

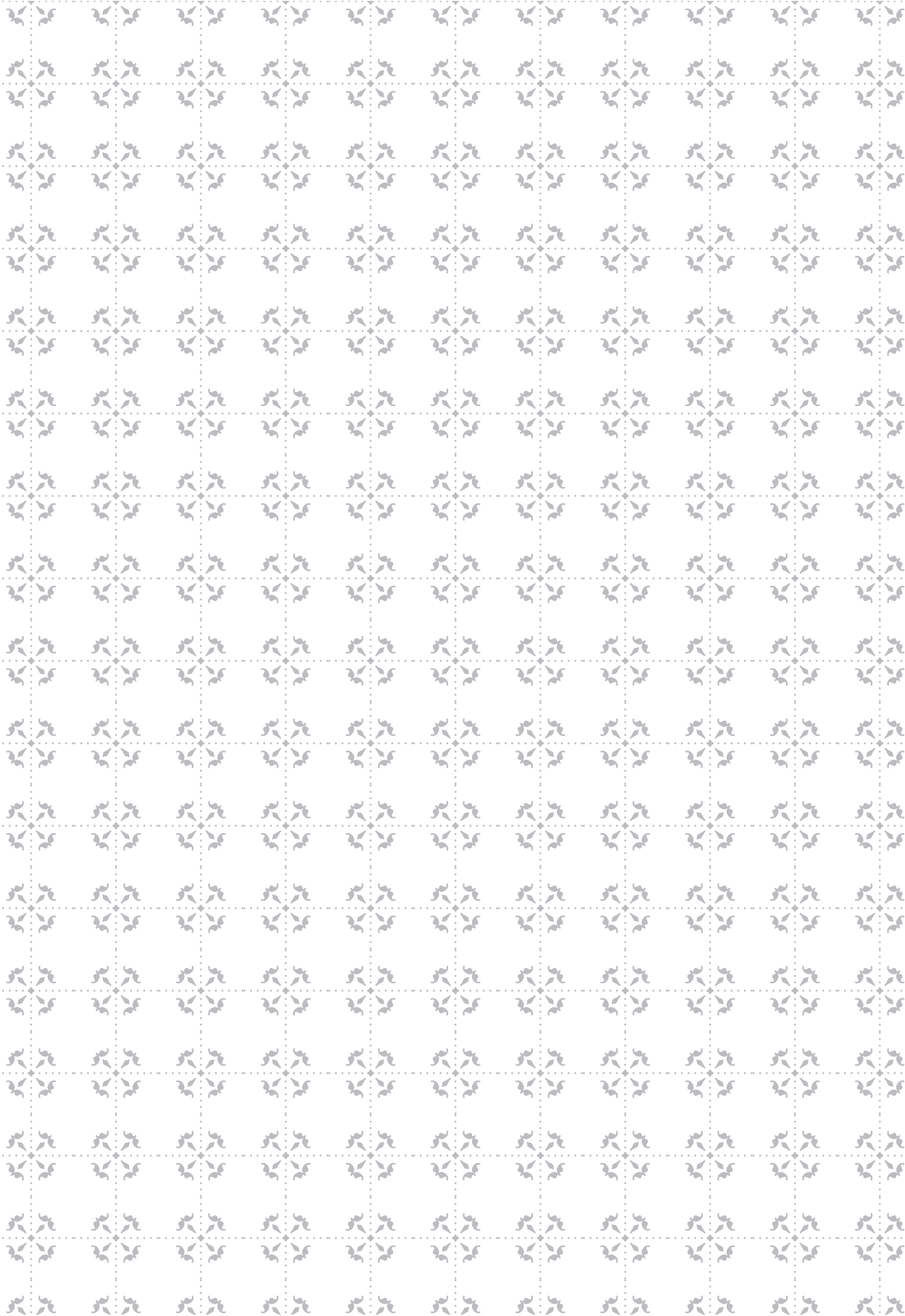
Aurízia Anica
Carolina de Sousa
(eds.)

ENVELHECIMENTO ATIVO E EDUCAÇÃO (II)



UAlg

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
EDITORA



FICHA TÉCNICA

Título: Envelhecimento Ativo e Educação (II)

Coordenação: Aurízia Anica e Carolina de Sousa

Edição: Universidade do Algarve Editora
1ª Edição

Local de Edição: Faro

Data de Edição: 2020

Design: Miguel Guerreiro

Fotografias:

1ª, 2ª e 3ª fotos – Fernando Ricardo

1º prémio do Concurso de Fotografia Vitor Reia Batista (CFVRB)

4ª foto – Aurízia Anica, submetida e aceite ao CFVRB

5ª foto – Equipa do Projeto Meia de Conversas, submetida e aceite ao CFVRB

Impressão: Secção de Reprodução Documental da Universidade do Algarve

ISBN: 978-989-9023-14-7 (versão impressa)

ISBN: 978-989-9023-15-4 (versão eletrónica)

Depósito Legal: 504935/22

Endereço Eletrónico: <http://hdl.handle.net/10400.1/14848>

DOI: <https://doi.org/10.34623/hhjb-v954>



© Universidade do Algarve

Campus de Gambelas

8005-139 Faro

Portugal

Reservados todos os direitos



ÍNDICE

PREFÁCIO	9
INTRODUÇÃO	13
PARTE 1 - PERSPETIVAS DO ENVELHECIMENTO ATIVO	
1. <i>Dimensiones psicológicas y existenciales en el envejecimiento activo</i>	21
2. <i>Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo Biomédico versus Abordagens Psicossociais</i>	31
3. <i>Florescimento e boas práticas de envelhecimento ativo na comunidade</i>	45
PARTE 2 - QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS A PESSOAS IDOSAS	
4. <i>Qualidade de vida dos idosos no concelho de Alcoutim</i>	61
5. <i>Envelhecer entre dois mundos: Qualidade de vida e direitos em estruturas residenciais</i>	75
6. <i>O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve</i>	91
PARTE 3 - ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO	
7. <i>Atividade Física, Alimentação e Perceção da Qualidade de Vida em Idosos com Diabetes Mellitus</i>	109
8. <i>Caracterização do estado nutricional dos utentes de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e de um Centro de Dia</i>	121
9. <i>Atividade Física e adesão à Dieta Mediterrânica: estudo em idosas hipertensas</i>	131

PARTE 4 - ENVELHECIMENTO: MEMÓRIAS, REPRESENTAÇÕES E ARTES

10. <i>Entre o Esperado e o Vivido - uma aproximação sociológica à “prova” da Crise e da Austeridade nas pessoas idosas.</i>	147
11. <i>Memórias Musicais em Pessoas Idosas. Estudo de Caso</i>	155
12. <i>De la Música a la Musicoterapia. Origen, Evolución y Aplicaciones en Mayores en el Territorio Peninsular.</i>	167
13. <i>Aplicación de la Música en Actividades Sociales de Ocio en Asociaciones para Mayores de la Región del Algarve.</i>	181
14. <i>De pequenota se torce a velhota - Representações sociais do envelhecimento (in)ativo na literatura para a infância.</i>	191

PARTE 5 - EDUCAÇÃO E ENVELHECIMENTO ATIVO

15. <i>Reconhecer e Valorizar o Saber Experiencial dos Adultos-Idosos: Contributos da Pedagogia-Andragogia Participativa</i>	209
16. <i>Promoção de Atitudes Positivas face ao Envelhecimento através da Internet</i>	229
17. <i>El Aula de la Experiencia de la Universidad de Huelva: la Educación Permanente a lo largo de la vida.</i>	239
18. <i>Comunicación para el ocio: propuestas de los estudiantes para el envejecimiento activo y la participación social</i>	247
19. <i>Educación y envejecimiento activo: Vivir en plenitud y aprender a lo largo de la vida</i>	253

ABSTRACTS	265
----------------------------	-----

CONSIDERAÇÕES FINAIS	277
---------------------------------------	-----



PREFÁCIO

O ano de 2019 foi profícuo em iniciativas que pretenderam marcar os 40 anos da criação da Universidade do Algarve (UALg).

Uma das marcas da história desta Universidade prende-se com a internacionalização, em consonância com as características da região em que foi criada esta Instituição de Ensino Superior.

Esta particularidade, em articulação com o reconhecimento da excelência da investigação realizada em diversas áreas científicas, tem-se manifestado através da realização frequente de congressos internacionais.

Assim, no âmbito das comemorações dos 40 anos da Universidade do Algarve e em linha com o slogan destas, “UALg – 40 anos a criar futuro”, foi dado ênfase à realização destes congressos, procurando contribuir para fazer o balanço da investigação desenvolvida em diversos domínios científicos, lançar linhas de investigação inovadoras e permitir o incremento de redes de colaboração internacionais com uma participação relevante da UALg.

A II Conferência Internacional Envelhecimento Ativo e Educação (IICIEAE) foi uma das conferências que se destacou no âmbito destas comemorações e da qual resultou a publicação do livro que agora se apresenta, intitulado Envelhecimento Ativo e Educação (II), coordenado pelas Professoras Aurízia Anica e Carolina de Sousa, as quais escrevem, respetivamente, a Introdução e as Considerações Finais, com importantes reflexões em torno desta temática.

Esta obra de 275 páginas integra dezanove capítulos, contando com a participação de cerca de quatro dezenas de autores. Uma grande parte deles docentes e investigadores da UALg, em particular da ESEC, mas também doutras universidades portuguesas e estrangeiras, nomeadamente de Espanha, sendo sete dos capítulos deste livro escritos em espanhol, expressando a perspetiva de internacionalização e a rede de colaborações da UALg neste domínio científico. Além disso, todos os capítulos apresentam resumos e palavras-chave em inglês, permitindo uma maior internacionalização desta obra.

Destaque ainda para as belas imagens fotográficas que aparecem em diversas páginas deste livro, as quais haviam sido submetidas ao Concurso de Fotografia Vítor Reia Batista.

O envelhecimento ativo é um tema bastante atual e pertinente, nomeadamente tendo em conta as alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas, verificando-se um grande aumento no índice de envelhecimento da população portuguesa, situado nos 161,3% em 2019, quando em 2000 era de 98,8%.

A UAIG tem acompanhado as preocupações em torno desta temática, quer ao nível da investigação produzida, quer no plano da formação prestada, com destaque para o Mestrado em Gerontologia Social, existente há mais de uma década nesta Universidade.

Destacando-se o contributo da educação para a promoção de formas de envelhecimento mais positivas, a abordagem é interdisciplinar, com contributos de várias áreas científicas.

A perspetiva é a de que o envelhecimento não deve ser considerado apenas numa etapa da vida, mas sim como um processo natural que ocorre ao longo de toda a vida.

Os capítulos distribuem-se por cinco partes, Perspetivas do envelhecimento ativo (Parte 1), Qualidade dos serviços prestados a pessoas idosas (Parte 2), Atividade física e alimentação (Parte 3), Envelhecimento: memórias, representações e artes (Parte 4) e Educação e envelhecimento ativo (Parte 5), permitindo uma análise global do fenómeno do envelhecimento ativo.

