito concretiza-se através da pretensão de admitir como único limite ao desempenho de um papel ativo por parte dos idosos as exigências de qualificação e do mercado do trabalho, assim como através das propostas que visavam desenvolver um conjunto de medidas de sensibilização quer via ensino, quer mediante a comunicação social. (Cardoso et al., 2012, p.614).

Em 1986 com a integração de Portugal na União Europeia, e, até finais da década de 90, observa-se um reforço do investimento público em medidas reparadoras e o aumento de respostas sociais que tinham em especial atenção os idosos que se encontravam em situação de vulnerabilidade social. Os centros de dia, serviços de apoio domiciliário, unidades residenciais, acolhimento familiar crescem exponencialmente e colocam à sociedade portuguesa outros desafios no que respeita os direitos dos/as cidadãos/ãs mais idosos/as.

No aspeto pecuniário assiste-se a um reforço da pensão social e o aparecimento do Complemento solidário para Idosos. Respostas sociais de carácter compensatório e reparador que apesar de importantes em situações grave de pobreza e exclusão social não possuem um carácter estratégico, nem pressupõem um planeamento crítico de intervenção mais aprofundada nas estruturas sociais. No final do século XX, princípios do século XXI, os percursos pessoais assumem configurações específicas com a transformação dos modelos familiares, dos modelos económicos e a desconstrução do Estado de Bem Estar em Portugal

possibilitando outras formas de proteção social, nas quais o Estado deixa de desempenhar o papel de protagonista para o transferir para outras entidades, nomeadamente, o setor privado, a sociedade civil organizada e a família. É defendida uma maior responsabilização dos titulares das medidas sociais e observa-se uma nova relação entre o “social” e o “económico”.

A velhice é, nesta altura, percecionada como um problema social, onde a caridade substitui a solidariedade (ausência da defesa dos direitos sociais) e as políticas sociais sustentam-se na solidariedade mecânica onde a única forma de sustentabilidade da segurança social e conseqüentemente da proteção social se baseia em balancetes de “*deve e haver*” entre as despesas e receitas sociais.

A história recente de políticas de austeridade e de recessão económica têm vindo a demonstrar que as fórmulas e equações sociais em cima identificadas não são eficazes. Esta ineficácia traduz-se, a nosso ver, na sua inadequabilidade à realidade das novas dinâmicas sociais onde se inclui o envelhecimento.

As políticas de investimento social emergem nesta dinâmica, integrando uma mistura mais ou menos consistente entre conservadorismo e liberalismo. O conceito de investimento social implica a existência de um retorno social que se substancia em todas as ações, atividades, medidas e programas sociais capazes de emancipar os cidadãos nas dimensões de formação, desenvolvimento de competências e de inclusão social.

We define “social investments” as policies that primarily bring about more of, or an improvement in, skills formation, maintenance, or use. We define “dismantlement” as policy changes that cut social expenditures in the short to medium term, with no regard for these same three factors. Kvist (2013, p. 94-95).

De acordo com o mesmo autor (2013) o Estado Social tradicional baseava o investimento social de acordo com o ciclo de vida do/a cidadão/ã. Neste pacto, existe um maior investimento social (e também de retorno social) em termos de medidas compensatórias de eventuais riscos nos primeiros anos de vida dos sujeitos. O investimento social vai reduzindo, bem como o retorno social e financeiro esperado, à medida que o sujeito avança no seu ciclo vital. Esta lógica claramente redistributiva baseia-se na lógica da responsabilidade do sujeito para a contribuição do sistema social através do fator trabalho.

A inexistência de uma estratégia concertada para uma população mais ativa, mais heterogénea e com outras necessidades, continua a persistir em prol da reprodução de um discurso de reparação, ao invés de um discurso de modernização, face às políticas e estratégias públicas a lidar com esta realidade demográfica.

Em síntese, neste início do século XXI, a abordagem que o Estado faz da velhice remete para a sua construção como problema social ou como uma fase na vida dos indivíduos marcada por necessidades materiais e sociais que se impõem como objeto de políticas sociais específicas. Essas políticas visam, sobretudo, a regulação do acesso à pensão de velhice, as alterações dos quantitativos das pensões e os apoios específicos em equipamentos e serviços.

1.3. As Agendas Nacionais e Europeias para o Envelhecimento

Baseamo-nos em três documentos para elaborar este sub-ponto: (i) A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo em Saudável 2017-2025 – Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º 12427/2016); (ii) Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2002). Este Plano foi o

resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madrid, promovida pela ONU; (iii) Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas em 2012.

Neles procurámos reter além das orientações, linhas de ação e estratégias, também e essencialmente, os princípios e as narrativas relativas à imagem que queriam veicular do envelhecimento, bem como a definição dos principais desafios sentidos não só a nível internacional, mas como os mesmos se traduziam no documento português.

Cristina Barbosa realizou um estudo publicado em 2015 (Barbosa, 2015, p.152) com o objetivo geral de compreender os conceitos e visão sobre o envelhecimento presentes nas políticas locais e conhecer os modelos de governança local das políticas públicas no domínio do envelhecimento, de Portugal e da Suécia.) Utilizou como campo de análise Portugal e Suécia pela diferença de modelos de Estado de Bem-estar Social. O quadro síntese (quadro 1) realizado pela autora (2015, p.164) confronta a visão portuguesa com a visão sueca na dimensão de Visão Sobre o Envelhecimento e Envelhecimento/Políticas Publicas.

Quadro 1 – Quadro resumo da análise ao domínio “Conceito e visão sobre o envelhecimento” (cfr. Fonte)

Portugal/Lisboa (Visão Sobre o Envelhecimento)	Suecia/Nacka (Visão Sobre o Envelhecimento)
<ul style="list-style-type: none">- Envelhecimento como processo e ativo;- Visão holística e heterogênea do envelhecimento;- Valorização do papel das pessoas idosas na sociedade;- Pessoas idosas como fonte de capital social e riqueza para o país;- Discordância com designações para “envelhecimento” e “políticas públicas no âmbito do envelhecimento”;- Importância das relações inter-geracionais, para equilíbrio social;- Importância da aprendizagem ao longo da vida;	<ul style="list-style-type: none">- Adoção de leis que orientam as políticas: dignidade, empowerment e liberdade de escolha- Conceção de envelhecimento como um target competidor gerador de capital, bem-sucedido, com longevidade, saúde- Preocupação no desenvolvimento de respostas e cuidados- Envelhecimento populacional é sucesso civilizacional, mas com prós e contras- Possibilidade de agefobia;- Dificuldade em gerir a multiculturalidade e migrações;
(Políticas Públicas e Envelhecimento) <ul style="list-style-type: none">- Predominância de políticas centrais assistencialistas e políticas locais de participação;- Nível local com maior ação e dinamismo no envelhecimento;- Importância de se avançar com uma política nacional e/ou <i>guidelines</i> nacionais;- Opção por políticas de envelhecimento ativo;	(Políticas Públicas e Envelhecimento) <ul style="list-style-type: none">- Políticas que definem as atuações das entidades e serviços- Políticas com visão de ciclo de vida contínuo e não tanto ativo- Adoção de políticas (de envelhecimento) preventivas no contexto- Ação do local, que segue <i>guidelines</i> mas tem autonomia para decidir- Incredibilidade e afastamento às orientações da EU; Falta Formação especializadas no envelhecimento

Fonte: Barbosa (2015, p. 164) Quadro 3 – Quadro resumo da análise ao domínio “Conceito e visão sobre o envelhecimento”.

De um modo geral e de acordo com a autora (*idem*, 2015, p.165):

a visão dos entrevistados face ao envelhecimento são no sentido de o entender como um processo integrante do ciclo de vida e de

recusar concepções irrealistas e homogéneas, face a este target populacional. (...) No que se refere às políticas públicas, as intervenções vão no sentido de retirar a palavra “envelhecimento” e ainda de tornar estas políticas mais holísticas e compreensivas e não específicas.

É interessante esta dimensão da imagem social da velhice que se constrói numa e noutra realidade. De facto, apesar de não haver diferenças fragmentadoras, salientamos que em Portugal a idade continua a ser um “cluster” para a definição de políticas sociais e que as mesmas tendem a ter em conta as orientações europeias. A dimensão “atividade” é uma dimensão importante pois segue os modelos tipicamente do sul da Europa em que o factor trabalho é um eixo fundamental na definição do indivíduo, concorrendo positivamente para a sua integração social. Na Suécia, esta parece não ser a grande preocupação. O cidadão mais velho é definido holisticamente onde a manutenção de fatores contextuais que concorrem para a sua qualidade de vida é mais importante que a sua integração num modelo de produtividade.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2002), bem como as recomendações presentes no “Envelhecimento no Século XXI” do Fundo de População das Nações Unidas em 2012 definem o envelhecimento demográfico como uma das maiores conquistas do mundo civilizacional. Alertam, igualmente, para a necessidade deste processo ser um processo heterogéneo e sublinham os desafios que a alteração demográfica colocam à nova ordem social e económica. Os fatores de sustentabilidade de serviços e políticas que consigam promover qualidade e dignidade é uma preocupação latente em ambos os documentos, com maior relevo para o primeiro.

Na página 14 deste documento pode ler-se:

Devemos reconhecer que, sendo maior o número de pessoas que recebem melhor educação e desfrutam de longevidade e boa saúde, os idosos podem contribuir mais do que nunca para a sociedade e, de fato, assim o fazem. Se incentivarmos sua participação ativa na sociedade e no desenvolvimento, podemos estar certos que seu talento e experiência inestimáveis. Os idosos que podem e querem trabalhar devem ter a oportunidade de assim o fazer, e todas as pessoas devem ter a oportunidade de continuar aprendendo ao longo da vida. (Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (2002).

A preocupação com a sustentabilidade de um sistema previdencial reflete-se na necessidade de aumentar os anos de contribuição ativo dos sujeitos para o mesmo. Ora, esta possibilidade não é errada em si, desde que não seja uma imposição política. Ao contrário dos países como a Suécia onde um dos riscos social, parece associado ao “idadismo”, nos países do sul da Europa, o risco encontra-se associado ao “garante” da sua sobrevivência financeira. Destaco a este nível o seguinte texto retirado do documento: Envelhecimento no Século XXI p. 5.

Não há prova concreta de que o envelhecimento da população, em si, tenha minado o desenvolvimento econômico ou de que países não disponham de recursos suficientes para garantir pensões e atendimento à saúde da população idosa. Entretanto, em termos globais, apenas 1/3 dos países contam com planos de previdência social abrangentes, a maioria dos quais cobrem somente aqueles que se encontram em empregos formais, ou seja, menos da metade da população economicamente ativa mundial.

A preocupação em viabilizar economicamente o envelhecimento demográfico e em mudar o paradigma do cidadão passivo

mais envelhecido levam a um maior envolvimento dos sistemas nacionais e europeus de saúde numa ótica de prevenção da dependência e de promoção da proatividade. De facto, Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017, p.12) realça esta necessidade:

A carga da doença e a redução do bem-estar afetam a pessoa idosa e também as suas famílias, os sistemas de saúde, social e a economia (World Health Organization, 2014). As pessoas idosas com problemas de saúde ou de dependência necessitam de mais cuidados de saúde e de apoio social, por parte da família e das instituições da economia social e dos serviços de saúde.

Este documento aponta ainda para a necessidade de maiores estudos sobre o processo de envelhecimento, formas de minorar os seus aspetos colaterais e um investimento claro no envelhecimento ativo que deve (de acordo com a Estratégia, 2017) estar presente em todas as políticas sociais setoriais.

Considerações finais

Vivemos um novo paradigma, uma nova ordem social, uma nova ordem política. São os ventos da mudança. Ventos que sopram em direções, por vezes, antagónicas e que de certeza nos irão colocar novos desafios a curto e médio prazo.

Apesar da incerteza, assistimos às mudanças com flexibilidade e num esforço de concretizar novas respostas. O envelhecimento está a mudar, bem como a forma como os cidadãos mais velhos equacionam o seu papel nas dinâmicas sociais. Uma dessas mudanças concretiza-se na alteração da imagem do idoso no funcionamento familiar, social e económico. De facto,

a importância que o cidadão maior possui no suporte familiar, no suporte financeiro e social das populações mais jovens é visível. A sua função reconhece-se e é legitimada socialmente pelo espaço que ocupa na organização da sociedade. Ser idoso já não possui uma única definição pois a tirania da idade já não é real. O envelhecimento já não é considerado um risco social, mas sim, uma fase do ciclo vital do sujeito e neste sentido as políticas sociais não estão adaptadas ou tendem a tornar-se injustas.

O discurso da proatividade e da necessidade de manutenção do cidadão em atividade laboral não pode ser vista de forma tão redutora. A continuidade ou não de exercer a sua atividade laboral devia ser uma escolha do cidadão. As políticas redistributivas não se encontram atualizadas e o modelo tradicional do Estado, baseado numa lógica de investimento e retorno socioeconómico face às fases do ciclo vital do cidadão, está desajustado. Medidas mais flexíveis como o trabalho parcial, a rotatividade laboral, a formação ao longo da vida, maior adequação trabalho-família devem fazer parte da agenda política dos países do sul da Europa. São medidas de promoção de bem-estar e preventivas de malefícios vários, nomeadamente, no que se refere à saúde mental do cidadão.

Portugal não está em desacordo com as orientações europeias. As guidelines são adaptadas, mas, face à recente recessão económica e ao rescaldo da mesma, a consolidação de políticas redistributivas continua a ser um fator de maior preocupação. Mesmo quando os atuais estudos apontem para a sua inoperacionalidade face à mudança social necessária.

Observamos com expectativa que os diferentes atores sociais parecem tentar coligar-se para a implementação de estratégias nacionais concertadas. A cooperação é sempre o melhor caminho, proporcionando olhares múltiplos sobre a mesma realidade

e possibilitando, por conseguinte, a sua compreensão multidimensional.

Bibliografia

- Barbosa, C (2015) Políticas públicas locais para o envelhecimento: o caso de Portugal e da Suécia In EXEDRA, dez. 2015: *Número temático: Contributos para uma abordagem multidisciplinar do Envelhecimento. Teoria, Investigação e Prática*. 152-175 Coimbra: ESEC. Disponível em <http://www.exedrajournal.com/wp-content/uploads/2016/02/pdf-final-v2-publicar.pdf> acessado em 29 de agosto de 2018.
- Capucha, Luis (2014) Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise *in Sociologia, Problemas e Práticas* n.º 74, 2014, 113-131.
- Cardoso, S; Santos, M.H; Baptista, M.I & Clemente, S. (2012) Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008) *Análise Social*, 204, xlvii (3.º), 2012, 606-630
- Carvalho, M.I & Almeida, M.J (2014) Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal. Disponível em http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2014/07/Artigo_Contributo-para-o-desenvolvimento-de-um-modelo-de-prote%C3%A7%C3%A3o-social-na-velhice-em-Portugal_M%C2%AAIC-e-MJA.pdf acessado em 8 de julho de 2018.
- Costa, Firmino (2012) *Desigualdades Sociais Contemporâneas*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Deleuze Against Control: Fictioning to Myth-Science Simon O'Sullivan Goldsmiths, sagepub.co.uk. DOI:10.1177/0263276416645154 tcs.sagepub.com
- Domingues, Joelza (2017) Esquerda e Direita: rótulos mais simbólicos que políticos in Joelza Ester Domingues www.ensinarhistoriajoelza.com.br/esquerda-e-direita-rotulos/ acessado a 30 de Junho de 2018.
- Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio (2012) HelpAge International. Publicado pelo Fundo de População das Nações Unidas em 2012. (UNFPA), Nova York e pela HelpAge International, Londres.

- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo em Saudável 2017-2025 (2017)
Proposta do
Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016) disponível em
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf> acedido
a 21 de Out de 2018.
- Kvist (2013, p.95) “A life-course perspective on social investment policies and
their returns”
- Plano de ação internacional sobre o envelhecimento (2002). Organização das
Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
Disponível em http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf acedido a 21 de Outubro de 2018.
- Santos, C (2016) Social Policy: From the Death of Welfare State to the State
“Nameless”. An historic overview of Social Policies in South and Eastern
Countries in *Social Theory, Empirics, Policy and Practice Journal*, 2016
(13), Vilnius: 54-68. ISBN 978-92-4-151350-0
- Silva, Filipe (2013). O Futuro do Estado Social. Lisboa: Fundação Francisco
Manuel dos Santos
- Therbon, Goran (org.) (2006). *Inequalities of the World. New Theoretical
Frameworks, Multiple Empirical Approaches*. Londres: Verso, 332p.
- WHO (2015) Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Geneva: World
Health Organization; 2015.
- WHO (2017) Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva:
World Health Organization; 2017. ISBN 978-92-4-151350-0

CAPÍTULO II

INTERVIR POSITIVAMENTE NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: MINDFULNESS, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR

Albertina L. Oliveira

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra (CEIS20)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9521-528X>

Resumo: *O presente capítulo, ancorado em numerosas contribuições teóricas e empíricas da investigação científica interdisciplinar, convoca um prisma de análise positivo do processo de envelhecimento e da velhice e acentua o enorme potencial humano e dos contextos sociais para fomentar a qualidade de vida de todas as pessoas à medida que envelhecem. Par o efeito, consideramos, em primeiro lugar, a emergente abordagem científica das práticas meditativas, sob a designação de mindfulness, o significado do conceito e o seu contributo para a promoção do bem-estar e vitalidade das pessoas, bem como o seu papel no retardamento do processo de envelhecimento. Em segundo lugar, debruçamo-nos sobre o construto de qualidade de*

vida e a sua relação com o envelhecimento para finalizarmos com a sistematização dos principais fatores que emergem da literatura como estando fortemente associados ao envelhecimento com bem-estar.

Palavras-chave: *Envelhecimento; Mindfulness; Qualidade de vida; Bem-estar*

Abstract: *This chapter is anchored in numerous theoretical and empirical contributions of interdisciplinary scientific research. It stresses a positive view of the aging process and old age and emphasizes the enormous human potential as well as the potential of the social contexts in order to promote the quality of life of all human beings as they age. Firstly, it considers the emerging scientific approach to meditative practices, under the designation of mindfulness, the meaning of the concept and its contribution to the promotion of well-being and vitality, as well as its positive effect in the delaying of the aging process. Secondly, it reflects on the construct of quality of life and its relationship with aging and the chapter finished with a systematization of the major factors emerging from the literature as strongly associated with aging and well-being.*

Key-words: *Aging; Mindfulness; Quality of life; Well-being*

Refletir sobre o processo de envelhecimento é acima de tudo uma chamada a desenvolver uma perspectiva ampla na apreciação da vida, estendendo o horizonte, de forma intencional, à etapa da velhice. Em que condições de saúde, de vitalidade, é possível e desejamos estar, enquanto pessoas mais velhas? Que contributo queremos dar para a sociedade em que vivemos? Certamente que estamos de acordo que é desejável sermos capazes, individual e coletivamente, de manter o maior número de

anos possível a autonomia funcional, um bom estado de saúde e bem-estar. Viver a velhice com o sentimento de realização pessoal, com vitalidade, interesse em continuar a aprender, contribuindo para construir um mundo mais pacífico e solidário, é um desígnio que podemos adotar como comum. Sustentar esta visão e mobilizar o que estiver ao nosso alcance para a atingir, requer que nos desloquemos da tradicional, mas limitada, perspectiva de reduzir o mais possível as doenças crónicas e os seus impactos negativos, para outra que diversas disciplinas têm vindo a acentuar, comprometida com a promoção da saúde na sua aceção global. Tal perspectiva remete-nos para a consideração da vida como contínuo processo de desenvolvimento e centra-se na promoção do vasto potencial humano bem como na mobilização de contextos sociais e/ou comunitários apropriados para o coadjuvarem.

O envelhecimento é, segundo a OMS (cit. por República Portuguesa, 2017, p. 8), “*um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida*”, sendo por isso um fenómeno complexo resultante da interação de múltiplos fatores, pessoais e contextuais, que vão acentuando as diferenças individuais e tornam o grupo humano das pessoas mais velhas altamente heterogéneo. É, assim, possível encontrar pessoas de idade avançada (com 70, 80 ou mais anos) a manifestarem as suas prestações mais significativas na vida bem como depararmo-nos com outras que, com 50 ou 60 anos, já apresentam níveis de incapacidade notórios. Como refere Simões (2006), “*em nenhuma outra idade tais diferenças assumem expressão tão elevada como na última fase da existência*” (p. 25).

Sob a ótica mais tradicional, a investigação diz-nos que à medida que aumenta o número de anos aumenta também o

número de doenças, muitas das quais dependem do estilo de vida mantido e/ou reforçado em períodos mais precoces do desenvolvimento (DGS, 2015). Mas, contribuir para um bom processo de envelhecimento implica deslocarmo-nos do foco na prevenção das doenças (por mais que ele seja valioso e importante) para essa outra perspectiva, profundamente positiva, que é a de fomentar desde idades precoces, individual e coletivamente, o bem-estar físico, mental e social, ou seja, envolvermo-nos em processos de ativação da vitalidade, harmonia e saúde na sua aceção mais completa.

Estas perspectivas não são uma novidade do nosso tempo. Pelo contrário, remontam a idades bem recuadas da história (Depp, Vahia & Jeste, 2012), encontrando-se na Grécia antiga defensores do envelhecimento segundo uma conceção negativa (que acentua a doença e a fragilidade), sendo o caso de Aristóteles e Galeno, mas também se encontra quem tenha preconizado uma leitura positiva, como, por exemplo, o Romano Cícero que, na sua *Cato Maior De Senectute*, defendeu que a maturidade emocional se fortalece com o avançar da idade, como aliás a investigação atual comprova (e.g., Labouvie-Vief, 2005), e que aumenta a capacidade para uma vida virtuosa. O mesmo autor chama também a atenção para a influência do comportamento prévio em idades mais avançadas, o que nos remete para a ação do sujeito (e dos fatores que lhe estão associados) na determinação dos períodos ulteriores de vida, ganhando aqui destaque o estilo de vida e o mindfulness.

Embora o envelhecimento dependa da confluência de numerosos fatores, muitos dos quais estão fora do nosso controlo, é esta capacidade de influência que todos temos que dá corpo ao título deste trabalho – intervir positivamente no processo de envelhecimento: mindfulness, qualidade de vida e bem-estar.

Consideremos, em primeiro lugar, a temática do mindfulness para depois nos centrarmos, mais especificamente, na qualidade de vida e bem-estar.

1. O mindfulness

O *mindfulness* apresenta uma íntima relação com o bem-estar, podendo ser visto como um poderoso promotor da qualidade de vida das pessoas. Segundo Simões et al. (2009), o *Ontario Project on Successful Aging* aponta de forma inequívoca que “o envelhecimento bem-sucedido é 80% atitude e 20% qualquer outra coisa e está ao alcance de toda a gente” (p.119). Esta constatação bem como a surpreendente conclusão de numerosas investigações internacionais de que a satisfação com a vida “não é tanto uma questão de se obter o que se pretende, mas de se desejar o que se tem” (Myers & Diener, 1995, p. 13) remetem-nos para a importância do campo atitudinal, em termos de compreensão do bem-estar das pessoas, o que abre inteiramente as portas e constitui o principal enlace com o recente estudo científico do mindfulness. Consideremos, então, e em primeiro lugar, o seu aparecimento, a sua importância, as suas principais características, o lugar que ocupa na compreensão do processo de envelhecimento e da qualidade de vida das pessoas e populações.

O contexto da abordagem científica ao mindfulness

Longamente implantado nas tradições milenares yoguis e budistas (mas também em tradições contemplativas de outras culturas, como por exemplo as ordens contemplativas cristãs), o mindfulness tem vindo a revolucionar as intervenções terapêuticas, a educação, a intervenção social e, também, a compreensão

do processo de envelhecimento. Os bons resultados que têm vindo a ser encontrados surgiram, segundo Kabat-Zinn (2011), da confluência histórica de duas epistemologias bem distintas que, ao encontrarem-se, começaram a originar a chamada viragem contemplativa ou, como lhe chama Wallace (2007), a ciência contemplativa. Efetivamente, no âmbito dos encontros *Mind and Life*, os diálogos encetados entre duas figuras de proa, o biólogo e neurocientista Francisco Varela e o Dalai Lama, em muito contribuíram para abrir caminho¹ a um grande movimento de discussão e investigação entre várias áreas disciplinares, que podemos apelidar de revolucionário. Este movimento, ao recorrer a diversas abordagens que se pautam pelo maior rigor da investigação científica, tem vindo a edificar um terreno fértil para a mudança de paradigma em torno do entendimento do ser humano e da sua relação com os diversos sistemas com os quais é interdependente (sociais, naturais, planetários, cósmicos).

Essas duas epistemologias, a ciência e as tradições contemplativas, que durante séculos se encontraram de costas voltadas uma para a outra², como se de mundos ou vias de conhecimento independentes de tratasse, no final do século XX abriram-se ao diálogo e colaboração, gerando novos caminhos, considerados altamente promissores.

O primeiro programa inteiramente baseado em práticas meditativas que veio a revolucionar as intervenções no domínio da

¹ Na verdade, foi a partir da década de 70 do século passado, que o “diálogo entre poetas (e.g., Octavio Paz), cientistas (e.g., Francisco Varela, Jon Kabat-Zinn), budistas (e.g., Dalai Lama, Chogyam Trungpa), professores de meditação (e.g., Joseph Goldstein) [se tornou] o fermento que desenvolveu um interesse alargado pelas práticas contemplativas e respetivos efeitos a nível do conhecimento, da aprendizagem, das relações sociais e da motivação” (Oliveira & Antunes, 2014, p. 55).

² Desde o século XVI com a emergência crescente do movimento científico, que Michel Foucault designou por Momento Cartesiano (Antunes, 2014).

saúde mental foi sistematizado por Kabat-Zinn, em 1979. Nomeado inicialmente por *Stress Reduction & Relaxation Program*, veio a tornar-se internacionalmente conhecido sob a designação de *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR). Trata-se de um programa “que ensina as pessoas a cuidarem melhor de si próprias” (Kabat-Zinn, 2011, p. 293) e que se baseia no treino intensivo em meditação e yoga. Muito embora tenhamos que ressaltar que o yoga, entendido na sua aceção completa, integra a meditação bem como outras componentes de treino e desenvolvimento humano, é importante destacar que para Kabat-Zinn o objetivo da introdução deste tipo de práticas no contexto da academia nunca foi o de as circunscrever a uma abordagem clínica ou terapêutica, bem pelo contrário. Tal como afirma no seu artigo em que narra a história deste encontro extraordinário entre práticas de tradições milenares e a ciência contemporânea, o propósito da introdução das abordagens baseadas no mindfulness foi o de contribuir para “mover a curva normal da nossa sociedade em direção a maior sanidade e bem-estar [...] o MBSR foi concebido e funciona como uma intervenção de saúde pública, um veículo, tanto para a transformação individual como societal” (p. 282). E, no mesmo artigo, reforçando esta última ideia, acrescenta que o mindfulness “não é mais uma técnica cognitivo-comportamental para ser desenvolvida num paradigma de mudança do comportamento, mas um modo de ser e um modo de ver com profundas implicações para a compreensão da natureza das nossas próprias mentes e corpos” (p. 284).

O significado de mindfulness

Mindfulness é a tradução inglesa do termo *sati* proveniente da língua Páli (a que foi usada por Buda) e significa, numa primeira aproximação, o ato de prestar atenção ao momento presente.

Porém, como refere Amaro (2015), aquela simples definição capta apenas a função mecanicista de *sati*. Semanticamente, o termo possui um espectro mais completo, correspondendo também à compreensão clara ou à total consciência (*sati-sampajañña*), devendo o objeto alvo de atenção, nesta última aceção, ser considerado no seu contexto (de tempo, lugar e situação) e incorporar preocupações éticas, no sentido de incluir “uma apreciação das atitudes dos praticantes e do impacto que as suas ações têm em si próprios e nos outros” (Amaro, 2015, p. 65). Um terceiro significado do mindfulness (*sati-~~pa~~ññā*) prende-se com “a qualidade que conduz ao total florescimento do bem-estar do ser humano” (p. 65), não sendo por isso indissociável da sabedoria e da necessidade de examinar toda a experiência no seu fluxo permanente.

Nas palavras de Kabat-Zinn (2015), e de forma mais concisa, o mindfulness é “a consciência momento a momento, não ajuizadora, cultivada para prestar atenção de um modo específico, o mais possível de forma não reativa, não ajuizadora e de coração aberto” (p. 1481). Visa assim desenvolver a qualidade da mente que funciona como que um espelho que reflete com clareza o que nele se apresenta. O mindfulness é, portanto, uma qualidade intrínseca da mente que pode ser desenvolvida e refinada com treino sistemático, tratando-se de uma qualidade humana de potencial universal. Como esclarece Kabat-Zinn (2015), “não há nada de particularmente budista em prestar atenção ou a respeito de consciência, nem particularmente oriental ou ocidental [...] a essência do mindfulness é verdadeiramente universal. Tem mais a ver com a natureza da mente humana do que com ideologias, crenças ou com a cultura” (p. 1482).

O mindfulness é sempre do domínio experiencial, não reside no plano concetual, pelo que consiste numa abordagem realista,

pragmática, em vez de idealista, relativamente ao desenvolvimento do bem-estar ou à libertação do sofrimento. Consequentemente, como salienta Amaro (2015), ao considerarmos a nossa ação quotidiana, a pergunta *a priori* que deveremos colocar é: *A minha atitude, a minha ação no dia a dia contribuem para construir um mundo melhor para todos, contribuem para aliviar o sofrimento?*, em vez daquela em que tantas vezes nos envolvemos: *A vida e as coisas são como eu acredito que deveriam ser?*

Ao longo dos séculos, esta capacidade humana inata foi investigada, explorada, mapeada, desenvolvida e refinada pelas tradições contemplativas. Segundo Wallace (2007), o termo contemplativo vem do latim *contemplatio*, correspondente à palavra grega *theoria*, referindo-se ambas à busca de “revelar, clarificar e tornar manifesta a natureza da realidade” (p. 1). Encontrando pontes entre a ciência e o conhecimento contemplativo, refere Wallace que, “tal como os cientistas levam a cabo observações e conduzem experimentação com a ajuda de tecnologia, os contemplativos desde há muito fazem as suas próprias observações e experimentações com a ajuda de capacidades atencionais aumentadas e com o envolvimento da imaginação” (p. 2).

Desde o designado Momento Cartesiano, a ciência e as tradições contemplativas divergiram inteiramente no seu caminho como se só o conhecimento erigido sobre a dualidade sujeito-objeto fosse válido – como se só o conhecimento científico de inspiração positivista merecesse o estatuto de credível (Antunes, 2014). Sendo inquestionáveis os avanços que o conhecimento de base científica e tecnológica trouxeram para a melhoria da qualidade de vida das pessoas nas sociedades contemporâneas, nomeadamente os grandes progressos da medicina a nível da melhoria do bem-estar físico, a verdade é que a enorme expansão

do conhecimento científico não nos trouxe um aumento correlativo da ética e da virtude; não podemos dizer que a sociedade moderna tenha ficado mais sábia e compassiva. Infelizmente, todos constatamos, como refere Wallace (2007), que “as nossas sociedades se afastaram, de há muito, de prosseguir a felicidade genuína, a verdade e a virtude” (p. 2), tal como era, por exemplo, o desígnio dos estoicos na Grécia Antiga (Reis & Oliveira, 2016).

Porque é que treinarmo-nos em prestar atenção de uma forma muito específica (tal como acima explicitado) e em alcançar uma visão clara, é tão importante para o nosso bem-estar? Como é que o mindfulness origina a transformação da pessoa e do mundo?

Na verdade, treinarmo-nos em ‘voltar a casa’, i.e., ao momento presente, quebrando padrões de reatividade e automaticidade longamente estabelecidos na pessoa, pode ser uma conquista completamente extraordinária. Trazer de volta a atenção, voluntariamente, uma e outra vez, havia já sido reconhecido por Williams James, na sua obra *Principles of Psychology*, como a educação por excelência: “*the faculty of voluntarily bringing back a wandering attention, over and over again, is the very root of judgment, character, and will. No one is compos sui if he have it not. An education which should improve this faculty would be the education par excellence. But it is easier to define this ideal than to give practical instructions to bringing it about*” (cit. por Kabat-Zinn, 2015, p. 1484).

Intencionalmente trazer de volta a atenção para o momento presente, uma e outra vez, é um tipo de autoeducação que requer compromisso, disciplina e prática. Frequentemente estamos desligados de nós próprios, fora de contacto com a nossa realidade, apresente-se ela sob a forma de sensações, perceções, emoções, pensamentos, imagens, impulsos, ou o que quer que

surja no campo atencional. Ou seja, é muito comum estarmos num estado de desatenção, ou como é comumente designado, estado de piloto automático. Sucede, como explica o autor supracitado, que os estados de desatenção levam à desconexão que, por sua vez, conduz à desregulação (afastamento do natural equilíbrio homeostático), a qual resulta na desordem dos tecidos celulares, que, por sua vez, afeta os diversos órgãos e sistemas. Rana (2015), no mesmo sentido, salienta como é tão importante observar atentamente a experiência sem interferir, ou seja, o envolvimento no processo de ganhar distância (recuar um ‘passo atrás’ ou ‘subir acima’) e de adoção da atitude fenomenológica para se alcançar mais objetividade sobre as próprias experiências internas e se promover a autorregulação. Por conseguinte, através deste processo, as pessoas tornam-se menos controladas por pensamentos, emoções, sensações, menos fusionadas com os conteúdos da consciência e com os padrões de reatividade habituais.

O mindfulness como via ativadora dos processos de integração

As práticas de mindfulness, pelas características que as qualificam, têm o efeito de contrariar a fragmentação e ativar ou restaurar os processos integrativos, quer em termos físicos quer psicológicos quer ainda sociais. A atenção restabelece e reforça a conexão, levando a maior regulação que, por sua vez, promove um estado de ordem dinâmica, o qual corresponde à assinatura do bem-estar e da saúde (Kabat-Zinn, 2015). Segundo Siegel (2007), quando focamos a atenção nas nossas intenções estamos a estimular as regiões intermédias pré-frontais do córtex cerebral e a favorecer os processos de integração. Esta ativação pré-frontal origina a extensão de fibras axonais que ligam em conjunto várias regiões: o córtex, a zona límbica, o tronco

cerebral, o próprio corpo e até o mundo social dos outros cérebros. Do ponto de vista neurofisiológico, “o aumento anatômico das fibras pré-frontais significa que funcionalmente estamos a promover a integração neural” (p. 291).

Assim, o bem-estar físico e mental é criado por um processo de integração que interliga componentes diversas de um sistema num todo funcional. Essas diversas partes integradas formam o designado fluxo FACES: Flexível, Adaptativo, Coerente, Energizado e Estável (Siegel, 2007, p. 288). É o fluxo da experiência que acaba por refletir a qualidade de coerência: conectado, aberto, harmonioso, implicado, recetivo, emergente, noético, compassivo e empático. Para que estas qualidades ocorram, a orientação particular da atenção para a experiência, momento a momento, deve ser caracterizada pela curiosidade, abertura e aceitação – qualidades que definem a visão da mente saudável.

O treino em mindfulness implica, deste modo, que não prendamos, nem rejeitemos a experiência, que cultivamos, antes, a atitude de acolher, de observar com curiosidade e interesse, de aceitar e, neste sentido, pode dizer-se que cultivamos a arte do encontro, da relação. As histórias de encantar do legado de todas as culturas, segundo Kabat-Zin (2003), “lembram-nos que vale a pena procurar o altar aonde as partes fragmentadas e isoladas do nosso ser se possam encontrar e casar, trazendo novos níveis de harmonia e compreensão das nossas vidas, até ao ponto onde possamos realmente viver felizes para sempre, e que significa o intemporal aqui e agora” (p. 88). Observamos os palcos internos e externos através da “percepção silenciosa da realidade” (Wallace, 2007, p. 1).

Mindfulness e envelhecimento

Individual e coletivamente todos desejamos estar envolvidos, o mais possível, em trajetórias de envelhecimento ativo, saudável, com qualidade de vida e feliz. Como favorecer um bom envelhecimento, uma maior satisfação com a vida, a manutenção ou aquisição de níveis ótimos de funcionamento e de qualidade de vida? Como obter mais bem-estar, equilíbrio, saúde, mais sentido na vida? Há múltiplas vias e fatores que a literatura tem vindo a apontar nesse sentido, como mais à frente exploraremos neste capítulo, sendo o treino em mindfulness e compaixão um elemento fundamental a ter presente.

Já se sabia que as práticas de mindfulness, em geral, aumentam a satisfação com a vida, melhoram a capacidade de lidar com a doença, promovem a saúde física e emocional, associam-se a níveis elevados de equanimidade e contentamento, melhoram a concentração e a autoconfiança, bem como promovem a coesão da identidade (e.g., Davidson et al., 2003; Goldin & Gross, 2010), mas o projeto *Resource*, levado a efeito entre 2012-2016 pelo *Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences*, e dirigido por Tania Singer, veio clarificar mais esses efeitos positivos. Sendo considerado um projeto de grande envergadura para testar os efeitos das práticas de mindfulness/meditação e de compaixão a nível da saúde mental e das habilidades sociais da população adulta, os seus principais resultados permitiram constatar melhorias significativas no bem-estar subjetivo, nas funções cerebrais, na saúde (física e emocional) e no comportamento. Após 9 meses de treino foi possível verificar que as diferentes técnicas de meditação³ têm efeitos diferenciados, mas

³ O projeto envolveu 229 adultos de meia idade (com média de 41 anos). As práticas estavam organizadas em 3 módulos: Presença (incluindo meditação na respiração e *body scan*), afeto (meditação do amor bondoso) e perspectiva (observação dos pensamentos). Houve 3 grupos, considerados controlos ativos, submetidos a treino de 13 semanas, por componente e por ordem diferente.

também que originam ganhos comuns, nomeadamente, todas contribuirão para aumentar a afetividade positiva, a energia, o foco da atenção no momento presente e a diminuição de distrações (Kok & Singer, 2017).

A regulação emocional é um dos efeitos consistentemente visível com as práticas de mindfulness. A principal conclusão de um estudo recente com homens chineses entre 40 e 70 anos, avaliados em diversas variáveis neurofisiológicas, foi a de que o treino em mindfulness permite operar em fases muito iniciais do processamento afetivo, sendo que cultivar a disposição mindfulness ajuda a reduzir a reatividade habitual da pessoa aos estímulos, sobretudo aos que se associam a eventos considerados negativos (Ho et al., 2015). Também se tem constatado num aumento do comportamento prossocial – evidência que foi reforçada pelos resultados do projeto Resource (Kok & Singer, 2017). As atitudes mais positivas para com os outros explicam-se por se apurarem mudanças no cérebro relacionadas com as áreas habitualmente ativadas quando nos sentimos conectados aos outros (Siegel, 2007).

Precisamente relacionado com o efeito do mindfulness no bem-estar físico e emocional, uma revisão recente que incidiu sobre 15 estudos (Geiger et al., 2016) concluiu que os resultados são consistentes em termos de conduzirem a melhorias no bem-estar emocional (ansiedade, depressão, stress e aceitação da dor). A nível da saúde física, os efeitos revelaram-se inconsistentes (e.g., medidas de inflamação, IL-6, proteína C reativa, respostas imunológicas etc.).

Na esfera cognitiva, a revisão de Gard et al. (2014), que incluiu 12 estudos, apurou melhorias substanciais na atenção (sustentada, menor dispersão) e nas funções executivas.

Os efeitos do treino em mindfulness têm vindo igualmente a ser relacionados com o processo de envelhecimento. Normalmente, à medida que envelhecemos ocorre a diminuição da massa cortical através da perda de neurónios, mas é possível desacelerar o processo de envelhecimento, revelando o treino em mindfulness, neste âmbito, efeitos positivos. A investigação pioneira de Lazar et al. (2005) evidenciou que os meditadores de longa data, comparativamente a grupos de controlo, apresentam um aumento da densidade sinática nos lobos da ínsula e pré-frontal. Os estudos subsequentes dos neurocientistas apontaram no mesmo sentido, ficando bem estabelecido que as práticas repetidas de mindfulness transformam estruturalmente o cérebro em determinadas regiões e promovem a neuroplasticidade (Höltzer et al., 2010, 2011). A investigação de Höltzer et al. (2011), por exemplo, baseada num programa com a duração de 8 semanas (em que os participantes relataram praticar em média 27 minutos por dia), revelou que na segunda semana de treino as imagens de ressonância magnética já evidenciavam um aumento de densidade da matéria cinzenta no hipocampo (estrutura envolvida na aprendizagem e memória) e nas estruturas relacionadas com a autoconsciência, a compaixão e a introspeção. Em contrapartida, verificou-se a diminuição da densidade da amígdala (envolvida nas respostas emocionais como o stress e a ansiedade)⁴. Nenhum dos participantes do grupo de controlo evidenciou essas mudanças.

Na continuidade desta linha de investigação, as investigações mais recentes continuam a evidenciar resultados bastante promissores relativamente ao que acontece no cérebro com treino

⁴ Como já havia sido antes destacado, a investigação consistentemente tem vindo a mostrar que as práticas de mindfulness não abrangem apenas circuitos atencionais e mnésicos, mas afetam igualmente os circuitos sociais.

em meditação/mindfulness. Num estudo de grande rigor metodológico (Saggar et al., 2015), baseado em meditação intensiva (que implicou um retiro de 3 meses), em que se compararam dois grupos experimentais com um grupo de controlo, os resultados evidenciaram mudanças longitudinais substanciais nos processos atencionais e cognitivos, especificamente nas dinâmicas cortico-talâmicas, registando-se um retardamento entre elas com treino em meditação *shamata* e amor-bondoso (*loving-kindness*) nos dois grupos experimentais.

A partir de um modelo de estimação da idade do cérebro (*BrainAGE methodology*), testado com 650 sujeitos de idades compreendidas entre os 19 e 86 anos, Luders, Cherbuin e Gaser (2016) comparam 50 meditadores e 50 não meditadores com idades e sexo equivalentes. Estes autores obtiveram um efeito principal do grupo e do sexo, significando que aos 50 anos o cérebro dos meditadores revelava-se em média 7.5 anos mais jovem do que o cérebro dos não meditadores. Quanto ao efeito do sexo, as mulheres apresentavam em média um cérebro 3.4 anos mais jovem do que o dos homens. Para além disso, também detetaram no grupo dos meditadores uma associação significativa entre a idade do cérebro e a idade cronológica, constatando-se que acima dos 50 anos por cada ano de vida, diminuía 1 mês e 22 dias a idade estimada do cérebro.

A nível da doença de Parkinson, num estudo experimental longitudinal constatou-se que o treino em mindfulness (8 semanas, semelhante ao MBSR) apresenta efeitos neurobiológicos positivos nas redes neuronais implicadas na referida doença, tendo-se registado o aumento significativo da densidade da matéria cinzenta nessas redes no grupo experimental (Pickut et al., 2013).