Aborda desde temas amplos, como “Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo Biomédico versus Abordagens Psicossociais”, a temas mais específicos, como “Qualidade de vida dos idosos no concelho de Alcútem”, conciliando capítulos de abordagem mais teórica com capítulos baseados em estudos empíricos.

Trata-se de uma obra da maior relevância científica e social, com interesse para os estudantes e investigadores neste domínio, mas também para todos os que se interessam pelos processos e fatores que podem permitir o envelhecimento saudável e com qualidade de vida, na perspetiva de que é importante não apenas procurar ter mais anos de vida, mas sobretudo ter mais vida nos anos.

Saúl Neves de Jesus

*Vice-reitor para a Educação e Cultura entre 2018-21
Coordenador da Comissão para as Comemorações dos 40 anos da UAIG*



INTRODUÇÃO

AURÍZIA ANICA¹

A II Conferência Internacional Envelhecimento Ativo e Educação (IICIEAE) realizada no âmbito das comemorações do 40º Aniversário da Universidade do Algarve, em setembro de 2019, constituiu um marco no percurso de mais de uma década de ensino e investigação da Gerontologia Social nesta instituição. O tema tratado, que dá continuidade a temas de publicações anteriores desta universidade, justificou-se pela complexidade e múltiplas dimensões do processo de envelhecimento e pelo facto de este constituir um dos maiores desafios do nosso tempo², requerendo contributos interdisciplinares atualizados. Pretendeu-se, nesta linha, destacar o contributo da Educação na promoção de modos mais positivos de envelhecer, desiderato concebível no contexto da construção de uma sociedade mais democrática, em que as políticas e as práticas de inclusão são chamadas a dar resposta a aspetos específicos relacionados com a transformação demográfica e social contemporânea.

A proposta consistiu, em primeiro lugar, na discussão do conceito de envelhecimento ativo e de outros conceitos correlacionados, num esforço de síntese e reflexão teórica e crítica atualizada. Em segundo lugar, propôs-se a análise de importantes dimensões - sociais, individuais, institucionais e culturais - implicadas no processo de envelhecimento humano, a partir de estudos empíricos inéditos. Em terceiro lugar, colocou-se o foco no papel da educação na construção de uma sociedade mais equilibrada e amiga das pessoas em processo de envelhecimento.

Os resultados das investigações apresentados na IICIEAE e os debates desenvolvidos, a partir daí, em torno dos eixos problemáticos acima indicados propiciaram a publicação da presente obra, na qual se incluem também imagens submetidas ao *Concurso de Fotografia Vitor Reis Batista* que integrou as atividades da referida conferência. Não podemos deixar de reafirmar, neste momento, o nosso agradecimento a todas as instituições e individualidades que participaram ou apoiaram estas atividades³. A presente publicação está redigida predominantemente em português e espanhol, sendo composta por dezanove capítulos organizados em cinco partes, as quais reúnem a colaboração de cerca de quatro dezenas de autores.

1 Universidade do Algarve/Instituto de Estudos de Literatura e Tradição - Patrimónios, Artes e Culturas. E-mail: aanica@ualg.pt

2 A título de exemplo veja-se o índice de envelhecimento da população portuguesa que saltou de 98,8% em 2000 para 161,3% em 2019 (Fonte: PORDATA, dados de 15-6-2020. Disponível na WEB: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>).

3 Identificamos, aqui, por uma questão de espaço, apenas as instituições que apoiaram e financiaram a organização da IICIEAE: Câmara Municipal de Faro, Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, Instituto de Segurança Social de Faro, Região de Turismo do Algarve e Universidade do Algarve.

Este livro desenvolve-se em torno de cinco eixos temáticos. Na primeira parte, oferecem-se perspetivas do envelhecimento ativo e discutem-se as condições de promoção do mesmo. **E. Lópiz** aborda as dimensões psicológicas e existenciais do envelhecimento para demonstrar que a «atividade emerge de forma natural» nos mais idosos. Daqui se infere que na relação com as pessoas idosas as atitudes ou estratégias de cariz autoritário ou paternalista devem ser substituídas pelas atitudes e estratégias solidárias, de cooperação e de dinamização, no sentido de se criarem os ambientes que favorecem as naturais inclinações para «o conhecimento, o autodesenvolvimento, a auto transcendência, a necessidade de amor ou a motivação para a autorrealização».

J. Gaudêncio discute o contributo das perspetivas teóricas multidimensionais de inspiração psicossocial para uma visão holística e mais positiva do envelhecimento, quer este seja entendido como processo quer como resultado, face às perspetivas biomédicas, analisando as grandes linhas de evolução do conceito de envelhecimento bem-sucedido nas últimas quatro décadas. **M. Faria** salienta a necessidade de promover o «ageing in place», de «criar estruturas de apoio e empoderamento dos mais velhos» e de «melhorar a qualidade das respostas sociais e de saúde», propostas que, se anteriormente se justificavam, tornaram-se indispensáveis no contexto da pandemia de Covid 19, na qual se desvelaram publicamente as fragilidades dessas respostas.

A segunda parte deste livro é dedicada à qualidade dos serviços prestados a pessoas idosas quer na comunidade quer nas instituições. **S. Gomes et al.** estudaram as perceções da qualidade de vida das pessoas idosas não institucionalizadas residentes em um dos concelhos do interior algarvio de mais baixa densidade, Alcoutim. Os resultados revelaram que o envelhecimento neste concelho proporciona qualidade de vida aos seus residentes, estando esta positivamente associada às seguintes variáveis: relações vicinais, ambiente, acessibilidades, participação social e serviços de saúde. Ao invés, **L. Grácio & A. Bugalho** estudaram a qualidade de vida e os direitos experienciados por pessoas idosas institucionalizadas, tendo concluído que os resultados «evidenciam fragilidades em diversas dimensões da qualidade de vida, participação e direitos bastante condicionados e domínio de práticas assistencialistas», aconselhando, portanto, a mudanças no papel, liderança e organização das estruturas residenciais. O estudo de **S. Manuel et al.** aborda a formação dos cuidadores formais nas instituições da região do Algarve. Os resultados indicam que, embora a formação seja considerada fundamental pelos responsáveis, a mesma é mais frequente na área funcional do que nas áreas do desenvolvimento pessoal e profissional, situação que sugere a necessidade de implementar novas estratégias de gestão dos recursos humanos neste setor.

A terceira parte desta obra é dedicada à atividade física e alimentação. **C. Costa et al.** estudaram os hábitos de atividade física, adesão à dieta mediterrânica e perceção da qualidade de vida em pessoas idosas com diabetes mellitus institucionalizadas, no concelho de Monchique. Verificou-se neste estudo o baixo nível de prática regular de atividade física e de perceção da qualidade de vida, apesar da adesão à dieta mediterrânica. **A. Spinelli et al.** abordaram temática semelhante em pessoas idosas não institucionalizadas residentes no concelho de Olhão. O estudo permitiu verificar que a maioria é «ativa», apesar de ser baixa a adesão à dieta mediterrânica. Evidencia-

se, portanto, a diversidade das situações e, conseqüentemente, a necessidade de fundamentar a tomada de decisões no conhecimento concreto das realidades nas quais se pretende intervir. O estudo de **A. Albuquerque et al.**, sobre o estado nutricional de uma amostra significativa da população idosa institucionalizada em ERPI e CD, no Algarve, identificou cerca de 70% da população em risco de desnutrição ou desnutrida, incidindo esta situação nas pessoas institucionalizadas em ERPI, facto que reforça a necessidade do diagnóstico das situações concretas antes do planeamento das atividades, em cada instituição.

Na quarta parte do livro dá-se voz aos mais velhos, às memórias e narrativas sobre os seus percursos de vida e sobre momentos, acontecimentos e contextos que as marcaram positiva ou negativamente. Aborda-se também as representações sobre a velhice e os mais velhos na literatura para crianças. O estudo de **P. Coelho et al.** trata do desafio enfrentado pelas pessoas idosas na crise financeira e económica que ocorreu a partir de 2008 e que se manifesta nas narrativas autobiográficas como um conflito entre o desejado envelhecimento ativo e as práticas vivenciadas na família, naquele contexto. Por outro lado, **C. Caro & A. Anica** questionaram as memórias musicais de pessoas idosas e puderam reconhecer os seus diferentes significados em função dos percursos de vida dos entrevistados, distintos em função de fatores contextuais e individuais relacionados, por exemplo, com momentos de transição ou de rutura política, social ou familiar, ou com a educação ou com a cultura. Os resultados sugerem a importância do conhecimento efetivo dos significados das memórias musicais dos destinatários, quando se planeiam atividades para pessoas idosas com recurso à música. O contributo de **E. González et al.** introduz o tema da música como recurso educativo ou terapêutico e analisa a presença da música em atividades desenvolvidas em instituições que prestam serviços a pessoas idosas, concluindo que estas têm boa aceitação e são muito valorizadas na programação das atividades nas instituições algarvias participantes no estudo. Por último, nesta parte, **O. Fonseca** interroga a literatura para a infância no sentido de perceber como esta prepara as crianças para a aceitação do envelhecimento ativo. A autora verifica que este tema está tendencialmente ausente da literatura para crianças, sendo que as representações das pessoas idosas refletem, frequentemente, estereótipos de género e de idade, embora se encontrem exceções.

A quinta e última parte deste livro é dedicada ao papel da educação no envelhecimento ativo. Esta parte abre com o capítulo de **R. Barros** dedicado à discussão do conceito de aprendizagem experiencial que, embora remonte a John Dewey, continua a ser central na relação entre educação e «envelhecimento ativo ao longo da vida». Convocando entre outros contributos os de M. Knowles e P. Freire, a autora sustenta que na relação entre o adulto-idoso e o educador é fundamental «o respeito pela identidade cultural dos educandos, pelo seu saber experiencial e pela sua dignidade humana», o que implica a valorização de relações dialógicas, participativas e horizontais. Estes princípios orientadores da ação educativa com pessoas idosas estão presentes na *Aula de la Experiencia de la Universidad de Huelva* (AEUHU) analisada por **M. Lorenzo & J. Garrido**. Esta aula tem por finalidade que «el alumnado mayor tenga la oportunidad de activar su propia capacidad de autoorientación, adquiriendo una serie de habilidades

que faciliten su integración y desarrollo en la sociedad, en la familia y en el grupo de iguales». Os espaços adequados à realização das aprendizagens são múltiplos: entre a universidade e a residência há uma enorme variedade de espaços a seleccionar em função da especificidade das atividades a desenvolver, entre os quais o espaço virtual tem vindo a ganhar relevância. Este último, pode ser uma ferramenta útil para a difusão de atitudes positivas perante o envelhecimento e a formação quer dos profissionais que prestam serviços na área da Gerontologia quer das pessoas idosas, como se pode verificar no capítulo escrito por **A. Faria**. O capítulo assinado por **A. Jiménez** trata da aplicação do conceito de envelhecimento ativo num contexto universitário de formação em publicidade, no qual os estudantes são incentivados a propor atividades de carácter recreativo, de sociabilidade e de bem-estar destinadas aos mais idosos. Neste contexto, a população «mayor» representa «un segmento de mercado atractivo para la industria turística», destacando-se o seu «enorme potencial de crecimiento».

Para encerrar a última parte do livro, foi seleccionado o capítulo assinado por **M. Fernandez et al.** que propõe a definição do conceito de «pedagogía gerontológica»: *«una pedagogía al servicio de las personas mayores», a qual, para tanto, precisa de «potenciar entornos de aprendizaje intergeneracional y fomentar la importancia de un aprendizaje innovador, basado en experiencias, que permitan lograr comunidades de aprendizaje inclusivas, diversas y democráticas».*

Para sintetizar e parafraseando autores deste livro, podemos afirmar que a «pedagogia gerontológica» ou «pedagogia-andragogia» tem por finalidade a autonomização pessoal, a participação social e o empoderamento das pessoas mais velhas. Visa criar ambientes favoráveis ao desenvolvimento das tendências naturais dos seres humanos em processo de envelhecimento. Baseia-se numa conceção humanista, construtivista e experiencial da aprendizagem e recorre a estratégias que promovem a interação horizontal e o diálogo reflexivo e crítico, no respeito pela diversidade individual e cultural de todos os participantes nos grupos de aprendizagem.



I PARTE

PERSPETIVAS DO ENVELHECIMENTO ATIVO



1. Dimensiones psicológicas y existenciales en el envejecimiento activo

Dr. Enrique Fernández Lópiz¹

RESUMEN: Es sabida la necesidad de que nuestra cultura promocioe una manera de envejecer activa y saludable, que permita a los mayores el acceso a la economía, el trabajo, la educación, la vivienda, el transporte, etc. En este trabajo quiero poner de manifiesto, que la actividad no sólo está dirigida externamente, sino que es inherente al proceso de envejecimiento. Hay factores psicológicos y existenciales que demuestran que la actividad emerge de forma natural en los mayores. Fenómenos que están impulsados desde el interior del individuo. Ejemplos como la necesidad de entender un mundo cambiante, la inclinación activa hacia el conocimiento, la tendencia al autodesarrollo y la auto-trascendencia, la necesidad de amor o la motivación hacia la autorrealización. En conclusión, habría que conseguir entornos que favorezcan estas inclinaciones.

Palabras-Clave: E Actividad en la vejez, tendencia al conocimiento, auto-trascendencia, autodesarrollo, autorrealización.

INTRODUCCIÓN

En el mundo de hoy la proporción de personas mayores crece a un ritmo nunca antes conocido. La esperanza de vida aumenta, llegando en nuestro entorno a los 82 años, lo cual, unido a la baja natalidad, concluye en un envejecimiento global y sorprendente de la población.

El envejecimiento de la sociedad es sin duda un avance, una bendición, no es un 'problema', como a veces se dice en Reuniones Científicas y Congresos. Pero implica un enorme desafío que precisa de una mayor exigencia política, económica y de investigación. Porque lo más importante y el verdadero reto del aumento de la esperanza de vida es la 'calidad de vida', es decir, procurar mantener el dinamismo y la independencia personal el mayor tiempo posible (Beauvoir, 1983). Hay que encontrar la manera de vivir los años "extra" que hemos ganado de la mejor manera y poder disfrutar de ellos. Como reza el dicho: 'añadir más vida a los años, que años a la vida'.

Actualmente la mayoría de las personas mayores se adapta a los cambios que conlleva el envejecimiento y mantiene su autonomía hasta muy avanzada edad. Un 80%

¹ Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Ciencias de la Educación. Campus Universitario de Cartuja s/n. Universidad de Granada. 18071 - Granada (Spain). E-mail: elopez@ugr.es

de las personas con 70 años mantiene una forma física y mental aceptable para llevar su vida diaria con normalidad (AVD). Además, está aumentando la denominada ‘cuarta edad’, con personas muy mayores igualmente en plenitud.

A pesar de ello, la sociedad en general sigue relacionando a las personas mayores con la enfermedad, la dependencia o la falta de productividad, haciendo caso omiso a la evidencia de que son individuos respetables, saludables, con gran experiencia y sabiduría. Pero socialmente se siguen manteniendo prejuicios negativos sobre la vejez (‘viejistás’) muy arraigados, que dificultan los avances a todo nivel con este grupo de edad (Fernández Lópiz, 2003).

DEFINIR EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el “envejecimiento activo” como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención asistencial, sino que incorpora otros factores proactivos que afectan de manera muy positiva el proceso de envejecimiento: ocupación del ocio, educación y el manejo de recursos creativos diversos.

Es prioritario sostener una “cultura que promocióne el envejecimiento activo y saludable” que permita a los mayores accesibilidad a las áreas de la sanidad, la economía, el trabajo, la educación, la vivienda, el transporte, etc. (Fernández Lópiz, 2004). Este afán debe manifestarse con especial sensibilidad con los mayores que padecen alguna forma de discapacidad por enfermedad crónica, para que no sufran situaciones de soledad y gocen de una buena calidad de vida; y para que sigan participando en los diferentes campos de la sociedad.

Además, decir ‘envejecimiento activo’ es casi redundante, pues no puede haber una vejez sana y autónoma si no es presidida por la actividad. Actividad que es externa o interior y que conduce a la mejora integral y a una beneficiosa vivencia de logro y productividad.

Por estas razones lo que principalmente quiero subrayar a partir de ahora es que la actividad es inherente al envejecimiento, pues hay factores psicológicos y existenciales que demuestran que la actividad es una consecuencia de fenómenos que aparecen o emergen de manera vital en la vejez. Estos fenómenos están impulsados, sobre todo, desde el interior del individuo.

FACTORES PSICOLÓGICOS Y EXISTENCIALES COMO MOTOR DE LA ACTIVIDAD

Desde hace décadas que sabemos que el cambio es una cualidad permanente a lo largo de toda la vida humana. Se producen cambios, además de en la infancia y la adolescencia, en la denominada 3ª edad y a todo nivel, incluyendo aspectos positivos, algo que ya nadie discute y que está demostrado por la Gerontología y la Psicogerontología. Cambios en la esfera física, cognitiva o afectiva-social, con dimensiones de enriquecimiento y dicha (Fernández Lópiz, 2014).

Por lo tanto, en los mayores concurren ciertas características y fenómenos psíquicos que acreditan que el dinamismo es intrínseco en gran medida y además, una forma natural de saludable progreso y bienestar. Haré un repaso de las características que considero más importantes.

A. NECESIDAD INTERIOR DE RESOLVER CONFLICTOS COGNITIVOS: REEQUILIBRAR DISONANCIAS

Es de natural humano, más aún en los tiempos tan vertiginosos que corren, con tan acelerados cambios ('cataclismo sano'), que los adultos mayores tengan la 'necesidad' de ponerse constantemente al día con relación a avances científicos, cambios políticos, usos morales, por no hablar de las nuevas tecnologías, etc. Esto es vital para no quedar desanclado de los 'referentes' sociales y éticos que son nuestro asidero al mundo y la base de quiénes somos. Lograrlo conlleva desequilibrios y reequilibrios, lo cual sólo se consigue a través de 'actividad'. Implica este fenómeno adaptaciones continuas a los nuevos problemas que la historia y la propia vida nos van planteando. Con la edad esta tendencia a los desequilibrios y reequilibrios es constante. Pero equilibrar no es un simple balance de fuerzas, como en mecánica; tampoco un crecimiento de entropía, como en termodinámica. Es, en el sentido precisado por la cibernética, una autorregulación que se consigue por compensaciones 'activas' del sujeto en respuesta a las perturbaciones o modificaciones externas, una regulación a la vez retroactiva y anticipadora, que construye un sistema permanente de actualización ante tales compensaciones.

La cuestión es que la 'realidad' en su más amplio sentido, se 'resiste', no nos lo pone fácil (social, científica, cultural), avanza de manera tozuda y continua, y los mayores de forma singular, necesitan ponerse al día, incorporar nuevas estructuras mentales y facilitarse la armonía con estos cambios, a fin de mantener y consolidar la propia identidad personal que de otra manera podría verse amenazada.

B. INCLINACIÓN POSITIVA HACIA EL CONOCIMIENTO

En relación con el anterior punto, está demostrado que los mayores tienen una actitud muy positiva hacia el conocimiento, la indagación y el gusto por problemas de interés, lo cual implica la motivación o especie de pulsión hacia la actividad intelectual

que es, como sabemos, ‘acción internalizada’ (Arlin, 1989).

Los mayores están mejor dispuestos a encontrar acuerdos allá donde otros sólo reconocen diferencias. Y al contrario, es más factible en los mayores detectar discrepancias allí donde otros observadores encuentran una explicación satisfactoria de tipo convencional. Esto está relacionado con la pericia y la experiencia en algún campo del saber.

También se da entre los mayores una competencia para detectar características relevantes y a menudo sutiles en el abordaje de interrogantes. Pero hay más, queda demostrado que los más mayores son más abiertos a sugerir preguntas nuevas y sagaces; a descubrir nuevas interrogantes a partir de problemas mal definidos o poco estructurados; a estar abiertos a nuevas posibilidades.

Los mayores son igualmente más arriesgados en el descubrimiento de problemas y se observa un ‘gusto’ por las preguntas esenciales, esas que aportan contribuciones nuevas. Se da, en resumen, una preferencia por investigar, por averiguar, lo cual implica una actitud a favor del saber y la productividad creadora.

C. PROPENSIÓN A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS

La educación es cada vez más demandada entre los mayores, habiéndose convertido en una auténtica necesidad que cumple una función de apertura social, de amplitud de miras y nuevos horizontes (Bedmar, Fresneda y Muñoz, 2004).

La cultura contemporánea reconoce el papel crucial de la educación en los procesos de desarrollo personal y social de los adultos mayores. De hecho, el desenvolvimiento de las disciplinas pedagógicas y psicológicas está íntimamente unido al crecimiento de las oportunidades educativas. En este marco surgieron los conceptos de “lifelong learning” y de “educación permanente”, que han cobrado cuerpo en diversas formas de educación dirigidas a las personas de edad. Hoy estamos obligados a examinar el papel que juega la educación en los procesos de desarrollo cognitivo y afectivo-social con alumnado mayor, pues también está comprobado que la educación es crucial en la optimización de estas dimensiones con la edad. La posibilidad de avance y de mejora a todo nivel está presente prácticamente hasta el final de la vida. La educación actualiza las potencialidades de la población mayor. La participación de los mayores en espacios educativos ayuda a la apropiación de significados que colaboran en la autenticidad personal y el refuerzo de la autoestima.