Se considerarmos as mudanças a nível celular, nomeadamente na ação sobre os telómeros⁵ e a telomerase, uma revisão recente de 23 artigos (To-Miles, & Backman, 2016), que incidiu sobre o efeito da atividade física e do mindfulness, concluiu, no primeiro caso, que os resultados são inconsistentes, apesar de terem sido encontrados efeitos positivos nalguns estudos, tendo por base a medição dos telómeros. No caso das intervenções baseadas no mindfulness, a evidência é mais consistente, quanto a melhorar a saúde fisiológica, dado que aumentou a atividade da telomerase⁶.

Apesar das investigações com abordagens baseadas no mindfulness não estarem ainda muito desenvolvidas em populações idosas, os estudos disponíveis apontam efetivamente para um contributo positivo em termos de melhoria do bem-estar e da qualidade de vida (e.g., Smith, 2004; Sorrell, 2015). Em geral, trata-se de intervenções muito apreciadas, quer porque o mindfulness revela um grande potencial para a compreensão profunda da ligação estreita entre mente e corpo, quer porque muitas pessoas idosas mostram-se bastante interessadas em práticas de reflexão e consciencialização da experiência, do sentido da vida, quer ainda porque constitui uma abordagem muito útil para ajudar a lidar com os problemas associados a doenças crónicas, à depressão, ansiedade, perdas, bem como para aumentar da vitalidade (Rejeski, 2008; Lima, Oliveira, & Godinho, 2011; Oliveira & Cruz, 2015; Kok & Singer, 2017).

⁵ Os telómeros são as sequências de ADN na extremidade dos cromossomas que os protegem da deterioração e que produzem a enzima telomerase (To-Miles, & Backman, 2016).

⁶ É de salientar, contudo, que no caso dos estudos com a atividade física, para além do tipo e da duração da atividade ter sido muito difícil de conhecer, as medidas incidiram no comprimento dos telómeros (cujas alterações só são visíveis após 1 a 6 anos) e não na telomerase (cujas mudanças são detetáveis após algumas semanas de treino).

Num estudo experimental de 8 semanas de duração (MBSR com prática de 30 minutos diários em casa), realizado por Creswell et al., (2012), constatou-se uma redução significativa da solidão e uma diminuição da expressão de genes pró-inflamatórios, a nível de indicadores sanguíneos, nos participantes do grupo experimental.

Foulk et al. (2014), recorrendo a um desenho quase-experimental com pré e pós-teste, envolvendo 50 idosos, constataram que 8 semanas de treino melhoravam significativamente a ansiedade, os pensamentos ruminativos e problemas de sono. Noutro estudo com 40 idosos, de natureza experimental, com 5 semanas de duração, os participantes do grupo experimental (submetidos a treino em mindfulness), em comparação com os do grupo de controlo (submetidos a um programa educativo sobre educação para higiene do sono) não apenas mostraram melhorias significativas no sono como também reduziram a sintomatologia depressiva e a fadiga diurna (Black et al., 2015).

Os diversos ganhos evidenciados pelas investigações a que nos reportámos permitem-nos compreender o título do artigo de Morone et al. (2008), “Senti-me como uma nova pessoa”, que se debruçou sobre a dor lombar crónica. Após a participação num curso de mindfulness de 8 semanas, os diários dos participantes revelaram melhorias substanciais na dor e outros ganhos como a capacidade de atenção, a qualidade do sono e qualidade de vida e um sentido acrescido de bem-estar. Estes resultados foram atribuídos à atitude de observação das sensações, sem interferência, e à dissociação das sensações físicas das experiências de dor emocional e cognitiva.

2. Qualidade de vida, bem-estar e envelhecimento

A qualidade de vida e o bem-estar são conceitos inter-relacionados, mas nem sempre consensualmente distinguidos, uma vez que, como refere Simões (2006), há quem os entenda como sinónimos, embora a maioria dos autores os distinga. O construto de qualidade de vida é, em geral, proposto como integrador das condições de vida e das experiências de vida, ou seja, constituído por uma vertente mais objetiva (os recursos materiais e a saúde física, por exemplo) e outra mais subjetiva (a perceção de bem estar que o indivíduo tem da sua vida). Neste sentido, a qualidade de vida é entendida como um conceito abrangente e amplo, que integra fenómenos de ordem física, psicológica e social (Vilar et al., 2016), sendo o bem-estar um indicador da mesma. Acentuando uma dimensão mais subjetiva, mas integrativa de múltiplos fatores, a OMS define a qualidade de vida como “a perceção da pessoa acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405). Daatland (2003) considera que o conceito é, simultaneamente, abrangente e amorfo e que a sua concetualização tem refletido a dominância de duas linhas ou tradições: uma ligada aos padrões de vida, que abarca o rendimento, os bens materiais, as condições de vida da pessoa (também conhecido por nível de vida) e outra ligada às experiências pessoais de vida que integra (à semelhança do que os autores anteriormente citados referem) uma dimensão subjetiva, relacionada com a perceção de bem-estar⁷. A proposta deste último autor é que se integrem as

⁷ Relativamente ao bem estar, há construtos específicos que têm vindo a ser estudados na literatura (de teor mais sociológico ou psicológico), tais como os de *bem estar subjetivo* e *bem estar psicológico*, os quais não serão aqui diretamente abordados por estarem fora do escopo deste trabalho, mas deixamos a referência a duas fontes para quem tenha interesse em conhecê-los, respetivamente, de Simões et al. (2000) e Ferreira e Simões (1999).

duas tradições reportadas numa terceira linha agregadora dos fatores objetivos e subjetivos.

Envelhecimento patológico, normal e bem-sucedido

Inscrevendo-se na abordagem positiva acima referida, de há muito que os gerontólogos procuram compreender os fatores que aumentam o período de vida saudável (*healthspan*), sendo o seu objetivo principal o de promover o envelhecimento bem-sucedido (EBS), definido como “a obtenção do máximo de satisfação e felicidade da vida” (Depp, Vahia, & Jeste, 2012, p. 460). Rowe e Khan (1999) foram dos primeiros autores a apresentar uma definição operacional do EBS e a avançar com um estudo de coorte que abrangeu mais de 1000 pessoas idosas. De acordo com estes especialistas, o envelhecimento pode ser caracterizado segundo um *continuum* que vai do envelhecimento patológico até ao envelhecimento bem-sucedido passando pelo envelhecimento normal⁸. Segundo os mesmos autores, a investigação biomédica tinha permitido distinguir o envelhecimento patológico do normal, mas havia que passar a investigar-se também a distinção entre o envelhecimento normal e o bem-sucedido. O modelo do EBS por eles proposto é, por um lado, de grande exigência, uma vez que só contempla os casos em que se verifica, simultaneamente, a inexistência de doenças e incapacidades, um elevado funcionamento cognitivo e físico, e envolvimento social, excluindo de trajetórias de envelhecimento positivo, por exemplo, a adaptação dos idosos à incapacidade e doença. Por

⁸ O *envelhecimento normal*, também designado por primário, diz respeito ao processo natural de mudança, à medida que a idade avança, que se caracteriza por ser universal, progressivo e irreversível, não sendo efeito de outro processo nem modificável com tratamento. Por sua vez, o *envelhecimento patológico* (também conhecido por secundário) resulta em processos de degeneração causados por doenças ou por estilos de vida impróprios (Simões, 2006, p. 32).

outro lado, não integra uma dimensão que numerosos estudos foram evidenciando como estando associada a um bom envelhecimento – a dimensão espiritual (Crowther et al., 2002; Simões, 2011). Apesar destes avanços iniciais, continuou a registar-se uma grande falta de acordo entre os investigadores quanto ao que é o EBS e as primeiras investigações consideraram-no sobretudo como sinónimo de não ter incapacidades físicas ou doenças.

Determinantes de um bom envelhecimento

Em contrapartida, os trabalhos mais recentes começaram a debruçar-se sobre os preditores do bom funcionamento cognitivo e da saúde emocional (Labouvie-Vief, 2005; Meadle & Park, 2009; Depp, Vahia & Jeste, 2012; Gutierrez & Isaacson, 2013). Embora o debate continue entre a perspectiva de que o EBS diz respeito a manter os ganhos alcançados anteriormente na vida ou a de que significa a adaptação das pessoas idosas à incapacidade e doença (ou as duas), consideremos o que as investigações mais recentes reportam a respeito do que determina um bom envelhecimento na idade adulta avançada.

Influência genética

Segundo a sistematização do conhecimento realizada por Depp, Vahia e Jeste (2012), embora se assuma que a influência genética diminui com a idade e a correspondente acumulação de experiências de vida, estima-se que os genes e os processos fisiológicos básicos exerçam uma influência entre 20 e 30%. Neste âmbito, destacam-se os telómeros que parecem dar uma boa indicação do envelhecimento celular básico. Tendo recebido o prémio Nobel pela investigação inovadora na área, Epel et al. (2004) mostraram que quanto mais curtos são os telómeros, maior

é a aceleração do envelhecimento celular. A telomerase permite manter o comprimento do cromossoma e estabiliza a replicação celular, desacelerando ou acelerando o envelhecimento celular. Sabe-se que a diminuição do tamanho dos telómeros e uma atividade reduzida da telomerase estão associados à morte celular, ao envelhecimento e a uma saúde débil (Epel, 2012). Por exemplo, as pessoas mais velhas, fumadoras, obesas, com artrite reumatoide, cancro, esquizofrenia e demência mostram comprometimentos a nível da saúde dos telómeros (To-Miles, & Backman, 2016). No mesmo sentido, Atzmon et al. (2010), ao estudarem pessoas centenárias, verificaram que uma melhor saúde correspondia a telómeros mais longos, menores índices de diabetes, melhor funcionamento cognitivo e menos incapacidades.

Mestria sobre o ambiente

Um outro fator que a literatura aponta como sendo bastante importante é a *perceção de mestria sobre o ambiente*, correspondendo um sentido mais elevado da mesma a menos sintomas de ansiedade em idosos saudáveis, enquanto que níveis baixos estão associados a mais sintomas depressivos (Deep, Vahia & Jeste, 2012). Um nível elevado de *autoeficácia geral* tem sido associado também a melhor qualidade de vida, menos solidão, e menos stress psicológico em idosos. A mestria e a autoeficácia estão igualmente associadas a um efeito positivo em indicadores biológicos e fisiológicos – menos cortisol e citocinas proinflamatórias, menor risco cardiovascular e sonos REM mais longos (Geiger et al., 2016).

Atitudes para com o envelhecimento

As *atitudes* para com o envelhecimento são outro importante fator a destacar. Há muitas consequências negativas de atitudes

desfavoráveis para com o processo de envelhecimento. Mais atitudes negativas significam mais morbidade (Levy, 2003, cit. por Depp, Vahia & Jeste, 2012). Quando os idosos são expostos a estereótipos positivos acerca do envelhecimento (pessoa sábia, experimentada, com muitas experiências), comparativamente a negativos, o desempenho objetivo em tarefas físicas, tais como caminhar ou escrever, é afetado. Verificou-se efetivamente que os estereótipos têm um efeito no desempenho de tarefas diárias, quando estas são manipuladas experimentalmente. Estes resultados sugerem que os esforços para alterar as atitudes negativas para com o envelhecimento podem modificar positivamente o curso do próprio processo de envelhecimento (Depp, Vahia & Jeste, 2012).

Outros importantes fatores

Considerando particularmente o envelhecimento sem incapacidades e a prevenção da fragilidade cognitiva, para além do que anteriormente mencionámos, merece destaque uma revisão de numerosos estudos, incluindo meta-análises, realizada por Gutierrez e Isaacson (2013). Estes autores identificaram os fatores que mais contribuem para uma boa manutenção das capacidades cognitivas, destacando os seguintes cinco, como os de topo: 1) *a prática regular de exercício físico*, recomendando no mínimo 30 minutos, 3 vezes por semana (caminhadas, exercício aeróbico, jardinagem, golfe, dança, tai chi etc.), sendo que, para efeitos de redução do ritmo de perda de massa cinzenta no cérebro (através da estimulação da neurogénese nas estruturas do hipocampo) e de efeitos positivos nos genes que interferem na estrutura e adaptabilidade das sinapses, propõem a prática de exercício aeróbico, 40 minutos por dia, 5 dias por semana, durante 6 semanas; 2) *a adesão a uma dieta saudável*, aconselhando dietas

com restrição clórica e de tipo Mediterrânica, as quais revelaram melhor predizer uma longevidade saudável e sem incapacidades; 3) o *envolvimento em atividades sociais*, sugerindo os autores a manutenção de uma boa rede social e participação em atividades de grupo prazerosas e expressivas (representação, teatro, programas de educação de adultos, dança etc.); 4) a *gestão adequada do stress*, recomendando, tal como vários dos estudos anteriormente mencionados apontaram, a prática de meditação, mindfulness, yoga, biofeedback, pensamento positivo, o estabelecimento de prioridades nas atividades diárias etc.; e 5) o *aumento da atividade cognitiva*, através do envolvimento em aprendizagens novas, desafiantes e do interesse da pessoa, incluindo-se aqui os programas de estimulação cognitiva, o uso de estratégias multissensoriais, a aprendizagem de uma nova língua ou música, a participação em atividades de escrita criativa, de leituras encenadas etc..

Considerações finais

A mudança de perspetiva relativamente à forma como encaramos o envelhecimento, adotando-se uma visão de longo prazo e uma atitude positiva quanto à possibilidade de manter, ou até de aumentar a qualidade de vida, o bem-estar e a vitalidade, impõe-se. Não apenas porque enfrentamos alterações demográficas populacionais profundas e é importante tornar os sistemas de apoio social sustentáveis, mas sobretudo porque, tal como alguns dos visionários da cultura ocidental (desde a Antiguidade Clássica), anteviam e defendiam, é efetivamente possível envelhecer com qualidade de vida e bem-estar. São diversos os fatores que para isso contribuem, salientados por

distintas áreas do saber e por desenhos metodológicos igualmente distintos. Mas todos eles, apesar da sua especificidade, apontam no mesmo sentido: pode-se melhorar ou recuperar o bem-estar e a vitalidade e, mesmo, desacelerar o processo de envelhecimento. Sinergicamente, o desafio é o de intervir, a nível pessoal e coletivo, em várias frentes, colocando em prática os significativos saberes que nos vêm não de crenças ou ideologias, mas do cruzamento de muitos dados da investigação científica e de saberes milenares.

Pela multiplicidade dos efeitos benéficos que proporcionam e pelos numerosos mecanismos que mobilizam (atencionais, atitudinais, emocionais, sociais etc.), assumem relevo especial as práticas de *mindfulness* ou meditação, mas também é importante ter em conta o elevado potencial da atividade física, da percepção de mestria ou de autoeficácia, das relações sociais positivas, do treino cognitivo, da alimentação saudável, o que nos remete para a importância de cultivar um estilo de vida saudável desde as idades mais precoces, como a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) acentua (República Portuguesa, 2017), e para a ativação do potencial positivo do ser humano durante toda a vida.

A revisão dos estudos que convocámos para a elaboração deste capítulo não pode ser considerada exaustiva, mas estamos convictas de que a diversidade de fontes consultadas, em torno dos seus tópicos estruturantes, é meritória da nossa melhor atenção, em virtude da qualidade dos trabalhos de investigação que tivemos o gosto de conhecer e rever.

Bibliografia

- Amaro, A. (2015). A holistic mindfulness. *Mindfulness*, 6, 63-73. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0382-3>
- Antunes, B. (2014). *The Cartesian moment and the contemplative turn: Reshaping epistemology*. Comunicação apresentada no Summer Research Institute, Mind & Life Europe, 23-29 Agosto, Fraueninsel, Chiemsee.
- Atzmon, G. (2010). Genetic variation in human telomerase is associated with telomere length in Ashkenazi centenarians. *PNAS*, 107(1), 1710-1717.
- Black, D. S., O'Reilly, G. A., Holmstead, R., Breen, E. C., & Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances. *JAMA International Medicine*, 175(4), 494-501.
- Bury, M., & Holme, A. (1991). *Life after ninety*. London. Routledge.
- Creswell, J. D. et al. (2012). Mindfulness based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized control trial. *Brain, Behavior and Immunity*, 26, 1095-1101. doi: 10.1016/j.bbi.2012.07.006
- Crowther, M. R. et al. (2002). Rowe and Khan's model of successful aging revisited: Positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.
- Daatland, S. O. (2003). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 371-377). Cambridge: University Press.
- Davidson R. J., Kabat-Zinn J, Schumacher J., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Depp, C. A., Vahia, I. V., & Jeste, D. V. (2012). Successful aging. In S. K. Whithourne, & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 459-476). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Direção Geral da Saúde (2015). *A saúde dos portugueses: Perspetiva 2015*. Lisboa: DGS.

- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin J, Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *101*, 17312-17315.
- Epel, E. (2012). How “reversible” is telomeric aging? *Cancer Prevention Research*, *5*, 1163-1168. doi:10.1158/1940-6207.CAPR12-0370
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (E.B.E.P.). In M. R. Simões, L. S. Almeida & M. M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 111-121). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Gard, T., Holtzer, B. K., & Lazar, S. W. (2014). The potential effect of meditation on aged-related cognitive decline: A systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1307*, 89-103.
- Geiger, P. J., et al. (2016). Mindfulness-based interventions for older adults: A review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, *7*, 296-307.
- Goldin P. R., Gross J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion* *10*, 83-91. doi: 10.1037/a0018441
- Gutierrez, J., & Isaacson, R. S. (2013). Prevention of cognitive decline. In L. D. Ravdin & H. L. Katzen (eds.), *Handbook of the neuropsychology of aging and dementia* (pp. 167-192). LLC: Springer Science.
- Ho, N. S. P., Sun, D., Ting, K-H, Chan, C. C. H., & Lee, T. M. C. (2015). Mindfulness Trait Predicts Neurophysiological Reactivity Associated with Negativity Bias: An ERP Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *15*, 1-15.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ... Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *5*(1), 11-17.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in

- regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *191*(1), 36-43.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Onde quer que eu vá* (C. Rodriguez, Trad.). Porto: Oficina do Livro.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 281-306.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Why paying attention is so supremely important. *Mindfulness*, *6*, 1484-1486.
- Kok, B. E., & Singer, T. (2017). Phenomenological fingerprints of four meditations: Differential state changes in affect, mind-wandering, meta-cognition, and interoception before and after daily practice across 9 months of training. *Mindfulness*, *8*, 218-231. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0594-9>
- Labouvie-Vief, G. (2005). The Psychology of emotions and ageing. In M. Johnson, V. Bengtson, P. Coleman, & T. KirDeath (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press (pp. 229-236).
- Lazar, S. W. et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, *16*, 1893-1897.
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, *45*(1), 165-183. DOI http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_45-1_9f
- Luders, E., Cherbuin, N., & Gaser, C. (2016). Estimating brain age using high-resolution pattern recognition: Younger brains in long-term meditation practitioners. *Neuroimage*, *134*, 508-513.
- Meadle, M. L., & Park, D. C. (2009). Enhancing cognitive function in older adults. Chodzko-Zajko, W. C., Kramer, A. F., & Poon, L. W. *Enhancing cognitive functioning and brain plasticity* (pp. 35-47; vol. 3). Champaign: Human Kinetics.
- Morone, N.E., Lynch, C.S., Greco, C.M., Tindle, H.A., & Weiner, D.K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older

- adults with chronic pain: Qualitative narrative analysis of diary entries. *Journal of Pain*, 9, 841-848.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-17.
- Oliveira, A. L., & Antunes, B. M. G. (2014). A pedagogia contemplativa no ensino superior: Para uma abordagem completa ao que o ser humano convoca. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 48(2), 43-60. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_48-2_3
- Oliveira, A. L., & Cruz, A. C. (2015). O papel do sentido da vida e do mindfulness na compreensão do bem estar de alunos de Universidades Seniores. *Exedra*, 61-78. <http://www.exedrajournal.com/wp-content/uploads/2016/02/Cap4.pdf>
- Pickut, B. A., Hecke, W. V., Kerckhofs, E., Marien, P., Vanneste, S., Cras, P., & Parizel, P. M. (2013). Mindfulness based intervention in Parkinson's disease leads to structural brain changes on MRI: A randomized control longitudinal trial. *Clinical neurology and neurosurgery*, 115, 2419-2425.
- Rana, N. (2015). Mindfulness and loving-kindness meditation: A potential tool for mental health and subjective well-being. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(2), 189-196.
- Reis, C. S., & Oliveira, A. L. (2016). Ontological conversion: The place of self-knowledge, the contemplative tradition and contemporary mindfulness in education. *Turkish Online Journal of Educational Technology, Special Issue for INTE 2016*, 163-172. http://www.tojet.net/special/2016_12_1.pdf
- Rejeski, W. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48(2), 135-141.
- República Portuguesa (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025). Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial* (Despacho n.º12427/2016). República Portuguesa: DGS/SNS.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Saggar, M. et al. (2015). Mean-field thalamocortical modeling of longitudinal EEG acquired during intensive meditation training. *Neuroimage*, 114, 88-104.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: Norton & Company.

- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Lisboa. Âmbar.
- Simões, A. (2011). Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem sucedido? *Psicologia, Educação e Cultura, XV*(1), 7-28.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos, A. P., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura, IV*(2), 243-279.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Oliveira, A. L., Alcoforado, J. L., & Ferreira, J. A. (2009). O sentido da vida: Contexto ideológico e abordagem empírica. *Psychologica, 51*, 101-130. DOI:http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_51_8
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 423-430.
- Sorrell, J. M. (2015). Meditation for Older Adults: A New Look at an Ancient Intervention for Mental Health. *Journal of Psychosocial Nursing, 53*(5), 15-19.
- To-Miles, F. Y. L., & Backman, C. L. (2016). What telomeres say about activity and health: A rapid review. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 83*(3) 143-153. DOI: 10.1177/0008417415627345
- Vilar, M., Sousa, L., Firmino, H. & Simões, M. (2016). Envelhecimento e qualidade de vida. In H. Firmino; M. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 19-43). Lisboa: Lidel.
- Wallace, B. A. (2007). *Contemplative science: Where Buddhism and neuroscience converge*. New York: Columbia University Press.
- World Health Organization Quality of Life Group/WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine, 41*(10), 1403-1409.

CAPÍTULO III

FAMÍLIA E OUTRAS REDES DE SUPORTE SOCIAL NA POPULAÇÃO IDOSA

Sónia Guadalupe

Instituto Superior Miguel Torga – Coimbra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4898-3942>

Henrique Testa Vicente

Instituto Superior Miguel Torga – Coimbra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5571-9168>

Resumo: *Este capítulo aborda as características das redes sociais pessoais na velhice, enquanto recurso fundamental de bem-estar e suporte, problematizando o lugar dos laços familiares na provisão social informal e sua relação com a provisão formal. As redes sociais pessoais são fenómenos dinâmicos, em permanente evolução ao longo do ciclo vital. As perdas normativas na velhice, como as associadas à aposentação ou à diminuição da autonomia, têm sido apontadas como fatores de retração reticular e fragilização dos laços sociais informais. Acresce um conjunto de determinantes sociais associados a condições de vida na idade avançada, assim como*

constrangimentos decorrentes das forças estruturais e culturais, que potenciam um quadro de vulnerabilização que tem encontrado resposta na provisão informal, sobretudo das famílias.

O conhecimento acerca das redes sociais na população idosa e da relação entre suporte informal e formal, afigura-se assim relevante e coloca desafios específicos à avaliação e intervenção social.

Palavras-chave: *Redes sociais pessoais; Redes sociais; Suporte social; Família; Laços sociais; Velhice; Envelhecimento; Idosos*

Abstract: *This chapter addresses the characteristics of personal social networks in old age, as a fundamental resource of well-being and support, problematizing the role of family ties in informal social provision and its relationship with formal provision.*

Personal social networks are dynamic phenomena, constantly evolving throughout the life cycle. Normative developmental losses in old age, such as those associated with retirement or decreased autonomy, have been identified as contributing factors to reticular retraction and weakening of informal social ties. In addition, there is a set of social determinants associated with living conditions in old age, as well as constraints resulting from structural and cultural forces, which enhance a situation of vulnerability that has found an answer in informal support provision, especially from families.

Therefore, knowledge about social networks in the elderly population and the relationship between informal and formal support is relevant and poses specific challenges to social assessment and intervention.

Keywords: *Personal social networks; Social networks; Social support; Family; Social ties; Old age; Aging; Elderly*

1. A vitalidade da família no suporte social à pessoa idosa

As famílias, como núcleo central da sociedade que assume a proteção e a promoção do desenvolvimento dos seus membros (Alarcão, 2015; Nunes, 2015), são tidas como as principais responsáveis pelo domínio assistencial e de cuidado às gerações mais jovens e mais velhas (Bazo, 2008; Figueiredo, 2007; Pimentel, 2015; Serapioni, 2005; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Sousa & Figueiredo, 2007; Williams, 2010).

A centralidade da família como fonte de suporte informal tem-se apresentado como incontornável no contexto sociocultural português (Portugal, 2011, 2014), assente numa premissa axiológica que associa à vinculação parento-filial (ascendente e descendente) e conjugal um conjunto de deveres morais e legais fundados na reciprocidade (Sarti, 2010). Tal tem sido atribuído à forma de organização do bem-estar nos países da Europa do Sul (Ferrera, 2000; Silva, 2002), não se tendo perdido a vitalidade do papel da parentela extensa na contemporaneidade, ainda que a morfologia familiar se tenha democratizado e diversificado numa lógica predominantemente nuclear (Aboim, Vasconcelos & Wall, 2013; Fernandes, 2001; Vasconcelos, 2002).

A família e a sociedade providência, que se materializa nas redes sociais, numa perspetiva mais alargada, constituem o contraponto da proteção social de âmbito estatal. Na relação com a esfera pública, a família é tida como a expressão máxima da vida privada e da intimidade, enquanto nicho afetivo de relações de socialização e de vínculos de inclusão social, estabelecendo-se como condição objetiva e subjetiva de pertença e de filiação (Carvalho, 2010; Castel, 2003). Para além desta dimensão, “a sociabilidade, a entreatajuda, o apoio dos conhecidos ou as amizades dos parentes transformaram-se (...) em novas perspetivas para as políticas sociais” (Martin, 1995, p. 62), constituindo uma

forte tentação para um Estado-Providência semiperiférico, a lidar com dificuldades financeiras, em recuar nas políticas sociais (Hespanha, 1993; Santos, 1995), ou em combinar recursos e meios em modelos mistos de proteção social, com uma reconfiguração e retração estatal (Marques, 2008; Martin, 1995), redesenhando fronteiras entre a responsabilidade pública e privada (Daatland & Lowenstein, 2005).

As transmutações nos modelos familiares contemporâneos interagem com mudanças demográficas, culturais, económicas e políticas, pluralizando-se configurações e estruturas, com cenários familiares flexíveis e fluídos, associados a um processo de democratização e de diversificação (Bris, 1994; Erera, 2001; Guadalupe & Cardoso, 2018; Pedroso & Branco, 2008; Williams, 2010). No entanto, a família continua a evidenciar uma enorme resistência, adaptação, dinâmica, elasticidade e plasticidade, que se traduz na sua universalidade e ancestralidade (Balandier, 1986), construindo-se e reconstruindo-se no tempo (Leandro, 2011).

Apesar das teses pessimistas que reclamam a dissolução e a extinção da família, o apelo encantatório das solidariedades primárias e familiares tem subsistido (Volpi, 2007; Williams, 2010). “Não admira pois, que (...) a família continue a funcionar como um refúgio onde se espera encontrar protecção e apoio para colmatar as falhas que possam existir a nível de outras formas de laços sociais” (Leandro & Ferreira, 2011, p. 48), particularmente num contexto de austeridade marcado pelo avanço do neoliberalismo, com forte retração na proteção coletiva e na garantia de direitos (Capucha, 2014; Hespanha, Ferreira & Pacheco, 2013). Este movimento de um neoliberalismo familista nas políticas sociais (De Martino, 2001) inscreve-se no debate que opõe processos de desfamíliação e de famíliação (Esping-Andersen, 1999). Os últimos são marcantes no modelo de provisão social

do Sul Europeu (Campos & Miotto, 2003), mesmo com o avanço das políticas públicas na área dos idosos, que nunca se revelaram consistentemente substitutivas do papel da família e da solidariedade intergeracional (Daatland & Lowenstein, 2005). A substituíbilidade das políticas públicas pelo papel providencial das famílias tem constituído um dos eixos do debate sobre a articulação entre solidariedades familiares e solidariedades públicas. No entanto, alguns autores sublinham as distinções entre as suas naturezas, motivações, regras, princípios, funções e finalidades, não concebendo a possibilidade de substituição mútua (Attias-Donfut & Ogg, 2009; Capucha, 2014; Lesemann & Martin, 1995). Ainda assim, o reconhecido domínio do familismo nas políticas sociais (Andrade, 2009; Campos & Miotto, 2003; Franzoni, 2007; Miotto, 2008; Pereira, 2006) pode ser entendido como uma regressão por metamorfose dos direitos sociais em deveres morais (Yazbeck, 2001), essencialmente a assumir pelos cidadãos e pelas famílias, evidenciando o retorno a um enfoque conservador de política social (Andrade, 2009).

O traço de refamilização reforça a sociedade providencial informal, isto é, a solidariedade provida pelas redes sociais e pelas famílias (Grundy & Tomassini, 2003; Ferreira & Monteiro, 2015; Portugal, 2014; Saraceno, 2010), constituindo a solidariedade intergeracional um factor de estabilidade e de coesão social num contexto de agravada incerteza (Ferreira & Monteiro, 2015; Frade & Coelho, 2015). Paradoxalmente, as condições de vida concretas das famílias, quer pelas transformações que têm vindo a ocorrer nos modelos familiares, quer pelas exigências e limitações de conciliação da vida familiar com a vida laboral, por exemplo, limitam, fragmentam, atomizam ou anulam a sua capacidade potencial para assumir o papel providencial no quotidiano (Capucha, 2014; Guadalupe, 2017; Guadalupe & Cardoso, 2018; Miotto, 2008).

2. O suporte social informal na vulnerabilidade e dependência na população idosa

Sendo cada vez maior a relevância social da população idosa a nível mundial, a formulação das políticas sociais tende a valorizar a sua independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade como princípios orientadores (UN, 2015). No entanto, o processo de senescência tende a não favorecer um envelhecimento ativo e autónomo, sendo associados fatores de vulnerabilidade como o declínio da saúde e do rendimento a segmentos populacionais significativamente alargados na idade avançada (UN, 2015). A diversificação, intensificação e agudização da velhice dependente, sobretudo da população de idade mais avançada, constituem enormes desafios sociais, particularmente para os sistemas informais e formais de provisão social, exigindo um estreito laço entre as solidariedades familiares e as políticas sociais (Fernandes, 2001; OCDE, 2012). Quando se efetivam perdas na independência e na autonomia, a solidariedade intergeracional torna-se especialmente relevante, particularmente das gerações mais novas para as mais velhas (Nunes, 2015; Pimentel, 2015). As tendências demográficas, nas famílias e no padrão de envelhecimento, designadamente o tamanho das famílias, a diminuição da natalidade e do número de filhos, o aumento dos divórcios, das famílias monoparentais e isoladas, e dos idosos a viverem sós e sem filhos, conjugam-se numa revolução demográfica que produz diversificação nos modelos, estruturas e papéis intergeracionais (Bazo, 2008), agudizados por outras mudanças societais como o aumento da mobilidade geográfica e da deslocalização, e mudanças no mundo laboral, designadamente a participação da mulher no mercado de trabalho (Bris, 1994; Capucha, 2014). Apesar de as mudanças sociodemográficas trazerem como correlato um aumento das

famílias multigeracionais (com maior probabilidade de os indivíduos viverem tempo suficiente para ver nascer netos, bisnetos e trinotos), são menos frequentes os arranjos habitacionais com várias gerações, sendo maior a proporção de idosos que vivem sós e que não têm descendência (Delgado & Wall, 2014; Fernandes, 2001; Vicente & Sousa, 2012). Quando existe descendência, há também maior verticalidade, originando as chamadas “famílias em feijoeiro”, caracterizadas pela verticalização das relações, com muitas gerações a coexistir, mas poucos elementos em cada geração (Bengtson, Rosenthal & Burton, 1990; Bengtson, Lowenstein, Putney & Gans, 2003), potenciando-se um quadro em que há um maior número de pessoas para cuidar e um número menor de potenciais cuidadores informais, por períodos cada vez mais longos (Aguirre, 2008; Pimentel, 2015). Assim, se assumirmos que uma trajetória da dependência exige uma trajetória de cuidados (Gil, 2010), vislumbramos a resposta nos sistemas de apoio formais e informais. Apesar das relações entre estes sistemas se assumirem como complementares ou de substituição, os cuidados às pessoas idosas são prestados sobretudo no contexto informal (Gil, 2009, 2010; Pimentel, 2012), havendo uma particular ancoragem familiar.

A família continua a ser valorizada e entendida genericamente como “o lugar primordial das trocas intergeracionais” (Fernandes, 2001, p. 48; Bazo, 2008), sendo centrais os laços de parentesco nas redes de suporte social para a maioria das pessoas na sociedade portuguesa face a necessidades de apoio material e afetivo (Portugal, 2011, 2014; Vasconcelos, 2005). Assim, cuidar dos pais na velhice é tida enquanto retribuição pelas dádivas recebidas, sendo que a norma da reciprocidade na dádiva familiar se estende na cadeia geracional, modificando-se temporalmente os papéis de quem dá e recebe (Attias-Doufut, Lapierre & Segalen, 2002; Portugal, 2011). Quando os pais envelhecem e necessitam de

compensar perdas de autonomia, cria-se uma circunstância de reafirmação da norma da reciprocidade (Grundy, 2005; Portugal, 2011), nem sempre ocorrendo simetricamente ou correspondendo às expectativas mútuas (Bazo, 2008; Fernandes, 2001). Quando há autonomia na velhice, as pessoas idosas tendem a apresentar níveis elevados de participação social, constituindo-se como uma forte ajuda na vida familiar (OCDE, 2012), cuidando das gerações mais novas, reiterando assim a horizontalidade na reciprocidade.

Mas a vulnerabilidade social deste segmento populacional, salvaguardando a sua heterogeneidade, não se associa apenas a eventuais limitações na funcionalidade ou a quebras financeiras, mas também ao isolamento social e à solidão, havendo vulnerabilidade acrescida e progressiva quando se conjugam tais determinantes (Castel, 2003; Conselho Económico e Social, 2013). O afastamento e a ausência de laços informais efetivos reitera a fulcral relevância destes mesmos laços, paradoxalmente. As ruturas com as redes de integração primária, nomeadamente com os laços familiares e de pertença comunitária, configuram processos de desafiliação (Castel, 2003; Costa, 2004) e de exclusão social com “privação de tipo relacional, caracterizada pelo isolamento, por vezes associada à falta de auto-suficiência e autonomia pessoal” (Costa, 2004, p. 22). Ora, se as marcas de vulnerabilidade são heterogêneas e se refletem na vida de cada pessoa de forma singular, as formas de enfrentá-las em sociedade têm também de ser plurais e flexíveis.

Se os sistemas informais e de proteção próxima constituem recursos providenciais simples, flexíveis e eficazes na satisfação de necessidades da população idosa em diferentes frentes (Lesemann & Martin, 1995), os sistemas formais não garantem a mesma adaptabilidade e plasticidade. Mas nem sempre os

laços familiares existem, estão ativos, disponíveis, próximos, ou nem sempre conseguem reunir condições de vida para cuidar, conciliando esta tarefa com a vida profissional, ou não equacionam apoiar as gerações mais velhas (Guadalupe & Cardoso, 2018).

Na dependência na velhice, apesar da representação social de desresponsabilização familiar e de outros argumentos pessimistas (Bazo, 2008; Pimentel, 2015), a evidência aponta para a persistência das famílias como o pilar dos cuidados, mesmo em países onde o sistema providencial formal garante acesso a amplos apoios e serviços para a população idosa (Bazo, 2008; Bris, 1994; Daatland & Lowenstein, 2005; Gil, 2010; Pimentel, 2015; Serapioni, 2005; Sousa & Figueiredo, 2004). Em Portugal, a proteção social, o bem-estar e o cuidar dependem (e eventualmente vão continuar a depender) fundamentalmente de um modelo assente nas solidariedades familiares e nas transferências transgeracionais (Portugal, 2014).

3. Redes sociais pessoais na velhice

As redes sociais pessoais são mutáveis no tempo e no espaço vivido, num processo contínuo de transações, dinâmicas e escolhas, determinadas pelos atributos pessoais, pelos interesses, necessidades, circunstâncias e constrangimentos nas esferas da vida relacional (Cochran, 1991; Moral, Miguel & Pardo, 2007). As características das redes transformam-se e (re)constróem-se na trajetória do curso de vida por influência dos contextos que exploramos e vivenciamos ou não (Daniel, Ribeiro & Guadalupe, 2011), sendo necessariamente singulares.

Numa perspetiva desenvolvimental e normativa, podemos conceber um mapa diacrónico de evolução das redes pontuado

por movimentos expansionistas e contrativos. Apesar de a idade cronológica não ser um indicador a analisar isoladamente, e constituir uma categoria normativa que impõe determinados papéis, identidades e interações sociais, Olsen, Iversen e Sabroe (1991) consideram-na imprescindível na análise das redes, sendo que a sua trajetória pode ser equacionada como um plano inclinado, ora ascendente ora descendente, intercalado com fases de estabilidade nas relações interpessoais (Daniel et al., 2011; Moral et al., 2007; Sluzki, 1996). Assim, “as redes sociais das pessoas modificam-se, expandem-se e contraem-se, à medida que se modificam as suas necessidades físicas, sociais e emocionais” (Specht, 1986, p. 224), sendo apontada genericamente uma associação negativa entre a idade e o tamanho da rede (e.g. Cornwell, Laumann & Schumm, 2008; Schnittker, 2007).

A diversidade de experiências dos sujeitos é marcada por condicionalismos da idade, sendo a heterogeneidade de trajetórias no envelhecimento e na velhice multideterminadas por marcadores sociais inscritos em mudanças ocorridas na passagem do tempo, assim como por processos e acontecimentos de vida relevantes e banais que sucedem ao longo da vida (Arias, 2009; Ginn & Arber, 1996), tanto normativos como acidentais. As redes sociais pessoais na velhice espelham tal heterogeneidade, variando consoante a idade, o sexo e o género, a escolaridade, o estado civil, a composição familiar, as construções, ruturas e reconstruções relacionais, a conjugalidade e a parentalidade, os processos migratórios, o nível de participação social, a ligação a organizações comunitárias, o (des)emprego, o processo de aposentação, a saúde, a autonomia, a autodeterminação, a institucionalização, entre outras variáveis e marcadores sociais.

A metáfora da extinção progressiva da galáxia que Sluzki (1996; 2000) evoca para assinalar o movimento de retração na

fase mais tardia da vida, refere-se à desativação e ao desligamento nas relações interpessoais, mas também às perdas que marcam esta etapa, nomeadamente as perdas relacionais, geracionais, perdas nas referências identitárias e perdas de autonomia. Podemos também identificar nesta metáfora o estreitamento da rede resultante de um processo de seletividade socioemocional (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999) numa fase em que o tempo é perspetivado como limitado, o que se traduz na prioridade dada aos laços fortes e de suporte. Esta ideia é compatível com os estudos centrados nas redes de confiança e de confidentes na idade avançada que nos revelam redes muito restritas no tamanho (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013; McPherson, Smith-Lovin & Brashears, 2006).

Por outro lado, nas fases tardias da vida há também oportunidade para abrir e explorar contextos de interação até então inexplorados e para acrescentar novos vínculos significativos (Arias, 2009). Quando se perde o contacto diário com o mundo do trabalho, na aposentação, potenciam-se quebras relacionais nos laços favorecidos até então pelo contacto quotidiano (Fonseca, 2011; Paúl, 2005a), associando-se uma metamorfose identitária, para muitos, na transição e adaptação à reforma e à velhice (Fonseca, 2011).

No entanto, o desligamento e o afastamento do envolvimento social não são inevitáveis, se tivermos em conta os padrões de interação social adotados ao longo da vida (Fonseca, 2011), até porque “envelhece-se como se vive” (Sande, Dornell & Aguirre, 2011, p. 194). A participação social e as atividades ocupacionais são contextos determinantes para encetar novos vínculos, sendo ainda favorecedores de um envelhecimento ativo e participativo. No entanto, há entraves socioeconómicos à participação, sendo que uma situação de pobreza dificulta as dinâmicas transacionais, impedindo por vezes os contactos frequentes (Phillipson,

Bernard, Phillips & Ogg, 2001). A própria institucionalização pode ser encarada simultaneamente como potenciando quebra e ampliação na esfera relacional, dependendo da situação idiossincrática da pessoa idosa, designadamente da sua saúde e autonomia. Particularmente em situações de isolamento social, a integração institucional pode expandir a rede pelo contacto que proporciona com outras pessoas da mesma geração, assim como com os profissionais que integram as organizações.

Tal representa um paradoxo no envelhecimento populacional: se a maior longevidade traz um potencial favorável de participação na vida social, mais liberto de obrigações, viver mais tempo tem simultaneamente como corolário estar mais exposto ao risco de adoecer e de ficar dependente, o que restringe a disponibilidade para a vida ativa, favorecendo o enfraquecimento e arrefecimento dos laços sociais (Norbert Elias, 2001) que redundam frequentemente em quebra social (Kuyper & Bengtson, 1973) e em isolamento. Os laços sociais são, por outro lado, preditores de uma maior sobrevida e longevidade, tendo o estudo longitudinal de *Alameda County* (EUA, Berkman & Syme, 1979), revelado que as pessoas com menos vínculos sociais e comunitários apresentavam maior risco ou maior probabilidade de morrer mais cedo, mesmo quando eram controladas variáveis como o estado físico da pessoa e o estatuto socioeconómico.

A restrição das redes sociais é, apesar da heterogeneidade de trajetórias, uma ideia dominante associada ao processo natural do envelhecimento (Carstensen, 1992; Sluzki, 1996; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004), que representa frequentemente uma sucessão de dificuldades inibidoras da interação social. A fragilização e disrupção das redes na velhice resultam sobretudo de quatro determinantes cumulativos (Sluzki, 1996, 2000): contração do tamanho da rede; diminuição de circunstâncias de renovação dos vínculos; menor energia para ativar, manter e

mobilizar os vínculos; perdas geracionais. Sublinhamos como fulcral nesta abordagem deficitária das redes sociais pessoais na população idosa, que o progressivo desaparecimento de pessoas da mesma geração significa perda na estória pessoal e na partilha de memórias comuns (Sluzki, 1996, 2000; Paúl, 2005b). Para além deste determinante, encontramos outros, sobretudo associados a situações de vulnerabilidade pessoal, de existência de barreiras no meio desfavoráveis à manutenção da interação social, de conflitos relacionais acumulados ao longo da vida; à falta de motivação para a participação social; a comportamentos acomodativos; à aposentação; ao declínio das capacidades físicas e cognitivas; à eventual institucionalização; entre outros (Arias, 2009; Daniel et al., 2011; Moral et al., 2007; Paúl, 2005b; Rioseco, Quezada, Ducci & Torres, 2008; Sluzki, 1996; Sousa et al., 2004).