Esta perspectiva debe hacernos entender la educación con alumnado mayor en un nivel más profundo y no meramente como transmisión de saberes especializados, o como simple entrenamiento cognitivo. La participación activa en la educación permite la apropiación de nuevas herramientas y recursos intelectuales desconocidos para muchos alumnos, y es fuente de nuevas relaciones sociales, de salud y de ilusiones (Fernández Lópiz, 1998). Para que esto suceda, los docentes de mayores necesitan una formación y conocimiento sobre Psicogerontología y otras habilidades para el óptimo trato con este alumnado (Fernández Lópiz, 2002).

D. TENDENCIA AL AUTO-DESARROLLO Y LA AUTO-TRASCENDENCIA.

Una vejez saludable va acompañada de un Yo fenomenológicamente logrado. Las personas mayores que han resuelto los sucesivos trances y dificultades de la vida con aceptable suficiencia, abordan la vejez, como afirma Erikson (1980), de una forma 'integrada', sin fisuras psíquicas y con una personalidad sana. Desde este estado la persona mayor acepta su vida de manera razonablemente feliz y responsable. La virtud asociada a este estado es la 'sabiduría', dimensión esta de la que muchas personas mayores gozan. Y no hay que olvidar que la sabiduría está vinculada al 'carácter', lo cual hace que el sabio tenga valores éticamente positivos y busque el bienestar propio y ajeno, a lo cual cabe añadir también que la persona auto-desarrollada goza de buen humor.

Paralelamente, también sabemos que hay muchas personas mayores en las cuales se observa una tendencia a la auto-trascendencia, o sea, un sentido transpersonal del Yo. Es común observar cómo los mayores dirigen su mirada más allá de la mera "identidad existencial y humana", para incursionar en un "radio social en ampliación" que abarca familia, la vecindad e incluso una preocupación por la humanidad en general. Es una inclinación personal filosófica, al modo en que las grandes religiones y modelos ideológicos lo han expuesto. De modo que la trascendencia del Yo es también una orientación más propia de la última parte de la vida, que conlleva igualmente una reconciliación activa con la propia finitud y cierta inclinación a una visión espiritual (Orwell y Perlmutter, 1994).

E. PULSIÓN DE AMOR Y REPARACIÓN

Un motor psíquico del envejecimiento es la profunda necesidad de amar y de colaborar en el bien de los otros. Es común ver el afán de brindarse a los demás, a colaborar en el cuidado de los nietos, en ONG, etc.

Esta realidad psíquica nos lleva a otra dimensión que entronca con una evidencia en los mayores: con los años se gana en capacidad para comprender a los demás y se alcanza una mayor capacidad de empatía, para sintonizar con quienes nos rodean, para poder colocarse en el lugar del 'otro'. Esta capacidad de 'comprensión' es un importante elemento en las relaciones humanas en general, y una condición del amor auténtico. Sólo si tenemos capacidad de comprender al ser amado, llegamos a descuidar y hasta cierto punto sacrificar nuestros propios intereses en aras a gestionar las necesidades y emociones ajenas.

La capacidad de amar y la necesidad de ser amado son dos condiciones básicas de la calidad de vida de la persona mayor (Krassoievitch, 1994). En la vejez la capacidad de amar se conserva e incluso aumenta. Esta necesidad de amor impulsa y tiende a colaborar y estar con los seres queridos, allegados e incluso extraños.

En conclusión, los individuos mayores sólo alcanzan la plenitud estando en contacto con los hechos fundamentales de la existencia y experimentando el amor y la solidaridad, lo cual a veces se les niega. Si no hay esta posibilidad, algo está sucediendo en nuestra cultura.

F. INTERÉS POR COMPARTIR EL CONOCIMIENTO

Otro signo que evidencia la natural tendencia a la actividad en la vejez es la necesidad de asesorar, enseñar o ejercer diferentes formas de 'guía', donde adultos preparados, formados, con experiencia en algún campo profesional se ofrecen a transmitir sus saberes a colectivos más jóvenes (Tamer, 1995). Esta inquietud por enseñar o asesorar es una palanca potencial de cambio para las organizaciones, las empresas y la sociedad. Con la particularidad de que los beneficios son recíprocos. Cuando esta tendencia a compartir el saber se propicia y el adulto mayor tiene el camino libre para ello (lo cual no siempre es así), los beneficios entre generaciones son así:

- Se da la participación de personas de distintas generaciones, con los aspectos positivos y de relación propios del intercambio.

- Estas actividades se dirigen a beneficios para los participantes y la comunidad.

- Facilita los procesos de cambio e innovación.

- Favorece la socialización de los valores organizacionales.

- Contribuye al envejecimiento productivo y activo en la creación de riqueza a todo nivel, y al bien común; y colabora con la inclinación de los mayores a participar en los asuntos sociales, económicos, espirituales y cívicos. O sea, es una garantía, entre otras, de envejecimiento óptimo, productivo, competente, positivo y saludable.

G. MOTIVACIÓN DE AUTORREALIZACIÓN

En los mayores se observa la necesidad de lograr una 'vida autorrealizada', utilizando el término del gran psicólogo humanista neoyorquino Abraham Maslow (Maslow, 1974). Esta realidad se asienta en disposiciones humanas, muy importantes en los adultos mayores para continuar creciendo, alcanzar metas, y objetivos personales elevados. Disposiciones estas que en la vejez brindan motivación para acometer la vida con sentido y gratificación, aspectos muy próximos al concepto de 'voluntad de sentido' de Victor Frankl (1994) o búsqueda de sentido a la propia existencia, como motor de vida. Los estudios de la psicología humanista sobre la vejez, subrayan la 'autorrealización' como un derecho de las personas de edad; como una oportunidad que debe ser garantizada a través de propuestas concretas. En el año 1991, la Organización de las Naciones Unidas definió la autorrealización como un principio para la promoción de la calidad de vida, llegando a decir que "las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial". Además "deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales, y recreativos de la sociedad".

Esto es de interés gerontológico ya que en el diseño de lo humano existe la aspiración por superarnos (Fernández Lópiz y Ferreiro, 2006). Es el afán e inquietud que vive en el interior de todos nosotros, para superar muchas formas de insatisfacción. Lo cual prueba que hay una insistente llamada interior en aras a alcanzar una vida mejor. No meramente abastecer las necesidades básicas, sino las necesidades superiores de pertenencia, estima y reconocimiento, en el camino de la plena madurez personal. La autorrealización en los mayores es una motivación y es una necesidad, la más elevada,

la de ser persona. Para ello a veces es conveniente hacer un balance y una revisión de la vida anterior para ir balanceando los desajustes. Además, Maslow previó también experiencias extraordinarias que él denominó «experiencias cumbre», que constituyen momentos de profundo amor, entendimiento y felicidad, durante los que la persona se siente más completa, viva y autosuficiente (Lorenzo González, 2014).

A MODO DE CIERRE

He querido en estas líneas en la idea de que el progreso en la vejez está determinado internamente, porque con la edad nos vemos impulsados a mantener nuestra identidad ante los cambios; que necesitamos de la educación y la formación para ello; lo cual se complementa con una pulsión y actitud positiva hacia el conocimiento; que sucede además en los mayores una tendencia al autodesarrollo y a la autotrascendencia; que con la edad el amor es un elemento vital de supervivencia emocional y de salud; que los mayores desean compartir su experiencia con los más jóvenes; y, finalmente, que con la edad la autorrealización sigue siendo una necesidad humana esencial. Y lo que considero importante es que todos estos factores están impulsados desde dentro de la persona, o sea, que la tesis no es sólo que el envejecimiento ha de ser activo, sino que su devenir y progreso nace interiormente, que la actividad es una cualidad interna.

Como conclusión diría que es responsabilidad de todos procurar que los mayores vivan en contextos proactivos que ofrezcan y faciliten recursos para fomentar la autonomía y el crecimiento personal. La necesidad, pues, de abandonar la idea de contextos dóciles y asistencialistas, en favor de contextos ricos en medios y recursos para el progreso psicológico y social.

Quiero terminar esta disertación con el aforismo oriental que afirma que la vida es movimiento y el movimiento es la vida. La vida como proceso que fluye de manera constante, que es dinámico, en continuo cambio y en permanente progreso.

BIBLIOGRAFÍA

- ARLIN, P.K. (1989): "Problem finding and problem solving in young artists and young scientists". En M.L. Commons; J.D. Sionnott; F.A. Richards y C. Armon (Eds.) *Beyond formal operations II: comparisons and applications of adolescent and adult developmental models*. New York: Praeger, 22-32.
- BEAUVOIR, S. (1983): *La vejez*. Barcelona: Edhasa
- ERIKSON, E.H. (1980): *Identidad: Juventud y crisis*. Madrid: Taurus. (Vers. Orig. 1968).
- BEDMAR, M.; FRESNEDA, M.D. y MUÑOZ, J. (2004): *Gerontagogía: Educación en personas mayores*. Editorial de la Universidad de Granada.

- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (1998): "Ilusión, identidad y educación en las personas mayores: una apertura a la experiencia". *Talis: Bulletin of the Talis Network*, N° 8, pp. 93-105.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (2002): *Psicogerontología para Educadores*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (2003): "Mitos improductivos en la enseñanza con alumnos mayores". En J. Sáez Carreras (Coord.): *Educación y aprendizaje en las personas mayores*. Madrid: Editorial Dykinson: 209-230.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (2004): "La fragilidad en el tercer tiempo". *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*. Vol. 20 (6), pp. 40-46.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. (2012): *Psicología del Envejecimiento*. Granada: Editorial GEU: Grupo Editorial Universitario.
- FERNÁNDEZ LÓPIZ, E. y FERREIRO, M. T. (2006): "El sentido de la vejez en el tiempo de hoy". *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*. Vol. 22 (6), pp. 43-51.
- FRANKL, V. (1994): *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- KRASSOIEVITCH, M. (1993): *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LORENZO GONZÁLEZ, L. (2014): *La experiencia de Dios. La supervivencia de la mente después de la muerte*. Palma de Mallorca: Lleonard Muntaner.
- MASLOW, A. (1973): *El Hombre Autorrealizado*. Barcelona: Kairós.
- ORWOLL, L. y PERLMUTER, M. (1994): Estudio de las personas sabias: la integración de una perspectiva de personalidad. En R.J. Sternberg: *La Sabiduría: su naturaleza, orígenes y desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- TAMER, N. (1995): *El envejecimiento humano. Sus derivaciones pedagógicas*. Washington: Colección Interamer (Organización de los Estados Americanos).



2. Envelhecimento Bem-Sucedido: Modelo Biomédico versus Abordagens Psicossociais

Jacinto Gaudêncio¹

RESUMO: A conceptualização do envelhecimento bem-sucedido (EBS) ao longo das últimas décadas surge fortemente associada ao desenvolvimento de um novo paradigma científico menos centrado no declínio e mais positivo e abrangente na forma como aborda o envelhecimento, surgindo assim em evidente contraposição ao modelo biomédico, que é o paradigma ainda dominante.

Este é enquadramento teórico base deste capítulo, que incide sobre o que une e separa estas duas perspetivas do EBS e sobre o potencial que representam as abordagens holísticas para reconfigurarem a integração dos dois modelos, contribuindo assim para o desenvolvimento deste importante campo de estudo da gerontologia. Nesse sentido, apresentam-se análises e conclusões de uma revisão crítica e não sistemática da literatura centrada nas diferentes formalizações e dimensões ou fatores que caracterizam o EBS. Os resultados indicam que o modelo de envelhecimento de inspiração biomédica é, na sua essência, um “deficit model” em que o foco quase exclusivo da investigação é dirigido às perdas, doenças e declínio enquanto características consideradas dominantes nos adultos mais velhos. De modo distinto, no paradigma emergente o foco da investigação é multidimensional, cobrindo aspetos psicológicos, sociais e ambientais da vida das pessoas mais velhas que acabam por ser determinantes para se poder alcançar uma verdadeira compreensão do que significa e como se pode promover o envelhecimento bem-sucedido.

Palavras-Chave: envelhecimento bem-sucedido; modelo biomédico do envelhecimento bem-sucedido; abordagens psicossociais; modelos multidimensionais

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho não passa por fazer uma análise diacrónica da imensa literatura relevante que existe sobre o envelhecimento bem-sucedido (EBS). Aponta-se apenas de forma assumidamente seletiva, com base em reputadas revisões da literatura e meta-análises de estudos empíricos, o que se considera serem os aspetos cruciais evidenciados nas perspetivas teóricas e na investigação e as linhas de força e de mudança significativa no sentido de uma maior complexidade que se têm vindo a observar neste

¹ Universidade do Algarve. Escola Superior de Educação e Comunicação. E-mail: jgauden@ualg.pt

campo de estudo. É o caso de uma das primeiras definições cruciais de EBS, que merece destaque em numerosas publicações, introduzida por Robert Havighurst (1961) no 1º número da revista científica "The Gerontologist", órgão da Sociedade Americana de Gerontologia. Há mais de seis décadas, Havighurst apontava já nesse artigo claramente para o desenvolvimento de uma visão ampla e multifacetada do conceito. Descreveu o EBS como sendo "a statement of the conditions of individual and social life under which the individual person gets a maximum of satisfaction and happiness" (Havighurst, 1961, p. 8) e previa, sabe-se agora que com grande precisão, que esse conceito reunia todas as condições para se assumir como um tema central para o desenvolvimento futuro da gerontologia como disciplina científica.

Após os estudos iniciais do modelo de inspiração biomédica de Rowe e Kahn, que será objecto de análise num ponto seguinte, surge no início da década de 90 do século passado uma outra abordagem de referência, que aqui se destaca, com amplas implicações no desenvolvimento no campo de estudo do EBS. Foi no pioneiro capítulo introdutório à obra coletiva que editaram, "Successful Aging", que Paul Baltes e Margret Baltes (1990), figuras proeminentes da abordagem ao envelhecimento ótimo e no delineamento da perspectiva psicológica ciclo de vida, se referiram à crescente atenção concedida nessa época ao EBS destacando que esse interesse reflectia "a new found optimism in the field of gerontology based in an increasing body of knowledge about untapped reserves of the elderly and their potencial for change" (Baltes & Baltes, 1990, p.4).

O que se propunha nesta perspectiva ciclo de vida era mudar o foco quase exclusivo da investigação gerontológica no declínio e nas perdas associadas à idade avançada numa direcção mais multifacetada que, embora não minimizando a importância de investigar e reduzir essas perdas, que são reais, não ignorasse, como fazia o modelo biomédico, o outro lado da moeda, isto é, o imenso potencial que existe no estudo de dimensões francamente positivas do envelhecimento, amplamente reconhecidas pela investigação, envolvendo crescimento, vitalidade e satisfação com a vida (M. Baltes & Carstensen, 1996).

No mesmo sentido se têm manifestado diversos autores, entre os quais se destaca Fernández-Ballesteros que, em diversos trabalhos individuais (2000; 2008; 2009) e com colaboradores (2011; 2013) tem vindo a assinalar de forma consistente e empiricamente fundamentada a emergência nas últimas décadas do século XX do que considera ser um novo paradigma da gerontologia científica, que designa de "gerontologia positiva." Este novo paradigma caracteriza-se, segundo a referida autora, por possuir uma visão mais positiva, multidimensional e holística do processo de envelhecimento, em oposição ao modelo clássico de inspiração biomédica centrado unidimensionalmente no declínio e nas perdas.

Esta perspectiva não negativa, não reducionista e bastante mais complexa do envelhecimento na contemporaneidade resulta, segundo Fernández-Ballesteros (2008), primeiramente, da importância científica concedida ao estudo do EBS ou conceitos semelhantes mas, também, da investigação sistemática e pluridisciplinar de um amplo conjunto de aspetos positivos do envelhecimento, onde assinala, (a) na área psicológica, o potencial de aprendizagem e a resiliência, a sabedoria e a satisfação com a vida, (b) no domínio psicossocial, as relações intergeracionais positivas (por exemplo, entre avós e avós e netos e nas diferentes formas de voluntariado) e (c) nas ciências biomédicas, a

crescente ênfase na prevenção e promoção da saúde e da funcionalidade entre os mais velhos.

No entanto, este paradigma emergente na investigação do envelhecimento, apesar de todos os seus méritos e evidência acumulada em múltiplos estudos, da qual se procurará dar conta nesta análise, está ainda longe de merecer o apoio consensual da comunidade científica, o que se reflete, entre outros aspetos negativos, no menor financiamento da investigação a que tem acesso, como assinala Bengtson (2005) na sua revisão crítica da literatura. O referido autor aponta para os diversos interesses, lamentavelmente, na sua perspetiva, nem sempre científicos, que se movimentam neste campo de estudo e que conduzem a que o modelo biomédico, unidimensionalmente centrado em pouco mais que no declínio e perdas inerentemente associadas ao envelhecimento, continue a ser preponderante, apesar de todas as críticas fundamentadas que tem vindo a sofrer desde a sua inepção.

O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: A AUSÊNCIA DE UMA DEFINIÇÃO UNÍVOCA

Após mais de meio século de numerosas investigações e discussões teóricas, rever a literatura de forma sistemática no sentido de definir de forma unívoca a noção de EBS revelou-se um objetivo difícil para um número significativo de académicos que se dedicaram a essa tarefa em anos recentes (e.g., Cosco, Prina, Perales, Stephan, & Brayne, 2014; Depp, Vahia, & Jeste, 2010; Martin, Kelly, Kahana, Kahana, & Poon, 2015). Estes autores, destacando embora o enorme desenvolvimento teórico e empírico do EBS nas últimas décadas, assinalam que o seu domínio de estudos específico está longe de se constituir como uma área de investigação claramente delineada do ponto de vista científico, até porque consideram que existe ainda uma significativa dose de ambiguidade na definição e explicitação dos mecanismos e processos associados ao EBS (Martin *et al.*, 2015). Assinalaram também, mediante as meta-análises que levaram a cabo, discrepâncias significativas em numerosos estudos entre os diferentes critérios de EBS conforme tivessem origem em modelos de inspiração biomédica, psicológica ou leiga (Depp *et al.*, 2010).

Para Bowling (2007), esta evidente falta de unidade na definição de EBS é, em grande parte, o reflexo de os investigadores escolherem uma definição e critérios mais de acordo com o quadro científico estrito das suas disciplinas académicas de origem do que com um modelo teórico multidimensional de inspiração interdisciplinar. O facto de o conceito comumente designado de “Envelhecimento Bem-Sucedido” (EBS) não ter ainda uma definição consensualmente aceite pelos investigadores que a ele se dedicam e de a comunidade científica usar uma variedade de termos para designar trajetórias positivas de envelhecimento, muitas vezes de forma intermutável com o termo bem-sucedido, como acontece com as designações de ótimo, ativo, saudável, produtivo, positivo, entre outras, não coloca necessariamente em causa o potencial científico desse conceito que tem o enorme mérito de apontar para uma nova e fundamentada visão bastante mais positiva do envelhecimento, como sublinha Fernández-Ballesteros (2008). Lembra a referida autora que esta situação é a que normalmente acontece, como é o caso, quan-

do surge um novo conceito em ciência que não alcançou ainda uma definição consistente baseada em sólida evidência empírica ou num modelo teórico que sejam comumente aceites.

A proximidade de sentidos que une os diferentes termos que são usados de forma intermutável com o de EBS, é conforme a uma rede semântica que tem no seu núcleo “envelhecer bem”, expressão comum usada pelas pessoas de diversas culturas para se referirem a trajetórias positivas de envelhecimento, concluem Fernández-Ballesteros e colaboradores (2013) após levarem a cabo uma revisão sistemática das diferentes definições do conceito. Segundo estes investigadores, a designação de “envelhecimento saudável” tem sido usada principalmente numa perspetiva biomédica com recurso a uma definição operacional baseada na baixa probabilidade de doenças e na preservação de competências funcionais; a designação “envelhecimento bem-sucedido” corresponde a uma conceptualização mais ampla e complexa do conceito que passa a integrar os componentes e processos biopsicossociais inerentes a “envelhecer bem”; por fim, a designação de “envelhecimento ativo” remete para componentes de saúde e de participação social dos mais velhos e emerge como resultado da crescente preocupação das esferas sociopolíticas e das organizações internacionais com a mudança demográfica (cf. Fernández-Ballesteros et al. 2013, p. 99).

O MODELO DE ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO DE INSPIRAÇÃO BIOMÉDICA DE ROWE E KAHN

Seria somente mais de um quarto de século passado sobre as abordagens iniciais que o conceito de envelhecimento bem-sucedido viria a alcançar uma enorme popularidade a nível social e científico. Essa popularidade foi desencadeada, em grande parte, devido ao amplo impacto provocado no campo multidisciplinar de estudos gerontológicos pelo muito referenciado artigo que Rowe e Kahn (1987) publicaram na revista “Science” com o título “Human Ageing: Usual and Successful”. Aí defendiam que era altura de ultrapassar as numerosas limitações que resultavam, segundo eles, da ênfase até então concedida pela investigação ao “envelhecimento normal” (“normal aging”). Rowe e Kahn propunham-se alargar e contrabalançar a importância concedida pelos modelos tradicionais à distinção entre envelhecimento “normal” e “patológico” e introduzir uma diferenciação conceptual no interior da categoria normal que permitisse contrastar o envelhecimento dito “habitual” (“usual aging”) com o “bem-sucedido” (“successful aging”) (Rowe & Kahn, 1987). Esse objetivo viria a ser concretizado no âmbito do amplo projeto de investigação longitudinal que levaram a cabo no Estudo MacArthur do Envelhecimento Bem-Sucedido no qual, em colaboração com um grupo de 16 cientistas oriundos de diversas áreas disciplinares com conexões à gerontologia, desempenharam um papel proeminente na clarificação dos fatores que promovem o EBS.