A redução de contactos sociais com vínculos extrafamiliares e a consequente focalização nos laços familiares é também sublinhada como um traço indelével nas redes na velhice (Antonucci & Akiyama, 1987; Cabral et al., 2013; Field & Minkler, 1988; Ham-Chande, Zepeda & Martínez, 2003; Moral et al., 2007; Valle & Garcia, 1994). Vicente (2010, p. 78) usa a analogia do *Big Bang* para referir-se ao universo relacional de um indivíduo que será originário num núcleo denso triangular (pais e filho/a), expandindo-se e diversificando-se ao longo da vida, sendo que no seu final haverá um retorno ao núcleo restrito filio-parental, afirmando que “as relações intergeracionais entre pais e filhos parecem ser o alfa e ómega da rede social pessoal de um indivíduo”. O lugar dos laços familiares mais chegados nas redes é também nesta fase da vida um lugar central.

4. Tipos de redes sociais pessoais na velhice

As tipologias dominantes de redes sociais de pessoas idosas são agregações conceituais e indutivas (a maior parte fundada em análises estatísticas de um vasto número de sujeitos) que conjugam tipos de vínculo, aspetos morfológicos ou estruturais e transacionais nas redes, encontrando-se propostas tipológicas variadas em diferentes contextos socioculturais (Auslander, 1996; Burholt & Dobbs, 2014; Cabral et al., 2013; Doubova, Pérez-Cuevas, Espinosa-Alarcón & Flores-Hernández, 2010; Fiori, Antonucci & Cortina, 2006; Fiori, Smith & Antonucci, 2007; Giannella & Fischer, 2016; Guadalupe & Vicente, 2020; Li & Zhang, 2015; Litwin 1995a, 1995b; Litwin, 1997; Litwin & Landau, 2000; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2010; Melkas & Jylha 1996; Mugford & Kendig, 1986; Park et al., 2015; Park, Smith & Dunkle, 2014; Wenger, 1991) (Quadro 1). São múltiplos os denominadores comuns entre as tipologias, tanto nas designações como nas características agregadas nos tipos de rede, sendo sobretudo baseadas em variáveis estruturais (tamanho, densidade, composição e distribuição por campos relacionais) e funcionais (tipos de suporte social e reciprocidade), destacando-se ainda os níveis de participação comunitária para a sua configuração (Guadalupe & Vicente, 2019). Neste contexto, importa assinalar que a restrição nas redes está sobretudo associada ao confinamento às relações familiares mais próximas, sendo que o alargamento e a diversificação nas redes se encontram relacionados a um maior envolvimento dos idosos nas organizações da comunidade e em atividades desenvolvidas em contextos que fomentam vínculos extrafamiliares.

Quadro 1. *Tipologias de redes sociais de pessoas idosas*

Mugford & Kendig (1986) Austrália	Wenger (1989; 1991) Norte de Gales (Reino Unido)	Litwin (1995a; 1995b) Israel
Rede atenuada Rede intensa Rede difusa Rede complexa Rede equilibrada	Rede de suporte dependente da família Rede de suporte integrada localmente Rede de suporte local autocontida Rede de suporte focada na comunidade alargada Rede de suporte restrita e privada	Rede de parentela Rede familiar intensa Rede focada nos amigos Rede de laços difusos
Auslander (1996) Israel	Litwin (1997) Israel	Litwin (2001) Israel
Rede de suporte Rede de substituição Rede tradicional	Rede de suporte diversificada Rede suporte de amizade e vizinhança Rede familiar estreita Rede atenuada Rede de família religiosa Rede de família extensa tradicional	Rede diversificada Rede de amizade Rede de vizinhança Rede familiar Rede restrita
Litwin & Shiovitz-Ezra (2010), USA	Melkas & Jylhä (1996) Finlândia	Fiori, Antonucci & Cortina (2006) Estados Unidos da América
Rede diversificada Rede de amizade Rede religiosa Rede familiar Rede restrita	Rede dotada Rede percecionada Rede proactiva Rede familiar intensiva Rede defeituosa	Rede restrita não familiar Rede sem amigos Rede familiar Rede diversa Rede de amigos
Fiori, Smith & Antonucci (2007) Alemanha	Cheng, Lee, Chan, Leung & Lee (2009) China	(Dobova, Pérez-Cuevas, Espinosa-Alarcón & Flores-Hernández, 2010) México

<p>Rede diversa com suporte</p> <p>Rede focada na família</p> <p>Rede focada na amizade com suporte</p> <p>Rede focada na amizade sem suporte</p> <p>Rede restrita sem amigos insatisfatória</p> <p>Rede restrita sem família e sem suporte</p>	<p>Rede diversa</p> <p>Rede focada na amizade</p> <p>Rede restrita</p> <p>Rede focada na família</p> <p>Rede de família afastada</p>	<p>Rede diversa com participação comunitária</p> <p>Rede diversa sem participação comunitária</p> <p>Rede de viuvez</p> <p>Rede restrita sem amigos</p> <p>Rede restrita sem familiares</p>
<p>Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques (2013) Portugal</p>	<p>Burholt & Dobbs (2014) Reino Unido, Índia e Bangladesh</p>	<p>Park, Smith & Dunkle (2014) Coreia do Sul</p>
<p>Rede pequena e predominantemente familiar</p> <p>Rede pequena e predominantemente não-familiar</p> <p>Rede grande e predominantemente familiar</p> <p>Rede grande e predominantemente não-familiar</p>	<p>Agregado multigeracional idoso</p> <p>Agregado multigeracional jovem</p> <p>Rede integrada de família e amigos</p> <p>Rede restrita extra-familiar</p>	<p>Rede restritas</p> <p>Rede conjugal</p> <p>Rede de amizade</p> <p>Rede diversa</p>
<p>Park, Jang, Lee, Ko, Haley & Chiriboga (2015) Estados Unidos da América</p>	<p>Li & Zhang (2015) China</p>	<p>Guadalupe & Vicente (2020) Portugal</p>
<p>Rede diversa</p> <p>Rede diversa de solteiros</p> <p>Rede de casados</p> <p>Rede familiar</p> <p>Rede restrita de solteiros</p> <p>Rede restrita</p>	<p>Rede diversa</p> <p>Rede de amizade</p> <p>Rede familiar</p> <p>Rede restrita</p>	<p>Rede familiar</p> <p>Rede de amizade</p> <p>Rede de vizinhança</p> <p>Rede institucional</p>

Fontes: Guadalupe (2017, p. 168); Guadalupe & Vicente (2019).

Um estudo recente sobre redes sociais pessoais com idosos portugueses revela quatro tipos de rede: redes familiares, redes de amizade, redes de vizinhança e redes institucionais (Guadalupe, 2017; Guadalupe & Vicente, 2020), numa tipologia tridimensional baseada nas características estruturais, funcionais

e relacionais-contextuais da rede. As redes familiares são claramente dominantes, constituídas quase exclusivamente por laços familiares, sublinhando o carácter familista das redes em Portugal nesta população (Guadalupe, 2017; Portugal, 2011, 2014). Seguem-se os outros tipos de rede, todos menos frequentes do que as familiares, e onde os laços com a família também se destacam na composição das redes: as redes de amizade (maiores e mais diversas do que as familiares), as redes de vizinhança (pequenas, mas diversas, com contactos mais frequentes e maior proximidade) e as redes de relações institucionais (menos frequentes, dominadas por laços formais). Os perfis sociográficos revelam que as redes familiares são mais provavelmente detidas por indivíduos *middle-old*, *casados* ou *viúvos* e com filhos. As redes de amizade e de vizinhança por sujeitos *young-old* com diferentes estados civis, muitos vivendo sós, havendo maior proporção de homens com redes de amizade. As redes institucionais são sobretudo de sujeitos *old-old* *viúvos* ou *solteiros* e sem filhos (Guadalupe, 2017; Guadalupe & Vicente, 2020).

Em Portugal, a tendência familista nas redes sociais (Portugal, 2011) revelada pela sua estruturação em torno dos laços de parentesco, parece dever-se à perspectiva de perenidade destas relações face a outro tipo de relações mais suscetíveis a flutuações e à erosão relacional, sendo encarados como “âncoras instrumentais e afetivas” (Portugal, 2014, p. 208). No entanto, torna-se relevante sublinhar que mesmo noutros contextos socio-culturais (distantes do Sul da Europa) a família assume um lugar de destaque, sendo que a maior parte das propostas de tipologia constantes no Quadro 1 incluem um ou mais tipos focados na família, sendo que o peso das relações familiares configura, em múltiplos casos, um fator determinante na construção tipológica.

As redes ancoram indubitavelmente nos laços familiares, mas a diversificação relacional proporciona uma menor densidade nas interconexões e trocas relacionais de recursos mais plurais, o que se associa a redes mais efetivas no suporte e no favorecimento do bem-estar (Sluzki, 1996). Quando os laços familiares se fragilizam, particularmente os laços de conjugabilidade e de parentalidade, ora na viuvez ora na ausência ou dispersão da descendência, a compensação surge frequentemente pela via dos laços de amizade, pelas relações de vizinhança ou pelo suporte da rede secundária através de respostas sociais.

5. As redes, as famílias e os desafios na intervenção social

A avaliação do suporte social e o mapeamento da rede são fundamentais na intervenção social com pessoas idosas (Arias, 2009), permitindo antecipar trajetórias de necessidade de apoio e a possibilidade de mobilização de recursos informais. Apesar do traço familista nas redes, consideramos que esta avaliação do suporte disponível e do suporte potencialmente ativável deve ir “além da família” (Dabas, 2006), sob pena de os profissionais reproduzirem o familismo das redes e agudizarem a responsabilidade da provisão familiar, sobrecarregando paradoxalmente as fontes de suporte informais (Guadalupe, 2012). A avaliação diagnóstica das redes deve focar a rede atual, a rede desejada, assim como avaliar retrospectivamente a rede do passado (mais ou menos recente) para identificar vínculos desativados (Nowak, 2001), incluindo as funções genéricas do apoio social, isto é, o apoio emocional, tangível (material ou instrumental) e

informativo, mas também funções específicas relevantes para a população idosa, como a companhia social, sendo recomendada a sua avaliação antes e após uma intervenção social (Guadalupe, 2016).

Há vantagens em que a avaliação se baseie na evidência. As tipologias, por exemplo, agregam características das redes a perfis sociodemográficos, constituindo-se como predictoras de trajetórias, possibilitando a prevenção secundária de consequências negativas que afastam os sujeitos de um envelhecimento ativo e salutar. A construção e manutenção de relacionamentos e o apoio social são tidos como determinantes sociais do envelhecimento saudável e ativo (OMS, 2015; UN, 2002). Assim, o conhecimento acerca dos pontos fortes e das fragilidades dos tipos de rede social dos idosos constitui um indicador relevante para o desenho de estratégias, de programas de intervenção social e de medidas de política social (Burholt & Dobbs, 2014; Thiyagarajan, Prince & Webber, 2014).

As intervenções em rede centram-se fundamentalmente em dois eixos: criar e potenciar redes, fomentando novos vínculos ou ativando recursos nos vínculos arrefecidos (Guadalupe, 2016). O primeiro eixo tende a ser mais relevante para casos de isolamento social, sendo que o segundo se constitui como orientador de situações de necessidade de suporte que podem ser respondidas pela própria rede. Mas é fulcral que as redes não sejam meramente equacionadas de forma utilitarista, pois estas também promovem o reconhecimento identitário dos sujeitos com interações imateriais, pelo que a adoção de uma abordagem planeada às redes pode contribuir para aumentar o capital social dos indivíduos e das comunidades (Payne, 2014).

Noutra perspetiva, tendo em consideração a proposta de Cochran (1991) para o desenvolvimento da rede, podemos

equacionar estratégias de intervenção focadas em dois âmbitos: 1) aumentar a “*pool*” de potenciais membros, sendo esta influenciada pelos imperativos socioculturais, posição social estrutural do indivíduo, políticas públicas, ecologia da vizinhança e do trabalho, e ideologias pessoais e familiares; 2) fomentar a iniciativa pessoal dos idosos, considerando tanto as experiências educativas, as competências sociocognitivas e as características de personalidade, como o tempo, energia e capacidade disponíveis e as pressões ambientais e desenvolvimentais. As primeiras seriam relevantes nos casos em que se impõem constrangimentos exógenos à iniciativa dos sujeitos; as segundas destacam-se nos casos em que existem potenciais membros disponíveis, mas as limitações se situam no campo intraindividual, podendo concorrer outras barreiras contextuais.

É mais provável que a intervenção ocorra em situações de idosos sem descendência e que vivem sós, pois estes são indicadores de procura de serviços (Albertini & Mencarini, 2011; Bazo, 2008; Brandt & Deindl, 2016; Guadalupe, 2017; Shanas, 1979; Schnettler & Wöhler, 2015; Vikström et al., 2011; Wenger, 2009). A população sem filhos constitui uma minoria cada vez mais alargada, a par da crescente representatividade dos idosos que vivem sozinhos (Delgado & Wall, 2014), sendo a ocorrência simultânea de ambas as circunstâncias cada vez mais provável. Se acrescentarmos condições socioeconómicas desfavoráveis, fragilização da saúde e perdas na autonomia, temos situações-problema que exigem respostas de provisão informal e formal.

Considerações finais

A opção prioritária dos interventores recai quase sempre na família e não nos laços extrafamiliares, onde reconhecemos mais limitações à ativação de laços, inclusive legais. Mas a tendência familista entre os interventores ofusca, por vezes, outras possibilidades interventivas. Esta ampliação deveria ser incentivada, tendo em consideração a diversificação de recursos que encerra, tanto pela intervenção social como por políticas sociais e culturais que promovessem o acesso a contextos favorecedores de construção de novos vínculos, fomentando relações de amizade, de vizinhança e comunitárias.

O alargamento da rede pela via dos laços formais faz-se frequentemente pela existência de dimensões deficitárias na rede informal (Krout, 1985), quer seja pelo isolamento, por lacunas no suporte disponível e efetivo, ou pela incapacidade ou impossibilidade de resposta às necessidades de suporte por parte da rede informal. Aqui também se identifica o desafio de pensar respostas plurais, nomeadamente que assumam formas de apoio direto às redes de suporte informal (laços familiares e extrafamiliares) para que estas assegurem funções equiparadas às assumidas pelas instituições e financiadas pelas políticas públicas. Se o suporte informal responde de forma personalizada às necessidades específicas de cada indivíduo, as respostas sociais formais são pouco flexíveis e pouco diversas. Neste sentido, é um desafio permanente (re)pensar e equacionar novos serviços que se ajustem e apoiem as situações efetiva e atempadamente (Bloom & Monro, 2015).

Um dos desafios é ultrapassar a representação negativa de “fim de linha” que têm as respostas residenciais (Daniel et al., 2019). Para além de assegurar aos idosos a compensação instrumental e funcional às necessidades da vida quotidiana, deveriam apostar

na intensificação de um trabalho de construção relacional. Alley e colaboradores (2007) propõem a criação de comunidades de amigos idosos, com serviços e condições de apoio semelhantes às respostas residenciais existentes, em alternativa a estas, havendo outras possibilidades emergentes para respostas sociais que combinem o apoio formal e informal. Repensar e diversificar as respostas sociais (particularmente as de permanência quotidiana), na sua estruturação e funcionamento, como contextos potenciadores para explorar e para incorporar novos vínculos informais significativos (Sande, Dornell & Aguirre, 2011), representa a aposta no desenvolvimento de novos nichos interpessoais favorecedores de bem-estar para a pessoa idosa.

Os desafios para a intervenção social são assim muitos e múltiplos, focados na criação, recriação, manutenção, ampliação e reforço dos laços sociais.

Bibliografia

- Aboim, S., Vasconcelos, P. & Wall, K. (2013). Support, social networks and the family in Portugal: two decades of research, *International Review of Sociology*, 23(1), 47-67, <http://dx.doi.org/10.1080/03906701.2013.771050>
- Aguirre, R. (2008). El Futuro del cuidado. In I. Arriagada (ed.), *Futuro para las Familias y Desafíos para las Políticas*. Serie Seminarios y Conferencias. Santiago de Chile: CEPAL.
- Alarcão, M. (2015). Família e sistemas envolventes. In O. M. Fernandes & C. Maia (coord.). *A família portuguesa no século XXI* (pp.121-132). Lisboa: Parsifal.
- Albertini, M. & Mencarini, L. (2011). Childlessness and support networks in later life: a new public welfare demand? Evidence from Italy. *Carlo Alberto Notebooks*, 200. www.carloalberto.org/working_papers
- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Banerjee, T. & Choi, I.H. (2007). Creating Elder-Friendly Communities: preparations for an aging society. *Journal*

- of Gerontological Social Work*, 49(1-2),1-18, https://doi.org/10.1300/J083v49n01_01
- Andrade, F.F. (2009). Desfamiliarização das políticas sociais na América Latina: uma breve análise dos sistemas de proteção social na região. *Barbarói*, 31, 56-71. <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v2i31.945>
- Antonucci, T.C. & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527. 10.1093/geronj/42.5.519
- Arias, C.J. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158. <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/20/19>
- Attias-Donfut, C. & Ogg, J. (2009). Évolution des transferts intergénérationnels: vers un modèle européen?. *Retraite et société*, 58(2), 11-29. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2009-2-page-11.htm>
- Attias-Donfut, C. Lapierre, N. & Segalen, M. (2002). *Le nouvel esprit de famille*. Paris: Odile Jacob.
- Auslander, G. (1996). The Interpersonal Milieu of Elderly People in Jerusalem. In H. Litwin (editor). *The Social Networks of Older People: A Cross-National Analysis* (pp. 77-97). London: Praeger.
- Balandier, G. (1986). *Sens et puissance*. Paris: PUF.
- Bazo, M.T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85. <https://core.ac.uk/download/pdf/38818777.pdf>
- Bengtson, V. L., Lowenstein, A., Putney, N. M. & Gans, D. (2003). Global aging and the challenge to families. In V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and challenges to families* (pp. 1-24). New York: Aldine de Gruyter.
- Bengtson, V., Rosenthal, C., & Burton, L. (1990). Families and ageing: diversity and heterogeneity. In R. H. Binstock & L. K. George (eds.) *Handbook of aging and the social sciences* (3.^a edição, pp. 263-287). San Diego: Academic Press.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204, 10.1093/oxfordjournals.aje.a112674

- Bloom, M. & Monro, A. (2015). Social Work and the aging family. *The Family Coordinator*, 21(1), 103-115, 10.2307/581791
- Brandt, M. & Deindl, C. (2016). Support Networks of Childless Older People in Europe: An Analysis with the Data of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). <http://paa2014.princeton.edu/papers/143298>
- Bris, H. J-L. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social. Retrieved from: <http://www.ces.pt/download/600/RespFamDepIdosos.pdf>
- Burholt, V. & Dobbs, C. (2014). A support network typology for application in older populations with a preponderance of multigenerational households. *Ageing & Society*, 34, 1142-1169, 10.1017/S0144686X12001511
- Cabral, M.V., Ferreira, P.M., Silva, P.A., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal – Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>
- Campos, M.S. & Mioto, R.C.T. (2003). Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. *Ser Social*, 12, 165-190, https://doi.org/10.26512/ser_social.v0i12.12932
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74, 113-131. 10.7458/spp2014743203
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338, 10.1037//0882-7974.7.3.331
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-18, 10.1037//0003-066x.54.3.165
- Carvalho, M.C.B. (2010). Famílias e políticas públicas. In A.R. Acosta e M.A.F. Vitale (orgs.). *Família – Redes, laços e políticas públicas* (pp. 267-275, 5.^a edição). São Paulo: CEDPE, PUC-SP: Cortez.

- Castel, R. (2003 [1995]). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (4.ª edição). Pertópolis: Vozes.
- Cochran, M. (1991). Personal social networks as a focus of support. In D. G. Unger & D. R. Powell (Eds.), *Families as nurturing systems: Support across the life span* (pp. 45-67). New York: The Haworth Press.
- Conselho Económico e Social (2013). Parecer de Iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população. Lisboa, Portugal. http://www.ces.pt/download/1335/FINAL_Parecer%20Envelhecimento_aprovado%20em%20Plenario.pdf
- Cornwell, B., Laumann, E.O. & Schumm, L.F. (2008). The Social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review*, 73(2), 185-203. 10.1177/000312240807300201
- Costa, A.B. (2004). *Exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Daatland, S.O. & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the Family-Welfare State balance. *European Journal of Ageing*, 2, 174-182, 10.1007/s10433-005-0001-1
- Dabas, E. (2006). Vivendo redes. In E. Dabas (comp.). *Vivendo redes – experiências y estratégias para fortalecer la trama social* (pp. 23-33). Buenos Aires: FUNDARED, CICCUS.
- Daniel, F. C., Brites, A. P., Monteiro, R., & Vicente, H. T. (2019). De “lar” abominado a estimado (ou tolerado): reconfiguração das representações sobre institucionalização. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 214-228. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180699>
- Daniel, F., Ribeiro, A.M. & Guadalupe, S. (2011). Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário. In A.D. Carvalho (coord.), *Solidão e solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais* (pp. 73-85). Porto: Edições Afrontamento.
- De Martino, M.S. (2001). Políticas sociales y familia: estado de bienestar y neoliberalismo familiarista. *Revista Fronteras*, 04, 103-144.
- Delgado, A. & Wall, K. (coord.) (2014). *Famílias nos Censos 2011 Diversidade e Mudança*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Imprensa de Ciências Sociais. https://www.cig.gov.pt/siic/pdf/2015/FamiliasCensos2011_a.pdf

- Doubova, S.V., Pérez-Cuevas, R., Espinosa-Alarcón, P., Flores-Hernández, S. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*, 10, 104 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/104>
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Erera, P.I. (2002). *Family Diversity. Continuity and change in the contemporary family*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Fernandes, A.A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292001000200003
- Ferreira, V. & Monteiro, R. (2015). Austeridade, emprego e regime de bem-estar social em Portugal: em processo de refamilização? *Ex aequo*, 32, 49-67, http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-55602015000200005&lng=pt&nrm=iso
- Ferrera, M. (2000). *O futuro da Europa social: repensar o trabalho e a protecção social na nova economia*. Lisboa: Celta, Presidência Portuguesa da União Europeia.
- Field, D. & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43(4), 100-106. 10.1093/geronj/43.4.p100
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fiori, K.L., Antonucci, T.C. & Cortina, K.S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Gerontology*, 61B(1), 25-32. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P25>
- Fiori, K.L., Smith, J., & Antonucci, T.C. (2007). Social network types among older adults: a multidimensional approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 62(6), 322-30. 10.1093/geronb/62.6.p322
- Fonseca, A.M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina.

- Frade, C. & Coelho, L. (2015). Surviving the crisis and austerity: The coping strategies of Portuguese households. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 22(2), 631-664. <https://www.jstor.org/stable/10.2979/indjglolegstu.22.2.631>
- Franzoni, J.M. (2007). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina. Retrieved from: <http://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT11.pdf>
- Giannella, E. & Fischer, C.S. (2016). An inductive typology of egocentric networks. *Social Networks*, 47, 15-23. 10.1016/j.socnet.2016.02.003
- Gil, A.P.M. (2009). Conciliação entre vida Profissional e vida familiar: o caso da dependência. Lisboa: Núcleo de Estudos e Conhecimento, Instituto de Segurança Social. Retrieved from: http://www.seg-social.pt/documents/10152/135827/conciliacao_vida_profissional_familiar/2d308149-a66d-4075-bbaa-2eb95869c677
- Gil, A.P.M. (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Ginn, J. & Arber, S. (1996). «Mera conexión». Relaciones de género y envejecimiento. In S. Arber & J. Ginn (org.). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico* (pp. 17-34). Madrid: Narcea.
- Grundy, E. (2005). Reciprocity in relationships: socio-economic and health influences on intergenerational exchanges between Third Age parents and their adult children in Great Britain. *British Journal of Sociology*. 56(2), 233-55. 10.1111/j.1468-4446.2005.00057.x
- Grundy, E. & Tomassini, C. (2003). El apoyo familiar de las personas de edad, en Europa: contrastes e implicaciones. *Notas de Población*, 77, 219-250.
- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede: Serviço Social, sistémica e redes de suporte social* (2.^a edição). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0866-2>
- Guadalupe, S. (2017). *As redes de suporte social informal em Serviço Social: as redes sociais pessoais de idosos portugueses nos processos de avaliação diagnóstica em respostas sociais* [Tese de Doutoramento em Serviço Social]

- Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Escola de Sociologia e Políticas Públicas e CIES, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. <https://www.iscte-iul.pt/tese/7228>
- Guadalupe, S. & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Sociedade & Estado*, 33(1), 213-248. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183301009>
- Guadalupe, S. & Vicente, H.T. (2020). Types of personal social networks of older adults in Portugal. *Social Indicators Research*, 1-22, <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02252-3>
- Guadalupe, S. & Vicente, H.T. (2019). Social network typologies of older people: A cross-national literature review. *Ciência & Saúde Coletiva* (ahead of print) Retrieved from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/social-network-typologies-of-older-people-a-crossnational-literature-review/17458>
- Guadalupe, S., Vicente, H.T., & Daniel, F. (2019). Características das redes sociais de pessoas idosas em Portugal. *Redes, Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, 30(2), 199-215. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.816>
- Ham-Chande, R., Ybáñez-Zepeda, E. & Torres-Martínez, A.L. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México. *Notas de Población*, 77, 71-102.
- Hespanha, P. (1993). Vers une société-providence simultanément pré- et post-moderne. *Oficina do Centro de Estudos Sociais*, 38. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Hespanha, P., Ferreira, S., & Pacheco, V. (2013). O Estado social, crise e reformas. In Observatório das Crises e das Alternativas (org.). *Anatomia da crise: identificar os problemas para construir alternativas* (pp. 161-249). Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Krout, J.A. (1985). Relationships between informal and formal organizational networks. In W.J. Sauer & R.T. Coward (eds.). *Social support networks and the care of the elderly* (pp. 178-195). New York: Springer.
- Kuyper, J. & Bengtson, V. (1973). Social breakdown and competence. A model of normal aging. *Human Development*. 16(3), 181-201. 10.1159/000271275

- Leandro, M.E. (2011). Laços familiares em questão: antinomias nas sociedades hipermodernas. In M.E. Leandro (coord.). *Laços familiares e sociais* (pp. 95-115). Viseu: Psicossoma.
- Leandro, M.E. & Ferreira, L. (2011). Os laços sociais em questão. Metamorfoses sociais, metamorfoses de uma noção. In M.E. Leandro (coord.), *Laços Familiares e sociais* (pp. 27-57). Viseu: Psicossoma.
- Lesemann, F. & Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um "Welfare-Mix". *Sociologia – Problemas e Práticas*, 17, 115-139.
- Li, T. & Zhang, Y. (2015). Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations. *Social Science & Medicine*, 30(130), 59-68, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.007>
- Litwin, H. (1995a). *Unrooted in old age: soviet Jews and their social networks in Israel*. Westport, CT: Praeger.
- Litwin, H. (1995b). The social networks of elderly immigrants: An analytic typology. *Journal of Aging Studies*, 9(2), 155-174. 10.1016/0890-4065(95)90009-8
- Litwin, H. (1997). The network shifts of elderly immigrants: The case of Soviet Jews in Israel. *Journal of CrossCultural Gerontology*, 12, 45-60. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1006593025061>
- Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41(4), 516-24. 10.1093/geront/41.4.516 PMID: 11490050
- Litwin, H. & Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 213-228. 10.1016/S0890-4065(00)80012-2
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra S. (2011). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *Gerontologist*, 51, 379-88. 10.1093/geront/gnq094 PMID: 21097553
- Marques, J. (2008). A reconfiguração do estado-providência. *Gestão e Desenvolvimento*, 15-16, 105-119. http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD15_16/gestaodesenvolvimento15_16_105.pdf
- Martin, C. (1995). Os limites da protecção da família – introdução a uma discussão sobre as novas solidariedades na relação Família-Estado.

- Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, 53-76. https://ces.uc.pt/rccs/rccs.php?id=556&id_lingua=1
- McPherson, M. Smith-Lovin, L. & Brashears, M.E. (2006). Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71(3), 353-375. <https://www.jstor.org/stable/30038995?seq=1>
- Melkas, T. & Jylhä, M. (1996). Social network characteristics and social network types among Eldery People in Finland. In H. Litwin (Ed.), *The social network of older people: a cross national analysis* (pp. 99-116). Westport, CT: Praeger.
- Mioto, R.C.T. (2008). Família e políticas sociais. In I. Boschetti, E. Behring, R.C.T. Mioto & S.M.M. Santos (Orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas* (pp.130-148). São Paulo: Cortez.
- Moral, J.C.M., Miguel, J.M.T. & Pardo, E.N. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez através de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49(6), 408-414. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000600007
- Mugford, S. & Kendig, H. (1986). Social relations: Networks and ties. In H. Kendig (ed.). *Ageing and families: A social networks perspective* (pp. 38-59). Sydney: Allen and Unwin.
- Nowak, J. (2001). O trabalho social de rede – a aplicação das redes sociais no trabalho social. In H. Mouro & D. Simões. *100 Anos de Serviço Social* (pp. 149-184). Coimbra: Quarteto.
- Nunes, R. (2015). Ética e família. In O.M. Fernandes e C. Maia (coord.). *A Família portuguesa no século XXI* (pp. 39-50). Lisboa: Parfisal.
- OCDE/OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2012). *The Future of Families to 2030*. OECD Publishing. 10.1787/9789264168367-en
- Olsen, O., Iversen, L. & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science & Medicine*, 32, 767-771. 10.1016/0277-9536(91)90302-s

- OMS – Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=FEAD A8F7E54C5289669E5D5BE95FD5E4?sequence=6
- Park, N.S., Jang, Y., Lee, B.S., Ko, J.E., Haley, W.E. & Chiriboga, D.A. (2015). An Empirical Typology of Social Networks and Its Association With Physical and Mental Health: A Study With Older Korean Immigrants. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 67-76. 10.1093/geronb/gbt065
- Park, S., Smith, J. & Dunkle, R E. (2014). Social network types and well-being among South Korean older adults. *Aging & Mental Health*, 18(1), 72-80. 10.1080/13607863.2013.801064
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2392>
- Payne, M. (2014). Redes sociais em Serviço Social. In M.I. Carvalho & C. Pinto (coords.), *Serviço Social: Teorias e práticas* (pp. 181-204). Lisboa: Pactor.
- Pedroso, J. & Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mutações do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53-83. <https://journals.openedition.org/rccs/619>
- Pereira, P.A.P. (2006). Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In A. Mione, M.C. Matos & M.C. Leal (Orgs). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos* (pp. 25-42, 2.ª edição). São Paulo: Cortez.
- Phillipson, C., Bernard, M., Phillips, J. & Ogg, J. (2001). *The family and community life of older people. Social networks and social support in three urban areas*. London and New York: Routledge.

- Pimentel, L. (2012). Cuidar de pessoas idosas dependentes: as interseções entre a esfera pública e a esfera privada. *Rediteia*, 45, 67-77.
- Pimentel, L. (2015). As pessoas idosas e os seus contextos familiares: convite a um olhar diferente. In O.M. Fernandes & C. Maia (coord.). *A Família portuguesa no século XXI* (pp. 171-178). Lisboa: Parfisal.
- Portugal, S. (2011). Dádiva, família e redes sociais. In S. Portugal & P.H. Martins (org.). *Cidadania, políticas públicas e redes sociais* (pp. 39-53). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais. Ligações fortes na produção de bem-estar*. Coimbra: Almedina.
- Rioseco, H.R., Quezada, V.M., Ducci, V.M.E. & Torres, H.M. (2008) Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(3), 147-53.
- Sande, S., Dornell, T. & Aguirre, M. (2011). Las redes como estrategias en los procesos de intervención ético-política en la vejez. In *Actas III Jornadas Regionales de Trabajo Social*, 1 e 2 de Julho de 2011. Villa María: Universidad Nacional de Villa María. http://biblio.unvm.edu.ar/opac_css/doc_num.php?explnum_id=635
- Santos, B.S. (1995). Sociedade-Providência ou autoritarismo social? [editorial]. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, i-vii. http://www.boaventurade-sousasantos.pt/media/pdfs/Sociedade_Providencia_ou_Autoritarismo_Social_RCCS42.PDF
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44. 10.1177/0958928709352540
- Sarti, C. (2010). Famílias enredadas. In A.R. Acosta & M.A.F. Vitale (orgs.). *Família – Redes, laços e políticas públicas* (pp. 22-38, 5.ª edição). São Paulo: CEDPE, PUC-SP, Cortez Editora.
- Schnettler, S. e Wöhler, R. (2015). No children in later life, but more and better friends? Substitution mechanisms in the personal and support networks

- of parents and the childless in Germany. *Ageing and Society, CJO*, 1-25. 10.1017/S0144686X15000197
- Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people: age and the social psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19, 659-82. <https://doi.org/10.1177/0898264307301178>
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup), 243-253. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000500025>
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19(2), 169-174. <https://doi.org/10.1093/geront/19.2.169>
- Silva, P.A. (2002). O modelo de welfare da Europa do sul – Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 38, 25-59. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n38/n38a03.pdf>
- Sluzki, C.E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistematica*. Barcelona, Gedisa Editorial.
- Sluzki, C.E. (2000). Social network and the elderly: conceptual and clinical issues, and a family consultation. *Family Process*, 39(3), 271-284. 10.1111/j.1545-5300.2000.39302.x
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. EUROFAMCARE.
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2007). *Supporting family carers of older people in Europe – The national background report for Portugal*. Hamburg: Lit Verlag.
- Sousa, L. Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Specht, H. (1986). Social support, social networks, social exchange, and Social Work practice. *Social Service Review*, 60(2), 218-240. <https://www.jstor.org/stable/30012339>
- Thiyagarajan, J.A., Prince, M. & Webber, M. (2014). Social support network typologies and health outcomes of older people in low and middle income countries – A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *International Review of Psychiatry*, 26(4): 476-485. 10.3109/09540261.2014.925850

- UN – United Nations (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. New York: UN. http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf
- UN – United Nations (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- Valle, J. & Garcia, A. (1994). Redes de apoyo social en usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6(1), 39-47. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=901>
- Vasconcelos, P. (2002). Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Análise Social*, XXXVII(163), 507-544. <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218732936N9mRE2wd0Xn17VQ4.pdf>
- Vasconcelos, P. (2005). Redes sociais de apoio. In K. Wall (Org.). *Famílias em Portugal* (pp. 599-631). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Vicente, H.T. (2010). *Família multigeracional e relações intergeracionais: Perspectiva sistémica* [Tese de doutoramento]. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Vicente, H.T. & Sousa, L. (2012). Relações intergeracionais e intrageracionais: A matriz relacional da família multigeracional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(2), 99-117. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p99-117>
- Vikström, J., Bladh, M., Hammar, M., Marcusson, J., Wressle, E., Sydsjö, G. (2011). The influences of childlessness on the psychological well-being and social network of the oldest old. *BMC Geriatrics*, 11, 78. 10.1186/1471-2318-11-78
- Volpi, R. (2007). *La fine della famiglia. La rivoluzione di cui non ci siamo accorti*. Milano: Mondadori.
- Wenger, G.C. (1991). A network typology: from theory to practise. *Journal of Aging Studies*, 5(2), 147-162. 10.1016/0890-4065(91)90003-B

- Wenger, G.C. (2009). Childlessness at the end of life: evidence from rural Wales.
Ageing & Society, 29, 1243-1259. 10.1017/S0144686X09008381
- Williams, F. (2010). *Repensar as famílias*. Lisboa: Principia.
- Yazbeck, M.C. (2001). Pobreza e exclusão social: expressões da questão social.
Temporalis, III(3), 33-40.

PARTE II

POLÍTICAS E RESPOSTAS SOCIAIS PARA UMA NOVA VELHICE

CAPÍTULO IV

CENTROS DE DIA COMO AGENTES DE ENVELHECIMENTO ATIVO?

Mónica Teixeira

Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2625-4765>

Resumo: *Os Centros de dia são estruturas de semi-institucionalização surgem enquadradas numa política de “envelhecer em casa” e do desenvolvimento do modelo comunitário de intervenção. Os Centros de dia disponibilizam aos utilizadores uma panóplia de serviços, atividades e intervenções em diversas áreas de modo a responder às necessidades e desejos dos idosos e suas famílias.*

O envelhecimento ativo pode definir-se como um processo que tem como objetivo primordial o aumento da qualidade de vida durante o envelhecimento, através da promoção de três níveis: saúde, participação e segurança. O envelhecimento ativo possibilita às pessoas a realização do seu potencial físico, social e participativo e tem em conta a suas diferenças individuais necessidades, desejos e capacidades.

O presente capítulo direciona-se na tentativa de integrar conceitos basilares do envelhecimento ativo na intervenção realizada pelos Centros de dia. Destaca-se como pergunta de partida para a análise dos conceitos “Centros de dia como agentes de Envelhecimento Ativo?”.

Palavras-chave: *Centros de dia; Envelhecimento ativo; Idosos*

Abstract: *The Day Care Center are structures of semi-institutionalization emerged embedded in a policy of “aging at home” and of the model of community development of intervention. The day care centers provide the users a wide range of services, activities and interventions in many areas in the way to respond to the needs and requests of the elderly and their families.*

Active aging can be defined as a process that has as main objective the increase of quality of life during aging, through the support of three levels: health, involvement and safety. Active aging enables people the fulfilment of their physical capability, social and interactivity and takes into consideration their personal needs, requests and capabilities.

The present chapter is focused on the attempt to integrate basic concepts of active aging in the intervention made by the Day Care Centers. Thereby it stands out as starting question to the analyses of the concepts “Day care Centers as actors of Active Aging?”.

Key words: *Day care centers; Active aging; Elderly*

O envelhecimento da população contribuiu para a evolução dos cuidados comunitários de longa duração de modo a conhecer as necessidades de saúde e sociais das pessoas idosas (Baumgarten et al., 2002). O aumento da esperança de vida dos

indivíduos, associada à incapacidade, tornou necessário um redimensionamento e uma planificação das políticas públicas para a prestação de cuidados comunitários, uma vez que durante muitos anos os cuidados residenciais terão sido a única alternativa assistencial para idosos com incapacidades (Irigoyen et al., 2002). A implementação de serviços de proximidade também comporta na sua génese a tomada de consciência dos custos excessivos do modelo de internamento definitivo, assim como a ineficiência dessas estruturas de apoio (Pimentel, 2005). Assiste-se deste modo, à integração progressiva da ideologia da “desinstitucionalização” dos cuidados formais (Carvalho, 2006). O modelo comunitário de intervenção emergente defende que as resoluções das dificuldades do indivíduo deverão tendencialmente ser intervencionadas sem que este tenha de ser desenraizado do seu ambiente (Arrazola et al., 2003). Surgem progressivamente novos serviços comunitários suportados pela crise do modelo tradicional e o surgimento das novas políticas direcionadas para o “envelhecer em casa” (Sancho & Rodriguez, 1999); especificamente, o Centro de dia surge como resposta intermédia que veio colmatar a dicotomia existente nos serviços de apoio que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais (Arrazola et al., 2003).

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo como objetivo primordial melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo (World Health Organization, 2002). É unânime que a definição de envelhecimento ativo se refere ao processo de otimização do potencial de bem-estar, físico e mental ao longo da vida, a fim de que, na velhice, a pessoa viva de forma ativa e independente (Tamer & Petriz, 2007). Envelhecer ativamente é, segundo Paúl (2005), um processo contínuo que diz respeito a todos, cabendo à sociedade a responsabilidade

de desenvolvimento de espaços e de equipamentos sociais diferenciados, seguros e acessíveis, garantindo assim a participação social do idoso.

O presente capítulo pretende problematizar e refletir de que modo os Centros de dia poderão ser agentes de práticas de envelhecimento ativo, a fim de proporcionar aos seus utilizadores mais do que simples serviços básicos assentes sobre rotinas. Este ensaio tenderá a basear-se na experiência prática pretendendo, no entanto, enfatizar uma abordagem para desenvolvimentos futuros. Assim sendo assenta em três pontos: I) Centros de dia e sua caracterização genérica; II) Definição e modelo concetual de envelhecimento ativo; III) Envelhecimento ativo em Centros de dia – reflexão crítica baseada na prática.

Centros de dia-Caraterização

O alicerce dos Centros de dia remonta aos anos 20, na Rússia, onde se deram início aos programas de cuidados diurnos direcionados a portadores de doença mental e cujo objetivo central terá sido encontrar alternativas ao internamento hospitalar (Castiello, 1996). Após a Segunda Guerra Mundial, foi criado o primeiro hospital de dia em Inglaterra com o intuito de perceber quais as necessidades dos idosos (Gaugler et al., 2003). Será na década de 70 que os Centros de dia começam a proliferar pela Europa (Ferrer, 2005) e, nos Estados Unidos, o movimento de “desinstitucionalização” contribui para o crescimento dos cuidados diurnos a idosos (Gaugler & Zarit, 2001).

A delimitação concetual de Centro de dia é complexa, pois existe uma diversidade de modelos de intervenção. Deste modo, misturam-se modelos de intervenção individuais e grupais com modelos de saúde e psicossociais, cuja predominância varia

em função do tipo de população a que são dirigidos (Arrazola et al., 2003).

O Centro de dia poderá definir-se como uma estrutura de serviços comunitários (Conrad, & Hughes, 1993) de funcionamento diurno (Cid & Dapia, 2007) dirigido a pessoas idosas. De acordo com Benet (2003), este tipo de estrutura caracteriza-se por ser uma alternativa ao internamento, permitindo assim que o idoso se mantenha o máximo de tempo integrado no seu contexto. Esta resposta multidisciplinar (Manchola, 2000) é direcionada a pessoas que apresentem incapacidades de funcionalidade (Conrad & Hughes, 1993), bem como dificuldades ao nível sócio-assistencial (Manchola, 2000). Esta tipologia de intervenção fomenta a articulação com o cuidador informal através da prestação de apoio aos familiares do cliente (Conrad & Hughes, 1993), proporcionando às famílias o descanso das responsabilidades de cuidar várias horas durante o dia (Gaugler et al., 2003).

A resposta, Centro de dia, tem diversos objetivos entre os quais i) retardar institucionalizações precoces e indesejadas (Castiello, 1996); ii) possibilitar a maximização do nível de recuperação e manutenção da autonomia do idoso de acordo com as suas capacidades individuais (Benet, 2003); iii) prevenir o incremento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras (Castiello, 1996); iv) potenciar as capacidades mentais dos utentes (Irigoyen, 2002); v) promover o companheirismo e a estimulação social (Bilotta et al., 2010); vi) proporcionar a realização de atividades básicas da vida quotidiana favorecendo apoio ao idoso (Castiello, 1996); vii) orientação e aconselhamento dos cuidadores informais (Irigoyen et al., 2002).