O Estudo MacArthur começou em 1984 e operacionalizou o modelo teórico estabelecido por Rowe e Kahn (1987; 1998) no qual o envelhecimento bem-sucedido resulta da articulação de três componentes principais: (a) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença, (b) funcionamento físico e mental elevado, e (c) en-

volvimento ativo com a vida (cf. Rowe & Kahn, 1998, p.38). Quando os três componentes se sobrepõem (isto é, a combinação de todos os três), o envelhecimento bem-sucedido está totalmente representado. E essas eram as características comuns partilhadas pelos 1.115 indivíduos, com idades entre os 70-79 anos na avaliação inicial do estudo, que foram seguidos ao longo de sete anos e representavam, em termos de funcionalidade, o tercil superior da população idosa dos EUA. Os dados incluíram avaliações de funcionamento físico e cognitivo, estado de saúde e algumas características sociais e psicológicas, bem como a recolha de amostras de sangue e urina (cf. Rowe e Kahn, 1998, p.436).

Um dos méritos do modelo é ser testável e como tal foi aplicado em numerosos estudos posteriores que avaliaram até que ponto os adultos mais velhos são capazes de cumprir um, dois ou todos os três componentes e evoluiu, desde a formulação original e após numerosas críticas, em direção a uma mais vinculada multidimensionalidade do conceito. A ênfase do modelo é colocada na importância das escolhas pessoais, esforço e comportamento dos indivíduos no processo de alcançarem e viverem o envelhecimento de modo bem-sucedido, aspeto entre outros, como se verá seguidamente, que viria a ser fortemente criticado por diversos investigadores, nomeadamente nas avaliações críticas recentes a que foi sujeita esta abordagem pioneira de inspiração biomédica ao EBS.

Críticas ao modelo de EBS de Rowe e Kahn

O reverso desta perspetiva biomédica do EBS, como sublinham Martin et al. (2015), é que as definições operacionalizadas por esses estudos são necessariamente excludentes, dado que poucos idosos, especialmente os de idade muito avançada, são capazes de manter os altos níveis de funcionamento exigidos para serem rotulados de “bem-sucedidos”. Consideram, nesse sentido, que o modelo de Rowe e Kahn, ao implicar o envelhecimento bem-sucedido como sendo responsabilidade exclusiva do indivíduo, é claramente incompleto e redutor pois não tem em conta as limitações preexistentes à escolha e esforço individuais tais como a incapacidade vitalícia e a pobreza, entre outros, negligenciando assim os fatores sociais e económicos que influenciam a forma como envelhecemos.

Começaram também a ser investigadas as chamadas conceções leigas, isto é, a auto-percepção que as pessoas mais velhas têm do envelhecimento bem-sucedido, comparando-as com a resultante da aplicação dos critérios de Rowe e Kahn. Um dos estudos mais referenciado neste domínio foi conduzido por Strawbridge, Wallhagen, e Cohen (2002) nos E.U.A. numa ampla amostra de idosos (N=876; idades entre 65-99 anos). Verificaram que 50,3% se auto-classificou como estando a envelhecer com sucesso, incluindo alguns que sofriam de doenças crónicas e apresentavam dificuldades funcionais, contra 18,8% classificados de acordo com o critério estabelecido por Rowe e Kahn. A ausência de uma componente subjetiva no modelo de Rowe e Kahn foi considerada pelos citados autores uma forte limitação do modelo que coloca em causa o rigor da conceptualização e da avaliação empírica do conceito de EBS: “understanding older persons own criteria ... should enhance the conceptualization and measurement of this elusive concept” (Strawbridge et al., 2002, p. 727). Estes investigadores criticaram também a potencial fonte de equívocos que resulta de Rowe e Kahn terem escolhido a designação de “bem-sucedido” para contrapor ao envelhecimento dito “usual” ou normal, o que pa-

rece evidenciar um juízo de valor que vê o envelhecimento como uma aparente competição em que há vencedores e vencidos, algo difícil de aceitar (Strawbridge et al. 2002).

Na resposta que publicou a estas críticas, Kahn (2002) argumentou que as múltiplas investigações em rede levadas a cabo no âmbito do Estudo da Fundação MacArthur não incluíam apenas grupos de elite com uma idade avançada da sociedade norte americana, pelo contrário, integravam também amostras representativas da população idosa dos EUA. Destacou ainda que o facto de os resultados encorajarem a adoção de comportamentos promotores da saúde da parte dos homens e das mulheres com uma idade avançada faz todo o sentido para quem, como ele e outros autores da mesma linha de investigação, consideram fundamentadamente que “The maintenance of full function as nearly as possible to the end of life, should be the next gerontological goal” (Kahn, 2002, p. 149). Já numa publicação anterior, Rowe and Kahn (2000) tinham-se manifestado no mesmo sentido, tendo proposto uma iniciativa a nível nacional nos E.U.A. de promoção da saúde e de prevenção das doenças entre a população idosa.

É significativo da evolução do constructo que Kahn (2003) tenha concluído que o modelo podia e devia evoluir no sentido de incluir novos avanços no estudo do envelhecimento e, nesse sentido, propôs a resiliência e a sabedoria como dois domínios adicionais de investigação a ter em conta no modelo. No entanto, estas e outras mudanças positivas que foram introduzidas pelo modelo de Rowe e Kahn do EBS face às anteriores abordagens negativas do envelhecimento centradas no “deficit model”, não conseguiram evitar o aprofundamento de ruturas e de novas perspetivas e modelos de investigação com outros pressupostos que davam uma maior atenção à multidimensionalidade de componentes biopsicossociais inerentes ao processo de “envelhecer bem,” como se verá no ponto seguinte deste trabalho.

ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS: A ÊNFASE NA MULTIDIMENSIONALIDADE DO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Como contraponto ao modelo biomédico do EBS, novos focos de investigação foram sendo desenhados por diversos teóricos e investigadores do campo da psicologia interessados no processo de envelhecimento, entre os quais Carol Ryff que, já no início dos anos 80 do século passado, apontava com rigor que a investigação de novas e pertinentes dimensões psicológicas e sociais inerentes ao funcionamento global da pessoa era a única forma de evitar que “like goodness, truth and other ideals, successful aging may appeal more than it illuminates” (Ryff, 1982, p.209). Que esta mesma afirmação seja de novo citada, mais de três décadas depois de ser proferida, no título do trabalho de revisão da literatura de Katz e Calasanti (2015) mas colocada na forma de uma interrogação, no sentido de algo ainda por cumprir, não deixa de ser revelador do presente estado da arte. Os referidos autores partem da atual perspetiva da gerontologia crítica para fazerem uma ampla análise do EBS tal como foi formalizado pelo modelo de Rowe e Kahn e de quais as suas implicações nos domínios científico e social. Nas conclusões que apresentam destacam que, malgrado o mérito desse modelo ao desafiar as conceções tradicionais do envelhecimento centradas no declínio, no entanto, dadas as suas

limitações na visão do que é ou pode ser o EBS, acabou também por provocar ao longo das últimas décadas um considerável número de respostas críticas oriundas de diversas orientações do campo de estudos do envelhecimento.

Uma das respostas mais consistentes às óbvias fragilidades da biomedicalização do envelhecimento bem-sucedido surgiu no início da década de 90 do século passado com as contribuições inovadoras de Paul Baltes e Margret Baltes (1990), já citados anteriormente, e de uma longa lista de investigadores que desde meados dos anos 80 do século passado, acabaram por proceder a uma verdadeira reconfiguração epistemológica do EBS. Oriundos do campo da psicologia desenvolvimental, estes investigadores procuravam fundamentar uma ampla perspetiva teórica do desenvolvimento psicológico ao longo do ciclo de vida (“life-span developmental perspective”) que acabou por se tornar numa referência fundamental das novas áreas emergentes da psicologia do envelhecimento e da psicogerontologia e tem contribuído de forma significativa para o aprofundamento científico da área de estudos iminentemente multidisciplinar que envolve o envelhecimento bem-sucedido. Baltes e colaboradores (e.g., Baltes, & Smith, 1997; Smith & Baltes, 1993; Gestorf, Smith, & Baltes, 2006) centraram-se no estudo do que designam como envelhecimento diferencial, ou seja, a análise das diferenças individuais e dos padrões específicos de funcionamento que ocorrem no decurso do envelhecimento e os processos que lhe estão subjacentes.

Esta perspetiva considera que são necessárias múltiplas avaliações em diversos domínios da vida dos indivíduos para se poder diferenciar de forma consistente padrões ou perfis de envelhecimento normal e bem-sucedido. Sublinha igualmente a necessidade de atender à enorme heterogeneidade nas trajetórias de envelhecimento ótimo ou bem-sucedido, pois estas nem sempre estão de acordo com resultados normativos pré-estabelecidos nesses domínios “A person living under objectively poor conditions may strive towards self-actualisation, another living in an objectively good situation may experience ageing as a tremendous burden” (M. Baltes & Carstensen, 1996, p.3).

Diferentemente das perspetivas inspiradas pelo modelo biomédico, que ao longo das últimas décadas têm continuado a dar ênfase às perdas e declínio médio associadas à idade, as abordagens psicológicas e sociais valorizam a substancial heterogeneidade das pessoas mais velhas e defendem uma visão mais holística do EBS que incorpora para além do funcionamento físico e mental, o funcionamento social, satisfação de vida e recursos psicológicos (Reichstadt, Depp, Palinkas, Folsom & Jeste, 2007). É o que evidencia uma ampla meta-análise de estudos levado a cabo por Jeste, Depp, e Vahia (2010) que mostrou que a maioria dos determinantes do EBS com forte presença de avaliações físicas e funcionais são afetados negativamente pela depressão. Estes autores, verificaram também que traços psicológicos considerados positivos têm efeitos assinaláveis na mortalidade, com diversos estudos longitudinais a indicarem que um sentido elevado de propósito na vida, algum otimismo e uma atitude positiva face ao envelhecimento estão associados a ciclos de vida mais longos. Constata-se igualmente um crescente reconhecimento na investigação de que existe uma forte interação entre processos cognitivos, emocionais e motivacionais, o que pode oferecer meios para alcançar “insights” importantes sobre o funcionamento da mente no curso do envelhecimento (Scheibe & Carstensen, 2010).

Um outro traço distintivo das abordagens psicossociais face aos modelos biomédicos é a importância que atribuem à incorporação das conceções leigas nas abordagens multidimensionais do EBS (eg., Bowling, 2006; Phelan & Larson, 2004; Cosco *et al.*, 2014). Apesar de algumas limitações metodológicas frequentes nesses estudos, Bowling (2007) sublinha que os resultados mais evidenciados na literatura apontam que as pessoas de mais idade apresentam uma visão ampla e complexa do que é envelhecer bem com destaque para a saúde e funcionamento físico, relações sociais, funcionamento cognitivo, autonomia, adaptação e ajustamento, bem-estar, satisfação com a vida, atitude positiva, crescimento pessoal, espiritualidade e bem-estar financeiro.

A grande questão colocada pelos modelos psicológicos do EBS e do envelhecimento positivo é que não existe isomorfismo entre o funcionamento físico e o psicológico no envelhecimento pois, como destaca Fernández-Ballesteros, “nem todas as mudanças que se produzem no psiquismo humano se ajustam ao padrão de funcionamento biológico ... crescimento e desenvolvimento, maturidade, declínio e morte.” (Fernández-Ballesteros, 2009, p. 46). Por essa razão é que o declínio físico não é necessariamente impeditivo de desenvolvimento psicológico, dado que existe autonomia em termos relativos da dimensão psicológica e social face à dimensão biológica, onde o declínio, mais ou menos acentuado, fará sempre parte do retrato do envelhecimento. Neste sentido, as perdas frequentes na saúde e na autonomia e a diminuição da plasticidade nos adultos idosos não são impeditivas de estes manterem uma capacidade considerável de resiliência perante as mudanças e desafios com que se confrontam (Ryff *et al.*, 2002b).

O reconhecimento da natureza iminente multidimensional do conceito de EBS ao longo das últimas décadas (e.g., Freund & Riediger, 2003; Martin, Kelly, Kahana, Kahana, & Poon, 2015) não tem sido suficiente para ultrapassar as clivagens que se verificam entre as abordagens de inspiração biomédica, cujos estudos concedem normalmente uma grande ênfase à operacionalização de critérios baseados em indicadores de saúde física, funcionamento cognitivo e autonomia funcional, e as abordagens psicossociais que, de modo distinto, focam-se em aspetos subjetivos do processo de envelhecimento e dão ênfase a critérios como satisfação de vida, bem-estar, recursos pessoais e envolvimento social, usando instrumentos psicométricos para capturar estes fenómenos. Só por si, as abordagens objetivas e subjetivas do EBS limitam o campo de estudo e originam conceptualizações parcelares e reducionistas, assinalam Cosco *et al.* (2013).

Acerca da persistente argumentação que existe entre essas duas abordagens, os referidos autores salientam que, enquanto os teóricos biomédicos sugerem que as medidas psicossociais podem ser indicadores enganadores devido à reduzida objetividade dos relatos subjetivos do EBS, os teóricos psicossociais sugerem que estabelecer como objetivos primeiros evitar a doença e manter um elevado nível de funcionamento físico em idades avançadas corresponde a uma visão irrealista do envelhecimento sustentada pelo modelo biomédico do EBS, que acaba por inibir a investigação e as políticas de saúde pública dirigidas aos mais velhos.

Para Cosco *et al.* (2013) a alternativa aos modelos reducionistas é representada na literatura pelos modelos holísticos. Estes modelos, ao integrarem componentes objetivos de inspiração biomédica e componentes subjetivos (constructos psicossociais), e incorporarem perspetivas leigas, igualmente importantes, pois fazem a ponte entre as abordagens biomédicas e as psicossociais, fornecendo informações contextualizadas e

relevantes do ponto de vista da intervenção gerontológica para contribuir para a resolução das questões com que se defrontam as pessoas mais velhas nos tempos atuais. Cosco *et al.* (2013) concluem que, perante as diversas limitações encontradas nos modelos unidimensionais e descontínuos ou dicotomizados de EBS, que insistem em estabelecer cortes abruptos entre as categorias mais ou menos bem-sucedidas de envelhecimento, os modelos multidimensionais e holísticos são mais inclusivos e sofisticados, pois oferecem melhores oportunidades para identificar áreas de intervenção específicas e permitem captar adequadamente a complexidade e heterogeneidade do EBS e dos indivíduos que envelhecem com sucesso e de modo positivo.

NOTAS FINAIS

Pretendeu-se evidenciar neste capítulo que, face aos modelos de inspiração biomédica do EBS, as perspetivas teóricas multidimensionais de inspiração psicossocial têm vindo a contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de uma visão mais abrangente e positiva do EBS no quadro do campo de estudos gerontológicos, apesar de haver ainda muito caminho a percorrer nessa direção. Procurou-se também mostrar que a complexidade do constructo de EBS, que é comumente usado na literatura gerontológica quer como um processo, quer como um resultado (Martin *et al.*, 2015), e as diferentes abordagens a que foi submetido não impediram que a definição do que significa exatamente esse conceito tivesse evoluído de forma significativa ao longo dos últimos 40 anos. De facto, verificou-se um afastamento das teorias genéricas iniciais de EBS, como as da atividade e do desligamento, no sentido da construção de modelos teóricos e abordagens empíricas mais elaboradas que se focam diretamente em componentes específicos que os investigadores de diferentes orientações consideram os mais determinantes na génese do conceito. Foi o que se constatou com a ênfase concedida à saúde física e à autonomia funcional nas abordagens de inspiração biomédica ou com as abordagens que, de modo distinto, concedem maior destaque aos componentes psicológicos e sociais do EBS.

No entanto, há que destacar, como fazem Cosco *et al.* (2013) que, malgrado as dissimilaridades entre os conceitos de inspiração biomédica e os de inspiração psicossocial, teoricamente estes não são mutuamente exclusivos e acabam por sugerir nas suas potenciais articulações uma clara mudança em direção a uma visão mais holística e fundamentada do EBS. Existem, inclusive, reputadas abordagens multidimensionais que utilizam componentes de ambos os modelos como, por exemplo, o anteriormente referido formalizado por Baltes e Baltes (1990) que foi operacionalizado no Estudo de Envelhecimento de Berlim (Gerstorf, Smith, & Baltes, 2006), os estudos levados a cabo por Bowling e Dieppe (2005), as investigações realizadas segundo o modelo proposto por Fernández-Ballesteros (2008). Esta investigadora sublinha, aliás, que considera os modelos propostos por Rowe e Khan (1987) e Baltes e Baltes (1990) como sendo estruturantes neste domínio de estudo e tem procurado integrar de forma articulada os vetores desses dois modelos na sua investigação e na própria definição que formalizou de EBS, termo que usa diversas vezes de forma intermutável com a de envelhecimento

positivo: “O envelhecimento positivo pode ser definido como o processo de adaptação do indivíduo ao curso de vida com a finalidade de alcançar um funcionamento ótimo ao nível físico, psicológico e social” (Fernández-Ballesteros, 2008, p.42).

Por fim, uma última nota com um carácter otimista, mas pragmática, face ao desenvolvimento presente e futuro deste importante domínio específico do estudo do envelhecimento. Sem dúvida que a formalização e estudo do EBS reflete as grandes questões e dilemas que atravessam o estudo do envelhecimento humano, que estão longe de estar resolvidas e, de forma particular, reflete a própria evolução verificada ao longo das últimas décadas no campo pluridisciplinar da gerontologia. Ora, sendo assim, como sublinham Jeste e colaboradores (2010), se no campo de estudos gerontológicos não existe ainda uma teoria unificada do envelhecimento, como se pode construir uma teoria unificada e consensual do EBS para toda a comunidade científica? Lamentavelmente, nas circunstâncias atuais do conhecimento neste domínio, não é expectável que tal aconteça a curto prazo. Apesar disso, parafraseando Pruchno (2015), nada obsta a que o conhecimento conceptual e empírico acumulado nas últimas décadas neste domínio seja mobilizado no sentido de desenvolver um maior consenso ou convergência sobre o que é o EBS e as formas adequadas para o medir e avaliar no sentido de, pelo menos, os resultados da investigação poderem ser mais facilmente comparados entre si e poder-se, desse modo, fundamentar de forma consistente os meios de intervenção que permitam que um maior número de pessoas possa envelhecer de forma positiva e bem-sucedida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 12*(3), 395-409. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.395>
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Aging and society, 16*, 397 – 422.
- Bengtson, V. L., Putney, N. M., & Johnson, M. (2005). The problem of theory in gerontology today. In *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 3-20). Cambridge University Press.
- Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging? *International Journal of Aging and Human Development, 64*, 263 – 297.
- Bowling, A., & Iliffe, S. (2006). Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing. *Age and Ageing, 35*, 607 – 614.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *Bmj, 331*(7531), 1548-1551.
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2013). Lay perspec-

- tives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. doi:10.1136/bmjopen-2013-002710
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C., & Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26(03), 373-381.
- Depp, C., Vahia, I. V., & Jeste, D. (2010). Successful aging: focus on cognitive and emotional health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 527-550.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Concepto y modelos teóricos. In R. Fernández-Ballesteros, *Envejecimiento activo* (pp. 59-99). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). Working, empirical and lay definitions and theoretical models. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Active Aging: The Contribution of Psychology*. Cambridge: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M. A., Schettini, R., & Santacreu, M. (2013). The semantic network of aging well. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1), 79-107.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, C., López, B., Martínez, M., Díez, J. N., Montero L. P., & Schettini del Moral, R. (2011). Successful ageing: Criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15(1), 94-100.
- Freund, A.M., & Riediger, R.M. (2003). Successful Aging. In R. M. Lerner, M.A. Eastbrooks & J. A. Mistry (Eds.), *Handbook of Psychology* (Vol.6) (pp. 601-628). Hoboken, N J: John Wiley & Sons.
- Gerstorf, D., Smith, J., & Baltes, P. B. (2006). A systemic-wholistic approach to differential aging: Longitudinal findings from the Berlin Aging Study. *Psychology and aging*, 21(4), 645-663. doi: 10.1037/0882-7974.21.4.645
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13.
- Jeste, D. V., Depp, C. A., & Vahia, I. V. (2010). Successful cognitive and emotional aging. *World Psychiatry*, 9(2), 78-84.
- Kahn, R. L. (2002). Guest Editorial: On "Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn". *The Gerontologist*, 42(6), 725-726.
- Kahn, R. L. (2003). Successful aging: Intended and unintended consequences of a concept. In L. W. Poon, S. H. Gueldner & B. M. Sprouse (Eds.), *Successful aging and adaptation with chronic diseases* (pp. 55 - 69). New York: Springer.
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: does it "appeal more than it illuminates"? *The Gerontologist*, 55(1), 26-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu027>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25.
- Phelan E.A., Anderson L.A., LaCroix, A.Z., & Larson, E.B. (2004). Older adults' views of "successful aging"--how do they compare with researchers' definitions? *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 211-216. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52056.x
- Pruchno R. (2015). Successful aging: contentious past, productive future. *The Gerontologist*, 55(1), 1-4. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv002>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143 - 149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2000). Successful aging and disease prevention. *Advances in*

renal replacement therapy, 7(1), 70-77.