As diferenças, na política social e na estrutura reguladora da resposta, podem resultar na organização e produção de programas diferenciados e distintos, decorrentes do modo como

a prestação de cuidados se encontra organizada (Jarrott et al., 1998). Assim sendo, as estruturas oferecem serviços de grande variedade, desde as atividades puramente recreativas passando pela intervenção social ou serviços de saúde que englobam a prevenção e a promoção do idoso (Walker et al., 2004). De um modo mais específico, apresentam-se os seguintes tipos de serviços: recreativos, saúde e bem-estar, educacionais, refeições, transportes, artes manuais, programas intergeracionais, grupos de suporte e atividades voluntárias (Martin et al., 2007). É notório que os serviços diurnos para idosos não são apresentados como um conjunto homogêneo de atividades, serviços ou programas, nem tão pouco se destinam à população genérica, existindo uma grande diversidade de acordo com as características da população a ser apoiada (Gaugler & Zarit, 2001).

Salgado e Montalvo (1999) defendem uma categorização tripartida dos serviços prestados pelos Centros de dia, apresentando-os do seguinte modo: serviços básicos, serviços especializados e serviços complementares. Integram os serviços básicos, o transporte dos idosos nas suas diversas deslocações (de e para o domicílio); alimentação e nutrição adequada às necessidades e especificidades individuais; higiene e conforto. Os serviços especiais incluem a realização de atividades diversificadas e simultâneas que integram as áreas da saúde (o acompanhamento a consultas médicas), área ocupacional (os programas de psicomotricidade) e área social (os programas intergeracionais). Por fim, os serviços complementares incluem acesso à biblioteca, podologia e cabeleireiro (Salgado & Montalvo, 1999).

De um modo geral, os Centros de dia proporcionam condições dignas às pessoas idosas dependentes e seus familiares, contribuindo para a manutenção e continuidade do seu modo de

vida e maior nível de autonomia (Castiello, 1996). No entanto, as pessoas idosas apresentam-se como um grupo bastante heterogéneo e, como tal, com necessidades distintas, procurando nas instituições respostas diferenciadas e diferenciadoras. Torna-se por isso necessária a implementação de uma multiplicidade de intervenções que permitam aos idosos eleger aquela ou aquelas que melhor se adaptam às suas necessidades individuais (Benet, 2003).

Definição e Modelo Concetual de Envelhecimento Ativo

No pensamento das pessoas, e não só no das pessoas que legislam, mas também na cabeça dos cientistas, clínicos e gerontólogos, existem dois termos que se contradizem: um, habitualmente infere emoções negativas (envelhecimento); o outro, tem um significado positivo (“sucesso”, “ótimo”, “produtivo”, “ativo”, entre outros) (Ballesteros, 2008). O envelhecimento ativo pode definir-se como processo que tem como principal fundamento o aumento da qualidade de vida durante o envelhecimento, através da otimização de oportunidades aos diferentes níveis: saúde, participação e segurança (Paúl, 2005). «Ativo» não se refere simplesmente à competência do indivíduo se manter fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho (World Health Organization, 2002), refere-se igualmente ao envolvimento deste no que diz respeito às questões sociais, económicas e cívicas. Esta conceção implica a substituição das abordagens centradas nas necessidades dos indivíduos por outras que se centram nos direitos das pessoas idosas em todas as dimensões da sua vida (Vallespir & Morey, 2007). Altera, deste modo, a perspetiva baseada na satisfação das necessidades básicas, em que se assume que as pessoas idosas são alvos passivos, para uma ótica que

reconhece aos indivíduos direitos a fim de lhes proporcionar igualdade de oportunidade em todos os aspetos da vida e à medida que vão envelhecendo (World Health Organization, 2002). «Ativo» refere-se, segundo Bowling (2008), à contínua participação na sociedade, retendo as capacidades físicas, mentais e sociais para o realizar, mantendo a dignidade, autoeficácia, direitos humanos e ambientes facilitadores de autonomia e independência.

De um modo individual ou grupal, o envelhecimento ativo permite às pessoas realizar o seu potencial físico, social e bem-estar durante a sua trajetória de vida, e a participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades (World Health Organization, 2002). O envelhecimento ativo inclui, no seu processo, a cultura e o género individuais assim como atribui importância a outros determinantes como sejam os serviços sociais e de saúde, meio físico, características comportamentais, sociais e económicas do indivíduo (Paúl, et al., 2005).

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de determinantes entre as pessoas, as famílias e os países em que a World Health Organization (2002) destaca os seguintes: económicos; sociais, pessoais/individuais, ambientais. Resumidamente, os determinantes económicos englobam dois conceitos centrais: o trabalho, através do reconhecimento da necessidade de apoio da contribuição ativa e produtiva dos mais velhos; a proteção social direcionada para os idosos em situação de risco. No que respeita aos determinantes sociais, é consensual que fatores como a solidão, isolamento, a baixa escolaridade e a exposição a situações de violência aumentam os riscos de incapacidade e morte precoce; deste modo, o apoio social, a aprendizagem e a proteção dos indivíduos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança dos mais velhos. Os determinantes pessoais/individuais evidenciam

a importância do sujeito no seu autocuidado, destacando ideias fundamentais como a realização de atividade física adequada, alimentação cuidada, consumo moderado de álcool (entre outros) que contribuem para o atraso do declínio funcional, aumento da longevidade e qualidade de vida; os fatores psicológicos são igualmente incluídos e dos quais se destaca a capacidade cognitiva. Por fim, os determinantes ambientais podem marcar a diferença entre a independência e a dependência das pessoas mais velhas; de na realidade, a insegurança ambiental e as barreiras arquitetónicas são fatores que podem impedir o indivíduo de contactar com os outros, estando, por esse facto, mais propenso ao isolamento.

As medidas de promoção de envelhecimento ativo englobam uma conjugação de estratégias com o objetivo de incrementar a adoção de um papel ativo e determinado, por parte dos idosos, no que respeita à sua própria velhice (Martin et al., 2007). No entanto, sendo o envelhecimento ativo interdependente de uma diversidade de fatores (económicos, sociais e de saúde, comportamentais, ambientais e pessoais), torna-se imperativo a compreensão dos mesmos e das relações que estabelecem entre si neste processo (World Health Organization, 2002).

Os programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidades individuais e pessoais, ambientes favoráveis e solidariedade entre as gerações (World Health Organization, 2002). Estes têm na sua génese razões económicas que conduzem a ações que fomentem o envelhecimento ativo em termos de produtividade e, sobretudo, em termos de gastos sociais e de saúde (Vallespir & Morey, 2007). Quando a saúde, o emprego e mercado de trabalho, a educação e as políticas suportam o envelhecimento ativo haverá potencialmente i) menos mortes prematuras na fase mais produtiva da vida; ii) menos incapacidades e doenças crónicas

na velhice; iii) mais pessoas gozam de uma qualidade de vida positiva à medida que vão envelhecendo; iv) mais pessoas participam ativamente, à medida que envelhecem, nos aspetos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade, em papéis pagos e não pagos e na vida doméstica familiar e da comunidade; v) menos custos relacionados com tratamentos médicos e serviços de cuidados (World Health Organization, 2002).

Centros de Dia como Agentes de Envelhecimento Ativo – Uma Abordagem Centrada na Prática

O envelhecimento da população entende-se como um desafio a três dimensões: sociedade, ciência e indivíduo. O aumento da esperança de vida das pessoas não acarretou qualidade de vida, muito pelo contrário, está associada a um aumento progressivo de deficiência em idades mais avançadas tornando-se este um problema para a sociedade. Por outro lado, o desafio coloca-se ao indivíduo na medida em que o envelhecimento individual se torna preocupante, uma vez que o processo é bastante diferenciado entre os indivíduos (uma pessoa mantém-se na sua vida ativa e outra detém enfermidades crónicas que, por vezes, se tornam altamente incapacitantes) (Ballesteros et al., 2005). Parece-nos operacionalizável a promoção de medidas de envelhecimento ativo, quando o idoso mantém preservadas as suas diversas dimensões (física, mental, social...), aspeto que se torna mais complexo à medida que aumentam as incapacidades. De facto, existem diferentes formas de envelhecer que incluem os idosos bem-sucedidos e ativos, e também idosos incapacitados e limitados na sua autonomia pela doença assim como pelo contexto em que estão inseridos (Paúl et al., 2005). A heterogeneidade da população envelhecida só será verdadeiramente apoiada por uma

estrutura que disponha de uma ampla gama de serviços e que permite à pessoa escolher aquele que melhor se adapta às suas necessidades (Benet, 2003), como é o caso dos Centros de dia. Esta resposta de parcial institucionalização, na qual os clientes passam um período do seu dia com os seus pares interagindo em atividades organizadas, numa mesma direção institucional (Salari, 2002), poderá assumir-se, no nosso entender, como um agente privilegiado de apoio ao cidadão, uma vez que não possui o peso das palavras “lar de idosos”, tornando-se, deste modo, segundo Depalma (2003), uma resposta cada vez mais popular.

A World Health Organization (2002) destaca como apoios basilares do envelhecimento ativo: a saúde, participação e segurança. Através destes conceitos centrais, tentaremos realizar um paralelismo com serviços e programas disponibilizados pelo Centro de dia aos seus utilizadores. Uma das questões importantes a considerar, no que respeita à saúde, é a deteção precoce da patologia e a intervenção nos fatores de risco para o indivíduo que envelhece (Benet, 2003). Para Yuaso & Sguizzato (1996), os idosos residentes na comunidade, apoiados pelo Centro de dia, requerem formas especiais de atenção, no que respeita à saúde, de modo a ser realizada uma intervenção precoce da doença, assim como, um acompanhamento atento da mesma. Para além deste aspeto, a intervenção do Centro de dia direcionada para a saúde torna-se útil na medida em que oferece resposta a pessoas que, por motivos de doença, começam a desenvolver dependências. Assim, o Centro de dia tenta satisfazer as necessidades básicas da pessoa idosa não sendo necessário retirá-la do seu ambiente habitual (Benet, 2003). A nível de saúde, intervém na satisfação das necessidades diárias alimentares e no cuidado nutricional, de modo a contribuir para a diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral, através de

um plano estruturado de cuidado (Trinidad, 1996). A promoção da atividade física é também um elemento a considerar num Centro de dia, sendo que o principal objetivo é a manutenção da máxima mobilidade possível do idoso (Alda & Montón, 1996). A fisioterapia é uma intervenção terapêutica relevante, uma vez que possibilita igualmente a manutenção e/ou recuperação da mobilidade dos membros superiores e inferiores, assegurando a independência do idoso (Alda & Montón, 1996), sendo este um serviço necessário ao Centro de dia. A promoção do exercício através da atividade física e fisioterapia começam a ser serviços crescentemente disponibilizados pelos Centros de dia, que permitem aos seus utilizadores a manutenção da sua autonomia. No que concerne à saúde mental, Manchola (2000) salienta como principais patologias presentes nos utilizadores dos Centros de dia: a depressão, a ansiedade e os transtornos comportamentais (tendência para fuga e paranóia). Nesta faixa etária, as intervenções estão muitas vezes direcionadas para a compreensão das aptidões funcionais dos idosos, aceitação dos seus défices e procura de formas de otimização do funcionamento individual, tendo em conta as suas limitações reais (Lima, 2004). Com o mesmo objetivo, os Centros de dia, através da realização de atividades sociais, lúdicas e criativas, tentam potenciar o funcionamento individual do idoso atendendo às suas limitações. Ainda, no que respeita à área da saúde, consideramos que é notória uma clara prevalência de ações preventivas e de manutenção sobre a saúde nos Centros de dia. Do ponto de vista gerontológico, a prevenção é convergente com as premissas de promoção do envelhecimento ativo, caracterizada pela manutenção e preservação das capacidades e potencial do indivíduo e conseqüente garantia de melhores condições de vida (World Health Organization, 2002).

A participação permite ao idoso fazer parte integrante da sociedade como agente ativo e interventor. Assim, torna-se importante reconhecer nos mais velhos a participação no desenvolvimento económico, no trabalho formal ou informal e em atividades de cariz social, de acordo com as suas preferências, desejos e capacidades. A participação social parece ser um fator importante para o envelhecimento bem-sucedido, no entanto, esta deverá existir em função de um projeto, de uma ação fundamentada, direcionada a um propósito na qual o idoso não seja passivo (Paúl, 2005). Nesta linha de pensamento, os Centros de dia são palco privilegiado para a participação no que respeita a duas ideias principais: aspetos de gestão da organização e aspetos individualizados dos serviços prestados. Ao nível da gestão do Centro de dia, reconhece-se importância da participação dos utentes no que respeita à organização/planificação de atividades lúdicas, culturais, recreativas e religiosas de acordo com os seus gostos; planificação e aferição sobre a qualidade do setor alimentar; a aferição sobre os serviços prestados e a prestar (nomeadamente horários de transportes, necessidade de criação de serviços extra, entre outros). A um nível individual, considera-se importante que o individuo possa ser agente ativo na escolha dos serviços prestados, na sua frequência e tipologia de acordo com as suas necessidades, gostos e preferências. Na realidade, como refere Paúl (2005), o direito à autodeterminação e dignidade fica comprometido sempre que haja uma tentativa de intromissão nas decisões dos idosos, sendo esse facto frequente nas relações com pessoas em idades avançadas. No nosso entender é fundamental que o idoso seja o negociador/decisor na escolha dos serviços a prestar pelo Centro de dia.

Por fim, a segurança retrata a necessidade de assegurar proteção e dignidade às pessoas idosas que se encontram

desprotegidas nos seus direitos e necessidades de segurança social, financeira e física (World Health Organization, 2002). Os Centros de dia possibilitam essa proteção, através de esclarecimentos, informações e aconselhamento no que diz respeito aos recursos socioeconómicos existentes e de que forma lhes é possível aceder.

Considerações finais

Em suma, os Centros de dia podem e são aglutinadores de uma diversidade de conceitos, intervenções e programas que estão na base do conceito de envelhecimento ativo, apesar de esta identificação surgir rodeada de inúmeras dificuldades. Em nosso entender, os Centros de dia poderiam ter um papel mais visível no envelhecimento ativo, caso fossem superados diversos obstáculos dos quais destacamos os seguintes: a falta de reconhecimento e valorização da resposta pelo regulador; a dificuldade de implementação da especialização da resposta, sendo na sua maioria Centros de dia de cariz social; no subfinanciamento que dificulta o progresso e modernização do Centro de dia; o processo de implantação e crescimento desordenado tanto ao nível da criação de serviços como da tipologia de utente-alvo; reduzido número de recursos humanos afetos à resposta; e, por fim, a falta de interesse no estudo/investigação sobre o Centro de dia.

A maleabilidade da resposta de Centro de dia permite uma adaptação particularizada às necessidades de cada utilizador, assim como uma atenção individualizada na prestação dos serviços, sendo que estes elementos, no nosso entender, reforçam o seu vínculo ao modelo concetual de envelhecimento ativo.

Acredita-se que esta resposta continuará a ser cada vez mais implementada, no entanto, terá como principais desafios futuros uma reorganização dos serviços conducentes com os “novos idosos”, que passará, sobretudo, por um aumento e melhoria da oferta de serviços e uma maior necessidade de formação dos seus técnicos e colaboradores.

No que concerne ao modelo de envelhecimento ativo, o natural envelhecimento populacional tenderá a potenciar a sua implementação e execução, aliviando assim a pressão sobre os sistemas económicos de segurança social, permitindo manter um equilibrado nível de “*well fair*” na população em geral. Por outro lado, urge a necessidade de técnicos e colaboradores que desenvolvem o seu trabalho junto destas respostas terem como missão e visão, no seu trabalho diário, implementar de forma ativa e cuidada os pressupostos do modelo de envelhecimento ativo, bem como, promover as novas políticas de intervenção comunitária que defendem o “envelhecer em casa” e o incentivo e respeito pelo idoso como agente ativo na escolha dos serviços prestados pelo Centro de dia, em detrimento da promoção da dependência e incapacidade das pessoas idosas.

Bibliografia

- Alda, J., Montón, J. (1996). Programas de Fisioterapia. *in* Alda, J.; Dompedro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Arrazola, F.J., Méndez, A.U. & Lezaun, J.J. (2003). *Centros de Día: Atención e Intervención Integral para Personas Mayores Dependientes y con Deterioro Cognitivo*. Gipuzkoa: Departamento de Servicios Sociales: Fundación Matía Gizartekintza.

- Baumgarten, M., Lebe, P., Laprise, H., Leclerc, C. & Quinn, C. (2002). Adult Day Care for the Frail Elderly: Outcomes, Satisfaction and Cost. *Journal of Aging and Health*, 14(2), 237-259.
- Benet, A.S. (2003). *Los centros de día para personas mayores*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.
- Bilotta C.,Bergamaschini L., Spreafico S.,Vergani C.(2010).Day care center attendance and quality of live in depressed older adults living in the community. *European Journal of Ageing*, 7(1), 29-35.
- Bowling,A.(2008).Enhancing later life :How older people perceive active ageing? *Journal of Aging & Mental Health*, 12 (3),293-301.
- Carvalho, M. I. (2006). *Orientações da política de cuidados às pessoas idosas dependentes – modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus*. Comunicação no Congresso Internacional sobre Gerontologia, Lisboa.
- Castiello, M. T. (1996). *Centro de Día para Personas Dependientes / Centro de Día: Conceptualización*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales – Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Cid, X., Dapia, M. (2007).Lazer e tempos livres para as gerações idosas – perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.). *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*. Lisboa. Instituto Piaget – Colecção Horizontes Pedagógicos.
- Conrad, K. J. & Hughes, S. (1993). Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48(3), 112-122.
- Depalma, J. A. (2003). Positive outcomes and Adult Day Care. *Home, Health, Care, Management & Practice*, 15(4), 342-343.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara,J., Iñiguez,J., Garcia,L. (2005). Promoción del envejecimiento active:efectos del programa «Vivir com vitalidad». *Revista Espanhola Geriatria e Gerontologia*. 40 (2), 92-102.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). Active Aging Promotion Programs. In F. Ballesteros (Ed.) *Active Aging*. (133-154). Hogrefe Publishing.

- Ferrer, M. T. A. (2005). *Los Centros de Día de Alzheimer y la calidad de vida de los pacientes e sus familiares – Un estudio de caso*. Valência: Colección Interciencias.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos*. Lisboa: Centro de Informação e Documentação (GEP-CID).
- Gaugler, J. E. & Zarit, S. H. (2001). The Effectiveness of Adult day Services for Disabled Older People. *Journal of Aging & Social Policy*, 12(2), 23-47.
- Gaugler, J. E., Jarrott, S. E. & Zarit, S. H.(2003). Respite for Dementia Caregivers: the effects of adult day service use on caregiving hours and care demands. *International Psychogeriatrics*, 15(1), 37-58.
- Irigoyen, B., Carrasco, M., Hita, J.M. (2002). *Analises Coste Consecuencia de um Centro de Día Psicogeriátrico*. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 37(6), 291-297.
- Jarrot, S. E., Zarit, S. H., Berg, S. & Johansson, L. (1998). Adult Day Care for Dementia: a Comparison of Programs in Sweden and The United States. *Journal of Cross – Cultural Gerontology*, (13), 99-108.
- Lima, M. (2004). *Posso participar? – Actividade de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar
- Manchola, E. A. (2000). Recursos sociosanitarios – el Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 10(2), 105-125.
- Martín, I., Gonçalves, D., Paúl, C. & Pinto, F. (2007). Política Sociais para a Terceira Idade. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget – Coleção Horizontes Pedagógicos.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Retrieved from ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf
- Paúl, C., Fonseca A., Martin, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl e Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2005). *Lugar do Idoso na Família – Contexto e Trajectória*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Salari, S. M. (2002). Intergerational Partnership in Adult Day Centers: Importance of age – appropriate environments and behaviors. *The Gerontologist*, 42(3), 321-333.
- Salgado, A. A. & Montalvo, J. G. (1999). Centro de Dia para Personas Mayores – Un esquema práctico sobre su funcionamiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34(5), 298-305.
- Sancho, T. & Rodriguez, P. (1999). *Programas y servicios para personas mayores in Gerontologia conductual – bases para la intervención y ámbitos de la aplicación*. Editorial Síntesis.
- Tamer, N., Petriz G. (2007). A Qualidade de vida dos idoso. In Osório A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.) *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*. Lisboa. Instituto Piaget – Coleção Horizontes Pedagógicos.
- Trinidad, D. (1996). *Programas de Salud Física – Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales – Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Vallespir, J., Morey, M. (2007). A participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Eds.). *As pessoas idosas – contexto social e intervenção educativa*. Lisboa. Instituto Piaget – Coleção Horizontes Pedagógicos.
- Yuaso, D., Sguizzato, G. (1996). Fisioterapia em Pacientes Idosos. In M. Netto (Ed). *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo. Editora Atheneu.
- Walker, J., Porter, R., Flanders, J. (2004). Increasing Prationers Knowledge of Participacion Among Elderly Adults in Senior Center Activities. *Journal Educational Gerontology*. 30, 353-366.
- World Health Organization-Dept. of Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion(2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

CAPÍTULO V

AS POLÍTICAS DE SAÚDE COMO DETERMINANTES DA LONGEVIDADE

Joana Vale Guerra

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Interdisciplinares (CEIS20)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7426-5579>

Resumo: *As consequências do envelhecimento populacional e individual integram em si uma das principais conquistas da humanidade, mas ao mesmo tempo, colocam novos desafios que necessitam ser conhecidos e ultrapassados para que as pessoas e as sociedades colham os benefícios do “dividendo da longevidade”. Não temos a pretensão de sermos nós, neste capítulo, a desvendar todos os limites e potencialidades dessa descoberta. Aqui, privilegiaremos a análise sobre as políticas de saúde relacionadas com o envelhecimento, enquanto chave que poderá ajudar a decifrar melhor a direção do itinerário político, social e económico perante a tendência demográfica e expressiva do aumento da longevidade. Com efeito, não basta considerarmos as políticas de saúde que já tentam responder aos desafios*

do duplo envelhecimento demográfico, mas incluir um outro grande desafio, o “triplo envelhecimento”. É de esperar que este novo facto demográfico traga implicações para a conceção, implementação e avaliação das políticas de saúde.

Palavras-chave: *Políticas de Saúde; Longevidade; “Triplo envelhecimento”*

Abstract: *The consequences of population ageing at individual or global levels are one of the main achievements of mankind, but at the same time they pose new challenges that need to be known and overcome so that societies reap the benefits of the “longevity dividend”. We do not claim to us, to unravel all the limits and potentialities of this discovery. We will focus on health public policies related to ageing, as a key to better decode the direction of the political, social and economic path in the face of the demographic and expressive tendency of increasing longevity. Indeed, it is not enough to reflect about health policies that are already trying to meet the challenges of “twofold ageing”, but it is essential to include another major challenge, the “threefold ageing”. It is expected that this new demographic element will have effects on the design, implementation and evaluation of health policies.*

Keywords: *Health Policies; Longevity; “Threefold Ageing”*

Nota introdutória

O capítulo que se apresenta constitui-se como um contributo para uma reflexão em torno das políticas de saúde que protegem os cidadãos mais velhos na sociedade atual e uma oportunidade para apresentar uma incursão sobre os principais desafios políticos decorrentes do aumento da longevidade.

De forma preliminar, é importante acentuar duas ideias que criam um melhor entendimento sobre os limites e as potencialidades do debate em torno das políticas de saúde para o envelhecimento. Em primeiro lugar é importante reconhecer que a abundância de referências ao fenómeno do envelhecimento, através de estudos nacionais ou internacionais, através da atualização das projeções demográficas ou mesmo através do crescimento de respostas de apoio social e de saúde dirigidas aos mais velhos, não nos retiram a convicção de se tratar de um dos problemas mais complexos da sociedade contemporânea.

Falamos de um fenómeno novo, em evolução e pode dizer-se que a complexidade surge pelas questões individuais, grupais e societárias colocadas quer pelo processo de envelhecimento individual, quer pelas repercussões sociais do envelhecimento demográfico. Envelhecer no século XXI significa, como diz o relatório do Fundo de População das Nações Unidas (2012), uma celebração e um desafio. Viver mais anos em resultado da melhoria dos estilos de vida, das condições sanitárias, dos avanços da medicina, do acesso aos cuidados de saúde, do bem-estar económico e do acesso ao ensino e à informação é uma vitória da humanidade e do desenvolvimento.

Paradoxalmente, para a generalidade das pessoas, viver mais tempo pode implicar aumentar as oportunidades de experienciar a doença, viver sozinho e necessitar da ajuda de terceiros para a realização das suas atividades no quotidiano. Para as famílias viver mais pode implicar a oportunidade de usufruir da sabedoria, do apoio e da companhia dos seus elementos mais velhos, mas também pode exigir uma readaptação do ambiente familiar, por vezes difícil de concretizar por razões de vária ordem: económicas, laborais, culturais e afetivas. Para a sociedade, o envelhecimento e a longevidade são uma tradução do seu próprio desenvolvimento, mas terá que necessariamente criar condições

que colmatem as novas necessidades das pessoas mais velhas e suas famílias. Por exemplo, a criação de melhores respostas na saúde e no apoio social, para que a longevidade seja vivida de forma digna e com qualidade. Compreende-se, no entanto, que a conjuntura económica e social atual coloca em confronto, por um lado, a necessidade de mais e melhores serviços de apoio, mas por outro a escassez de recursos financeiros e orçamentais para a sua implementação. A viabilidade da sua execução num país sob pressão sobre a despesa pública quer do ponto de vista da Segurança Social, quer do sistema de saúde, demonstra dificuldades na construção de uma rede de serviços de qualidade compatível com as exigências que as idades mais avançadas sugerem. A situação torna-se particularmente complexa quando pensamos nas pessoas mais velhas fragilizadas pelo seu contexto individual, familiar e socioeconómico.

É justo afirmar que muito se tem feito para melhorar a compreensão sobre o tema e para dar resposta aos diferentes desafios colocados pelo envelhecimento populacional ou individual. Contudo, a complexidade do fenómeno em si, deixa-nos longe de pensar que encontrámos as soluções necessárias para todos os indivíduos e ao mesmo tempo assegurar a viabilidade do manancial de respostas possíveis para cada forma de viver a longevidade.

Em sequência, acentua-se a segunda ideia preliminar. A complexidade do fenómeno terá, necessariamente, tradução na conceção, implementação e avaliação das políticas de saúde. Para tal, será necessário debater as escolhas que se fazem para a definição de um determinado programa de ação que visa fazer face às necessidades de um país nessa matéria.

Pensar as políticas de saúde para a população mais velha requer uma visão diferenciadora sobre o fenómeno de envelhecer.

Com efeito, basta pensar que envelhecer em contexto de isolamento, com uma reforma baixa, sem retaguarda familiar, com uma rede de apoio formal frágil, sem a acumulação dos benefícios de um estilo de vida saudável é bem diferente de envelhecer com o acesso aos serviços de saúde garantido, com apoio material, informativo, emocional e social. Tanto mais quando se verificam situações de doença crónica, múltipla e incapacitante. O estado de saúde é um fator condicionante, muito relevante, no processo de envelhecimento. Particularmente, quando as capacidades funcionais ficam afetadas temporária ou permanentemente e as pessoas sentem dificuldades em realizar as suas atividades diárias.

Estas duas ideias preliminares sugerem que estudar e criar propostas para os desafios da longevidade não será certamente tarefa fácil. Contudo, sabemos que um melhor funcionamento do setor da saúde e o compromisso societal de proteção sobre os cidadãos mais velhos conduzirá, inequivocamente, a melhorias significativas na qualidade de vida das pessoas. Para tal, é necessário refletir sobre o processo de decisão política que deverá expressar as preferências da sociedade e dos cidadãos.

Como seguidamente se apresenta, o sistema de saúde português integra princípios favoráveis à proteção dos cidadãos independentemente da sua condição perante o trabalho, sexo, idade, religião, profissão ou sistema de proteção. No caso particular dos doentes idosos e dependentes, a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados deu início a um novo paradigma na arte de cuidar, fortalecendo a continuidade ideológica do princípio da universalidade. Contudo, o desafio do “triplo envelhecimento” permanece porque ainda não conhecemos completamente os seus efeitos na dinâmica das sociedades modernas. Como refere a

OMS “*envelhecer no futuro será muito diferente das experiências de gerações anteriores*” (OMS, 2015:10).

O ponto de viragem das políticas de saúde dirigidas aos maiores de 65 anos

A política de saúde em qualquer país traduz a capacidade do Estado ter como critério e medida do próprio desenvolvimento o respeito pelo direito à proteção da saúde da sua população. O compromisso e o conseqüente investimento na implementação e desenvolvimento de um sistema de saúde organizado, completo e financeiramente equilibrado acolhem benefícios indiscutivelmente positivos e em clara concordância com a fruição do direito à vida. As políticas de saúde são uma pedra angular na definição e reconhecimento da boa governação e traduzem as aspirações do projeto coletivo de uma nação no campo dos direitos humanos e do desenvolvimento social e económico.

A conjuntura política, económica e social dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX, oferecia a garantia de que as decisões políticas atendiam às convicções emanadas da ONU, da OMS e da UE e que cada país edificava o seu sistema de saúde de forma consentânea com o princípio de que a saúde é um direito básico e componente fundamental do desenvolvimento humano e social; e que o estado de saúde da população dependia de uma relação de interdependência dos fatores económicos, sociais, políticos, biológicos, ambientais, culturais e de acessibilidade aos cuidados de saúde; e que os ganhos em saúde eram insofismáveis para o desenvolvimento do indivíduo mas também dos países. A saúde tornou-se, desta

forma, num domínio da responsabilidade pública na maior parte dos países europeus.

Em Portugal, o sistema de saúde tem na sua matriz ideológica o modelo beveridgeano. Ou seja, o Estado compromete-se a criar e a organizar os cuidados de saúde acessíveis a toda a população, independentemente do tipo de contrato laboral ou rendimento dos cidadãos ou residentes, financiado a partir da totalidade da riqueza do país, com base nas receitas recolhidas pelo Estado, refletidas no orçamento geral do Estado.

Desde 1976, a conceção e implementação das políticas de saúde centraram-se em princípios de universalidade, equidade e generalidade, que sendo fundamentais, não previam cuidados diferenciados ou integrados para corresponder às necessidades de saúde das pessoas com idade mais avançada. O primeiro passo foi dado em 2006 com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Mas pensar as respostas da saúde para um grupo específico não pode ser feito sem reconhecer a natureza das políticas que têm vindo a ser adotadas nos últimos quarenta anos. No compute geral, as transformações mais significativas que foram sendo introduzidas no sistema de saúde português, através da Lei de Bases da Saúde de 1990 e das alterações em 2002, investiram numa conceção ampla do sistema de saúde português (integrando o Serviço Nacional de Saúde, entidades privadas e profissionais liberais), mas sobretudo o entendimento dos cidadãos como os primeiros responsáveis pela própria saúde e a redução do peso do Estado na prestação de atividades de saúde (Simões, 2004).

Cada vez mais, o sentido estratégico das novas políticas de saúde realça o empoderamento do cidadão na saúde e conta ainda com um novo discurso político e económico centrado na gestão e financiamento dos serviços de saúde baseado em

resultados de eficiência e eficácia económica associado a uma cultura de privatização.

Não descurando as inúmeras vantagens do ato de se cuidar, é importante questionar as desigualdades implícitas na capacidade de cada um garantir a realização de atividades protetoras de saúde quando os contextos e ambientes de vida podem ser mais importantes na manutenção ou potencialização do *stock* de saúde de cada indivíduo. E tanto mais, porque a idade é um fator naturalmente depreciativo do potencial biológico de cada pessoa. Daqui resultam duas ideias fundamentais, por um lado a garantia de que a idade avançada aumenta as probabilidades de adoecer ou desenvolver algum tipo de dependência, mas por outro, é muito relevante considerarmos que a diversidade de perfis da população com idade mais avançada não é aleatória. Ou seja, o nível de literacia, a qualidade das redes de apoio social, a adequação do rendimento, a perceção de apoio são fatores preditores de um envelhecimento com qualidade (OMS, 2015). Com estes considerandos damos início à ideia de que a composição dos cuidados e serviços de saúde a prestar a uma população envelhecida terá de ser necessariamente diferente. Não pode ser uma resposta generalizada e “mercadorizada” porque o respaldo de cada pessoa varia em função das suas circunstâncias individuais e ambientais muito para além do potencial biológico.

A RNCCI como reforço ideológico do Serviço Nacional de Saúde

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em 2006, foi o passo dado mais importante para colmatar a enorme lacuna do Serviço Nacional de

Saúde no tratamento dos idosos e dos doentes dependentes. Conforme refere Correia de Campos a *“Rede surgiu da constatação de que a configuração anterior do sistema de saúde não garantia a reabilitação dos seus diferentes grupos-alvo de doentes”* (2008:108). A sua implementação passou a assegurar cuidados de saúde de continuidade através da disponibilização de uma rede de serviços de diferentes tipologias que responde a problemas distintos. São as equipas multidisciplinares com origem nos cuidados diferenciados ou primários que organizam o “processo individual de cuidados continuados” centrado na reabilitação e na promoção da autonomia de cada doente. Os cuidados a prestar são definidos pelas circunstâncias clínicas e sociais das pessoas mais velhas e ou doentes dependentes.

O novo modelo de intervenção introduzido pela RNCCI apresenta na sua génese, por um lado, o reforço sobre a continuidade ideológica do princípio da universalidade do SNS e por outro lado, cria um conjunto de respostas que garantem cuidados de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa.

É bom recordar que a solução anterior respondia às necessidades dos idosos, em situação clínica agravada pela perda de autonomia, através da disponibilização, nos hospitais, de “camas de retaguarda”. Esta resposta não tinha outro objetivo senão ganhar tempo até surgir uma resposta familiar ou institucional da comunidade de origem. Quando um doente reunia condições para a alta clínica, mas não reunia condições para regressar ao domicílio, as soluções apresentadas ao doente situavam-se entre: o protelamento da alta em contexto hospitalar, a institucionalização em lar residencial ou o regresso ao domicílio com apoio domiciliário. Note-se que as hipóteses apresentadas não previam qualquer tipo de acompanhamento especializado em função do potencial de recuperação de cada doente. As pessoas ficavam entregues à sua capacidade de pagar serviços de reabilitação

e de acompanhamento no dia-a-dia e ainda viam aumentada a probabilidade de agravamento do seu estado de saúde, muitas vezes seguido de uma reentrada no serviço de urgência dos cuidados hospitalares.

Não obstante as dificuldades atuais de ingresso em alguns tipos de unidades de tratamento, nomeadamente pela demora no tempo de espera, a implementação da RNCCI passou a dar resposta e a garantir cuidados de saúde no tempo certo, no local certo e no prestador mais adequado às necessidades das pessoas.

No final de 2016 existiam 8 400 camas em funcionamento e a taxa de ocupação, a nível nacional, revelou, à semelhança dos anos anteriores, valores sempre acima dos 90% em todas as tipologias de unidades (ACSS, 2017).

O número de utentes assistidos em 2016 foi de 52.509. De acordo com o objetivo deste capítulo é importante notar que os utilizadores da RNCCI com idade superior a 65 anos representaram 81,6% do total e a população com idade superior a 80 anos representou 47,4% do total, valor em crescimento ao longo dos anos.

Os dois principais motivos de referenciação para a RNCCI são, a dependência para a realização de atividades da vida diária (90%) e o ensino ao utente ou ao cuidador informal (89%). O destino pós-alta, revela que 10% dos utentes dirigiram-se para respostas sociais. A nível nacional 74% das altas foram para o domicílio e em 73% das altas para o domicílio foi registada necessidade de suporte (ACSS, 2017).

Em conclusão, a ACSS (2017) refere que os utilizadores da RNCCI representam uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência.

Do ponto de vista do plano de desenvolvimento da Rede os objetivos passam por aumentar a capacidade das respostas

existentes, mas também desenvolver e diversificar novas respostas, como por exemplo os cuidados prestados no domicílio e em ambulatório, o reconhecimento e apoio ao cuidador informal e o desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação relacionado com a criação de Ambientes de Vida Assistida que preveem um aumento da autonomia, autoconfiança e mobilidade dos cidadãos no seu próprio domicílio (ACSS, 2017).

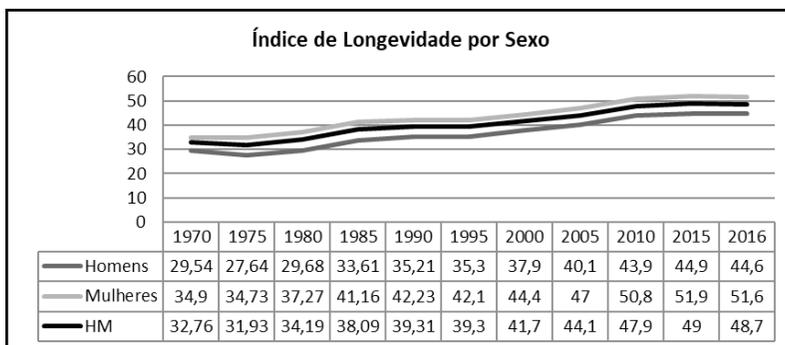
Apesar do modelo inovador introduzido pela RNCCI, pretende-se chamar a atenção de que as características da população, quer do ponto de vista demográfico, social, económico e epidemiológico não se fixam no tempo e vão adquirindo novas configurações e revelando novas necessidades. Neste sentido, o reforço da investigação para uma melhor compreensão sobre o fenómeno do envelhecimento e da longevidade não é intransponível. No próximo ponto abordamos genericamente alguns indicadores que lançam pistas de reflexão para a reconfiguração das políticas de saúde para a atualidade e para o futuro próximo.

A magnitude das necessidades em Portugal

Para melhor compreendermos os desafios do envelhecimento será bom ter em consideração que em Portugal, o peso da população idosa mantem um perfil ascendente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade. A taxa de fecundidade geral apresenta um decréscimo ininterrupto desde a década de 90 e em 2016, o índice de longevidade foi de 48,7, o nível mais elevado desde 1970. A população com 75 e mais anos é cada vez em maior número. Conforme podemos verificar no gráfico seguinte, não obstante as diferenças entre homens e mulheres, a partir de 2010, as mulheres com 75 ou mais anos são já mais de metade das mulheres com

65 anos. Torna-se inequívoco afirmar que a população idosa está mais envelhecida.

Gráfico 1 – Índice de Longevidade por sexo (1970-2016)



Fonte dos dados: INE, última atualização a 15 de Junho de 2017

Para o período 2015-2017, a esperança média de vida aos 65 anos situa-se nos 19,45 anos. Ainda que provisório, este valor acompanha uma evolução positiva que se regista de forma significativa desde 1980, altura em que aos 65 anos as pessoas contavam, em média viver, aproximadamente, mais 15 anos. Passados 35 anos, a população portuguesa vive mais quase 20 anos (INE, 2017). Em sequência, a questão que se coloca é sobre o número de anos que uma pessoa com 65 anos pode esperar viver sem sofrer de incapacidades. Os últimos dados indicam que os portugueses podem esperar viver mais sete anos sem incapacidade (OCDE, 2017). Este indicador para além de contribuir para o debate em torno das questões económicas e de produtividade, pode instruir os progressos realizados em termos de acesso, qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde. No caso de Portugal este indicador revela valores abaixo do expectável e em comparação com os países da UE28. Os europeus contam viver mais 9,4 anos sem perda de funcionalidades após os 65 anos.

Desde 1990, a proporção de indivíduos com 65 e mais anos por 100 residentes com menos de 15 anos (índice de envelhecimento) apresenta uma tendência sistemática de crescimento (72,1 em 1991, 141,3 em 2013 e 150,90 em 2016). Para objetivar, referimos que no ano de 2016 a população residente em Portugal com 65 ou mais anos foi de 2,462,256, ou seja 23,9% da população. De acordo com um estudo da Fundação Francisco Manuel dos Santos o número de pessoas com 65 e mais anos poderá, em 2030, representar quase metade do número de pessoas em idade ativa. Em 2030, a população de Portugal será ainda mais envelhecida, mesmo admitindo um significativo aumento dos níveis de fecundidade (Mendes, 2012).

Para além dos aspetos demográficos indicativos do estado de saúde em idades avançadas, e de acordo com a revisão da literatura, um dos vetores que devemos acompanhar é a disponibilidade de rendimentos adequados ao longo da vida e em particular, após a fase de vida ativa.

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, realizado em 2017 em Portugal, sobre rendimentos do ano anterior, indica que 17% da população idosa estava em risco de pobreza após as transferências sociais. No caso português é sabido que as transferências relativas a pensões concretizam um importante papel na redução do risco de pobreza monetária. O reconhecimento do direito às pensões é uma forma de garantir a subsistência das pessoas na fase da reforma e permitir que as pessoas mais velhas tenham um nível de vida digno e gozem de independência económica.

Em Portugal, o regime público é a principal fonte de rendimento dos portugueses maiores de 65 anos. As fontes de financiamento do sistema de segurança social são os contribuintes e a administração central. Contudo, as prestações sociais da

Segurança Social, de natureza pecuniária, que visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ao cidadão com 65 ou mais anos revelam dois aspetos que traduzem a fraqueza do debate em torno das políticas sociais de apoio aos idosos. Em primeiro lugar, é de referir que existe um espetro de 70 anos entre a adoção da primeira medida de proteção social, a Pensão de Velhice em 1935 e a última medida criada de combate à pobreza dos idosos, o Complemento Solidário para Idosos em 2005. E em segundo lugar, as compensações monetárias são baixas para o contexto nacional e europeu. Os montantes referenciados colocam em causa por exemplo, entre outras coisas, a capacidade de os reformados adquirirem bens e serviços de saúde fora do sistema público. Por este motivo, todo o investimento efetuado no âmbito do Serviço Nacional de Saúde que tenha como benefício melhorar o acesso dos idosos aos cuidados de saúde será um investimento na qualidade de vida e dignidade das pessoas.

Tabela 1 – Prestações da Segurança Social

Prestações Segurança Social	Ano de criação	Montante	Condições de acesso	Base de cálculo	Regimes
Pensão de Velhice	1935	264,32 € 382,46 €	Idade	Remunerações registadas	Geral
Pensão Social de Velhice	1980	203,35 € + CES	Idade Residentes	Fixado através do IAS	Não contributivo
Complemento Solidário para Idosos*	2005	Valor máximo 423,69 €	Residente Pensionistas Recursos < ao CSI	Recursos do agregado familiar	Todos os regimes

* Os beneficiários de CSI têm direito, para além do complemento mensal à pensão, a descontos em medicamentos, óculos e próteses dentárias e às tarifas sociais de eletricidade, de gás natural e dos transportes.

Considerações finais

O complemento solidário para idosos e a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados ilustram uma nova geração de políticas sociais públicas. A compreensão sobre o cenário demográfico nacional e o conhecimento sobre a forma como o país organiza os sistemas de saúde e de proteção social contribui para um conhecimento mais aprofundado sobre as necessidades a colmatar no futuro próximo.

Este capítulo reuniu informação que nos permite concluir que há um caminho a percorrer para melhorar a compreensão sobre o processo de envelhecimento com todos os seus determinantes. Apesar da vastidão do tema podemos enunciar quatro tópicos, baseados nas experiências passadas e as projeções demográficas, que podem basear os debates para a reconfiguração das políticas de saúde e de apoio social.

Em primeiro lugar, é necessário criar uma melhor compreensão sobre a diversidade de perfis de envelhecimento de modo a garantirmos a redução das desigualdades na promoção de fatores protetores e na eliminação dos fatores de risco de natureza comportamental e social. Em segundo lugar investir no desenvolvimento do conhecimento sobre os fatores que promovem a melhoria da esperança de vida saudável aos 65 anos. Prolongar os anos de vida saudável, sem perda de funcionalidades é uma vantagem do ponto de vista da produtividade e da qualidade de vida para as pessoas. Em terceiro lugar investir na proteção dos idosos economicamente mais vulneráveis e no reconhecimento de que é fundamental favorecer a melhoria do rendimento, garantindo recursos mínimos e a satisfação de necessidades básicas. Em quarto lugar assegurar que a maior intervenção e participação do sector privado e a tendência para a “mercadorização” dos bens e serviços do setor da saúde revejam uma oportunidade de

o Estado português realocar os seus recursos para uma oferta de cuidados a esta população específica, centrando-se nas doenças crónicas, em outras patologias físicas e psicológicas e na medicina preventiva (Rodrigues, 2014). Jamais numa oportunidade para acentuar as desigualdades socioeconómicas que apenas o Serviço Nacional de Saúde de qualidade e eficiente pode fazer face. E por fim, em quinto lugar garantir a manutenção de cuidados continuados integrados e personalizados, procedendo sempre que possível em meio natural.

O envelhecimento está inscrito num complexo sistema de interações onde se procuram equilíbrios que procuram satisfazer as necessidades de cada idoso dentro do quadro dos compromissos sociais (Machado, 2017). Será a forma como optamos por solucionar estes novos desafios e a forma de maximizar as oportunidades de uma crescente população idosa que determinará se a sociedade colherá os benefícios do “dividendo da longevidade” (UNFPA, 2012).

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2017). *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – 2016*. Acedido a 15 de janeiro de 2108 em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/RNCCI-Relatorio-Monitorizacao-Anual-2016.pdf>
- Campos, A.C. (2008). *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (2017). *Relatório do terceiro ciclo de revisão e avaliação da implementação do Plano Internacional de Ação de Madrid*

- sobre o *Envelhecimento*. Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Guerra, J. (2009). Desigualdades completamente indesejáveis em saúde. *Actas do Seminário Combater a Reprodução Intergeracional da Pobreza e da Exclusão Social. Que intervenções?*, Porto: Centro de Investigação em Ciências do Serviço Social, ISSSP, pp. 299-312.
- Guerra, J. (2016). Políticas de Saúde em tempo de crise(s). In Albuquerque, C. (coord.) *Políticas Sociais em Tempo de Crise. Perspetivas, tendências e questões críticas*. Lisboa: Pactor, pp:177-192.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017). Rendimento e Condições de Vida 2017 (dados provisórios). *Destaque*. Lisboa: INE.
- Machado, P. (2017). *Isolamento na Velhice: das políticas integradas para a longevidade à construção de um referencial GovInt para o envelhecimento na comunidade*. Lisboa: Fórum para a Governação Integrada.
- Mendes, MF e Rosa, MJV (Coords.) (2012). *Projeções 2030 e o Futuro*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Ministério da Saúde & Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016). *Cuidados Continuados. Saúde e Apoio Social. Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Lisboa. Acedido a 30 de setembro de 2017 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI-2016-2019-Ofi%CC%81cial-Anexo-III.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e OEPSS (2017). *State of Health in the EU. Portugal. Perfil de saúde do país 2017*. Acedido a 15 de janeiro de 2018 em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_pt_portuguese.pdf
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Acedido a 30 de setembro de 2017 em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf
- Rodrigues, F. (2006). *Políticas Sociais para a Inclusão das Pessoas Idosas*. Comunicação apresentada no 3º Seminário de Gerontologia “A Pessoa Idosa. Momentos de reflexão”. Tondela: Gabinete de Ação Social do Município de Tondela.

- Rodrigues, TF; Martins, MRO (2014). *Envelhecimento e Saúde. Prioridades Políticas num Portugal em Mudança*. Lisboa: Instituto Hidrográfico.
- Simões, J. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- United Nations Population Fund (UNFPA) e HelpAge (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Acedido a 30 de setembro de 2017 em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

CAPÍTULO VI

CIDADANIA ATIVA NUMA SOCIEDADE ENVELHECIDA: O VOLUNTARIADO SÉNIOR

Helena Reis Luz

*Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação,
Centro de Estudos Interdisciplinares (CEIS20)*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1592-0953>

Isabel Cerca Miguel

*Universidade Portucalense Infante D. Henrique – Instituto de Desenvolvimento
Humano Portucalense & Departamento de Psicologia e Educação*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5305-7620>

Resumo: *O envelhecimento demográfico constitui uma realidade incontornável das sociedades atuais, colocando às sociedades envelhecidas desafios acrescidos que interessa observar. Considerando a cidadania, as concepções capitalistas enfatizam o papel central do trabalho na definição do estatuto de cidadão, destacando a estreita relação entre participação no mercado de trabalho e inclusão social. No entanto, essa abordagem deve ser reequacionada no contexto específico da população idosa, uma vez que na reforma estes encontram vários domínios*

significativos de participação social para além do trabalho remunerado. Neste âmbito, o voluntariado sénior afigura-se como um meio proeminente de ativar a participação social dos idosos. O presente capítulo tem como objetivo discutir as fragilidades de uma cidadania baseada no trabalho, enfatizando o voluntariado sénior como uma abordagem de ativação e promoção da participação social dos idosos.

Palavras-chave: Trabalho; Voluntariado sénior; Ativação dos idosos

Abstract: *Demographic aging is an inescapable reality of today's societies, placing aged societies great challenges in need of attention. Considering citizenship, capitalist conceptions emphasize the central role of labour in defining a citizen status, and highlight the close relationship between participation in the labour market and social inclusion. In the specific context of the elderly population, this approach must however be pondered, since in retirement elders find several significant domains of social participation beyond paid work. In this context, senior volunteering appears as a prominent means of activating elderly's social participation. This chapter aims to discuss the frailties of a work-based citizenship, emphasizing senior volunteering as an approach for activating and promoting elderly's social participation.*

Keywords: Work; Senior volunteering; Activation of the elderly

Introdução

Nas últimas décadas, o fenómeno de transição demográfica, caracterizado por uma drástica diminuição das taxas de mortalidade e natalidade e conseqüente aumento da população idosa,

trouxe consigo importantes mudanças sociais que impõem desafios consideráveis em variados domínios. A evolução demográfica do mundo ocidental constitui, em simultâneo, um importante desafio tanto para a sociedade e para a ciência, como para os indivíduos. Se, para a sociedade e ciência, os desafios surgidos da evolução demográfica do mundo ocidental se colocam ao nível das diferentes formas de organização social, cultural, económica e política decorrentes do aumento da esperança média de vida e das patologias associadas à vivência da condição de idoso, para o indivíduo estes desafios situam-se na expressão de comportamentos positivos de desenvolvimento, conducentes a um envelhecimento ativo e saudável. É, pois, no quadro de uma nova ordem social associada ao envelhecimento que o estudo dos acontecimentos implicados neste processo tem vindo a adquirir uma expressão nunca antes vista, traduzida num esforço multidisciplinar para o entendimento do fenómeno, e para o qual converge a atenção simultânea das ciências sociais, humanas, económicas e da saúde.

A procura de respostas para os novos problemas e perplexidades decorrentes das modificações na configuração das pirâmides etárias e suas conseqüentes implicações impõe, deste modo, o aprofundamento de uma visão positiva e original desta etapa da vida que, em larga medida, abandone as conceções tradicionais que associam a velhice a incapacidade e declínio (Miguel, 2014), fomentando estratégias promotoras da qualidade de vida na velhice. Todavia, a redefinição de uma nova imagem do envelhecimento implica que, em articulação com a imputação deste processo à responsabilidade individual, sejam igualmente consideradas dimensões mais latas em termos sociais, institucionais e políticos. É a este nível que, no quadro das políticas sociais, importa (re)equacionar as lógicas conducentes ao exercício da cidadania para a população idosa, reforçando a sua lógica inclusiva e de participação (Levitas, 1998; Lie, Baines & Wheelock,

2009), onde os impulsos de voluntariado sénior assumem uma posição de destaque. Assim, o presente capítulo procura discutir, para os idosos as fragilidades de uma perspetiva de cidadania baseada no trabalho, salientando o voluntariado sénior como um meio de ativação dos idosos, de promoção da participação social e cidadania ativa dos mais idosos.

1. A dimensão construtiva do trabalho: Implicações para a população idosa

É inquestionável o papel central que o trabalho assume na vida humana, sendo o exercício de uma atividade profissional o elemento estruturador em função do qual se organizam e adquirem significado os demais domínios de existência (Kovacs, 2009; Meda, 2007; MOW, 1987; Rapaport & Bailyn, 1998; Reis, 2006), a par da família, grupos de interesse, envolvimento religiosos ou atividade política. Nesta perspetiva, o trabalho assume, para a existência humana, uma importante função promotora de sentido e significado, tanto pessoal como social. O trabalho é mesmo a atividade mais significativa das suas vidas, constituindo-se como uma necessidade existencial para a satisfação das necessidades psicológicas, sociais e económicas (Casey, 1995; Meda, 2007) e, em simultâneo, como um elemento crítico construtor do autoconceito e eixo central da identidade pessoal. Por outro lado, do ponto de vista social, não só o trabalho constitui um organizador de tempo e legitimador social de diferentes fases da vida (estudo, trabalho e reforma), como ainda marca o contributo do indivíduo para os seus contextos envolventes, permitindo afirmar a sua “individualidade como cidadão através dos produtos da sua atividade, o que, por seu turno, lhe permite adquirir uma consciência da sua posição na globalidade das

redes de relações estabelecidas em diferentes níveis de interação/participação social e do papel que lhe caberá em termos da definição e (re)formulação das mesmas” (Parada & Coimbra, 1999, p. 94). Com efeito, numa sociedade fortemente marcada por modelos e regras económicas e assente numa lógica de produtividade pelo trabalho, a vida profissional assume tanto uma condição de exigência social como de estatuto pessoal, determinando em larga medida “quem somos” e o “o que significamos socialmente” (Fonseca, 2011). De facto, é através do trabalho, enquanto realidade social, que o cidadão moderno se constrói como tal, e que acede a um conjunto de direitos que, tendencialmente, lhe são específicos, ao mesmo tempo que define a sua existência e identidade social, simbolizada pela profissão e transmitidos através do tipo e quantidade de bens. É, portanto, nesta dupla dimensão constitutiva, a cidadania, por um lado, e a produção de bens e serviços, por outro, que se define e determina em grande medida o modo de vida dos indivíduos, e que o trabalho se constitui um vetor fundamental de organização e coesão social (Kovacs, 2009; Parada & Coimbra, 1999).

Sendo o trabalho um elemento construtor e meio (necessário) para a conquista da cidadania, o desenvolvimento da cidadania surge, deste modo, vinculado a uma lógica capitalista que, pelo exercício de uma atividade profissional, torna real a condição de cidadão. A valorização social do trabalho emerge, nesta ótica, como um meio de afirmar um espaço de participação social, económica, política e cultural, no seio de um contrato social marcadamente inclusivo que, pela vinculação ao mercado de trabalho, promove o acesso a esferas socialmente reconhecidas (Leão & Barros, 2008; Parada & Coimbra, 1999; Polanyi, 1980; Perret, 1993; Castel, 1995). Neste sentido, o exercício de uma cidadania ativa tem sido fortemente relacionado com a participação

no mercado de trabalho, consolidada na metáfora de cidadão-trabalhador (Lewis, 2002), enfatizando o trabalho remunerado como meio de expressão de uma cidadania ativa (Levitas, 1998). Todavia, para a população idosa que, após a entrada na reforma, cessa o exercício de uma atividade profissional remunerada, uma cidadania definida em termos da sua participação no mercado de trabalho adquire uma relevância de contornos ambíguos (Amaro da Luz, Miguel & Preto, 2014; Craig, 2004). De facto, considerando que o trabalho não só organiza a vida humana como também ajuda a formar uma imagem pessoal e a definir o lugar de cada um no mundo, a identidade dos indivíduos encontra-se fortemente relacionada com a sua integração social e o seu envolvimento em redes sociais, sendo, portanto, a perda de papéis sociais – como a que, não raro, ocorre na passagem à reforma – um fator cujo impacto negativo se poderá reverter em algum risco de perturbação e mal-estar individual, coincidente com a perda de um sentido de utilidade na vida e oportunidade de integração social (Lazarus & Lazarus, 2006; Victor, 2005).

Deste modo se compreende que “a passagem à reforma pode converter-se num momento particularmente sensível para o bem-estar psicológico e social” (Fonseca, 2011, p. 35), constituindo-se como um acontecimento de vida da maior importância, em face do qual os indivíduos se veem confrontados com a necessidade de proceder a uma adaptação e reorganização dos seus padrões de vida e da sua identidade pessoal, processo este que, não obstante os aspetos positivos que lhe possam ser imputados, não se faz isento de constrangimentos e ambivalências (Atchley, 2000). Não obstante a grande diversidade de padrões individuais e formas de adaptação à reforma (Fonseca, 2011; Han & Moen, 1999; Sterns & Gray, 1999), a ausência de regulação do quotidiano pelo estabelecimento de rotinas e a transição do papel

de trabalhador remunerado (condição de “ativo”, socialmente bastante determinada) para a situação de “reformado” (que, coincidente com a velhice, se mostra indissociável do processo de envelhecimento) constituem, no geral, os núcleos significantes da reforma (Savishinsky, 2000).

À vivência socialmente pejorativa do envelhecimento, a desvinculação do mercado de trabalho remunerado acrescenta, deste modo, os fundamentos para a negação dos direitos universais de cidadania, frequentemente associados à experiência da pobreza, de discriminações idadistas e da exclusão social por grande parte da população idosa (Higgs, 1995; Marques, 2011; Turner, 1989). Numa alusão específica à população idosa, o risco de exclusão social projeta-se, pois, em vários sentidos, sendo de considerar a exclusão de recursos materiais, das relações sociais, de atividades cívicas, dos serviços básicos e comunitários (Mauritti, 2004).

Scharf, Phillipson e Smith (2005) identificam importantes domínios nos quais os discursos recentes acerca da exclusão podem refletir as particularidades circunstanciais da população idosa: antes de mais, num contexto em que a inclusão social é definida a partir da participação no mercado de trabalho a questão emerge do potencial das pessoas idosas que cessaram o exercício dos seus papéis profissionais para se integrarem na sociedade; depois, e ainda que alguns estudos chamem a atenção para a natureza dinâmica da exclusão social, a situação das pessoas idosas é potencialmente menos suscetível de mudar, sobretudo à luz dos limites mais difusos que o fenómeno reveste para populações mais jovens. Com efeito, a vivência da condição de reformado traz associada a noção de improdutividade decorrente do abandono profissional, enfatizando a ideia dos idosos como dependentes e atuando como restrição ao progresso económico e social, sobretudo devido aos custos com pensões e cuidados

necessários e cujos encargos recaem sobre uma porção diminuta da população. A falta de estatuto atribuída aos reformados, resultante das condições de não-trabalhador e economicamente inativo, gera uma polaridade tão inútil quanto imprecisa entre mais novos e mais velhos (Hardill & Baines, 2009), ignorando o papel crítico desempenhado pelos idosos como cidadãos ativos, com o risco de os colocar à margem das sociedades atuais fortemente imbuídas de uma ética de produtividade pelo trabalho (Meda, 2007; Weber, 1930). Com efeito, como refere Silva (2008), “nos atuais espaços de participação sociais e de democracia desvalorizam-se as práticas que são marginais aos objetivos de produtividade, individualismo e consumo, que se protagonizam a par da afirmação de um outro sentido de cidadania, frágil e diminuto” (p. 10).

Pese embora todos os esforços no sentido oposto, a sociedade é ainda dominada por um pensamento baseado em mitos e estereótipos em relação aos idosos (Cerqueira, 2010; Marques, 2011; Miguel, 2014; Sousa & Cerqueira, 2005; Vaz, 2008; WHO, 1999), pelo que permanece a ideia, embora pouco assumida, de que as pessoas idosas, mesmo conservando a sua funcionalidade, são incapazes de se desenvolverem como indivíduos e de exercer a sua cidadania. Cabe, porém, ultrapassar uma visão exclusivamente negativista sobre a experiência do envelhecimento, valorizadora das crises, perdas, incapacidades e declínio, não reproduzindo essa visão de incapacidade individual, especialmente se se considerar o número não negligenciável de idosos que vivem sem doenças e que preservam o seu bem-estar físico e mental, conseguindo manter uma ligação estreita com a família, comunidade e sustentar padrões de elevada qualidade de vida. A superação de muitas das características negativas associadas à idade avançada requer, contudo, uma nova perspetiva do envelhecimento, numa dimensão reconfigurada e moderna,

compatível com as atuais circunstâncias sociais, económicas e políticas (Amaro da Luz & Miguel, 2013). No âmbito da definição de uma identidade pessoal e social fortemente baseadas na dimensão profissional, as alterações no contexto de trabalho ou na relação do indivíduo com o mundo do trabalho – da qual a reforma constitui um exemplo da maior importância – poderão traduzir-se em repercussões significativas, tanto a nível pessoal e subjetivo como a nível social, e cuja extensão e intensidade se vai apreendendo aos poucos.

As novas realidades decorrentes da reconfiguração das pirâmides etárias no mundo ocidental suscitam, portanto, a necessidade de construir novas orientações de abordagens aos processos inerentes à “entrada” no envelhecimento, cuja compreensão necessita de ser guiada pela procura de sentidos e significados múltiplos a si inerentes, numa lógica participativa e de inclusão social. Numa etapa da vida em que as dinâmicas de produtividade e consumo não traduzem, como outrora, os elementos centrais da sua participação cívica, impõe-se, pois, o reequacionar de novas formas de expressão de cidadania (Fyfe & Milligan, 2003; Greasley-Adams, 2012; Milligan & Fyfe, 2005). Ainda assim, a posição daqueles que se encontram para além da idade de participação no mercado de trabalho raramente foi examinada quanto à definição da sua cidadania participativa (Craig, 2004; Scharf, Phillipson, & Smith, 2005). Numa lógica de cidadania inclusiva e participada para a população idosa, as posturas que enfatizam o papel central do trabalho na definição do estatuto de cidadão têm vindo a ser criticadas de forma crescente, pela desvalorização que fazem de outras formas de participação social (Amaro da Luz, Miguel, & Preto, 2014; Hank & Erlinghagen, 2010; Miguel, 2016).

Neste sentido, tem vindo a ganhar forma a ideia de que uma perspetiva atual da cidadania exige que esta seja encarada

numa lógica inclusiva, interdependente e coletiva que, pela consideração de diferentes formas de exercício de uma cidadania ativa, valorize o amplo contributo social e económico da população idosa. Mais do que a promoção da metáfora do cidadão trabalhador, uma nova abordagem da cidadania na população idosa requer uma aproximação à ideia de uma “cidadania reconquistada”, claramente descentrada do estatuto de cidadão definido unicamente a partir da esfera profissional (Miguel, 2016). Neste âmbito, uma abordagem à cidadania que tem atraído renovada atenção nos estudos da cidadania é o de “cidadania republicana” (Dagger, 2002 cit. in Lie et al., 2009), como contrapeso às noções individualistas de cidadania baseadas na reivindicação de direitos. Com foco nos ideais de solidariedade, virtude cívica e “bem comum”, esta perspetiva representa uma tradição que acentua a vida cívica como base da cidadania e da comunidade (Delanty, 2002 cit. in Lie et al., 2009).

Ao invés da atividade profissional e económica constituir o cerne da cidadania, o argumento reverte a favor de uma participação social ativa como elemento central da cidadania, impulsionada já não por ganhos económicos individuais, mas por um altruísmo implícito na coesão social. Nesta linha de cidadania inclusiva, Craig (2004) identifica, efetivamente, a “independência e mobilidade, preservação da sua própria identidade e dignidade, escolha e controlo, bem como a capacidade de participar na sociedade tão plenamente quanto possível e de acordo com as suas escolhas” (p. 112) como os fundamentos da cidadania substantiva para as pessoas idosas.

Numa lógica inclusiva, a promoção de um pleno sentido de cidadania por parte dos mais velhos passa, deste modo, pela promoção da sua participação nos mais diversos domínios da vida pessoal e social, respeitando, em simultâneo, as preferências e

capacidades individuais. Neste sentido, contrariando as perspectivas que centram no mercado formal de trabalho a sustentação de um sentido identitário e de valorização social, a ênfase deverá ser colocada no domínio da participação total sobre os mais variados domínios económicos, sociais e políticos. Neste pano de fundo, o voluntariado é cada vez mais perspetivado como um instrumento de exercício de uma cidadania ativa potenciadora do bem-estar económico e social dos indivíduos, famílias e comunidades (Robertson, 2012), e as organizações que acolhem estas ações voluntárias, como espaços onde as noções de cidadania podem ser revigoradas (Milligan & Fyfe, 2005). No cenário demográfico atual, o reconhecimento de que a preservação e impulsionamento de espaços democráticos e inclusivos para o voluntariado reveste uma importância primordial para o desenvolvimento de comunidades saudáveis tem, efetivamente, potenciado extensas ações de promoção da participação ativa por parte dos mais idosos, em especial do voluntariado sénior, no quadro de uma ampla estratégia de envelhecimento ativo (Fernández-Ballasteros, 2008; Ribeiro & Paúl, 2011; Walker, 2002; WHO, 2002).

2. Voluntariado sénior: Uma estratégia de ativação dos idosos

No quadro do envelhecimento ativo (OMS, 2002), ao longo das últimas décadas tem vindo a assistir-se a uma reorientação fundamental nas lógicas de participação social das pessoas idosas, perspetivando-as já não meramente como recetoras de atividades e serviços, mas igualmente – ou sobretudo – como suas prestadoras. Com efeito, esta abordagem protagoniza a participação dos idosos na sociedade como um dos objetivos e

compromissos a serem adotados pelos países preocupados em desenvolver uma sociedade inclusiva e para todas as idades (WHO, 2002). As relações estabelecidas com os distintos subsistemas institucionais – família, grupo de pares, comunidade – e o exercício pleno da cidadania emergem, nesta ótica, como palcos incontornáveis da vida social dos indivíduos. Reconhece-se, assim, que a contribuição social dos mais velhos ultrapassa a esfera económica, pois muitos dos seus valiosos contributos têm uma dimensão marcadamente social – tais como os cuidados aos membros da família e a realização de trabalho voluntário na comunidade –, servindo, estas e outras ações, para aumentar e manter o bem-estar pessoal e coletivo.

O voluntariado sénior integra pessoas com idade superior a 65 anos que, por opção, dedicam o seu tempo a atividades sociais não remuneradas e que evidenciam um elevado grau de compromisso. As atividades voluntárias estão, portanto, situadas a meio caminho entre as atividades remuneradas (porque podem constituir um trabalho), entretenimento (porque são escolhidas voluntariamente e ocupam o tempo livre após outras obrigações) e outras atividades sociais (fora da família) (Tomás, Tomás, & Suárez, 2002). Embora existam diferentes entendimentos sobre o conceito, os estudos convergem nos seus elementos de definição centrais, a saber, a vontade própria, o princípio da gratuidade, a solidariedade/benefício de terceiros (indivíduos, grupos ou organizações) e a sua integração organizacional (Romão, Gaspar, Correia, & Amaro, 2012; Souza & Lautert, 2008).

É expressivo o crescente interesse no voluntariado sénior (Ehlers, Naegele, & Reichert, 2011), devendo-se este impulso a uma dupla combinação de importantes fatores (Smith, 2004). Antes de mais, ao nível microsocial, a preocupação com o bem-estar dos indivíduos levou à consideração da importância que a integração social – a pertença dos indivíduos a um contexto

social e relacional específico, de que o voluntariado poderá constituir um importante motor – acarreta importantes benefícios ao longo de todo o ciclo de vida. Depois, ao nível macrossocial, assistiu-se à redução do número de *mulheres domésticas* disponíveis para participação em atividades de voluntariado fruto da sua crescente participação no mercado de trabalho, ao mesmo tempo que se assistiu ao desenvolvimento de um cenário em que um número considerável de idosos tem tempo disponível e capacidade para responder a alguns problemas sociais, através do voluntariado. Muito se ficará a dever à mudança da imagem pública das pessoas idosas, e dos idosos de si próprios, a uma redefinição da natureza e dos méritos do trabalho voluntário, a uma população idosa com maiores níveis educativos e a uma expansão das oportunidades de participação em programas públicos e privados.

O voluntariado é reconhecido como uma importante fonte de satisfação, sociabilidade e autoestima. No entanto, as motivações para o voluntariado podem variar ao longo da vida útil dos indivíduos, de acordo com as diferentes necessidades que são importantes de serem atendidas em cada fase da vida. Tal significa que, nos idosos, as atividades menos importantes possam ser abandonadas (e.g., trabalho remunerado pouco significativo) em favor daqueles que implicam um significado mais subjetivo (e.g., solidariedade e ajudar os outros). Este facto explica a relação direta entre a idade e as motivações específicas para o voluntariado, especialmente as baseadas em valores e relações sociais – por exemplo, altruísmo e sentido de pertença –, o desejo de ajudar os outros e o compromisso com a missão da organização, como vários estudos têm vindo a enfatizar (Black & Kovacs, 1999; Greenslade & White, 2005; Hendrick & Curtler, 2004; Martins, 2012). Com efeito, a interrupção do trabalho remunerado é frequentemente associada a uma maior recetividade

para o voluntariado e ao aumento das atividades efetivas de voluntariado (Caro & Bass, 1997; Mutchler, Burr, & Caro, 2003), especialmente depois da reforma. Com a desvinculação do mercado de trabalho, as pessoas idosas são desafiadas a criar novas relações sociais fora desse âmbito. Neste sentido, o voluntariado permite manter uma nova perspectiva de vida, um sentido de confiança e utilidade (CES, 2013).

Se, de um modo geral, os contributos de uma sociedade civil ativa são amplamente reconhecidos em termos dos benefícios que produzem tanto para os destinatários dessas ações como para as comunidades nas quais se desenvolvem, a literatura tem vindo a mostrar, de modo consistente, que o envolvimento em ações de voluntariado sénior reverte mais-valias para os próprios. Em particular, um dos importantes benefícios frequentemente associados ao voluntariado é o consequente melhor nível de saúde. Com efeito, a participação em atividades de voluntariado tem-se mostrado associada a melhores níveis percebidos de saúde (Lum & Lightfoot, 2005; Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, & Tang, 2003), maior satisfação com a vida (Nazroo & Mathews 2012; Onyx & Warburton, 2003; Van-Willigen, 2000), diminuída morbidade e mortalidade (Konrath, Fuhrel-Forbis, Lou, & Brown, 2012; Musick, Herzog, & House, 1999; Onyx & Warburton, 2003), maiores níveis de satisfação e bem-estar (Greenfield & Marks, 2004; Thoits & Hewitt, 2001), menores níveis de dependência funcional e sintomatologia depressiva (Kim & Pai, 2010; Morrow-Howell et al., 2003; Nazroo & Mathews, 2012) e ganhos cognitivos (Cook, 2011). Os benefícios associados ao voluntariado sénior repercutem-se, ainda, no aumento dos contactos sociais e alargamento das redes de apoio social (Misener, Doherty, & Hamm-Kerwin, 2010), contribuindo para a intensificação de sentimentos de pertença e manutenção de uma identidade e auto-estima positivas (Battaglia & Metzger,

2000; Narushima, 2005; Omoto, Snyder, & Martin, 2000; Thoits & Hewitt, 2001), redes essas que não são possíveis de obter a partir do exercício de um papel profissional. Os voluntários sêniores tendem, igualmente, a reportar menores níveis de solidão e isolamento social e a encontrar nas ações de voluntariado um apoio, à superação das perdas associadas ao envelhecimento, como a viuvez e à perda de papéis que ocorre com a entrada na reforma (Utz, Carr, Nesse, & Wortmann, 2002).

Para além das vantagens consideráveis para as pessoas mais idosas, são múltiplos os benefícios do voluntariado para as organizações. A este nível, os voluntários sêniores mostram-se altamente envolvidos e comprometidos nas suas ações, disponibilizam mais tempo e desenvolvem um voluntariado mais regular no contexto organizacional, constituindo um importante recurso, não só porque permitem minimizar os encargos com a contratação de colaboradores, mas sobretudo porque aportam para os seus papéis de voluntários as competências e sabedoria que adquiriram na sua longa experiência de vida (Chambré, 1993; Zappala & Burrell, 2002).

Embora a coordenação de estratégias, nacionais ou mesmo europeias, de ativação dos mais idosos estejam ainda numa fase emergente, o voluntariado sénior tem vindo a ser reconhecido como uma oportunidade de renovada importância no contexto internacional e, particularmente, no contexto europeu (Hank & Erlinghagen, 2010), manifestamente assumido como o continente mais envelhecido do mundo. Com efeito, o reforço do voluntariado sénior na sociedade atual tem vindo a ser destacado por organizações internacionais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2002), o voluntariado é um fator importante para manter o bem-estar e a qualidade de vida na velhice, promovendo o envelhecimento ativo e saudável. Através das propostas do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento,

a Organização das Nações Unidas (2003) salienta a participação dos idosos na sociedade através do trabalho voluntário como um dos compromissos a serem adotados pelos diferentes países, com vista a manter o bem-estar pessoal e coletivo. No contexto europeu, o estabelecimento do Ano Internacional do Voluntariado em 2011 e do Ano Internacional do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações em 2012 acentuaram a maior preocupação com o envelhecimento demográfico e estabeleceram uma conexão clara entre as duas realidades (envelhecimento e voluntariado). Adicionalmente destacaram o papel do voluntariado no alívio das problemáticas associadas à saúde, ao isolamento social e ao envelhecimento.

3. Voluntariado sénior em Portugal: Alguns elementos de diagnóstico

Apesar dos consideráveis benefícios que podem ser identificados e das orientações internacionais relativas ao voluntariado, Portugal apresenta, no contexto europeu, taxas de voluntariado sénior relativamente baixas. Os dados do Eurobarómetro 378 (EC, 2012) revelam que, em Portugal, apenas 6% dos idosos participam de atividades formais de voluntariado sénior, num valor próximo da Turquia (9%) e da Grécia (8%), mas claramente distanciado dos países que a este nível se posicionam no topo, designadamente a Islândia (66%), Suécia (55%) e Holanda (50%).

De forma complementar, os indicadores nacionais (escassos) revelam, a par com uma reduzida taxa de participação em ações de voluntariado formal, uma tendência decrescente de voluntariado (sénior) nos últimos anos. Na verdade, entre 1990 e 1999 houve uma diminuição da taxa de voluntariado

formal que passou de 19% para 16% e, em 2001, apenas cerca de 16% dos voluntários eram indivíduos com mais de 65 anos (Delicado, 2002). Num estudo sobre o voluntariado, realizado pelo Observatório do Emprego e Formação Profissional (2008) junto de 8 453 instituições, constatou-se que a percentagem de voluntários (regulares) com idade igual ou superior a 65 anos foi de aproximadamente 11.8%, registando uma maior expressão em instituições como Misericórdias (32.3%), Centros Sociais Paroquiais (31.7%) e Cáritas (26%) (OEFP, 2008). Por seu lado, as estatísticas do Instituto Nacional de Estatística (INE & CASES, 2013) assinalam que, em 2012, 11.5% da população residente e na faixa etária dos 15 anos ou mais participou em, pelo menos, uma atividade formal e/ou voluntariado informal, representando quase 1 milhão e 40 mil voluntários. Novamente, os resultados sugerem que a taxa de voluntariado foi menor em residentes com 65 anos ou mais (7.3%), posicionando-se atrás dos grupos de idade remanescentes considerados (11.6% para o grupo etário de 15-24 anos, 13.1% na faixa dos 25-44 anos e 12.7% para o grupo etário de 45-64 anos). Comparativamente com os restantes países europeus, todos estes indicadores colocam Portugal numa posição pouco expressiva em termos de participação cívica por via do voluntariado, revelando ainda, nos últimos anos, uma dinâmica de involução nas taxas de participação relativas a ações de voluntariado formal, em particular por pessoas de 65 ou mais anos.

Várias são as explicações que têm vindo a ser avançadas para a reduzida incidência do voluntariado em Portugal (Delicado, 2002; Romão, Gaspar, Correia, & Amaro, 2012). Desde logo, as condições políticas e sociais de Portugal, marcadas por uma democracia tardia, vivendo-se ainda as consequências de um longo período de regime autoritário que proibia a maior parte das formas de associativismo, bem como a persistência de uma

cultura cívica incipiente, que se traduz, entre outros, na abstenção eleitoral e na indiferença pela política. Depois, os fatores sociodemográficos que se prendem, por um lado, com as baixas habilitações literárias da população portuguesa e diminuta proporção das classes média e média-alta para a participação em algumas ações de voluntariado de base organizacional, qualificado e laico, com novas áreas de motivação e, por outro, as características do mercado laboral português, caracterizado por uma elevada taxa de emprego feminino, na maioria com horários de trabalho a tempo completo. Por fim, a incidência do voluntariado informal – ajuda a familiares e vizinhança – ainda muito frequente no nosso país, e a própria estrutura da economia social em Portugal, que conduz a que grande parte das instituições tenha recursos para contratar funcionários remunerados.

Especificamente no que se refere ao voluntariado sénior, várias têm sido também as barreiras apontadas ao envolvimento por parte dos mais velhos, designadamente, os custos associados à participação voluntária, a localização geográfica, a dificuldade de deslocação e/ou transporte, a inflexibilidade nos horários e na escolha das atividades e funções a serem realizadas pelos voluntários, o requisito de um longo compromisso, e a dificuldade de acesso à informação sobre voluntariado formal (Cook & Sladowski, 2013). No âmbito das organizações, os obstáculos à prática do voluntariado relacionam-se, sobretudo, com a falta de estímulo e apoio à participação dos idosos no trabalho voluntário e com algumas práticas discriminatórias decorrentes da idade. Outros fatores pessoais, como problemas de saúde e barreiras psicológicas decorrentes de falta de confiança e autoestima podem de igual modo contribuir para excluir os idosos das oportunidades de participação a este nível (Warburton, Terry, Rosenman & Shapiro, 2001).

Não obstante, e contrariando a tendência e realidade atual do voluntariado sénior entre nós, as oportunidades e programas de apoio para incentivar os idosos a participar em atividades sociais e cívicas começaram a ser recentemente consideradas. Refira-se, neste contexto, o Programa Nacional de Ação Nacional para o Envelhecimento Ativo (em 2012), a criação de um Programa Nacional de Voluntariado Sénior (desde 2012), o Programa de Ativação Sénior (desde 2014) e várias iniciativas organizacionais provenientes de organizações públicas e de organizações de economia social (e.g., municípios, Fundação de Serralves, Fundação Eugénio de Almeida, Fundação Calouste Gulbenkian). Estas iniciativas destacam, acima de tudo, a relevância do voluntariado como fator importante para manter o bem-estar e a qualidade de vida na velhice, equacionando-o como uma proposta de enorme valia tendente ao envelhecimento ativo (EC, 2012; Ehlers et al., 2011; Lie et al., 2009, Walker, 2002, OMS, 2002).

Um verdadeiro processo de ativação de pessoas idosas reside, portanto, na promoção de sua participação em diversas áreas da vida pessoal e social, promovendo uma cidadania ativa que implica, acima de tudo, uma voz ativa sobre os mais variados domínios económicos, sociais e políticos (Silva, 2008). Tal abre espaços de socialização dos mais idosos, através da criação de ambientes que facilitem a prestação de serviços voluntários em todas as idades, reconhecendo o valor público dessas atividades e facilitando a participação dos idosos, especialmente no caso português (Souza & Lautert, 2008). Saber aproveitar o potencial dos idosos por meio do trabalho voluntário é, pois, não só um mecanismo conservador da saúde e qualidade de vida, mas também uma ferramenta de retirada dos espaços de exclusão social, devolvendo-lhes a autoestima e ajudando-os a exercer sabiamente a sua cidadania, numa etapa da vida em que a exclusão do

mercado de trabalho constitui um elemento fragilizador da sua participação social e cívica num contexto societal que atribui à atividade profissional uma génese identitária e um sentido de utilidade (Amaro da Luz, Miguel, & Preto, 2014).

Para esse efeito, várias estratégias têm vindo a ser elencadas com o objetivo de promover a participação ativa da pessoa idosa na sociedade. Por exemplo, a nível cultural, e considerando que os idosos detêm um vasto conhecimento e experiência de vida, argumenta-se a importância da sua contribuição em museus, nomeadamente participando como guias e animadores de museus em visitas de gerações mais jovens, eventos de apoio, bem como a prestação de apoio em tarefas de pesquisa, documentação e inventário (Ribeiro, 2014). A nível social, as práticas de voluntariado podem abranger atividades em centros de idosos, promovendo a participação de membros desses centros (e.g., voluntários séniores com a função de realizar/participar em atividades sociais e culturais nas estruturas residenciais para idosos). As atividades podem, igualmente, integrar projetos com pessoas da mesma faixa etária, organizados com a cooperação de voluntários, numa pequena rede de cooperação doméstica (e.g., atendimento domiciliário a outros idosos). Enfatizando a perspetiva intergeracional, os voluntários séniores podem ser envolvidos na partilha de experiências com grupos de jovens, disponibilizando os conhecimentos e afetando as suas competências a favor de crianças e grupos de jovens (e.g., voluntários seniores que partilham experiências em escolas). Outros tipos de atividades podem incluir o fornecimento de informações a outros idosos, facilitando o acesso aos recursos disponíveis e à prestação de serviços (Martín, Gonçalves, Silva, Paúl & Cabral, 2007).

Considerações finais

O progressivo e rápido envelhecimento demográfico é um fenómeno que carece de atenção nas sociedades ocidentais, considerando os importantes desafios que se colocam a vários níveis. Atendendo às projeções que apontam para o aumento deste fenómeno nas próximas décadas, é claramente importante encetar a procura de soluções inovadoras, que conduzam a novas direções e significados na promoção da qualidade de vida das pessoas mais velhas, cada vez mais vistas não apenas como uma população em crescimento, mas também como uma população com diferentes perfis e necessidades. Perante um número cada vez mais ativo e saudável de idosos, impõe-se repensar novas formas de ativação e participação social, capazes de aumentar o contributo dos idosos com disponibilidade e capacidade para responder a alguns problemas sociais. Se, do ponto de vista sociológico, o tempo de reforma e a cessação da vida profissional foram bem-vindas desde o início do século passado, o abandono de uma atividade profissional remunerada tem, no entanto, conotações sociais e pessoais divergentes. Com efeito, no momento em que o trabalho se tornou uma importante fonte de integração social e de valor social convocando uma participação económica ativa, a entrada na reforma não acontece sem reservas. Nesse sentido, a centralidade do trabalho na discussão de questões relacionadas com o envelhecimento implica relativizar o trabalho como fonte de cidadania e a necessidade de reconfigurar outras formas de participação social. Numa sociedade para todas as idades, o ato social da reforma não pode conduzir à marginalização económica e social das pessoas idosas.

Assim, para muitos idosos, o trabalho voluntário poderá surgir como uma ferramenta que auxilie na maximização do sentimento de atividade e utilidade social, atuando como um mecanismo

para a conservação da saúde e qualidade de vida. Além disso, a participação em atividades não remuneradas é uma alternativa em termos de participação social e uma dimensão inquestionável para o exercício de uma cidadania reconquistada, no que se refere à maximização dos contributos individuais e sociais dos idosos. A proposta de ampliar a ativação dos idosos é, portanto, utilizada como base para o desenvolvimento de políticas de envelhecimento multissetorial, a fim de melhorar a saúde e aumentar a participação dos idosos. Para que esse objetivo seja alcançado, é de vital importância facilitar as práticas voluntárias das pessoas mais velhas, criando espaços e ambientes de acolhimento para a realização desta prática. Não só se deve enfatizar que as iniciativas que criam ambientes favoráveis e a promoção de escolhas saudáveis são fundamentais para as políticas que procuram promover a saúde e a qualidade de vida dos adultos mais velhos, mas também é necessária uma reconfiguração das possibilidades de uma plena participação social.

Conforme foi salientado, o voluntariado sénior possui amplas oportunidades de concretização passíveis de influenciar uma reconceptualização da ideia de cidadania sénior. Perante o cenário demográfico atual, mais do que a promoção do “cidadão-trabalhador” e “cidadão-consumidor”, uma perspetiva atual da cidadania requer que esta seja encarada numa lógica inclusiva, interdependente e coletiva, que, nomeadamente pelo voluntariado sénior, valorize o amplo contributo social e económico da população idosa. Deste modo, o valor instrumental do voluntariado reverte mais-valias numa dupla dimensão: em primeiro, para os próprios idosos, que veem na sua participação cívica e ativa uma forma de “cidadania reconquistada”; em segundo, para a sociedade em geral que, beneficiária dos contributos

dos seus cidadãos de todas as idades, promove uma cidadania coletiva.

É, pois, chegado o momento de consolidar um novo paradigma de velhice, que conceba o idoso como contribuinte ativo e participante de uma sociedade inclusiva, refletindo e promovendo o voluntariado sénior como via de restituição e “reconquista” de uma cidadania ativa e participada, capaz de reverter a imagem de improdutividade que a entrada na reforma (e na velhice) frequentemente acarreta. A superação de uma visão redutora de cidadania, centrada em teses produtivistas, para a consideração de uma perspetiva holística e inclusiva de cidadania beneficiará, deste modo, uma visão societal como espaço alargado de exercício da cidadania.

Bibliografia

- Amaro da Luz, M. H., & Miguel, I. (2013). *Empreendedorismo social: Dinâmicas de proximidade territorial a favor de uma cidadania inclusiva*. Manuscript submitted for publication.
- Amaro da Luz, H., Miguel, I., & Preto, S. (2014). *Inatividade legitimada: Que alternativas de “trabalho” em período de reforma?* Actas do VIII Congresso Nacional de Sociologia (Portugal).
- Atchley, R. C. (2000). *Social forces and aging*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Atkinson, R., & Davoudi, S. (2000). The concept of social exclusion in the European Union: Context, development and possibilities. *Journal of Common Market Studies*, 38, 427-448.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Battaglia, A., & Metzger, J. (2000). Older adults and volunteering: A symbiotic association. *Australian Journal on Volunteering*, 5(1), 5-12.