Reichstadt, J., Depp, C. A., Palinkas, L. A., Folsom, D. P., & Jeste, D. V. (2007). Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 15(3), 194–201. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318030255f>

Ryff, C. D. (1982). Successful aging: A developmental approach. *The Gerontologist*, 22, 209–214. doi:10.1093/geront/22.2.209

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2002). From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Ryff, C. D., Singer, B. H., & Seltzer, M. M. (2002b). Pathways through challenge: implications for well-being and health. *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp. 302–328). Cambridge: University Press.

Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything or is It? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

Scheibe, S., & Carstensen, L.L. (2010). Emotional aging: recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B (2), 135–144, doi:10.1093/geronb/gbp132

Smith, J., & Baltes, P. B. (1993). Differential psychological ageing: Profiles of the old and very old. *Ageing & Society*, 13(4), 551-587. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.3.458>

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42, 727-733.



3. Florescimento e boas práticas de envelhecimento ativo na comunidade

Maria Cristina Faria¹

RESUMO: Dar mais vida a cada ano a partir dos 65 anos implica criar estruturas de apoio e empoderamento aos mais velhos da sociedade, preparar os mais novos e os técnicos para saberem lidar de forma eficiente com o envelhecimento da sua comunidade. O objectivo de gerar riqueza só tem sentido se gerar florescimento humano e felicidade para todos.

Seligman (2012) no seu livro “Flourish” sugere com uma nova compreensão da felicidade e do bem-estar e apresenta-nos como objetivo da psicologia positiva aumentar a quantidade de florescimento na vida dos humanos e do planeta. Investir em “Ageing in place” significa desenvolver a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece (WHO, 2015; Fonseca, 2018). Esta abordagem remete para a relevância da qualidade das respostas dos serviços de continuidade dos cuidados de saúde e da formação dos profissionais envolvidos neste processo.

Na área do envelhecimento ativo e educação, uma revisão sistemática é uma oportunidade para integrar a informação existente, gerando dados que auxiliem a tomada de decisões de estratégias condutoras de boas práticas. Neste estudo foi realizado uma meta-análise sobre florescimento e boas práticas de envelhecimento ativo, com saúde e bem-estar.

Os resultados permitiram delinear estratégias formativas sobre o “Ageing in place” a três níveis, para os atores no terreno, futuros profissionais e para os adultos mais velhos da comunidade.

Palavras-Chave: Idosos, Psicogerontologia, Florescimento, Bem-estar, Envelhecimento na Comunidade.

INTRODUÇÃO

Os mais velhos da nossa sociedade não só vivem mais tempo do que os seus antepassados como apresentam competências resilientes que lhes permitem fazer face aos problemas da vida, constituindo-se como modelos para as novas gerações (Faria, 2014). A European Union e Committee of the Regions (Andor, Bresso, & Sedmak., 2011) defende

¹ Instituto Politécnico de Beja. Email: mcfaria@ipbeja.pt

que é preciso saber envolver e tornar os cidadãos séniores mais participativos na sociedade, enquanto atores do seu próprio desenvolvimento. A investigação tem evidenciado como a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, físicas e sociais estão diretamente relacionados com o desempenho de ocupações significativas e gratificantes (Carvalho & Dias, 2011). Esta visão do envelhecimento chama a atenção para a relevância dos mais velhos serem compreendidos como “pessoas a desenvolver” e não como “pessoas a resolver”.

A perspetiva desenvolvimental do processo de envelhecimento encontra-se apoiada em três vertentes (Fonseca, 2005): o potencial de desenvolvimento; a capacidade adaptativa; e os limites dessa capacidade adaptativa. Por conseguinte, podemos esperar que as pessoas mais velhas sejam competentes e apresentem uma capacidade de adaptação ao envelhecimento, que lhes permita saberem lidar com as situações e os problemas decorrentes da transição e com as implicações da mudança decorrentes do envelhecimento. A capacidade de os mais velhos se auto-atualizarem com a sua nova etapa das suas vidas permite-lhes estarem abertos a novos desafios, dispostos a vivenciar experiências diferentes e a delinear um novo projeto de vida.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) chama a atenção para a realidade contemporânea da população em processo de envelhecimento e de como esta pode encontrar desafios globais, nacionais e locais. Em particular refere sete desafios, são destacados e organizados pela seguinte ordem: 1º) carga dupla da doença (mudança no padrão das doenças não transmissíveis para as não transmissíveis, sendo que se espera em 2020 um aumento de 78% da carga global de doença em doenças não transmissíveis, doenças crónicas (cardiopatia, cancro e depressão) causa de morte e invalidez, doenças mentais e lesões; 2º) maior risco de deficiência; 3º) provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento; 4º) feminização do envelhecimento; 5º) ética e iniquidades; 6º) economia de uma população em processo de envelhecimento; e 7º) criação de um novo paradigma que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento. Por conseguinte, para que tudo corra bem é preciso planejar de uma forma inovadora a ancianidade e realizar políticas abrangentes para o envelhecimento.

Quando pretendemos promover saúde e bem-estar é preciso considerar a perceção subjectiva da qualidade de vida individual que as pessoas apresentam e compreender a perceção que têm do sentido da sua própria existência. Não basta criar condições ou situações de bem-estar na velhice, é preciso escutar e conhecer o modo como os as pessoas mais velhas percebem a sua própria qualidade de vida e identificar as suas principais necessidades.

A Pordata fez o “Retrato de Portugal” (Pordata, 2019) onde se observa que nos nossos dias, para cada 100 pessoas com menos de 15 anos, existem 157 pessoas com 65 e mais anos. Estaremos em 2020 preparados para este desafio? Diversas estruturas de apoio ao envelhecimento têm sido criadas e vários programas têm sido desenvolvidos no sentido de assegurar o suporte social, a formação e desenvolvimento pessoal, a promoção da saúde ou a prevenção e controlo das doenças. Contudo, temos consciência de que temos muito ainda por fazer para dar respostas ao nível de saúde e bem-estar psicológico das pessoas mais velhas da nossa sociedade, a nível local e global. Diante desta panorâmica a presente investigação centrou-se na corrente do envelhecimento

da comunidade e procurou responder à seguinte questão. “ De que forma está a ser conduzido o florescimento e as boas práticas de envelhecimento ativo, com saúde e bem-estar na comunidade?” Pretendemos chamar a atenção para a riqueza do capital humano a partir dos 65 anos e da relevância do investimento na comunidade para que possa florescer e viver em ambientes de bem-estar para todos.

FLORESCIMENTO

Marco Túlio Cícero foi um advogado, político, escritor, orador e filósofo da gens Túlia da República Romana eleito cônsul em 63 a.C. (106 a.C. - 43 a.C.). Sem dúvida um homem do seu tempo que visionava o futuro. A propósito do envelhecimento escreveu o livro sobre “Da Velhice”, com o título original “Cato Maior De Senectute”, no ano de 44 a.C, onde refere que:

“De muitos conheci uma velhice que desconheceu as lamentações; esses não só de desvincularam sem dificuldades dos prazeres como também nunca foram desprezados pelo seus. Mas a razão de todas essas recriminações reside na maneira como se vive, e não na própria idade – os velhos que foram com efeito moderados, sem nunca terem sido difíceis ou desumanos, têm uma velhice que pode ser tolerada; por outro lado, a má índole e a desumanidade são dolorosas para qualquer idade. (Cícero, 2009, 16).

O conhecimento da vivência diferenciada do envelhecimento e do seu impacto na vida das pessoas parecia chamar a atenção de Cícero para aquilo que hoje designamos de opção de estilos de vida saudáveis e de florescimento humano.

Seligman (2012) no seu livro “Flourish”, traduzido para português “A vida que floresce” surge com uma nova compreensão da felicidade e do bem-estar e apresenta-nos como objetivo da psicologia positiva aumentar a quantidade de florescimento na vida dos humanos e do planeta. Propõe que o tópico da Psicologia Positiva seja o bem-estar, que o padrão de excelência para o avaliar seja o florescimento (emoção positiva, envolvimento, significado, relações positivas e realização pessoal) e que o objetivo da Psicologia Positiva seja aumentar o florescimento, promovendo a emoção positiva, o envolvimento, o significado, as relações positivas e a realização pessoal.

Na sua teoria sobre o bem-estar, (The PERMA Model: P= Positive Emotion; E=Engagement; R= Relationships; M= Meaning; A=Accomplishments), Seligman (2012) apresenta-nos cinco elementos (emoção positiva, envolvimento, significado, relações positivas e realização pessoal) e cada um deles possui três propriedades: 1) contribuir para o bem-estar; 2) ser desejado por muitas pessoas pelo seu valor intrínseco; e 3) ser definido e medido de forma independente dos outros elementos (exclusividade). Para florescer o individuo tem de possuir todas as características nucleares (emoções positivas; envolvimento, interesse; significado, propósito) e três das seis características adicionais (auto-estima; otimismo; resiliência; vitalidade; autodeterminação; relações

positivas).

Compreendendo a longevidade da nossa época como uma oportunidade para o florescimento é preciso criar condições para o desenvolvimento de competências que permitam alcançar o bem-estar ao longo da vida.

ENVELHECIMENTO ATIVO COM SAÚDE E BEM-ESTAR

Na década de 70, um conjunto de profissionais provenientes de contextos diversificados (políticos, sociais e académicos) procurou transpor a imagem vigente das pessoas mais velhas da sociedade associadas a fragilidade, dependência, improdutividade ou a um fardo para a sociedade e para as novas gerações. É deste debate que surge o conceito de envelhecimento produtivo (EP) definido como “uma actividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida” (Gonçalves *et al*, 2006, 139). Neste processo, se houver um contexto social e cultural que compense a perda dos recursos biológicos, o ritmo que dá origem ao declínio pode ser travado, assim como pode acelerar na presença de expectativas negativas sobre o envelhecimento a nível cultural e económico.

Na década de 80, Baltes e Baltes (1990) apresentaram o conceito de envelhecimento bem-sucedido (EBS), destacando a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a existência de uma reserva, de forma a compensar o declínio de determinadas competências. Embora defendam o princípio da continuidade desenvolvimental de ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, consideram que existem limites expostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, desencadeando um aumento de perdas e uma diminuição de ganhos. Assim, nesta perspetiva, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de selecção, optimização e compensação, mecanismos de adaptação interactivos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes & Baltes, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) foi mais longe quando surgiu com o conceito de envelhecimento ativo, como o “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Por outro lado, os estudos mostram que a qualidade de vida, o bem-estar e a manutenção das qualidades mentais encontram-se diretamente relacionados com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho & Dias, 2011).

Na perspetiva de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, sinónimo de uma vida mais longa e acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) permite uma visão diferente do envelhecimento. O envelhecimento ativo