- Black, B. & Kovacs, P. J. (1999). Age-related variation in roles performed by hospice volunteers. *The Journal of Applied Gerontology*, 18(4), 479-497.
- Caro, F. & Bass, S. A. (1997). Receptivity to volunteering in the immediate postretirement period. *Journal of Applied Gerontology*, 16(4), 427-442.
- Casey, C. (1995). *Work, self and society: After industrialism*. London: Routledge.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris, France: Fayard.
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice: Um estudo na população portuguesa*. Unpublished Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- CES – Centro de Estudos Social da Universidade de Coimbra (2013). *Voluntariado em Portugal: Contextos, atores e práticas*. Lisboa: Fundação Eugénio de Almeida.
- Chambré, S. M. (1993). Volunteerism by elders: Past trends and future prospects. *The Gerontologist*, 33(2), 221-228.
- Cook, S. L. (2011). An exploration of learning through volunteering during retirement. *International Journal of Volunteer Administration*, 28, 9-19.
- Cook, S. L., & Sladowski, P. S. (2013). *Volunteering and older adults: Volunteer Canada Final Report*.
- Craig, G. (2004). Citizenship, exclusion and older people. *Journal of Social Policy*, 33, 95-114.
- Delicado, A. (2002). Caracterização do voluntariado social em Portugal. *Intervenção Social*, 25/26, 127-140.
- EC. (2012). *Special Eurobarometer 378: Active ageing*: European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Ehlers, A., Naegele, G., & Reichert, M. (2011). *Volunteering by older people in the EU*. Brussels: Publications Office of the European Union.
- Fernández-Ballasteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballasteros, R., Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad-M: Un programa europeo multimedia. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-84.

- Fonseca, A. M. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131.
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina.
- Fyfe, N. R., & Milligan, C. (2003). Space, citizenship, and voluntarism: Critical reflections on the voluntary welfare sector in Glasgow. *Environment and Planning*, 35(11), 2069-2086.
- Goss, K. A. (1999). Volunteering and the long civic generation. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 28(4), 378-415.
- Greasly-Adams, C. S. (2012). *Work activities of older people: Beyond paid employment*. Unpublished PhD, University of Stirling, Stirling.
- Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journals of Gerontology*, 59, 258-264.
- Greenslade, J. H. & White, K. M. (2005). The prediction of above-average participation in volunteerism: A test of the theory of planned behavior and the volunteers function inventory in older Australian adults. *The Journal of Social Psychology*, 145(2), 155-172.
- Han, S. K., & Moen, P. (1999). Clocking out: Temporal patterning of retirement. *American Journal of Sociology*, 105(1), 191-236.
- Hank, K. & Erlinghagen, M. (2010). Volunteering in "Old" Europe: Patterns, Potentials, Limitations. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 3-20.
- Hardill, I., & Baines, S. (2009). Active citizenship in later life: Older volunteers in a deprived community in England. *The Professional Geographer*, 61(1), 36-45.
- Hendrick, J. & Curtler, S. J. (2004). Volunteerism and sociemotional selectivity in later life. *The Journal of Gerontology*, 59B(5), 251-257.
- Higgs, P. (1995). Citizenship and old age: The end of the road? *Ageing and Society*, 15, 535-550.
- INE & CASES (2013). *Conta Satélite da Economia Social 2010*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.
- Kaye, L. W., Butler, S. S., & Webster, N. M. (2003). Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice. *Ageing International*, 28(2), 200-213.

- Kim, J., & Pai, M. (2010). Volunteering and trajectories of depression. *Journal of Aging & Health Psychology*, 22, 84-105.
- Konrath, S., Fuhrel-Forbis, A., Lou, A., & Brown, S. (2012). Motives for volunteering are associated with mortality risk in older adults. *Health Psychology*, 31(1), 87-96.
- Kovács, I. (2009). Work and citizenship: crises and alternatives. *Entreprise and work Innovation Studies*, 5(IET), 37-58.
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (2006). *Coping with aging*. Oxford: Oxford University Press.
- Leão, A., & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde e Sociedade*, 17(1), 95-106.
- Levitas, R. (1998). *The inclusive society? Social exclusion and New Labour*. Basingstoke: Macmillan.
- Lewis, J. (2002). Gender and welfare state change. *European Societies*, 4(4), 331-357.
- Lie, M., Baines, S., & Wheelock, J. (2009). Citizenship, volunteering and active aging. *Social Policy and Administration*, 43(7), 702-718.
- Lum, T. Y., & Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on physical and mental health of older people. *Research on Aging*, 27, 31-35.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Lisboa, Portugal: Relógio D'Água.
- Martín, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paúl, C., & Cabral, F. (2007). Políticas Sociais para a Terceira Idade. In A. Osório & F. Pinto (Eds.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa* (pp. 131-179). Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Martins, T. (2012). Voluntários/as reformados/as: Práticas de voluntariado na reforma. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Senhora da Hora, Portugal
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, 39, 339-363.
- Meda, D. (2007). Que sabemos sobre el trabajo? *Revista de Trabajo*, 3(4), 17-32.

- Miguel, I. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: Entre mitos e factos. In H. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção* (pp. 53-67). Instituto Superior Bissaya Barreto. ISBN: 978-989-98952-0-1
- Miguel, I. (2016). Mais idades, menos participação? Lógicas de “resgate” da cidadania na população idosa. In C. Albuquerque & H. Amaro da Luz (Eds.), *Políticas sociais em tempos de crise: Perspetivas, tendências e questões críticas* (pp. 193-208). Lisboa: Factor.
- Milligan, C., & Fyfe, N. R. (2005). Preserving space for volunteers: Exploring the links between voluntary welfare organisations, volunteering and citizenship. *Urban Studies*, 42(3), 417-433.
- Misener, K., Doherty, A., & Hamm-Kerwin, S. (2010). Learning from the experiences of older adult volunteers in sport: A serious leisure perspective. *Journal of Leisure Research*, 42(2), 267-289.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journal of Gerontology*, 58(3), 137-145.
- MOW. (1987). *The meaning of work*. New York: Academic Press.
- Musick, M. A., Herzog, A. R., & House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology*, 54, 173-180.
- Mutchler, J. E., Burr, J. A., Caro, F. G. (2003). From paid worker to volunteer: Leaving the paid workforce and volunteering in later life. *Social Forces*, 81(4), 1267-1283.
- Narushima, M. (2005). ‘Payback time’: Community volunteering among older adults as a transformative mechanism. *Aging & Society*, 25, 567-584.
- Nazroo, J., & Mathews, K. (2012). *The impact of volunteering on well-being in later life*. Cardiff: WRVS.
- Observatório do Emprego e Formação Profissional (2008). *Estudo sobre o voluntariado*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional.

- Omoto, A. M., Snyder, M., & Martino, S. C. (2000). Volunteerism and the life course: Investigating age-related agendas for action. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(3), 181-197.
- Onyx, J., & Warburton, J. (2003). Volunteering and health among older people: A review. *Australasian Journal of Ageing*, 22(2), 65-69.
- Parada, F., & Coimbra, J. L. (1999). O trabalho como dimensão de construção da cidadania: Reflexões sobre o papel da escola no processo de formação do indivíduo cidadão/trabalhador. *Inovação*, 12, 93-108.
- Polanyi, K. (1980). *A grande transformação – as origens da nossa época*. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Campus.
- Perret, B. (1993). *L'Avenir du Travail – les démocraties face au chômage*. Paris, France: Éditions du Seuil.
- Rapaport, R., & Bailyn, L. (1998). *Rethinking life and work*. Waltham, MA: Pegasus Communications.
- Reis, M. H. (2006). *A economia social face às questões do emprego: A função reguladora do terceiro sector no domínio da política económica e social*. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Ribeiro, O. (2014). *Práticas do voluntariado nos museus universitários: Contributos para a criação de uma bolsa de voluntários séniores especializados*. Dissertação de mestrado em Museologia, Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Ribeiro, R., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Porto: Lidel.
- Robertson, G. (2012). *Active ageing and solidarity between generations: The contribution of volunteering and civic engagement in Europe*. London: Volonteurope Secretariat.
- Romão, G., Gaspar, V., Correia, T., & Amaro, R. (2012). Estudo de caracterização do voluntariado em Portugal: Trabalho para o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado. PROACT – Unidade de Investigação e Apoio Técnico ao Desenvolvimento Local, à Valorização do Ambiente e à Luta Contra a Exclusão Social.
- Rowe, J. W., & Khan, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Random House.

- Savishinsky, J. S. (2000). *Breaking the watch: The meanings of retirement in America*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. (2005). Social exclusion of older people in deprived urban communities of England. *European Journal of Ageing*, 2, 76-87.
- Silva, S. M. (2008). *Os espaços de participação das pessoas mais velhas na sociedade portuguesa actual*. Paper presented at the VI Congresso Português de Sociologia: "Mundos Sociais: Saberes e Práticas".
- Smith, D. B. (2004). Volunteering in retirement: Perceptions of midlife workers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(1), 55-73.
- Sousa, L., & Cerqueira, M. (2005). As imagens da velhice em diferentes grupos etários: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Kairós*, 8(2), 189-206.
- Souza, L. M., & Lautert, L. (2008). Trabalho voluntário: Uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 42(2), 371-376.
- Sterns, H. L., & Gray, J. H. (1999). Work, leisure, and retirement. In J. Cavanaugh & S. K. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 355-390). New York: Oxford University Press.
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131.
- Tomás, M. S., Tomás, E., & Suárez, J. (2002). Voluntariado de mayores: Ejemplo de envejecimiento participativo y satisfactorio. *Revista Interuniversitario de Formación del Profesorado*, 45, 107-128.
- Turner, B. (1989). Ageing, status politics and social theory. *British Journal of Sociology*, 40, 588-606.
- UNO – United Nations Organization (2003). *International Plan of Action on Ageing 2002*. New York: UNO.
- Utz, R. L., Carr, D., Nesse, R., & Wortmann, C. B. (2002). The effect of widowhood on older adults' social participation: An evaluation of Activity, Disengagement and Continuity theories. *The Gerontologist*, 42(4), 522-533.

- Van-Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology*, 55, 308-318.
- Vaz, E. (2008). *A velhice na primeira pessoa*. Penafiel, Portugal: Editorial Novembro.
- Victor, C. (2005). *The social context of ageing: A textbook of Gerontology*. Oxon: Routledge.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121-138.
- Warburton, J., & Cordingley, S. (2004). The contemporary challenges of volunteering in an ageing Australia. *Australian Journal on Volunteering*, 9(2), 67-74.
- Warburton, J., Terry, D. J., Rosenman, L., & Shapiro, M. (2001). Differences between older volunteers and non-volunteers: Attitudinal, normative and control beliefs. *Research on Aging*, 23(5), 586-605.
- Weber, M. (1930). *The protestant ethic and the spirit of capitalism*. London: Allen and Unwin.
- WHO. (1990). *Healthy aging*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (1999). *Ageing: Exploring the myths*. Ageing and Health Programme: World Health Organization.
- WHO. (2002). *Active aging: A policy framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zappala, G., & Burrell. (2002). What makes a frequent volunteer? Predicting volunteer commitment in a community services organisation. *Australian Journal on Volunteering*, 7(2), 45-58.

PARTE III

ESPECIFICIDADES NA INTERVENÇÃO SOCIAL COM A POPULAÇÃO IDOSA

CAPÍTULO VII

A INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL AO DOMICÍLIO

Margarida Pedroso de Lima

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6239-1137>

Resumo: *Edificar uma sociedade que ofereça oportunidades de envelhecer de forma expressiva e saudável ao longo de todo o ciclo de vida e que seja sustentável para todas as idades implica aceitação da nossa enorme variabilidade interpessoal. Neste processo a intervenção como um promotor de bem-estar pessoal e social faz-se figura. Mas para que tal aconteça ela tem que ser variegada de molde a responder às necessidades diversificadas da população das pessoas mais velhas no nosso país. Neste capítulo apresentam-se as características e analisam-se as dificuldades e as vantagens de um tipo de intervenção – a intervenção psicossocial ao domicílio. Mais especificamente do apoio psicológico ou psicoterapêutico ao domicílio.*

Palavras-chave: *Intervenção psicossocial; Apoio psicológico; Psicoterapia; Domicílio; Idade avançada*

Abstract: *Building a society that offers opportunities for aging in an expressive and healthy way throughout the life cycle and that is sustainable for all ages implies acceptance of our enormous interpersonal variability. In this process intervention as a promoter of personal and social well-being becomes a figure. But for that to happen, it has to be variegated to respond to the diverse needs of the population of the older people in our country. This chapter presents the characteristics and analyzes the difficulties and advantages of one type of intervention – psychosocial intervention at home. More specifically, psychological or psychotherapeutic support at home.*

Key-words: *Psychosocial intervention; Psychological support; Psychotherapy; Residence; Advanced age.*

Nota introdutória

A população mundial está a envelhecer. Em 2012 havia em todo o planeta 810 milhões de mulheres e homens com 60 anos ou mais. As projeções são para atingirmos 1 bilhão em menos de 10 anos aumentando a proporção das pessoas mais velhas comparativamente aos outros grupos etários em todas as regiões do mundo. Estes dados deveriam ser mais do que suficientes para responder à questão *‘why older people count?’*. No entanto, como chama atenção o Global AgeWatch (2015), apesar desta tendência a opinião das pessoas mais velhas não é, muitas vezes, incluída em muitas estatísticas. Tal significa que a situação dos mais velhos é frequentemente invisível sendo difícil identificar e documentar padrões de discriminação fortemente arraigados. Quando há dados sobre os mais velhos essa informação nem sempre é desagregada por sexo, pelas diferentes

fases que compõem a velhice ou/e pelo local onde estão a residir, sendo que as pessoas a viver na comunidade são muitas vezes negligenciadas. Este capítulo vai ao encontro do espírito do chamamento global das Nações Unidas (2017) de não deixar ninguém para trás “*leave no one behind*”. Uma cultura em que as contribuições das pessoas mais velhas para a sua economia e comunidade são reconhecidas e apoiadas é uma cultura que não discrimina com base na idade.

As implicações desta perspectiva são inúmeras nomeadamente a de aceitar a diversidade de formas de envelhecer e de viver a velhice. Como sabemos esta é a variável chave para o bem estar e a qualidade de vida na idade avançada (WHOQOL Group, 1995; Simões et al., 2006). A diversidade e a heterogeneidade, como é sabido, é a característica mais saliente da faixa etária dos mais velhos (Carroll & Nuro, 2002). Consequentemente, uma sociedade preocupada com a qualidade de vida das pessoas mais velhas deve ser desenhada de molde a oferecer opções que respeitem esta variedade de formas de estar nesta fase da vida. Por outro lado, muitas pessoas na velhice têm que lidar com inúmeras mudanças em domínios diversos como o trabalho, a saúde, a cognição, e as relações sociais. Eventualmente, têm de se confrontar com doenças agudas e crónicas, restrições na mobilidade e perda da autonomia. Estes desafios, presentes nas gerações atuais das pessoas mais velhas, alertam-nos para a importância de edificar políticas sociais que vão de encontro às necessidades de serviços e equipamentos que respondam a uma população que está a crescer em número mas também nas suas exigências. Respeitar os mais velhos implica criar respostas que respondam a estas necessidades (Oliveira et al., 2011).

No entanto, neste capítulo, vamos apenas abordar um aspecto deste respeito pela diversidade, ou seja, o direito das pessoas

mais velhas fragilizadas continuarem a viver nas suas casas. Para o sucesso desta alternativa o apoio ao domicílio é fundamental. Um dos aspectos menos estudados e mais descuidados neste tipo de apoio e intervenção tem sido o apoio psicossocial ao domicílio.

O crescente envelhecimento demográfico e as dificuldades das famílias que procuram apoiar os seus idosos tem-se refletido no aumento das taxas de institucionalização. No futuro que se avizinha, o número de idosos institucionalizados poderá ter uma proporção diretamente relacionada com o envelhecimento demográfico. Porém, os estudos sobre os efeitos da institucionalização apresentam resultados aparentemente contraditórios, fruto das complexidades do fenómeno (Kahana, 2001), a saber, as influências ambientais e as diferenças individuais ao nível da personalidade, história pessoal e motivação. Ora o apoio domiciliário às pessoas idosas pode substituir/adiar a institucionalização, reduzir a hospitalização e promover a qualidade de vida (Brick, 2011; Bernabei et al., 1998) das pessoas que preferem permanecer em sua casa (Mello et al., 2012).

Estas evidências têm contribuído para o aumento do investimento da Europa e das comunidades em profissionais de diferentes áreas da saúde e sociais em serviços e equipamentos de apoio domiciliário. A premissa subjacente é que estes serviços ajudam a manter a independência dos mais velhos, reduzindo incapacidades e fortalecendo as suas escolhas como defendido na política do envelhecimento ativo da WHO (2002). Neste capítulo fazemos uma breve revisão sobre a literatura ainda escassa a este nível e retiramos algumas implicações para a prática.

Desenvolvimento

Envelhecer em casa (*Aging in place*) é uma das respostas mais promissoras para promover a qualidade de vida das pessoas idosas frágeis e doentes e reduzir custos. Efetivamente, de uma perspectiva económica e política envelhecer em casa envolve menores custos financeiros que o cuidado residencial (Brick, 2011) e melhora a saúde dos beneficiários. De acordo com os dados da AARP (2010) 92% das pessoas do segmento de 65+ preferem ficar a residir em suas casas o maior tempo possível, ao invés de serem institucionalizadas (e.g., Mello et al., 2012; Sorocco et al., 2011). Continuar a viver na sua residência habitual de forma independente, perto dos seus amigos e familiares significa manter os seus relacionamentos e estilo de vida (Figueiredo et al., 2012). As casas são particularmente importantes para as pessoas mais velhas, conectando-as com as suas famílias, vizinhos e amigos, a sua história e a sua identidade (Mestheneos, 2011). Assim, as iniciativas que possam contribuir para ir de encontro à aspiração dos mais velhos de *Aging in place* devem ser implementadas.

Muitas das pessoas mais velhas fragilizadas que querem continuar a residir nas suas casas vivem sozinhas sem apoio informal, outras têm apoio por parte de cuidadores informais como os filhos ou esposo(a). Mesmo neste último cenário, cada vez mais é reconhecida a importância de apoiar os cuidadores informais a serem efetivos. Os *Serviços de Descanso no Domicílio* (Portaria n.º 50/2017), os *Serviços de Apoio Domiciliário* (Direção Geral da Ação Social, 1996) e os serviços de saúde para os mais velhos prestados ao domicílio são respostas propostas pelo Governo Português como um complemento ao trabalho desenvolvido pelo cuidador informal em casa. Neste sentido, segundo o Serviço Nacional de Saúde na Área dos Cuidados Continuados Integrados

um familiar que cuide de um idoso dependente terá direito não só a horários flexíveis, mas também a certos benefícios fiscais sendo um incentivo para que os idosos fiquem junto da família o máximo de tempo possível. O apoio ao cuidador informal acarreta benefícios como o aumento do bem-estar físico e psicológico e o decréscimo dos níveis de stress, ansiedade, depressão e sentimentos de solidão do cuidador e benefícios consequentes para o idoso dependente.

Estes serviços combinados com outros como centros de dia adiam indiretamente a institucionalização permanente, ou a longo prazo, da pessoa fragilizada ou dependente (Zarit, 2001).

Ao longo da vida, como é sabido o apoio social é um recurso importante para enfrentar desafios e dificuldades, contribuindo para o decréscimo do isolamento social e da solidão (Fernandes, 2014). O sentimento de solidão, definido como o nível de isolamento percebido, é considerado um problema social nesta faixa etária, está relacionado com a depressão (Stella et al., 2002), sendo a sua prevenção uma das premissas do envelhecimento ativo (Paúl, 2005). Devido à importância dada aos relacionamentos interpessoais na promoção do bem-estar e da qualidade de vida (Lubben & Grionda, 2003; Vecchia et al., 2005), a reflexão em torno das respostas sociais de apoio a pessoas idosas que vivam sozinhas, sem cuidador informal ou apenas com cuidador a tempo parcial, tem adquirido uma crescente relevância. O apoio social é, por conseguinte, essencial para promover o bem-estar físico e psicológico e, segundo Vaz Serra (2002), aglutina a rede social, o apoio recebido e o apoio percebido. O apoio recebido é a quantidade de apoio prestado pelos elementos da rede social e o apoio percebido é a avaliação subjetiva que cada um tem do suporte que possui (Uchino, 2004).

O apoio domiciliário pode ser operacionalizado como qualquer serviço de diagnóstico, terapêutico ou de suporte prestado a casa, abrangendo uma ampla gama de serviços fornecidos por um grupo diversificado de profissionais (Brown et al., 2008).

O objetivo deste tipo de apoio é providenciar cuidados vários, aos utentes e pacientes idosos a residir em suas casas, de modo a promover a sua autossuficiência e independência de molde a poderem permanecer com qualidade nas suas casas (Frade, Barbosa, Cardoso & Nunes, 2015).

Os programas de cuidados de saúde domiciliários geralmente estão bem preparados para satisfazer uma ampla variedade de necessidades de cuidados médicos, contudo muitas vezes são incapazes de fornecer serviços para atender às especificidades dos pacientes idosos que sofrem de uma panóplia diversa de problemas para além dos de saúde, que afetam o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Muito menos estão preparados para ir além do apoio tradicional ao domicílio (*e.g.*, comida, limpeza, serviços médicos) e providenciar serviços como psicoterapia, reabilitação, terapia pela arte, animação sociocultural, desenvolvimento pessoal ou educação.

No entanto, a idade avançada e o estar confinado ao domicílio não é um obstáculo à psicoterapia (Knight, 2004), à reabilitação e às intervenções educacionais e desenvolvimentais. Estes programas, sobretudo se forem focalizados e breves, levam a melhorias ao nível cognitivo, social e emocional e adiam a institucionalização (Rodin, 2009).

A intervenção psicológica e psicossocial (Lima et al., 2014) tem assim como objectivo geral a promoção da qualidade de vida e do bem-estar da pessoa idosa, a prevenção da deterioração (física, neuropsicológica), a redução do *distress* psicológico

e a prevenção do surgimento de desordens mentais como a depressão.

No entanto, providenciar serviços de apoio domiciliário personalizados e sustentáveis respondendo a uma panóplia de necessidades de saúde, sociais e educacionais da população das pessoas mais velhas deve partir de uma avaliação rigorosa das suas necessidades. Só assim é possível ter em consideração as especificidades e necessidades individuais.

Nas instituições com uma valência de apoio domiciliário são, geralmente, os técnicos de serviço social que encaminham os utentes para os diversos serviços disponíveis numa determinada área residencial, geralmente, cuidados de alimentação, higiene e de saúde (Sorocco et al., 2011). No entanto, há um crescente reconhecimento da potencialidade das intervenções psicossociais ao domicílio para idosos em situação de fragilidade e que têm problemas de saúde mental (Knight, 2004).

O apoio psicológico ao domicílio pode aliás ser o único meio para que alguns pacientes tenham acesso a apoio social e a cuidados de saúde mental, podendo estes oferecer vantagens em relação aos cuidados hospitalares (Muijen, Marks, Connolly & Audini, 1992).

O apoio psicológico ao domicílio (terapia de suporte) e a psicoterapia individual a casa se for desenhada especialmente para responder às questões da pessoa idosa pode, além de ajudar a aliviar o mal-estar, promover o crescimento psicológico (Lima & Silvério, 2015). Contudo, fornecer apoio a casa apresenta inúmeros benefícios, mas também levanta inúmeras questões clínicas, éticas, legais, de gestão de riscos e segurança (Yang et al., 2009), em comparação com o trabalho realizado em consultório ou ambiente institucional (Yang, Garis, Jackson & McClure, 2009). Assim, para além do desafio emocional espectável da confrontação do terapeuta com a doença,

a morte, a solidão ou a ausência de sentido (Lima & Silvério, 2015) ele encontrará um *setting* terapêutico difícil de controlar. Em contexto institucional o ambiente é mais facilmente controlado e previsível, sem interrupções ou presenças indesejadas, o que não é possível em contexto domiciliário, podendo emergir acontecimentos inesperados comprometendo a privacidade das sessões e exigindo uma grande flexibilidade por parte do terapeuta.

No entanto, por outro lado, na psicoterapia ao domicílio, o terapeuta beneficia de fontes de informação diretas privilegiadas, fornecidas pelo próprio ambiente em que o paciente habita. Estas auxiliam o estabelecimento da relação terapêutica, clarificam a situação do cliente e, conseqüentemente, promovem uma intervenção mais eficaz (Yang et al., 2009).

A menor formalidade presente no contexto domiciliário pode, por um lado, facilitar e aprofundar a relação terapêutica (Maxfield et al., 2008) mas, por outro, dificultar o estabelecimento de limites e a manutenção das fronteiras profissionais. A saber, o idoso ligeiramente pode ver o terapeuta como um amigo ou uma visita em vez de como profissional de saúde (Maxfield et al., 2008) e tentar envolver o terapeuta noutras atividades para além da terapia (Yang et al., 2009).

Para o sucesso da intervenção é necessário que se estabeleçam limites e, para isso, é indispensável relembrar e esclarecer o cliente do propósito das sessões, dos horários e da natureza do relacionamento cliente – terapeuta. Em contrapartida, o terapeuta tem também de estar consciente do direito dos idosos recusarem ou desistirem das sessões (Yang et al., 2009).

Algumas investigações baseadas na evidência providenciam dados sobre a eficácia de serviços e intervenções psicossociais, como a psicoeducação, com adultos seniores fragilizados a viver nas suas casas, levando à redução da depressão. No entanto,

poucas são ainda as investigações que relatam o apoio psicológico levado a casa (Lima et al., 2014). Em Portugal temos trabalhos do in-Home Mental Health Services do Home Counselling *Pro-VoluntariU* (Oliveira et al., 2013) e do HIT (Duarte, 2017), mostrando que este tipo de serviços promove a saúde e o bem-estar, bem como, previne a patologia e o isolamento (Lima et al., 2014).

No entanto, a escassa literatura a este nível sublinha que as intervenções devem ter como pano de fundo as orientações internacionais sobre a intervenção com pessoas de idade avançada (Ferreira-Alves, 2010) que estão sintetizadas no modelo *CALTAP* (*Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy*, Knight & Poon, 2008). Este é uma meta modelo desenhado para orientar a abordagem psicoterapêutica com adultos idosos e que evidencia a importância interativa da coorte, da cultura, do contexto imediato e da maturação ao nível cognitivo e emocional na eficácia da intervenção psicoterapêutica (Knight, 2004; Knight & Poon, 2008).

Importante é também que os técnicos tenham formação na área do aconselhamento psicológico e no estabelecimento de uma relação de ajuda baseada nos princípios humanistas da aceitação incondicional, congruência e empatia que possibilitam os sentimentos de auto aceitação e de auto compreensão por parte da pessoa idosa. Apenas neste ambiente é possível clarificar os sentimentos de confusão que eventualmente surjam de molde a promover a mais valia pessoal, bem-estar e sentido de vida (Lima, 2014).

Considerações finais

Neste capítulo apresentamos uma perspetiva mais compreensiva sobre o apoio e o cuidado domiciliário às pessoas mais

velhas. O apoio domiciliário psicossocial, complementando os serviços ao domicílio mais tradicionais que intervêm essencialmente nas áreas dos cuidados alimentares, limpeza, higiene e saúde, reconhece que na última fase da vida existem possibilidades significativas de desenvolvimento e de bem-estar pessoal.

O reconhecimento de que as intervenções psicossociais são eficazes na promoção da qualidade de vida contribuiu para, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mudar a sua concepção de saúde dando-lhe uma ênfase biopsicossocial. A saúde deixou de se caracterizar pela ausência de doença e incapacidade e passou a ser considerada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Paúl & Fonseca, 2005).

Para aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade, a promoção do ‘envelhecimento ativo’ como processo de “otimização das possibilidades de saúde, de participação e de segurança” (WHO, 2011) é central. Uma sociedade democrática e socialmente justa deve, conseqüentemente, prestar atenção às eventuais barreiras que as pessoas podem encontrar neste processo e propor ferramentas diversas para as remover e, assim sendo, ajudar os indivíduos a viverem vidas mais preenchidas e felizes. O apoio ao domicílio contribui na remoção das dificuldades que uma pessoa idosa fragilizada pode experienciar quando quer continuar a participar, aprender, desenvolver-se ou apenas sentir-se melhor. Mas, para que este cenário aconteça é necessário diversificar os serviços disponíveis.

As intervenções psicossociais para terem sucesso devem, no entanto, ser fundadas nos pressupostos da *life span* e na educação ao longo da vida, ser mais estruturadas, acontecerem a um ritmo mais lento, e tendo em atenção a complexa interação entre necessidades físicas, sociais e económicas das pessoas idosas (Fernandes, 2006).

Muitas pessoas idosas estão confinadas à sua casa por um conjunto de vulnerabilidades físicas, psicológicas e sociais e, de modo consequente, uma psicoterapia individual desenhada para responder especificamente às necessidades sentidas pode ajudar a aliviar o mal-estar e promover o crescimento psicológico (Landreville et al., 2001; Areán et al., 2002; Sharpley, 2010). As terapias breves e manualizadas, como é o caso da *Homecounseling Intervention Therapy* (HIT¹; Lima & Silvério, 2015) oferecem uma boa solução para pessoas de idade avançada sem declínio cognitivo acentuado, pois têm objetivos e tempos delimitados, estando voltadas para a resolução de um conflito ou dificuldade específica. O principal objetivo da HIT é reduzir o mal-estar e a sua prevenção intervindo na relação com cuidadores formais e informais, na adaptação às questões práticas, relacionais e existenciais das vivências nesta situação, na promoção do sentido da vida/propósito positivo e esperança e no empoderamento e desenvolvimento pessoal (Lima & Silvério, 2015).

Ter uma boa qualidade de vida implica ter boas relações interpessoais e sentir prazer de viver numa determinada casa ou bairro e poder aceder a atividades desenvolvimentais e educacionais, participar na sociedade, sentir-se útil, apreciar a vida e ter possibilidades de escolha (Gabriel & Bowling, 2004).

Neste sentido, promover a vida independente e a assistência à população idosa socialmente isolada, nos territórios de baixa densidade e áreas urbanas, através da pesquisa científica e dos

¹ O Atlas, Organização Não-Governamental de Desenvolvimento, iniciou em Coimbra o projeto "Velhos Amigos", com vista à assistência de idosos de Coimbra em situação de carência alimentar e solidão, com apoios ao nível de refeições, serviços de enfermagem e apoio psicológico ao domicílio. O programa HIT surgiu devido à necessidade de melhorar o serviço de apoio psicológico prestado ao domicílio, padronizando procedimentos e fornecendo ferramentas acessíveis, validadas e com eficácia comprovada, com vista a formar psicólogos a trabalhar neste contexto.

cuidados de saúde e sociais é fundamental. Igualmente é a criação de recursos (instrumentos, modelos de intervenção, lições e recomendações, formação de equipas interdisciplinares) para que ação ao nível dos serviços comunitários e de saúde mental seja empiricamente sustentada, e a partilha de saberes (serviços e programas) entre países.

Em casa é mais fácil envelhecer de forma pessoal e criativa quando são dadas as condições para tal. Preservando deste modo o valor da autonomia, dos recursos pessoais, da liberdade e da independência mesmo nas idades mais avançadas (Baltes & Smith, 2003).

Bibliografia

- AARP (2010). *Home and Community preferences of the 45+ population*. Retrieved 23 de Novembro 2017. <https://assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf>
- Areán, P. A., Alvidrez, J., Barrera, A., Robinson, G. S., & Hicks, S. (2002). Would older medical patients use psychological services? *The Gerontologist*, *42*(3), 392-398.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, *49*, 123-135.
- Bernabei, R., Landi F., Gambassi G., Sgadari A., Zuccala, G., Mor V., Rubenstein, L.Z., & Carbonin, P.U. (1998). Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, *316*, 1348-1351.
- Brick, Y. (2011). Aging in Place in Israel. *Global Ageing*, *7*(2), 5-16.
- Brown, E., Kaiser, R., & Gellis, Z. D. (2008). Screening and assessment of late-life depression in home health care: Issues and challenges. *Annals of Long Term Care*, *15*(1), 27-32.

- Carroll, K.M., & Nuro, K.F. (2002). One size cannot fit all: a stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 396-406.
- Duarte, R. (2017). O impacto da HIT (Homecounseling Intervention Therapy) na Promoção da Qualidade de Vida e na Diminuição da Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas. Tese de mestrado integrado em Psicologia Clínica (não publicada). FPCE.UC.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*. CHPL – Hospital Júlio de Matos, XXII (3),1-24.
- Figueiredo, D., Sousa, L., & Lima, M. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes: rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13(2), 47-60.
- Fernandes, L. (2006). *Psicoterapias no idoso*. In Firmino, H., Psicogeriatrics (pp.133). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fernandes, M. M. G. C. (2014). *Depressão, qualidade de vida em idosos institucionalizados* (Master's thesis).
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24, 675-691.
- Global AgeWatch (2015). *Global AgeWatch Index*. (www.globalagewatch.org).
- Kahana, E. (2001). Institutionalization. In G.L. Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed.). New York: Sage.
- Knight, B. G., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology*, 56B, P285-P291.

- Lima, M. P. & Silvério, L. (2015). *Programa manualizado de prestação de apoio psicológico ao domicílio: Homecounseling Intervention Therapy*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P. (2006). *Posso participar?: Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Lisboa: Ambar.
- Lima, M. P. (2012). *Intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas*. Relatório da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica em Adultos Idosos, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Lima M.P., Silva, C., Carvalho, M.M., & Fernandes, D. (2014). Providing home counseling for older adults: Benefits and challenges. *Revista de Saúde Pública*, 48 (nº esp.), 75.
- Lubben, J. & Grionda, M. (2003). Measuring social networks and assessing their benefits. *In: Phillipson C, Allan G, & Morgan D (Eds.). Social networks and social exclusion: 20-49*. Hants, England: Ashgate.
- Mello, J.D.A., Durme, T.V., Macq, J., Declercq, A. (2012). Intervention to delay institutionalization of frail older persons: design of longitudinal study in the home care setting. *BMC Public Health*, 12, 615.
- Mestheneos, E. (2011). Ageing in place in the European Union. *Global Ageing*, 7(2), 17-23.
- Oliveira, A.L., Vieira, C., Lima, M.P., Nogueira, S., Alcoforado, L., Ferreira, J.A., & Zarifis, G. (2011). Developing instruments to improve learning and development of disadvantage seniors in Europe: The paladin project. *In Pixel (Ed.), Conference proceedings of the International Conference The Future of Education* (vol. 1, pp. 268-274). Florence: Simonelli Editore.
- Oliveira, A. L. (Coord.), Vieira, C. M., Lima, M. P., Alcoforado, L., Ferreira, S. M., & Ferreira, J. A. (2013), *Promoting conscious and active learning and ageing: How to face current and future challenges?* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0732-0.

- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of in-home cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7(2), 154-166.
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ*, 304(6829), 749-754.
- Nações Unidas (2017). Sustainable Development Goals. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/leaving-no-one-behind>.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15.
- Rodin, G. (2009). Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. In: *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, 2nd Ed. Chochinov, H.M., & Breitbart, W. (eds). Oxford: Oxford University Press.
- Sharpley, C. F. (2010). A review of the neurobiological effects of psychotherapy for depression. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 47(4), 603.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., Oliveira, A., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A., Felizardo, S., & Sousa, L. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psicologica – especial: Envelhecimentos*, 42, 115-131.
- Sorocco, K. H., & Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. New York: Springer Pub. Co, 391-416.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Vaz Serra, A. (2002). O stress na vida de todos os dias. Coimbra. Ed do autor. ISBN 972-95003-2-0.

- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 246-252.
- World Health Organization/WHO (2011). *Active Ageing: Report. Special Eurobarometer. European Commission*. Geneva: WHO.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Yang, J. A., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333-346.
- Zarit, S. H., & Leitsch, S. A. (2001). Developing and evaluating community-based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging & Mental Health*, 5(2), 84-98.

CAPÍTULO VIII

EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA E EDIFICAÇÃO DA SOCIEDADE DO CONHECIMENTO: O CASO DAS “LOJAS DE SABER”

Albertina L. Oliveira

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Centro de Estudos Interdisciplinares da Universidade de Coimbra (CEIS20)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9521-528X>

Margarida Pedroso de Lima

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6239-1137>

J.J. Pedroso de Lima

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1494-6051>

Resumo: *O presente capítulo apresenta as Lojas de Saber, enquanto projeto contextualizado na educação ao longo da vida, destinado a proporcionar oportunidades educativas às pessoas de todas as gerações, a partir dos valiosos saberes de quem se encontra na situação de reformado/a e se revê na missão de educar. Após uma breve análise crítica das forças dominantes na sociedade atual, de*

pendor neoliberal, os autores centram-se no contributo das Lojas de Saber para a edificação da sociedade do conhecimento, passando pela necessidade de mobilizar os importantes conhecimentos que as pessoas reformadas desenvolveram nas suas vidas profissionais ao longo de décadas de investimento. Tal contributo acentua a necessidade de se diversificarem as respostas educativas/formativas e de se promover a igualdade de oportunidades e de acesso à educação, de lutar contra o idadismo bem como de desenvolver a autonomia e empowerment de todos os cidadãos/ãs em todos os espaços e tempos da vida.

Palavras chave: Educação ao longo da vida;

Reforma; Sociedade do conhecimento

Abstract: *This chapter presents Lojas de Saber as a project contextualized in lifelong education, designed to provide educational opportunities to people of all generations, based on the valuable knowledge of those who are in the situation of retired and that without payment participate in the mission of the formation of people and communities. After a brief critical analysis of the dominant forces in today's neo-liberal society, the authors focus on the contribution of the Lojas de Saber to the building of the society of knowledge, by mobilizing the important knowledge that the retired people have developed in their professional lives and accumulated over decades of investment. Such a contribution accentuates the need to diversify educational / training responses and to promote equal opportunities and access to education, to fight against discrimination against older people and to develop the autonomy and empowerment of all citizens in all spaces and times of life.*

Key-words: Lifelong education; Retirement; Society of knowledge

Introdução

A edificação da sociedade do conhecimento requer um sistema de educação ou longo da vida ou, melhor, de educação permanente, que abranja todos os tempos e espaços da vida dos cidadãos/ãs, de modo a que estes possam promover o seu desenvolvimento e tornar-se mais esclarecidos e socialmente mais participativos. Educar todos, totalmente, em todas as coisas (*omnes, omnia, omnino*) é o desafio que nos vem da maior obra pedagógica do século XVII – a *Pampaedia* – e que ainda hoje não conseguimos concretizar inteiramente, apesar de muito se ter avançado em matéria de educação. Segundo João Amós Coménio existe uma escola para cada idade da vida, sendo a do adulto a escola da vida, tendo por base a própria experiência de vida. Se já no século XVII encontramos esta proposta pioneira, no século XXI ela não poderia ser mais actual. Porém, a educação das pessoas de idade avançada e o aproveitamento dos vastos e ricos saberes que estas desenvolveram e aprimoraram ao longo da vida ainda não são suficientemente valorizados e colocados ao serviço da formação das gerações mais jovens. É neste contexto que surgem as Lojas de Saber, mobilizando os importantes conhecimentos que as pessoas reformadas desenvolveram nas suas vidas profissionais e que acumularam ao longo de ‘toda uma vida’. Foram criadas com o objetivo de educar/formar e transmitir voluntariamente informações, saber e experiências não apenas aos que se encontram na última etapa da vida, mas também às novas gerações. Isto é particularmente importante, uma vez que muitos milhares de pensionistas em ótimo estado físico e intelectual estão dispostos a manter uma atividade socialmente útil, podendo contribuir de forma extremamente valiosa para a edificação da sociedade do conhecimento. No presente trabalho, apresentamos as principais características e princípios

deste projeto, a vantagem e impacto na qualidade de vida dos seniores envolvidos e na comunidade em geral, no quadro da educação permanente, onde se enfatiza a necessidade de se diversificarem as respostas educativas, a importância de promover o mais possível a igualdade de oportunidades de educação e de acesso e a autonomia ou *empowerment* das pessoas em todo o curso de vida.

Forças dominantes na sociedade contemporânea

A vida na sociedade atual é fortemente marcada pelas forças e movimentos que transformaram e permitiram a passagem da sociedade dita tradicional para a sociedade industrial e pós-industrial. As mudanças que todos temos vindo a presenciar são, simultaneamente, rápidas, profundas e globais e têm revolucionado completamente o modo de vida das pessoas e a organização social. Sem dúvida que a força dominante se deve à influência das transformações científicas e tecnológicas, ou ao que Edgar Faure (1972) denominou, no primeiro relatório internacional da UNESCO sobre educação, a *revolução científico-técnica*, em nada comparável a qualquer período anterior da história humana. Esta dominância tornou-se mais notória a partir da segunda metade do séc. XX, quando se começou a verificar um aumento prodigioso dos conhecimentos e uma aceleração exponencial da mudança.

Efetivamente, estamos, segundo alguns autores, a atravessar um período histórico singular (Melo et al., 1998), correspondente à quarta mudança radical na evolução da humanidade – a era da informação/comunicação – que se constitui como um forte desafio à edificação da sociedade do conhecimento e que resulta de três movimentos conjugados: a sociedade da informação,

a globalização e a cultura científica e tecnológica. A sociedade da informação a erigir desafia os sistemas políticos a conceder inteira prioridade à educação, no sentido dos cidadãos e cidadãs saberem avaliar e escolher a informação mais adequada; a globalização, no seu potencial positivo, estimula a que as pessoas se tornem cidadãs do mundo (com horizontes, visão, informações, contactos alargados); a cultura científica e tecnológica apela ao desenvolvimento da capacidade de lidar com o imprevisível, a complexidade, a mudança.

Porém, apesar da informação e do conhecimento serem, incontornavelmente, a matéria-prima das sociedades que se pretendem demarcar pela economia do conhecimento (Delors et al., 1996; Pacheco, 2011), estamos bem longe de viver numa sociedade com cidadãos e cidadãs maioritariamente esclarecidos/as e educados/as, capazes de perceber e questionar o seu papel no mundo, bem como de contribuir ativamente para o bem estar social. O que predomina no mundo atual é a economia de mercado, regida por lógicas inscritas na teoria do capital humano que, como todos sabemos, constitui o berço concetual do neoliberalismo. Estas lógicas, fortemente vinculadas a padrões de eficiência e qualidade, por assentarem na “visão da educação como processo de formação social, orientada para mercados competitivos, clamando que as organizações educativas devem responder a desafios imediatos do mundo económico” (Pacheco, 2011, p. 16), contribuem para gerar fortíssimas desigualdades. ‘Descartam’ e desvalorizam todos aqueles/as que não estão preparados/as ou que entendem não corresponder ao mundo da ‘alta competição’. É neste contexto que se compreende, como veremos mais à frente, porque é que tantas pessoas de idade avançada se sentem excluídas, destratadas e com tão poucas oportunidades.

Voltando à sociedade do conhecimento ou da informação, na proposta de Hutchins (1968, cit. por Jarvis, 2001) da década de 60, a sociedade a edificar, designada por *sociedade de aprendizagem*, seria aquela que contribuiria para instituir a visão de uma ‘sociedade boa’¹, suscetível de concretizar os ideais da democracia e do igualitarismo, orientados em função da meta principal de desenvolver o homem completo e de construir sociedades mais justas. Na visão de Hutchins, a sociedade contemporânea reuniria, finalmente, as condições para que esse antigo ideal de Atenas, igualmente visionado por Comênio (com o seu pensamento integrativo, edificante e revolucionário), ao preconizar a trilogia *omnes, omnia, omnino* (educar todos, em todas as coisas e de uma forma total) se pudesse estender a todos os cidadãos e cidadãs (Gomes, 1971), através das grandes conquistas do progresso científico e tecnológico.

Todavia, o que encontramos é uma sociedade movida fundamentalmente pelas forças da globalização em que o conhecimento é visto como recurso económico regulado pelas lógicas de mercado, tendo-lhe subjacente uma conceção instrumental do ser humano e não, como é desejável no quadro da educação permanente ou da educação ao longo da vida, interesses libertadores ou emancipatórios, promotores da inclusão e do desenvolvimento integral e harmonioso das pessoas e sociedades.

¹ Encontramos este ideal, pelo menos, na Grécia antiga, onde “a educação não era uma atividade segregada, levada a cabo em certas horas, em certos lugares e num determinado período da vida” (Hutchins, 1968, p. 133, cit. por Candy, 1991, p. 78), mas sim era concebida como o objetivo da própria vida.

A problemática da desvalorização das pessoas idosas

Outra das grandes conquistas das sociedades contemporâneas é o aumento da esperança de vida e da longevidade dos cidadãos e cidadãs, os quais gozam, em geral, de uma boa saúde e de melhores condições de vida, comparativamente a gerações anteriores (e.g., Gondo & Poon, 2007). Como defende Simões (2006), estamos perante uma “nova velhice”, uma vez que as pessoas de idade avançada na nossa sociedade são em geral *mais saudáveis, mais longevas e mais instruídas*. Porém, neste cenário, faz todo o sentido perguntarmo-nos, como estamos a tratar os nossos idosos? Que oportunidades estão a ser criadas para as pessoas no pós-reforma, no sentido de se sentirem incluídas, valorizadas e participantes na vida social?

Há toda uma vasta literatura que aponta para a importância de preparar a reforma através, inclusivamente, de programas de intervenção (e.g., Leandro-França, 2016). Subjacente está o reconhecimento da importância dos recursos pessoais e sociais na vivência desta fase (Adams & Taylor, 2015; Dingemans, & Henkens, 2015; Earl, Gerrans, & Halim, 2015). Paradoxalmente, muito embora os discursos e as concetualizações apontem para a inclusão e participação de todos, durante toda a vida, e para a aprendizagem e o desenvolvimento permanente das pessoas, aquele estatuto de que as pessoas de idade avançada gozavam nas sociedades tradicionais, vistas como sábias, conselheiras e alvo de um grande respeito por parte das gerações mais jovens, perdeu-se na sociedade atual, sendo, em contrapartida, muito mais encaradas como um peso e sobrecarga. Ao contrário do que sucedeu no passado, a sociedade em alguns países, incluindo o nosso, desvaloriza e quase completamente desaproveita a sabedoria das pessoas reformadas (Gonçalves & Oliveira, 2013).

A economia de mercado dominante e a visão tecnicista apoiada em modelos de racionalidade técnica e de produção, com os conceitos recentes sobre rendimento e mercado do trabalho, práticas da concorrência, culto de imagem e muitos outros, têm levado à criação e afirmação de ‘novos paradigmas’ na atitude da sociedade para com a designada terceira idade e o seu saber. Apesar dos novos valores adotados não estarem oficial e explicitamente em conflito com o saber acumulado pelos mais velhos, na prática, verifica-se que todo um rico manancial de conhecimento e experiência, que alicerçou a vida de gerações anteriores, se encontra esquecido ou subaproveitado.

Mesmo nos casos em que há interesse explícito das pessoas idosas em continuarem a servir, graciosamente, a sociedade, com óbvio benefício para esta, não existem mecanismos legais, no nosso país, que o possibilitem facilmente. Em grande parte dos casos não há escolha, sendo as pessoas de idade avançada forçadas a abandonar a sua profissão, mesmo que não o desejem e se encontrem em ótimas condições físicas, cognitivas e emocionais para prosseguirem com ela.

A força ‘invisível’ dos mecanismos legislativos vigentes leva as pessoas idosas a interiorizarem a sua idade, como se fosse uma culpa ou uma fatalidade envelhecer, e pressiona-as a viverem a esquecer, solitariamente, o que lhes levou décadas a aprender, acabando, não raro, a executarem tarefas menores ou a envolverem-se em meros passatempos em nada estimulantes e recompensadores.

Em sintonia com a cultura prevalecente do desperdício, a sociedade que, ela própria, investiu durante décadas na formação dos seus quadros, impede de forma administrativa o exercício de capacidades a pessoas que, graciosamente, pretendem continuar a servi-la. Como atrás referido, em boa parte graças aos

avanços da medicina, a esperança de vida aumentou e muitas pessoas reformadas são cidadãos e cidadãs saudáveis, mental e fisicamente (Depp, Vahia, & Jeste, 2012; Fernández-Ballesteros, 2009, 2013), que têm noção do seu valor intrínseco e que recusam ser tornadas obsoletas por via administrativa. Para estas, a reforma, como existe entre nós, é encarada como uma coação e um desperdício, e não como uma alternativa de vida ou uma escolha.

Neste âmbito, e tendo em conta o que concetualmente se propõe para erigir a sociedade de aprendizagem/conhecimento, ou para implementar o paradigma da educação ao longo da vida, julgamos que, seja qual for a perspectiva que se considere, económica, social, educacional ou ética, a exclusão do conhecimento das pessoas mais velhas é um absurdo. Urge pois recuperar o valor atribuído às pessoas de idade avançada nas sociedades tradicionais para benefício de todos.

A resposta inovadora das Lojas de Saber

É neste contexto, de rutura e de luta contra o *satus quo*, que surge a iniciativa inovadora das Lojas de Saber, propondo-se mobilizar os importantes conhecimentos que as pessoas reformadas desenvolveram nas suas vidas profissionais e que acumularam ao longo de décadas de investimento, de trabalho e de aprendizagem. Foram criadas com o objetivo de educar/formar e transmitir voluntariamente informações, conhecimento e experiências, não apenas aos que se encontram na última etapa da vida, mas também às novas gerações. Isto é particularmente importante, uma vez que muitos milhares de pensionistas em ótimo estado físico e intelectual estão dispostos a manter

uma atividade socialmente útil, podendo contribuir de forma extremamente valiosa para a efetiva edificação da sociedade do conhecimento.

As Lojas de Saber constituem assim um projeto que se inscreve no quadro da educação permanente ou da educação ao longo da vida, em que se deseja e enfatiza a necessidade de existirem respostas educativas diversificadas, que possibilitem a igualdade de oportunidades de educação e de acesso a todas as pessoas durante todo o curso de vida (Paixão, Silva, & Oliveira, 2014).

As Lojas de Saber alicerçam-se no pressuposto de que o conhecimento e experiência de milhares de pessoas reformadas, na nossa população, representam um volume de informação precioso e, muitas vezes, insubstituível. Assim, a sociedade não deve ficar indiferente ao desperdício que representa a imobilização ou perda desta informação, desprezando o que levou décadas a ser aprendido e representando, nalguns casos, uma sinopse do conhecimento de gerações passadas.

É justo que a sociedade crie mecanismos que possibilitem um período de vida mais calmo e descansado aos cidadãos e cidadãs de idade avançada, depois de um longo período de trabalho, ajustado sabiamente às potencialidades e limitações humanas. Contudo, não é razoável que o faça, como resultado da mecânica social existente no nosso país, anulando de forma oficial e definitiva as suas capacidades intelectuais e os seus préstimos profissionais, empurrando-os para o esquecimento do que lhes levou décadas a aprender, perdendo-se assim informação de forma inglória.

É urgente consciencializar que há um investimento de toda a sociedade em cada '*cérebro humano*' e que, portanto, na fase da reforma deve haver meios que permitam um retorno voluntário desse investimento à sociedade. Se é certo que muitas

peças reformadas querem ‘começar vida nova’ e não estão interessadas no seu passado profissional, muitas outras há que ficariam altamente motivadas se tivessem oportunidade de continuarem a trabalhar naquilo que as valorizou como profissionais. Com efeito, se for criada uma tradição de transmissão de informação de cada pessoa reformada que o deseje, a outros cidadãos e cidadãs, a dez, vinte, sejam quantos forem, ano após ano, terá que haver melhorias na condição global da sociedade e ficaremos mais perto de uma verdadeira sociedade do conhecimento.

Numa outra perspectiva, o crescimento sustentado do país ou, de outro modo, o seu futuro, em muito assenta em ganharmos a batalha da ‘qualificação’ ou da formação das pessoas. Para atingir esse objetivo, todos os contributos são necessários, e a sabedoria dos seniores é uma enorme reserva de conhecimento passível de ser mobilizado a custo mínimo.

Neste sentido, um conjunto de cidadãos, concluída uma vida profissional que lhes garantiu a aquisição de um importante conjunto de conhecimentos, decidiu pôr à disposição de quem procura melhorar o seu saber, as experiências e conhecimentos adquiridos ao longo da vida, evitando que a sociedade venha a perder, total e escusadamente, estes importantes acervos. Para o efeito, decidiram criar as denominadas “Lojas de Saber”, arquitetadas, essencialmente, como locais de transmissão e enriquecimento de conhecimentos e experiências entre gerações. De um ponto de vista social, consideram estar a cumprir um dever de cidadania, devolvendo às novas gerações aquilo que lhes foi transmitido ou que adquiriram ao longo da vida profissional. Procuram também, como durante séculos aconteceu e ainda hoje acontece no domínio familiar, retomar a tradição de passagem de conhecimentos das gerações mais velhas para as mais novas, agora através do trabalho voluntário de reformados.

Desta forma, seguramente que a sociedade ganhará em coesão, em conhecimento e menos erros poderão ser cometidos ou evitados.

A criação de uma prática de transmissão de informação de cada reformado, que o deseje fazer, para outros cidadãos/ãs, traz vantagens recíprocas, para estes e para as pessoas reformadas.

Pretendemos, assim, juntar as potencialidades do saber de pessoas idosas voluntárias de modo a constituir uma força coletiva, dinâmica e útil, que não passe despercebida na nossa sociedade e que, pelo contrário, seja reconhecida, valorizada e reforçada por esta.

Lutamos para que sejam dadas aos cidadãos/ãs mais velhos/as, se assim o desejarem, tarefas responsabilizadoras, úteis, ajustadas aos seus estatutos, e vivificantes do seu amor-próprio e autoestima.

Queremos pessoas reformadas em escolas não só como estudantes, mas como professores voluntários, a ensinarem aquilo em que são especialistas, que aprenderam nas suas vidas. Será uma maneira óbvia de não se perder a experiência e conhecimentos dos mais velhos e de lhes possibilitar a transmissão dessa informação.

Simultaneamente, procuramos contribuir para a difusão do trabalho social voluntário, cujo contributo para a quebra do isolamento e sensação de inutilidade, vivenciados por parte de muitos reformados, se alia a um poderoso auxílio a setores de interesse geral, carenciados em recursos humanos. Uma das palavras-chave deste projeto é, assim, *voluntariado depois da reforma*, com a finalidade de aproveitar as potencialidades especiais adquiridas pelas pessoas nas suas carreiras, ou noutras actividades, implicando o conceito de um retorno voluntário à

sociedade do que foi mais valioso na experiência adquirida por cada pessoa.

Temos a convicção de que, no processo de envelhecimento, se a pessoa de idade avançada tiver a certeza da sua utilidade na sociedade, o seu empenho e vontade de viver serão redobrados e a etapa da velhice poderá assim ser, para muitos, uma experiência rica, beneficiando muito mais do que o próprio idoso.

A oportunidade das pessoas idosas servirem a comunidade como voluntárias, se o desejarem, em situações compatíveis com os seus interesses, saberes e competências, em particular ligadas ao seu passado profissional, pode ser um fator importante para um bom envelhecimento, ativo e saudável, tal como pretende a estratégia europeia 2020.

A atividade das Lojas de Saber

Apresentados os pressupostos e princípios em que assentam as Lojas de Saber, passamos agora a dar conta das numerosas atividades já desenvolvidas por estas.

De entre as diversas iniciativas já levadas a efeito destacam-se as mais de cinquenta conferências de cerca de 100 minutos, sobre temas variados, como por exemplo, e considerando apenas as mais recentes: *“Da terra para o céu (Construção de um violino: da árvore até à música)”*; *“Ética em Investigação Científica: faz sentido ensinar?”*; *“Medicina Nuclear. Desenvolvimentos no diagnóstico e no tratamento”*; *“O símbolo da Universidade de Coimbra”*; *“Risco de queda: denominador comum à escala global”*.

Considerando os cursos, estes poderão ser de extensão da formação profissional, elaborados após consulta a instituições das áreas correspondentes, destinados a melhorar insuficiências tradicionais de profissionais no ativo em diversos campos, de

formação geral sobre temas com possível interesse no desempenho profissional, ou ter um caráter mais avançado em assuntos muito específicos. Estes cursos não atribuem qualquer reconhecimento formal, podendo ser ministrados uma única vez. Como exemplo, mencionamos os seguintes: “*Como combater o estigma das “doenças mentais”?*” (4 horas), “*Saber mais para cuidar bem e reabilitar melhor*” (6 horas); “*Os sons e a vida*” (4 horas).

Para além destas modalidades de formação mais tradicionais, salientamos também a organização de visitas a museus (e.g., Museu Nacional de Machado de Castro; Museu Etnográfico Dr Manuel Lousã Henriques), a promoção de atividades formativas de carácter informal em Lares de Idosos e Centros de Dia (onde os mais capazes e com conhecimentos considerados de interesse alargado são solicitados a ensinar e demonstrar aos seus colegas e a elementos do exterior, os seus saberes e competências).

Integram igualmente as iniciativas das Lojas de Saber, a criação e manutenção de um “*Web site*”, com uma secção de divulgação de conselhos e conceitos dos mais velhos, escritos e realizados por estes, com relatórios de entrevistas e uma secção de propostas dos leitores. Prevê-se também, entre outras ações, a publicação de um “*Yearbook of the experience learned secrets of retired people*” com a participação de especialistas nacionais e estrangeiros.

No âmbito de um protocolo estabelecido entre as Lojas de Saber/ Exploratório Centro Ciência Viva e o Diário as Beiras foram já publicados 48 textos subordinados ao tema “Recordar e recrear”.

Em síntese, como se depreende pelo leque de atividades mencionadas, a oferta das Lojas de Saber pretende ir para além do campo do cognitivo e desenvolver competências através de

demonstrações, trabalhos de grupo, reflexões, comunicações, etc., as quais mobilizam o poder construtivo e a criatividade das pessoas mais velhas. Porém, embora as iniciativas das Lojas de Saber visem, essencialmente, a ação de cidadãos/ãs reformados/as, nada impede que elementos mais jovens colaborem no projeto, materializando o princípio da inclusividade, no caso de constituírem mais valia e em condições idênticas às vigentes para os primeiros. A contribuição de elementos mais novos, em particular da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, tem sido decisiva.

Considerações finais

Neste trabalho partimos de uma breve análise dos traços dominantes na sociedade contemporânea, fortemente eivada pelo neoliberalismo, ao serviço da economia de mercado, e a consequente instrumentalização e desvalorização dos saberes das pessoas de idade avançada, obtidos depois de uma longa vida de trabalho e investimento. Questionamos uma sociedade que força a abandonar a profissão, mesmo quando tal não é desejado, e defendemos que deverão multiplicar-se as possibilidades de escolha para se ir ao encontro da vasta heterogeneidade que caracteriza as pessoas seniores: enquanto algumas aspiram a reformar-se cedo, outras, normalmente em ótimas condições físicas, cognitivas e emocionais, ambicionariam continuar a exercer a sua atividade profissional.

Através da caracterização e reflexão em torno do caso das Lojas de Saber, aponta-se para a enorme reserva de conhecimento destas pessoas, fácil de mobilizar, a custo nulo, através de trabalho social voluntário, com enorme contributo para a quebra do isolamento e sensação de inutilidade, podendo constituir, em

simultâneo, um agente de agregação intergeracional poderoso e um auxílio a setores carenciados em recursos humanos, no âmbito da formação. A valorização dos saberes das pessoas de idade avançada, seria, ainda, uma forma de ultrapassar a miríade de preconceitos que afetam negativamente a vida das pessoas mais velhas e uma concretização dos objectivos do envelhecimento ativo, participativo e com sentido. Ao serem envolvidas na participação social, as nossas pessoas seniores voltam a sentir-se incluídas. E a inclusão, como todos sabemos, é uma enorme fonte de bem-estar e de justiça social.

Bibliografia

- Adams, G. R., & Taylor, E. M. (2015). Friendship and happiness in the third age. In M. Demir (Ed.), *Friendship and happiness: across the Life-Span and Cultures* (pp. 155-169). New York, NY: Springer Netherlands.
- Candy, P. C. (1991). *Self-direction for lifelong learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Delors, J., & Colaboradores (1996). *Educação, um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições ASA.
- Dingemans, E., & Henkens, K. (2015). How do retirement dynamics influence mental well-being in later life? A 10-year panel study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(1), 16-23. Doi:10.5271/sjweh.3464
- Earl, J. K., Gerrans, P., & Halim, V. A. (2015). Active and adjusted: Investigating the contribution of leisure, health and psychosocial factors to retirement adjustment. *Leisure Sciences*, 37, 354-372. Doi: 10.1080/01490400.2015.1021881
- Depp, C. A., Vahia, I. V., & Jeste, D. V. (2012). Successful aging. In S. K. Whithourne, & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 459-476). Oxford: Wiley-Blackwell.

- Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, A-R., Lopes, H., Petrovski, A. V., Rahnema, M., & Ward, F. C. (1972). *Apprendre à être*. Paris: UNESCO.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Jubilación y salud. *Humanitas. Humanidades médicas*, 37, 1-23.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitations of age. In A. L. Oliveira (Coord.), C. M. Vieira, M. P. Lima, L. Alcoforado, S. M. Ferreira & J. A. Ferreira, *Promoting conscious and active learning and ageing: How to face current and future challenges?* (pp. 25-74). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook/E-book_Promoting
- Gomes, J. F. (1971). A “Pampaedia” de Coménio. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, V, 39-62.
- Gondo, Y., & Poon, L.W. (2007). Biopsychosocial approaches to longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 129-149.
- Gonçalves, C. D., & Oliveira A. L. (2013). Reflections from a study about wisdom with students from a senior university. In A. L. Oliveira et al. (Coord.), *Promoting conscious and active learning and ageing: How to face current and future challenges?* (pp. 113-127). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook/E-book_Promoting
- Jarvis, P. (2001a). O futuro da educação de adultos na sociedade de aprendizagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(1), 41-66.
- Leandro-França, C., Murta, S. G., Hershey, D. S., & Martins, L. B. (2016). Evaluation of retirement planning programs: A qualitative analysis of methodologies and efficacy. *Educational Gerontology*, 42(7), 497-512. Doi: 10.1080/03601277.2016.1156380
- Melo, A. et al. (1998). *Uma aposta educativa na educação para todos. Documento de estratégia para o desenvolvimento da educação de adultos*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Pacheco, J. A. (2011). *Discursos e lugares das competências em contextos de educação e formação*. Coleção Panorama. Porto: Porto Editora.

- Paixão, M. P., Silva, J. T., & Oliveira, A. L. (2014). Perspectives on guidance and counselling as strategic tools to improve lifelong learning in Portugal. In G. K. Zarifis & M. Gravani (Eds.), *Challenging the 'European Area of Lifelong Learning': A critical response* (pp. 167-176). London: Springer.
DOI 10.1007/978-94-007-7299-1
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2006). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.

CAPÍTULO FINAL

O IDOSO COMO SUJEITO POLÍTICO

Jacqueline Marques

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0088-8260>

Resumo: *Perante a atual crise da proteção social e, conseqüente, retração das políticas públicas a população idosa encontra-se numa situação de vulnerabilidade e de perda real de direitos e proteção social. Na presença deste cenário é fundamental que a intervenção social com esta população se transforme para reconquistar os direitos perdidos e para garantir novos que permitam uma melhoria na qualidade de vida dos idosos. Neste capítulo não temos a pretensão de apresentar um guia de ação, e muito menos de boas práticas, mas sim de sugerir alguns contributos para a reflexão sobre a intervenção social com idosos que: i) coloque os idosos como sujeitos políticos, já que estes são sujeitos com capacidade real para conquistar espaços de resistência e luta que lhes garanta a participação na disputa pelos direitos sociais; ii) confira carácter político aos problemas e reivindicações e realize respostas emancipatórias e anti-*

opressivas comprometidas com um projeto ético-político, que contribua para a (re)politização do Serviço Social.

Palavras chave: *Envelhecimento; Crise do Estado Social; Sujeito político; Participação; Politização*

Abstract: *Faced with the current crisis of social protection and, consequently, retraction of public policies, the elderly population is in a situation of vulnerability and real loss of rights and social protection. In the presence of this scenario it is fundamental that social intervention with this population is transformed to regain lost rights and to guarantee new ones that allow an improvement in the quality of life of the elderly. In this chapter we do not pretend to present a guide to action, much less good practices, but rather to suggest some contributions to the reflection on social intervention with the elderly that: i) place the elderly as political subjects, since these are subjects with real capacity to conquer spaces of resistance and struggle that guarantees them participation in the dispute for social rights; ii) give political character to the problems and demands and realize emancipatory and anti-oppressive responses committed to an ethical-political project that contributes to the (re) politicization of Social Work.*

Keywords: *Aging; Social State crisis; Political subject; Participation; Politization*

1. Nota introdutória

A população idosa não constitui um grupo marginal nem minoritário: 11,5% da população global, em 2012, possuía uma idade igual ou superior a 60 anos e essa percentagem poderá chegar aos

22% em 2050 (UNFPA, 2012). Este número é ainda mais expressivo se falarmos na União Europeia onde se espera um aumento de 77% da população com 65 e mais anos e de 174% com mais de 85 anos já em 2050 (Glendinning, 2009, p. 5). Em Portugal, no ano de 2016, 20,9% da população tinha 65 ou mais anos (PORDATA, 2018) e o índice de envelhecimento mais do que duplicará em 2080 (INE, 2017).

Mas nem todos os idosos poderão chegar a essa idade sem apresentar uma situação de fragilidade e dependência, o que se acentua quando se encontram em situações de vulnerabilidade económica. Ser idoso não é sinónimo de ser pobre, mas em Portugal o grupo dos idosos é um dos mais atingidos pela pobreza, como destaca Bruto da Costa no estudo que coordenou (2008, p. 111): *“As pessoas mais idosas (com + 75 anos), embora pouco representadas entre os pobres por razões demográficas, são as mais vulneráveis à pobreza (63% das pessoas desse grupo são pobres)”*. Desengane-se quem considera que tal situação apenas afeta os idosos sem qualquer proteção social ou com uma proteção social mínima (pensão social, CSI, RSI) já que, no mesmo estudo, os autores verificaram que mais de metade dos reformados (51%) do país eram pobres. As causas são variadas e bem conhecidas destacando-se os baixos salários obtidos durante toda a carreira contributiva, bem como as fórmulas de cálculo das pensões.

O envelhecimento traz consigo problemas de saúde, com consequências graves num país que apresenta *“uma população pouco saudável: a esperança de vida livre de doença, em Portugal, era de 55 anos nas mulheres e de 58,2 anos nos homens em 2015, comparativamente com 63,3 anos e 62,6 anos, respetivamente, na União Europeia”* (Mendes et al., 2018, p. 12). O impacto dessa situação é mais marcante e persistente na população

pobre¹ que apresentava, em Portugal no ano de 2008, uma incidência de doenças crónicas ou deficiência de 41,6% (Costa et al, 2008). Os idosos pobres acedem menos aos cuidados de saúde quer pela dificuldade em aceder aos cuidados em si, por serem distantes geograficamente ou por apresentarem longas listas de esperas, quer pela dificuldade em comprar medicamentos ou outros tratamentos que lhe sejam prescritos. Isto sem incluir na equação a conhecida perspetiva global de saúde que implicaria falar nas habitações degradadas e húmidas ou na dieta alimentar pouco rica e variada.

Para além desta relação direta entre a falta de saúde, dos cuidados adequados e a falta de recursos sabemos que são outras as dimensões afetadas na vida dos idosos pobres, que acumulam situações de desfavorecimento em diversos domínios: ao nível educativo e cultural, das condições do alojamento, do acesso a bens ou equipamentos que garantam algum conforto, etc. Num estudo comparativo em diversos países da Europa os investigadores Tubeuf e Jusot (2011) concluíram que a saúde dos indivíduos estudados (com 50 e mais anos) aumentava com a capacidade económica dos mesmos. Em Portugal um estudo de Paula Santana (2002) demonstrou que os idosos com melhores condições de habitação são mais saudáveis e usam os serviços de saúde de forma mais regular.

Apesar de todos estes ganhos, vivemos hoje uma época de enfraquecimento dos direitos conquistados, de retração de políticas públicas, de privatização de bens e serviços públicos. Paralelamente, vivenciamos uma época de glorificação do

¹ No Reino Unido, país no qual as desigualdades entre os mais pobres e mais ricos não é das mais elevadas, a esperança de vida saudável, livre de incapacidade entre esses dois grupos é de 17 anos (Marmot, 2010 citado em Berhan, 2013, p. 276)

individual, em que se perde ou difunde os sentimentos de pertença que poderiam permitir lutas e conquistas coletivas. Com base nessas preocupações procurei, neste capítulo, apresentar algumas pistas para a reflexão e discussão da intervenção como estratégia que contrarie essa realidade, através do ressurgimento de ação politizada do e na intervenção social.

2. O atual cenário de perdas de direitos

As diversas conquistas do Estado Social através das diferentes políticas públicas, do Sistema Nacional de Saúde, de um sistema de Segurança Social universal permitiram garantir um certo patamar de qualidade de vida na população idosa. Para compreender a importância dos apoios sociais basta verificar os dados sobre as transferências dos apoios sociais – a taxa de risco de pobreza antes de qualquer transferência social era, em 2016, de 45,2%, após as transferências das pensões diminuía para 23,6% e após a transferência sociais para 18,3% (PORDATA, 2018).

No entanto, nas últimas décadas, muitas destas conquistas foram abaladas como consequência da denominada crise do Estado Social. A crise deste tipo de Estado iniciada na década 70 do século passado – mais tarde em Portugal, já que esse tipo de Estado foi implementado (ou quase implementado)² apenas no período pós-revolucionário – acabou por se “cristalizar” como um “estado em crise” até aos dias de hoje. São várias as dimensões afetadas, já que se tratou de uma transformação profunda na economia e no modo de regulação social. Um dos

² As características *sui generis*, a mescla de diferentes atributos na proteção social, bem como a singularidade da sociedade portuguesa, dão ao país um quadro único que Santos (1990, 1993) denominou de “*Quase Estado-Providência*”, ou seja, de uma aplicação parcial deste tipo de Estado.

principais campos de mudança ocorreu no mundo do trabalho, nomeadamente com a generalização do desemprego de longa e de “longuíssima” duração, a precariedade do trabalho, a “institucionalização” de formas atípicas de trabalho, a alternância constante entre trabalho e desemprego, e formas de trabalho financiado e apoiado, entre outras. Manifestações de uma “*nova questão social*” (Castel, 1998) e de uma “*sociedade de risco*” (Beck, 1994) com impactos (ainda incalculáveis), quer individuais – no bem-estar social e na qualidade de vida dos cidadãos –, quer coletivos – com o questionamento do Estado Social e da relação entre trabalho e proteção social.

As perdas do Estado Social colocaram em causa a perspectiva da idade avançada como um momento em que seria possível reprogramar a vida, com mais tempo para o lazer, para atividades de satisfação e realização pessoal. Com efeito, para Pereirinha et al. (1999) a crise do Estado Social não só coloca em causa a ligação entre trabalho e proteção social, mas configura igualmente uma crise de valores e dos próprios direitos sociais, que deixam de ser promovidos e garantidos pelo Estado. Trata-se de uma “*(...) crise do pensamento igualitário e democrático*” que “*(...) traz no seu bojo propostas reduccionistas na esfera da proteção social*” (Yazbek, 1995, p. 11). Neste cenário, implementa-se um movimento de diminuição, cessação e/ou afunilamento das políticas públicas, nomeadamente, das políticas sociais. Substitui-se políticas sociais universais ou tendencialmente universalizantes, acentuando “*uma tendência para a retração, dando maior ênfase aos deveres, aumentando a seletividade e fornecendo uma maior moralização dos problemas sociais*” (Rodrigues et al., 2005:165).

Esta retração dos patamares de proteção social, com o alastramento da lógica de “condição de recurso” e da terciarização da proteção social, dá lugar a um clima de medo e insegurança,

afeta a democracia e a atitude dos cidadãos que ficam na incerteza perante os consecutivos atropelamentos dos direitos sociais. Um ambiente de desconfiança que permitem a transformação da percepção sobre os idosos na sociedade, com diversos discursos que colocam as pensões e os gastos elevados com saúde como fatores fundamentais do risco e insustentabilidade do sistema de Segurança Social e do Sistema de Saúde público. Discursos que potenciam uma luta (mesmo que simbólica) entre pensionista e trabalhadores, entre eles (os idosos) e os outros³, de modo a fundamentar algumas das soluções drásticas que se operaram com a perda de direitos sociais para essa população.

Esta transformação de universalidade em individualização permite a responsabilização individual pelos problemas e soluções. Assistimos na atualidade a difusão nos meios de comunicação social e nos produtos e serviços “vendidos” aos idosos, a um movimento de privatização da velhice (Debert, 1999) e a responsabilização individual pela mesma. Situação que afeta de forma dramática a população mais vulnerável e pobre, incapaz de garantir durante a sua vida ativa uma proteção individual (monetária) para a velhice e incapaz de com as poucas pensões o garantir quando já é velho.

Trata-se, igualmente, de uma tentativa para fundamentar a ideia que a intervenção do Estado levaria ao desencorajamento da auto-proteção e ao desinvestimento do apoio (e responsabilidade) da família pelos seus membros mais velhos. Transformam uma responsabilidade coletiva em responsabilidades individuais (e familiares) e legitimam a redução de despesas com serviços e apoios sociais e a devolução à comunidade – ou melhor às

³ Exemplo disso são os idadismo ou etarismo (Centeio, 2006), termo que caracteriza o preconceito e a conseqüente discriminação a pessoas de mais idade.

famílias nomeadamente às mulheres – da responsabilidade pelo cuidado dos mais velhos. Veja-se o exemplo do programa *community care* que no Reino Unido a partir dos anos 80⁴ permitiu uma redução dos gastos públicos com apoio médico e social e favoreceu os cuidados familiares (Martin, 1995).

Esta tendência para o individualismo contemporâneo na qual o indivíduo é forçado a “*criar e gerir, não apenas a sua própria biografia, mas os laços e as redes que a rodeiam*” (Beck; Beck-Gernsheim, 2003, p. 4) põe em perigo a noção de cidadania aliada a um projeto coletivo de bem-estar e justiça social e legitima a ideia do envelhecimento como um perigo social abrindo espaços para leitura moralizadoras (Thompson, 1998) que colocam em causa o contrato social entre gerações.

3. Transformando a intervenção: o idoso como sujeito político

A crise do Estado Social, para além das consequências expressas no ponto anterior, criou o espaço fértil para a alienação e destruição das formas de participação social e política dos trabalhadores e da população em geral. A crise desse tipo de Estado assentou, grosso modo, na crise do regime *fordista*. Um regime de acumulação baseado na produção segundo a conceção *taylorista* e na assimilação maciça por parte dos trabalhadores da lógica de consumo por meio da partilha dos ganhos de produtividade, quer diretamente pelo aumento do salário direto, quer indiretamente através dos benefícios sociais característicos do Estado Social. Trata-se do compromisso social-democrático

⁴ Perspetiva alinhada com as ideias hegemónicas que o país vivia na altura com o governo de Margaret Thatcher e a defesa dos ideais neoliberais.

conquistado pela classe trabalhadora que embora tenha permitido a sua integração nos processos sociais e políticos levou, também, ao progressivo abandono da sua capacidade reivindicativa e a uma transformação do campo político, com a gradual alienação das pessoas das diferentes formas de manifestação política e social e de representação democrática (Santos, 1991).

Nota-se a existência de um desinteresse mútuo quer do sistema político e partidário português em relação ao eleitorado, quer do eleitorado que apresenta uma tendência para a abstenção e afastamento da vida política e partidária do país (à exceção das situações de fidelidade eleitoral). Nos últimos 30 anos a abstenção nas eleições em Portugal tem crescido consideravelmente: *“Em 1980, 16% do eleitorado absteve-se. Em 2005, esse valor tinha mais que duplicado, atingindo 36% do eleitorado”* (Torres; Antunes, 2007, p. 98). Estes números aumentam em 2011 para 41,9% e nas eleições de 2015 bateram o recorde de 44,1% (PORDATA, 2015).

Este é terreno fértil para a legitimação das desigualdades sociais e destruição da solidariedade entre gerações, com a revogação de direitos que aparentemente seriam irrevogáveis. Situação que para ser contrariada necessita, entre outros ímpetus, de uma modificação na forma de se ver e fazer a intervenção social, que encare os indivíduos como sujeitos políticos e não como (meros) objetos da intervenção.

Escolhemos a categoria do sujeito pois permite dar aos indivíduos protagonismo, transformá-los em atores políticos, sociais, culturais, em agentes de transformação social, conscientes da sua identidade, do seu papel, da sua história. É um sujeito que faz parte (e sente essa pertence) de uma classe social e, por isso, se transforma em ator coletivo, em sujeito político, capaz de uma ação consciente de luta pelos direitos.

Note-se que a intervenção social baseada nos processos de educação, com inspiração nos métodos de Paulo Freire, centrou-se, no decorrer da década de 90 do século passado, nos processos de empoderamento (empowerment) através do incitamento para o desenvolvimento de potencialidades dos indivíduos e das comunidades para os habilitar para a garantia da sua subsistência. Embora se trate de um processo de enorme importância, o objetivo de incentivar o pensamento crítico e reflexivo dos sujeitos foi-se deslocando para uma ação “habilitadora” de competências de sobrevivência. Por outras palavras, o cerne era um processo de empoderamento do qual emergem sujeitos capazes de garantir a sua (e a do grupo) sobrevivência, de garantir a capacidade dos indivíduos e grupos se integrarem numa sociedade de risco, mas deixava escapar os processos de luta contínua e de indignação.

Uma intervenção social focada nos sujeitos políticos resgata a indignação, a consciencialização de que as mudanças sociais podem ocorrer de baixo para cima, através da organização e da participação da população. Esta forma de trabalho, proposta por Paulo Freire (1979, 1980, 1987), implica de todo o profissional um engajamento social e político com a luta pela justiça e igualdade, com a luta pelos direitos sociais.

Com efeito, a participação como ato político é o caminho para a transformação da intervenção social. Como refere Yazbek (2014, p. 680) *“na política social, a luta contra a pobreza toma o lugar da luta de classes. A perspectiva é de desenvolvimento dos “ativos” dos pobres, desconsiderando os fatores estruturais da pobreza, atribuindo a responsabilidade da pobreza aos próprios pobres”*. Não consciencializar os sujeitos da sua responsabilidade na participação, na reivindicação pelos seus direitos, no protagonismo político que poderão ter é uma forma de despolitização dos direitos sociais. Se a intervenção social não luta por esse

espaço ficará, é uma questão de tempo, com funções de gestão de riscos, com uma ação despolitizada isenta de posições e com o objetivo de reproduzir (com base na coesão) as desigualdades sociais existentes (Marques, 2016).

Novamente nas palavras de Yazbek (2014, p. 681) *“compreender que a prática profissional do Serviço Social é necessariamente polarizada pelos interesses das classes sociais em relação, não podendo ser pensada fora dessa trama (...) Trazendo essa tese para o exercício profissional em sua contemporaneidade estamos tratando das disputas políticas no espaço das políticas sociais, mediações centrais no exercício da profissão. Estamos tratando das disputas políticas na esfera pública e nas lutas sociais em seus impactos sobre as relações sociais. Estamos tratando da questão de construção de hegemonia, na condução dos serviços sociais e das necessidades que atendem, bem como dos direitos que asseguram, não apenas como questão técnica, mas como questão essencialmente política, lugar de contradições e resistência”*.

Devido à referida falta de participação popular que caracteriza as atuais sociedades é fundamental o desenvolvimento de espaços de consciencialização crítica, na qual os idosos se constituam como sujeitos e não como objeto.

Deste modo são diversos os desafios que se colocam aos profissionais: i) modificar as práticas quotidianas nas instituições de modo a reposicionar o idoso na instituição como sujeito, criando mecanismo de participação real dos idosos na decisão das suas vidas e da vida institucional; ii) apoiar as diversas formas de luta, de participação, de resistência dos idosos, numa articulação estreita com os movimentos sociais e partidos políticos que lutem pelos seus direitos; iii) estimular e consciencializar os idosos da necessidade de integrarem a vida social como sujeitos políticos com voz, com cidadania e com espaço para se afirmarem como

tal; iv) reconstruir o Serviço Social como profissão que assume coletivamente as lutas e resistências das populações, em especial dos mais vulneráveis.

Considerações finais

Como nos lembra Faleiros (2013, p. 44) o idoso deve ser concebido como um *“sujeito político de direitos implicado na e pela reestruturação econômica, familiar, social, política e nas dimensões pessoais e biológicas”*, para o efeito o autor considera *“fundamental que as pessoas idosas se organizem e se manifestem socialmente, tanto na esfera dos partidos políticos e dos movimentos sociais, como na reivindicação do seu lugar social”*.

Procura-se uma ação capaz de denunciar a mercantilização dos direitos sociais dos idosos e a propaganda que evoca a responsabilização individual dos idosos pelos riscos associados ao envelhecimento. Deste modo, para além de travar a perda de direitos e a retração do Estado Social⁵, esta ação poderá contribuir para a conquista de direitos que permitam uma melhor qualidade de vida aos idosos de hoje e das gerações futuras. Toda esta ação resultará, também, numa melhoria da autoimagem e do reconhecimento social dos idosos, pelo acesso à expressão pública e sua, consequente, capacidade de representação.

⁵ Essa situação possui um impacto que ultrapassa os idosos, afetando também a sua família já que, desde o adensar da crise de 2008, muitas famílias foram obrigadas a viver na dependência econômica (e em muitos casos habitacional) dos seus pais (idosos) que assumem o sustento da família mais alargada com as suas pensões. Os idosos que até aí recebiam apoio dos descendentes tornam-se um porto de abrigo para muitas famílias e foram, em muitos casos, os ascendentes a garantir a subsistência das famílias.

Esta forma de intervenção social poderá contribuir para a desconstrução da imagem dos idosos como uma massa individual de indivíduos e para colaborar com a construção de um coletivo organizado que participa na luta pelos seus direitos.

O processo que vivenciamos de despolitização do social – que retira a legitimidade de grupos que pretendem denunciar a violação dos direitos sociais e as desigualdades sociais – é acompanhado, como referimos, pela “*desresponsabilização social*” do Estado (Faleiros, 1999), legitimando intervenções sociais despolitizadas, moralizadora e individualizada. É, assim, essencial retomar a politização do coletivo e das políticas sociais e o Serviço Social assume um papel essencial nessa politização, através de práticas emancipatórias e anti-opressivas, integradas num projeto ético-político que permita repolitizar o próprio Serviço Social. Para Faleiros esta perspectiva para além de fortalecer a cidadania permite uma “*(...) articulação da dimensão política com a dimensão de serviços, não se reduzindo o Serviço Social, nem a relações psicológicas nem a relações burocráticas para acesso a determinados benefícios*” (1999, p. 169).

Com esta aproximação ao tema espero ter deixado alguns pontos de reflexão e discussão, que permitam ao Serviço Social construir uma prática que, como refere Gadotti (2014, p. 56) numa explicação sobre as práticas de Paulo Freire, transforme “*(...) “massa” amorfa em “povo” participante*”.

Bibliografia

Beck, U. (1994). The Reinvention of Politics: Towards a theory of reflexive modernization. In U. Beck, A. Giddens, S. Lash (orgs.). *Reflexive modernization*.

- Politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Oxford: Blackwell Publishers, pp. 1-55.
- Beck, U; Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización – El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós.
- Berhan, M. (2013) “Ser Pobre, Ser-se Pobre. Reflexão crítica sobre os números da pobreza”. In Raquel Varela (coord.). *A Segurança Social é sustentável*. Lisboa: Bertrand Editora. pp. 275-287.
- Castel, R. (1998). *As Metamorfoses da Questão Social: Uma Crónica do Salário*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Centeio, L. (2006). “Envelhecimento e Barreiras da Idade no Emprego”. In *Protecção Social, Cadernos Sociedade e Trabalho*, nº VII. pp. 179-198.
- Costa, B. (coord.) (2008). *Um Olhar sobre a Pobreza. Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Gradiva.
- Debert, G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp/Faspep.
- Faleiros, V. P. (1999). “Os desafios do serviço social na era da globalização”. In *Serviço Social & Sociedade*, v. 20, nº 61, p. 153-187.
- Faleiros, V. P. (2013). “Autonomia relacional e cidadania protegida: Paradigma para envelhecer bem”. In Maria Irene Carvalho (coord.). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Freire, P. (1979). *Educação e Mudança*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (1980). *Conscientização: Teoria e Prática da Libertação – Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gadotti, M. (2014). “Alfabetizar e politizar. Angicos, 50 anos depois”. In *Foro de Educación*, v.12, n.16, pp. 51-70.
- Glendinning, C. (2009). *Combining choice, quality and equity in social services. Synthesis report: Peer Review in Social Protection and Social Inclusion*. Denmark. EU.

- INE (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque*. Lisboa: INE.
- Marques, J. (2016). *Itinerário de uma política : olhares sobre o rendimento social de inserção no concelho de Aveiro*. Tese de Doutoramento em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Lusíada de Lisboa.
- Mendes, F.; Duarte-Ramos, F.; Barros, H.; Ferreira, P.; Gaspar, R. Santana, R. (2018). “Meio caminho andado”. *Relatório Primavera 2018*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em <http://opss.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>.
- Pereirinha, J. et al. (1999). *Exclusão Social em Portugal: Estudo de Situações e Processos de Avaliação das Políticas Sociais: Relatório de Investigação*. Lisboa: CISEP/ CESIS.
- Rodrigues, F.; Constantin, T.; Hoven, R.; Nunes, M. (2005). *Pobreza e Perpectivas Europeias*. Frankfurt: Peter Lang
- Santana, P. (2002). “Poverty, social exclusion and health in Portugal”. *Social Science & Medicine*, Volume 55, Issue 1, pp. 33-45. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953601002180>
- Santos, B. (1990). O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: O caso das Políticas de Saúde. In Boaventura Sousa Santos. *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1998)*. Porto: Afrontamento. pp. 193-266.
- Santos, B. (1991). “Subjectividade, Cidadania e Emancipação”. In *Revista Critica de Ciencias Sociais n.º 32*. pp. 135-191.
- Santos, B. (1993). O Estado, as Relações Salariais e o Bem-estar Social na Semi-periferia: O caso português. In Boaventura Sousa Santos (org.). *Portugal: Um Retrato Singular*. Porto: Afrontamento. pp. 15-56.
- Thompson, E. (1998). *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Companhia das letras.
- Torres, A.; Antunes, M. (2007). *O Regresso dos Partidos*. Lisboa: Âncora Editora.
- Tubeuf, S.; Jusot, F. (2011). “Social health inequalities among older Europeans: the contribution of social and family background”. *The European Journal*

- of Health Economics, vol. 12(1), pp. 61-77. Disponível em <https://ideas.repec.org/a/spr/eujhec/v12y2011i1p61-77.html>.
- UNFPA e HelpAge (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Disponível em https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf.
- Yazbeck, M. (1995). A Política Social brasileira nos anos 90: refilantropização da Questão Social. In *Cadernos ABONG n° 11*.
- Yazbeck, M. (2014). “A dimensão política do trabalho do assistente social”. In *Serviço Social & Sociedade*. n° 120, pp. 677-693.

BIBLIOGRAFIA GERAL

- AARP (2010). Home and Community preferences of the 45+ population. Retrieved 23 de Novembro 2017. <https://assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf>
- Adams, G. R., & Taylor, E. M. (2015). Friendship and happiness in the third age. In: M. Demir (Ed.), *Friendship and happiness: across the Life-Span and Cultures* (pp. 155-169). New York, NY: Springer Netherlands.
- Aguirre, R. (2008). El Futuro del cuidado. In I. Arriagada (ed.), *Futuro para las Familias y Desafíos para las Políticas*. Serie Seminarios y Conferencias. Santiago de Chile: CEPAL.
- Alarcão, M. (2015). Família e sistemas envolventes. In O. M. Fernandes e C. Maia (coord.), *A família portuguesa no século XXI* (pp.121-132). Lisboa: Parsifal.
- Albertini, M. e Mencarini, L. (2011). Childlessness and support networks in later life: a new public welfare demand? Evidence from Italy. Carlo Alberto Notebooks, 200. Online in: www.carloalberto.org/working_papers.
- Alley, D., Liebig, P., Pynoos, J., Banerjee, T. e Choi, I.H. (2007). Creating Elder-Friendly Communities: preparations for an aging society. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1-2),1-18.
- Amaro, A. (2015). A holistic mindfulness. *Mindfulness*, 6, 63-73. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0382-3>
- Andrade, F.F. (2009). Desfamiliarização das políticas sociais na América Latina: uma breve análise dos sistemas de proteção social na região. *Barbarói*, 31, 56-71.

- Antonucci, T.C. e Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42(5), 519-527.
- Antunes, B. (2014). The Cartesian moment and the contemplative turn: Reshaping epistemology. Comunicação apresentada no Summer Research Institute, Mind & Life Europe, 23-29 Agosto, Fraueninsel, Chiemsee.
- Areán, P. A., Alvidrez, J., Barrera, A., Robinson, G. S., & Hicks, S. (2002). Would older medical patients use psychological services?. *The Gerontologist*, 42(3), 392-398.
- Arias, C.J. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147-158.
- Attias-Donfut, C. e Ogg, J. (2009). Évolution des transferts intergénérationnels: vers un modèle européen?. *Retraite et société*, 58, 11-29.
- Attias-Donfut, C. Lapierre, N. e Segalen, M. (2002). *Le nouvel esprit de famille*. Paris: Odile Jacob.
- Atzmon, G. (2010). Genetic variation in human telomerase is associated with telomere length in Ashkenazi centenarians. *PNAS*, 107(1), 1710-1717.
- Balandier, G. (1986). *Sens et puissance*. Paris: PUF.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, 49, 123-135.
- Bazo, M.T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85.
- Bengtson, V. L., Lowenstein, A., Putney, N. M., & Gans, D. (2003). Global aging and the challenge to families. In V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and challenges to families* (pp. 1-24). New York: Aldine de Gruyter.
- Bengtson, V., Rosenthal, C., & Burton, L. (1990). Families and ageing: diversity and heterogeneity. In R. H. Binstock & L. K. George (eds.) *Handbook of aging and the social sciences* (3.^a edição, pp. 263-287). San Diego: Academic Press.

- Berkman, L.F. e Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Bernabei, R., Landi F., Gambassi G., Sgadari A., Zuccala, G., Mor V., Rubenstein, L.Z., & Carbonin, P.U. (1998). Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *British Medical Journal*, 316, 1348-1351.
- Black, D. S., O'Reilly, G. A., Holmstead, R., Breen, E. C., & Irwin, M. R. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances. *JAMA International Medicine*, 175(4), 494-501.
- Bloom, M. e Monro, A. (2015). Social Work and the aging family. *The Family Coordinator*, 21(1), 103-115.
- Brandt, M. e Deindl, C. (2016). Support Networks of Childless Older People in Europe: An Analysis with the Data of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Online in*: <http://paa2014.princeton.edu/papers/143298>.
- Brick, Y. (2011). Aging in Place in Israel. *Global Ageing*, 7(2), 5-16.
- Bris, H. J-L. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social. *Online In* <http://www.ces.pt/download/600/RespFamDepIdosos.pdf>.
- Brown, E., Kaiser, R., & Gellis, Z. D. (2008). Screening and assessment of late-life depression in home health care: Issues and challenges. *Annals of Long Term Care*, 15(1), 27-32.
- Burholt, V. e Dobbs, C. (2014). A support network typology for application in older populations with a preponderance of multigenerational households. *Ageing & Society*, 34, 1142-1169.
- Bury, M., & Holme, A. (1991). *Life after ninety*. London. Routledge.
- Cabral, M.V. (coord.), Ferreira, P.M., Silva, P.A., Jerónimo, P. e Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal – Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Cagnin, S. (2009). Neuropsicologia Cognitiva e Psicologia Cognitiva: O que o estudo da cognição deficitária pode nos dizer sobre o funcionamento cognitivo normal? *Psicologia em Pesquisa*, 3(1), 16-30.
- Campos, M.S. e Mioto, R.C.T. (2003). Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. *Ser Social*, 12, 165-190.
- Candy, P. C. (1991). *Self-direction for lifelong learning*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 74, 113-131. DOI:10.7458/spp2014743203.
- Carroll, K.M., & Nuro, K.F. (2002). One size cannot fit all: a stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 396-406.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. e Charles, S.T. (1999). Taking time seriously a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-18.
- Carvalho, M.C.B. (2010). Famílias e políticas públicas. In A.R. Acosta e M.A.F. Vitale (orgs.). *Família – Redes, laços e políticas públicas* (pp. 267-275, 5.^a edição). São Paulo: CEDPE, PUC-SP: Cortez.
- Castel, R. (2003 [1995]). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário* (4.^a edição). Petrópolis: Vozes.
- Cochran, M. (1991). Personal social networks as a focus of support. In D. G. Unger & D. R. Powell (Eds.), *Families as nurturing systems: Support across the life span* (pp. 45-67). New York: The Haworth Press.
- Conselho Económico e Social (2013). Parecer de Iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população. Lisboa, Portugal. *Online in:* http://www.ces.pt/download/1335/FINAL_Parecer%20Envelhecimento_aprovado%20em%20Plenario.pdf.
- Cornwell, B., Laumann, E. O., e Schumm, L. F. (2008). The Social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review*, 73(2), 185-203.

- Costa, A.B. (2004). *Exclusões sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Creswell, J. D. et al. (2012). Mindfulness based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized control trial. *Brain, Behavior and Immunity*, 26, 1095-1101. doi: 10.1016/j.bbi.2012.07.006
- Crowther, M. R. et al. (2002). Rowe and Khan's model of successful aging revisited: Positive spirituality – the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620.
- Daatland, S. O. (2003). Quality of life and ageing. In M. L. Johnson (Ed.), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 371-377). Cambridge: University Press.
- Daatland, S.O. e Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the Family-Welfare State balance. *European Journal of Ageing*, 2, 174-182. DOI: 10.1007/s10433-005-0001-1.
- Dabas, E. (2006). Vivendo redes. In E. Dabas (comp.). *Vivendo redes – experiências y estratégias para fortalecer la trama social* (pp. 23-33). Buenos Aires: FUNDARED, CICCUS.
- Daniel, F., Ribeiro, A.M., e Guadalupe, S. (2011). Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário. In A.D. Carvalho (coord.), *Solidão e solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais* (pp. 73-85). Porto: Edições Afrontamento.
- Davidson R. J., Kabat-Zinn J, Schumacher J., et al. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- De Martino, M. S. (2001). Políticas sociales y familia: estado de bienestar y neoliberalismo familiarista. *Revista Fronteras*, n. 04, p.103-144.
- Delgado, A. e Wall, K. (coord.) (2014). *Famílias nos Censos 2011 Diversidade e Mudança*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística e Imprensa de Ciências Sociais.
- Delors, J., & Colaboradores (1996). *Educação, um tesouro a descobrir: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições ASA.

- Depp, C. A., Vahia, I. V., & Jeste, D. V. (2012). Successful aging. In S. K. Whithourne, & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 459-476). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Depp, C. A., Vahia, I. V., & Jeste, D. V. (2012). Successful aging. In S. K. Whithourne, & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of adulthood and aging* (pp. 459-476). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Díez-Cirarda M, Ojeda N, Peña J, Cabrera-Zubizarreta A, Gómez-Beldarrain MÁ, Gómez-Esteban JC, Ibarretxe-Bilbao N. (2015). Neuroanatomical Correlates of Theory of Mind Deficit in Parkinson's Disease: A Multimodal Imaging Study. *PLoS One*,10(11):e0142234. doi: 10.1371/journal.pone.0142234. eCollection 2015.
- Dingemans, E., & Henkens, K. (2015). How do retirement dynamics influence mental well-being in later life? A 10-year panel study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 41(1), 16-23. Doi:10.5271/sjweh.3464
- Direção Geral da Saúde (2015). *A saúde dos portugueses: Perspetiva 2015*. Lisboa: DGS.
- Doubova, S.V., Pérez-Cuevas, R., Espinosa-Alarcón, P., Flores-Hernández, S. (2010). Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*, 10, 104 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/104>.
- Duarte, R. (2017). O impacto da HIT (Homecounseling Intervention Therapy) na Promoção da Qualidade de Vida e na Diminuição da Sintomatologia Depressiva em Pessoas Idosas. Tese de mestrado integrado em Psicologia Clínica (não publicada). FPCE.UC.
- Earl, J. K., Gerrans, P., & Halim, V. A. (2015). Active and adjusted: Investigating the contribution of leisure, health and psychosocial factors to retirement adjustment. *Leisure Sciences*, 37, 354-372. Doi: 10.1080/01490400.2015.1021881
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Epel, E. (2012). How “reversible” is telomeric aging? *Cancer Prevention Research*, 5, 1163-1168. doi:10.1158/1940-6207.CAPR12-0370

- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin J, Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *101*, 17312-17315.
- Erera, P.I. (2002). *Family Diversity. Continuity and change in the contemporary family*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, A-R., Lopes, H., Petrovski, A. V., Rahnema, M., & Ward, F. C. (1972). *Apprendre à être*. Paris: UNESCO.
- Fernandes, A.A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, *36*, 39-52.
- Fernandes, L. (2006). *Psicoterapias no idoso*. In Firmino, H., Psicogeriatrics (pp.133). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fernandes, M. M. G. C. (2014). *Depressão, qualidade de vida em idosos institucionalizados* (Master's thesis).
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Jubilación y salud. *Humanitas. Humanidades médicas*, *37*, 1-23.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Possibilities and limitations of age. In A. L. Oliveira (Coord.), C. M. Vieira, M. P. Lima, L. Alcoforado, S. M. Ferreira & J. A. Ferreira, *Promoting conscious and active learning and ageing: How to face current and future challenges?* (pp. 25-74). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0732-0 http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook/E-book_Promoting
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (E.B.E.P.). In M. R. Simões, L. S. Almeida & M. M. Gonçalves (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 111-121). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática Psicológica com Pessoas Idosas: Uma Leitura Substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria*. CHPL – Hospital Júlio de Matos, *XXII*, (3),1-24.

- Ferrera, M. (2000). *O futuro da Europa social: repensar o trabalho e a protecção social na nova economia*. Lisboa: Celta, Presidência Portuguesa da União Europeia.
- Field, D. e Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43(4), 100-106.
- Figueira, A. P. & Paixão., R. (in press). REHACOG. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=3741233>
- Figueiredo, D., Sousa, L., & Lima, M. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes: rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2), 47-60.
- Fonseca, A.M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra: Almedina.
- Frade, C. e Coelho, L. (2015). Surviving the crisis and austerity: The coping strategies of Portuguese households. *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 22(2), 631-664.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised individuals. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 41.
- Franzoni, J.M. (2007). *Regímenes del bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina. *Online in*: <http://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT11.pdf>.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24, 675-691.
- Gard, T., Holtzer, B. K., & Lazar, S. W. (2014). The potential effect of meditation on aged-related cognitive decline: A systematic review. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307, 89-103.
- Geiger, P. J., et al. (2016). Mindfulness-based interventions for older adults: A review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 7, 296-307.
- Giannella, E. e Fischer, C.S. (2016). An inductive typology of egocentric networks. *Social Networks*, 47, 15-23. DOI: 10.1016/j.socnet.2016.02.003.

- Gil, A.P.M. (2009). Conciliação entre vida Profissional e vida familiar: o caso da dependência. Lisboa: Núcleo de Estudos e Conhecimento, Instituto de Segurança Social. *Online in:* http://www.seg-social.pt/documents/10152/135827/conciliacao_vida_profissional_familiar/2d308149-a66d-4075-bbaa-2eb95869c677.
- Gil, A.P.M. (2010). *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Ginn, J. e Arber, S. (1996). «Mera conexión». Relaciones de género y envejecimiento. In S. Arber e J. Ginn (org.). *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico* (pp. 17-34). Madrid: Narcea.
- Global AgeWatch (2015). *Global AgeWatch Index*. (www.globalagewatch.org).
- Goldin P. R., Gross J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion* 10, 83-91. doi: 10.1037/a0018441
- Gomes, J. F. (1971). A “Pampaedia” de Coménio. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, V, 39-62.
- Gonçalves, C. D., & Oliveira A. L. (2013). Reflections from a study about wisdom with students from a senior university. In A. L. Oliveira et al. (Coord.), *Promoting conscious and active learning and ageing: How to face current and future challenges?* (pp. 113-127). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0732-0 http://www.uc.pt/imprensa_uc/catalogo/ebook/E-book_Promoting
- Gondo, Y., & Poon, L.W. (2007). Biopsychosocial approaches to longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 129-149.
- Grundy, E. (2005). Reciprocity in relationships: socio-economic and health influences on intergenerational exchanges between Third Age parents and their adult children in Great Britain. *British Journal of Sociology*. 56(2), 233-55. DOI: 10.1111/j.1468-4446.2005.00057.x.
- Grundy, E. e Tomassini, C. (2003). El apoyo familiar de las personas de edad, en Europa: contrastes e implicaciones. *Notas de Población*, 77, 219-250.

- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede: Serviço Social, sistémica e redes de suporte social* (2.^a edição). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guadalupe, S. (2017). “As redes de suporte social informal em Serviço Social: as redes sociais pessoais de idosos portugueses nos processos de avaliação diagnóstica em respostas sociais” [Tese de Doutoramento em Serviço Social] Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Escola de Sociologia e Políticas Públicas e CIES, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
- Gutierrez, J., & Isaacson, R. S. (2013). Prevention of cognitive decline. In L. D. Ravdin & H. L. Katzen (eds.), *Handbook of the neuropsychology of aging and dementia* (pp. 167-192). LLC: Springer Science.
- Ham-Chande, R., Ybáñez-Zepeda, E. e Torres-Martínez, A.L. (2003). Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México. *Notas de Población*, 77, 71-102.
- Hespanha, P. (1993). Vers une société-providence simultanément pré- et post-moderne. *Oficina do Centro de Estudos Sociais*, 38. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Hespanha, P., Ferreira, S., e Pacheco, V. (2013). O Estado social, crise e reformas. In Observatório das Crises e das Alternativas (org.). *Anatomia da crise: identificar os problemas para construir alternativas* (pp. 161-249). Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Ho, N. S. P., Sun, D., Ting, K-H, Chan, C. C. H., & Lee, T. M. C. (2015). Mindfulness Trait Predicts Neurophysiological Reactivity Associated with Negativity Bias: An ERP Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 15, 1-15.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ... Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 11-17.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43.

- Jarvis, P. (2001a). O futuro da educação de adultos na sociedade de aprendizagem. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35(1), 41-66.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Onde quer que eu vá* (C. Rodriguez, Trad.). Porto: Oficina do Livro.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 281-306.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Why paying attention is so supremely important. *Mindfulness*, 6, 1484-1486.
- Kahana, E. (2001). Institutionalization. In G.L. Maddox (Ed.), *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed.). New York: Sage.
- Knight, B. G., & Poon, C. (2008). Contextual Adult Life Span Theory for Adapting Psychotherapy with Older Adults. *Journal of Rational-Emotional and Cognitive-Behavioral Therapy*, 26, 232-249.
- Kok, B. E., & Singer, T. (2017). Phenomenological fingerprints of four meditations: Differential state changes in affect, mind-wandering, meta-cognition, and interoception before and after daily practice across 9 months of training. *Mindfulness*, 8, 218-231. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0594-9>
- Krout, J.A. (1985). Relationships between informal and formal organizational networks. In W.J. Sauer e R.T. Coward (eds.). *Social support networks and the care of the elderly* (pp. 178-195). New York: Springer.
- Kuyper, J. e Bengtson, V. (1973). Social breakdown and competence. A model of normal aging. *Human Development*. 16(3), 181-201.
- Labouvie-Vief, G. (2005). The Psychology of emotions and ageing. In M. Johnson, V. Bengtson, P. Coleman, & T. KirDeath (Eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press (pp. 229-236).
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology*, 50B, P285-P291.

- Lazar, S. W. et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16, 1893-1897.
- Leandro, M.E. (2011). Laços familiares em questão: antinomias nas sociedades hipermodernas. In M.E. Leandro (coord.). *Laços familiares e sociais* (pp. 95-115). Viseu: Psicossoma.
- Leandro, M.E. e Ferreira, L. (2011). Os laços sociais em questão. Metamorfoses sociais, metamorfoses de uma noção. In M.E. Leandro (coord.), *Laços Familiares e sociais* (pp. 27-57). Viseu: Psicossoma.
- Leandro-França, C., Murta, S. G., Hershey, D. S., & Martins, L. B. (2016). Evaluation of retirement planning programs: A qualitative analysis of methodologies and efficacy. *Educational Gerontology*, 42 (7), 497-512. Doi: 10.1080/03601277.2016.1156380
- Lesemann, F. e Martin, C. (1995). Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um “Welfare-Mix”. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 17, 115-139.
- Li, T e Zhang, Y. (2015). Social network types and the health of older adults: Exploring reciprocal associations. *Social Science & Medicine*, 30(130), 59-68.
- Lima M.P., Silva, C., Carvalho, M.M., & Fernandes, D. (2014). Providing home counseling for older adults: Benefits and challenges. *Revista de Saúde Pública*, 48 (nº esp.), 75.
- Lima, M. P. & Silvério, L. (2015). *Programa manualizado de prestação de apoio psicológico ao domicílio: Homecounseling Intervention Therapy*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P. (2006). Posso participar?: Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos. Lisboa: Ambar.
- Lima, M. P. (2012). *Intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas*. Relatório da disciplina de Intervenção Psicoterapêutica em Adultos Idosos, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.

- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 165-183. DOI http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_45-1_9f
- Litwin, H. (1995a). *Unrooted in old age: soviet Jews and their social networks in Israel*. Westport, CT: Praeger.
- Litwin, H. (1995b). The social networks of elderly immigrants: An analytic typology. *Journal of Aging Studies*, 9(2), 155-174.
- Litwin, H. (1997). The network shifts of elderly immigrants: The case of Soviet Jews in Israel. *Journal of CrossCultural Gerontology*, 12, 45-60.
- Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist*, 41(4), 516-24. DOI: 10.1093/geront/41.4.516 PMID: 11490050.
- Litwin, H. e Landau, R. (2000). Social network type and social support among the old-old. *Journal of Aging Studies*, 14(2), 213-228.
- Litwin, H. e Shiovitz-Ezra S. (2011). Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *Gerontologist*, 51, 379-88. DOI: 10.1093/geront/gnq094 PMID: 21097553.
- Lopes, J. A., Cruz, M. C., Mathur, S. R., Quinn, M. M. & Rutherford Jr., R. B. (2006). *Competências Sociais, Aspectos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios.
- Lubben, J. & Grionda, M. (2003). Measuring social networks and assessing their benefits. In: Phillipson C, Allan G, & Morgan D (Eds.). *Social networks and social exclusion*: 20-49. Hants, England: Ashgate.
- Luders, E., Cherbuin, N., & Gaser, C. (2016). Estimating brain age using high-resolution pattern recognition: Younger brains in long-term meditation practitioners. *Neuroimage*, 134, 508-513.
- Maia, L. Correia, C. & Leite, R. (2007). *Manual Prático de Avaliação & Intervenção Neuropsicológica – Estudos de casos e instrumentos*. Covilhã: Éditos Prometaicos.
- Marques, J. (2008). A reconfiguração do estado-providência. *Gestão e Desenvolvimento*, 15-16, 105-119.

- Martin, C. (1995). Os limites da protecção da família – introdução a uma discussão sobre as novas solidariedades na relação Família-Estado. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, 53-76.
- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of in-home cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7(2), 154-166.
- McPherson, M. Smith-Lovin, L. e Brashears, M.E. (2006). Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. *American Sociological Review*, 71(3), 353-375.
- Meadle, M. L., & Park, D. C. (2009). Enhancing cognitive function in older adults. Chodzko-Zajko, W. C., Kramer, A. F., & Poon, L. W. *Enhancing cognitive functioning and brain plasticity* (pp. 35-47; vol. 3). Champaign: Human Kinetics.
- Melkas, T. e Jylhä, M. (1996). Social network characteristics and social network types among Elderly People in Finland. In H. Litwin (Ed.), *The social network of older people: a cross national analysis* (pp. 99-116). Westport, CT: Praeger.
- Mello, J.D.A., Durme, T.V., Macq, J., Declercq, A. (2012). Intervention to delay institutionalization of frail older persons: design of longitudinal study in the home care setting. *BMC Public Health*, 12, 615.
- Melo, A. et al. (1998). *Uma aposta educativa na educação para todos. Documento de estratégia para o desenvolvimento da educação de adultos*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Mestheneos, E. (2011). Ageing in place in the European Union. *Global Ageing*, 7(2), 17-23.
- Mioto, R.C.T. (2008). Família e políticas sociais. In I. Boschetti, E. Behring, R.C.T. Mioto e S.M.M. Santos (Orgs.). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas* (pp.130-148). São Paulo: Cortez.
- Moral, J.C.M., Miguel, J.M.T. e Pardo, E.N. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez através de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49(6), 408-414.

- Morone, N.E., Lynch, C.S., Greco, C.M., Tindle, H.A., & Weiner, D.K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: Qualitative narrative analysis of diary entries. *Journal of Pain, 9*, 841-848.
- Mugford, S. e Kendig, H. (1986). Social relations: Networks and ties. In H. Kendig (ed.). *Ageing and families: A social networks perspective* (pp. 38-59). Sydney: Allen and Unwin.
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ, 304*(6829), 749-754.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science, 6*(1), 10-17.
- Nações Unidas (2017). Sustainable Development Goals. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2016/leaving-no-one-behind>.
- NeuroLab-Neurologia de los Trastornos Medicos Severos, REHACOP: Programa integral de rehabilitación cognitiva en Psicosis, Acedido em: <http://neurolab.deusto.es/rehacop-programa-integral-derehabilitacion-cognitiva-en-psicosis/>
- Nunes, R. (2015). Ética e família. In O.M. Fernandes e C. Maia (coord.). *A Família portuguesa no século XXI* (pp. 39-50). Lisboa: Parfisal.
- OCDE/OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2012). *The Future of Families to 2030*. OECD Publishing. DOI:10.1787/9789264168367-en.
- Ojeda N., Peña J., Bengoetxea E, García A., Sánchez P., Segarra R. C, Ezcurra J., Gutiérrez Fraile M., Eguíluz J.I. C. (2012). REHACOP: Programa de Rehabilitación Cognitiva en Psicosis. *Revista de Neurología, 54*(6), 337-342.
- Oliveira, A. L. (Coord.), Vieira, C. M., Lima, M. P., Alcoforado, L., Ferreira, S. M., & Ferreira, J. A. (2013), *Promoting conscious and active learning and ageing: How to face current and future challenges?* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. ISBN: 978-989-26-0732-0.
- Oliveira, A. L., & Antunes, B. M. G. (2014). A pedagogia contemplativa no ensino superior: Para uma abordagem completa ao que o ser humano

- convoca. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 48(2), 43-60. http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_48-2_3
- Oliveira, A. L., & Cruz, A. C. (2015). O papel do sentido da vida e do mindfulness na compreensão do bem estar de alunos de Universidades Seniores. *Exedra*, 61-78. <http://www.exedrajournal.com/wp-content/uploads/2016/02/Cap4.pdf>
- Oliveira, A.L., Vieira, C., Lima, M.P., Nogueira, S., Alcoforado, L., Ferreira, J.A., & Zarifis, G. (2011). Developing instruments to improve learning and development of disadvantage seniors in Europe: The paladin project. In Pixel (Ed.), *Conference proceedings of the International Conference The Future of Education* (vol. 1, pp. 268-274). Florence: Simonelli Editore.
- Olsen, O., Iversen, L. e Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science & Medicine*, 32, 767-771.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS.
- Pacheco, J. A. (2011). *Discursos e lugares das competências em contextos de educação e formação*. Coleção Panorama. Porto: Porto Editora.
- Paixão, M. P., Silva, J. T., & Oliveira, A. L. (2014). Perspectives on guidance and counselling as strategic tools to improve lifelong learning in Portugal. In G. K. Zarifis & M. Gravani (Eds.), *Challenging the 'European Area of Lifelong Learning': A critical response* (pp. 167-176). London: Springer. ISBN 978-94-007-7298-4; DOI 10.1007/978-94-007-7299-1
- Park, S. Smith, J. e Dunkle, R E. (2014). Social network types and well-being among South Korean older adults. *Aging & Mental Health*, 18(1), 72-80. DOI: 10.1080/13607863.2013.801064.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15.
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. e Fonseca, A. (coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-41). Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Payne, M. (2014). Redes sociais em Serviço Social. In M.I. Carvalho e C. Pinto (coords.), *Serviço Social: Teorias e práticas* (pp. 181-204). Lisboa: Factor.
- Pedroso, J. e Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família. As mudanças do acesso ao direito e à justiça de família e das crianças em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, 53-83.
- Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., García-Gorostiaga, I., Gomez-Beldarrain, M. A., Díez-Cirarda, M., & Ojeda, N. (2014). Improving functional disability and cognition in Parkinson disease Randomized controlled trial. *Neurology*, 83(23), 2167-2174.
- Pereira, M. (in press). Transtornos Neurocognitivos – Leve e Maior. *Manual de formação para educadores, módulo do programa REHACOG*. Tese de Mestrado Integrado a apresentar à FPCE.UC.
- Phillipson, C., Bernard, M., Phillips, J. e Ogg, J. (2001). *The family and community life of older people. Social networks and social support in three urban areas*. London and New York: Routledge.
- Pickut, B. A., Hecke, W. V., Kerckhofs, E., Marien, P., Vanneste, S., Cras, P., & Parizel, P. M. (2013). Mindfulness based intervention in Parkinson's disease leads to structural brain challenges on MRI: A randomized control longitudinal trial. *Clinical neurology and neurosurgery*, 115, 2419-2425.
- Pimentel, L. (2012). Cuidar de pessoas idosas dependentes: as interseções entre a esfera pública e a esfera privada. *Rediteia*, 45, 67-77.
- Pimentel, L. (2015). As pessoas idosas e os seus contextos familiares: convite a um olhar diferente. In O.M. Fernandes e C. Maia (coord.). *A Família portuguesa no século XXI* (pp. 171-178). Lisboa: Parfisal.
- Portugal, S. (2011). Dádiva, família e redes sociais. In S. Portugal e P.H. Martins (org.). *Cidadania, políticas públicas e redes sociais* (pp. 39-53). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Portugal, S. (2014). *Famílias e redes sociais. Ligações fortes na produção de bem-estar*. Coimbra: Almedina.

- Rana, N. (2015). Mindfulness and loving-kindness meditation: A potential tool for mental health and subjective well-being. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(2), 189-196.
- REHACOP. https://www.google.pt/search?biw=1366&bih=651&q=rehacop&oq=rehacop&gs_l=psyab.3..35i39k112j0i30k112.5025.7741.0.8227.3.3.0.0.0.0.123.353.0j3.3.0....0...1.1.64.psy-ab..0.3.350...0j0i10k1.178Qd5BFrJU
- Rejeski, W. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48(2), 135-141.
- República Portuguesa (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025). Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial* (Despacho n.º12427/2016). República Portuguesa: DGS/SNS.
- Rios, L., & Fraguera, J. A. G. (2007). *La psicología en la intervención social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rioseco, H.R., Quezada, V.M., Ducci, V.M.E. e Torres, H.M. (2008) Cambio en las redes sociales de adultos mayores beneficiarios de programas de vivienda social en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(3), 147-53.
- Rodin, G. (2009). Individual psychotherapy for the patient with advanced disease. In: *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*, 2nd Ed. Chochinov, H.M., & Breitbart, W. (eds). Oxford: Oxford University Press.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Saggar, M. et al. (2015). Mean-field thalamocortical modeling of longitudinal EEG acquired during intensive meditation training. *Neuroimage*, 114, 88-104.
- Sánchez, P., Peña, J., Bengoetxea, E., Ojeda, N., Elizagárate, E., Ezcurra, J., Gutiérrez, M. (2014) Improvement in negative symptoms and functional outcome after new generation cognitive remediation program (REHACOP): A randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 707-15.
- Santos, B.S. (1995). Sociedade-Providência ou autoritarismo social? [editorial]. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 42, i-vii.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44. DOI: 10.1177/0958928709352540.

- Sarti, C. (2010). Famílias enredadas. In A.R. Acosta e M.A.F. Vitale (orgs.). *Família – Redes, laços e políticas públicas* (pp. 22-38, 5.^a edição). São Paulo: CEDPE, PUC-SP, Cortez Editora.
- Schnettler, S. e Wöhler, R. (2015). No children in later life, but more and better friends? Substitution mechanisms in the personal and support networks of parents and the childless in Germany. *Ageing and Society, CJO*, 1-25. DOI:10.1017/S0144686X15000197.
- Schnittker, J. (2007). Look (closely) at all the lonely people: age and the social psychology of social support. *Journal of Aging and Health*, 19, 659-82.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(sup), 243-253.
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19(2), 169-174.
- Sharpley, C. F. (2010). A review of the neurobiological effects of psychotherapy for depression. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 47(4), 603.
- Siegel, D. J. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: Norton & Company.
- Silva, P.A. (2002). O modelo de welfare da Europa do sul – Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 38, 25-59.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice: Um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2006). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica*, 42, 25-43.
- Simões, A. (2011). Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem sucedido? *Psicologia, Educação e Cultura*, XV(1), 7-28.
- Simões, A., Ferreira, J. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos, A. P., & Oliveira, A. L. (2000). O bem-estar subjectivo: Estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, IV(2), 243-279.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., Oliveira, A., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A., Felizardo, S., & Sousa, L. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: Um estudo experimental. *Psychologica — especial: Envelhecimentos*, 42, 115-131.

- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C. M. C., Oliveira, A. L., Alcoforado, J. L., & Ferreira, J. A. (2009). O sentido da vida: Contexto ideológico e abordagem empírica. *Psychologica*, *51*, 101-130. DOI:http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_51_8
- Sluzki, C.E. (1996). *La red social: frontera de la practica sistematica*. Barcelona, Gedisa Editorial.
- Sluzki, C.E. (2000). Social network and the elderly: conceptual and clinical issues, and a family consultation. *Family Process*, *39*(3), 271-284.
- Smith, A. (2004). Clinical uses of mindfulness training for older people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *32*, 423-430.
- Sorocco, K. H., & Lauderdale, S. (2011). *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings*. New York: Springer Pub. Co, 391-416.
- Sorrell, J. M. (2015). Meditation for Older Adults: A New Look at an Ancient Intervention for Mental Health. *Journal of Psychosocial Nursing*, *53*(5), 15-19.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. (2004). *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. EUROFAMCARE.
- Sousa, L. e Figueiredo, D. (2007). *Supporting family carers of older people in Europe – The national background report for Portugal*. Hamburg: Lit Verlag.
- Sousa, L. Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Specht, H. (1986). Social support, social networks, social exchange, and Social Work practice. *Social Service Review*, *60*(2), 218-240.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, *8*(3), 91-98.
- Thiyagarajan, J.A., Prince, M. e Webber, M. (2014). Social support network typologies and health outcomes of older people in low and middle income countries – A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *International Review of Psychiatry*, *26*(4): 476-485.
- To-Miles, F. Y. L., & Backman, C. L. (2016). What telomeres say about activity and health: A rapid review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *83*(3) 143-153. DOI: 10.1177/0008417415627345

- Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health. Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.
- UN – United Nations (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain. New York: UN. *Online in:* http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf.
- UN – United Nations (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. *Online in:* http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf.
- Valle, J. e Garcia, A. (1994). Redes de apoio social em usuarios del servicio de ayuda a domicilio de la tercera edad. *Psicothema*, 6(1), 39-47.
- Vasconcelos, P. (2002). Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Análise Social*, XXXVII(163), 507-544.
- Vasconcelos, P. (2005). Redes sociais de apoio. In K. Wall (Org.). *Famílias em Portugal* (pp. 599-631). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Vaz Serra, A. (2002). O stress na vida de todos os dias. Coimbra. Ed do autor. ISBN 972-95003-2-0.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 246-252.
- Vicente, H.T. (2010). *Família multigeracional e relações intergeracionais: Perspectiva sistémica* [Tese de doutoramento]. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.
- Vicente, H.T. e Sousa, L. (2012). Relações intergeracionais e intrageracionais: A matriz relacional da família multigeracional. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(2), 99-117.
- Vieira, D. (2017). Perturbações do Espetro do Autismo – Módulo de psicoeducação para o programa REHACOG. Tese de Mestrado Integrado apresentada à FPCE.UC.

- Vilar, M., Sousa, L., Firmino, H. & Simões, M. (2016). Envelhecimento e qualidade de vida. In H. Firmino; M. Simões & J. Cerejeira (Coords.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 19-43). Lisboa: Lidel.
- Volpi, R. (2007). *La fine della famiglia. La rivoluzione di cui non ci siamo accorti*. Milano: Mondadori.
- Wallace, B. A. (2007). *Contemplative science: Where Buddhism and neuroscience converge*. New York: Columbia University Press.
- Wenger, G.C. (1991). A network typology: from theory to practise. *Journal of Aging Studies*, 5(2), 147-162.
- Wenger, G.C. (2009). Childlessness at the end of life: evidence from rural Wales. *Ageing & Society*, 29, 1243-1259. DOI: 10.1017/S0144686X09008381.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Williams, F. (2010). *Repensar as famílias*. Lisboa: Principia.
- World Health Organization Quality of Life Group/WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the WHO. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- World Health Organization/WHO (2011). *Active Ageing: Report. Special Eurobarometer. European Commission*. Geneva: WHO.
- Yang, J. A., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333-346.
- Yazbeck, M.C. (2001). Pobreza e exclusão social: expressões da questão social. *Temporalis*, III(3), 33-40.
- Zarit, S. H., & Leitsch, S. A. (2001). Developing and evaluating community based intervention programs for Alzheimer's patients and their caregivers. *Aging & Mental Health*, 5(2), 84-98.

NOTA BIOGRÁFICA DOS AUTORES:

Albertina Lima de Oliveira

Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e investigadora do Centro de Estudos Interdisciplinares (CEIS20) da mesma universidade. Psicóloga e doutorada em Ciências da Educação. Autora de diversos livros, artigos e capítulos de livros sobre educação, potenciação do bem-estar e qualidade de vida de pessoas adultas e idosas. Formadora certificada de Mindfulness pelo Centre for Mindfulness Research and Practice da University of Bangor (Reino Unido). Introduziu a disciplina de Educação para o Mindfulness no plano de estudos da Licenciatura em Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, na última revisão curricular.

Clara Cruz Santos

Clara Cruz Santos (P.hD) é professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. É coordenadora do mestrado em intervenção social, Inovação e empreendedorismo (MISIE) e da Licenciatura em Serviço Social da mesma instituição. Possui publicações e trabalho desenvolvido nas áreas de Risco Social e de Serviço Social. É investigadora em projetos de investigação nacionais e internacionais

focados na análise das políticas e práticas sociais nas áreas da Proteção Social e Pensamento Crítico. É coordenadora do Observatório de Cidadania e Intervenção Social (OCIS) da FPCEUC.

Helena Reis Amaro da Luz

Professora Auxiliar Convidada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutora em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa (ISEG-UL). Doutoranda em Serviço Social no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). Mestre em Economia e Política Social pelo ISEG-UL e Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra. Investigadora associada do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa (CICS.NOVA). Investigadora do Observatório da Cidadania e da Intervenção Social (OCIS/FPCEUC). Investigadora e autora de publicações e artigos científicos nos domínios da Economia Social, Intervenção Social, Gerontologia e Políticas Sociais, sendo coordenadora da recente obra publicada pela PACTOR, intitulada *Políticas Sociais em Tempos de Crise: Perspetivas, Tendências e Questões Críticas*.

Henrique Testa Vicente

Psicólogo Clínico e Psicoterapeuta. Licenciado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (2002). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Aveiro (2010). Professor Auxiliar convidado no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), onde leciona unidades curriculares da Licenciatura em Psicologia e do Mestrado em Psicologia Clínica (área de especialidade

em Psicoterapia Psicodinâmica). Coordenador do Grupo de Investigação “Bem-estar, Saúde e Envelhecimento” do Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE). Coordenador do Núcleo João dos Santos do ISMT.

Isabel Cerca Miguel

Professora Auxiliar no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. É, desde 2010, Doutorada em Psicologia Social pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Docente nos domínios da psicologia social, psicologia do desenvolvimento do adulto e do idoso, psicogerontologia, intervenção familiar, intervenção para o envelhecimento ativo. É autora de várias publicações e artigos científicos nacionais e internacionais e é revisora convidada de revistas científicas nacionais e internacionais. É membro do Instituto de Desenvolvimento Humano Portucalense.

Jacqueline Ferreira Marques

Assistente Social, Professora Auxiliar na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Doutorada em Serviço Social pelo Instituto de Superior de Serviço Social de Lisboa – Universidade Lusíada de Lisboa, Mestre e licenciada em Serviço Social, em 2003 e 1997 respetivamente. Leciona nos domínios da Política Social, Serviço Social e Políticas Sociais e metodologias de intervenção, com publicações e trabalho desenvolvido nas áreas das Políticas Sociais Públicas, medidas de combate a pobreza e exclusão social e governança do território.

Joana Guerra

Professora Auxiliar convidada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Doutorada

em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Leciona diversas disciplinas nos domínios do Serviço Social e Política Social, com publicações e trabalho desenvolvido nas áreas de intervenção das políticas de saúde. É investigadora em projetos de investigação nacionais e internacionais focados na análise das políticas sociais públicas nas áreas da Saúde, Proteção Social e Educação.

Margarida Pedroso de Lima

Psicóloga, Mestre em Psicologia da Educação e Doutorada em Psicologia do Desenvolvimento, exerce funções de Professora Associada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, onde lecciona disciplinas de psicologia do desenvolvimento e de intervenção na idade adulta.

As suas áreas de interesse vão para a intervenção desenvolvimental e terapêutica com grupos e para a investigação sobre os factores promotores de bem-estar na idade adulta avançada. É autora de vários livros como o ‘Posso Participar’ e ‘Envelhecimentos’ e de programas de intervenção como o HIT.

Mónica Alexandra Vidal Teixeira

Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Serviço Social do Porto onde leciona na área da Gerontologia Social.

Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Miguel Torga, possui formação especializada, mestrado e doutoramento na área da Gerontologia realizados na Universidade de Aveiro. Em 2017 obteve o título de especialista na área de Trabalho Social e Orientação pelo Instituto Politécnico de Leiria.

Frequenta o Pós-doutoramento em Gerontologia, no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, sob a orientação da Prof^a Doutora Liliana Sousa e cuja temática é “Modelos colaborativos com pessoas Idosas”.

Na sua experiência como formadora e docente destacam-se os seguintes momentos: Entre 2000 e 2006 foi formadora no Instituto Superior Miguel Torga no qual lecionou diversas formações sobre idosos e entre 2005 e 2007 foi docente das Pós-Graduações de Gerontologia Social. Na Universidade de Aveiro colaborou nas unidades curriculares de Estágio em Gerontologia, Prática Profissional em Gerontologia e na unidade curricular Atividade Física e Mental, na categoria de Assistente Convidada entre 2005 a 2014.

Sónia Guadalupe

Assistente social. Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra (1995). É mestre em Família e Sistemas Sociais pelo Instituto Superior Miguel Torga (2000), doutorada em Saúde Mental pela Universidade do Porto (2009) e doutorada em Serviço Social pelo ISCTE-IUL (2017).

Professora Auxiliar no Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra. Coordenadora da licenciatura (1.º ciclo) em Serviço Social no ISMT. Professora na licenciatura e mestrado em Serviço Social, e no ramo de especialidade em Terapias Familiares e Sistémicas do mestrado em Psicologia Clínica.

Foi presidente da Associação de Estudantes do Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra (1993/1994). Foi vice-presidente da Associação dos Profissionais de Serviço Social (2008-2015).

Editora-chefe da Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social.

Investigadora sobre a temática das redes de suporte social em populações vulneráveis. Investigadora do CEISUC (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra) e colaboradora do CEPES (Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade).

Clara Cruz Santos (P.hD) é professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. É coordenadora do mestrado em intervenção social, Inovação e empreendedorismo (MISIE) e da Licenciatura em Serviço Social da mesma instituição. Possui publicações e trabalho desenvolvido nas áreas de Risco Social e de Serviço Social. É investigadora em projetos de investigação nacionais e internacionais focados na análise das políticas e práticas sociais nas áreas da Proteção Social e Pensamento Crítico. É coordenadora do Observatório de Cidadania e Intervenção Social (OCIS) da FPCEUC.

Mónica Alexandra Vidal Teixeira é licenciada em Serviço Social pelo Instituto Miguel Torga (1998), possui formação especializada, mestrado e doutoramento na área da Gerontologia realizados na Universidade de Aveiro. Em 2017 obteve o título de especialista na área de Trabalho Social e Orientação pelo Instituto Politécnico de Leiria.

A sua experiência profissional atual desenvolve-se como diretora de serviços de Instituição Particular de Solidariedade Social onde é responsável pelas respostas sociais ligadas à infância, juventude e terceira idade.

Na Universidade de Aveiro colaborou na Licenciatura em Gerontologia nas unidades curriculares: Prática Profissional em Gerontologia e Atividade Física e Mental. No Instituto Superior de Serviço Social do Porto lecionou, como professora auxiliar convidada, no curso de Gerontologia Social.

9 789892 617879



SÉRIE

PESSOAS E CONTEXTOS

PSICOLOGIA
CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
SERVIÇO SOCIAL

1 2



9 0



IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS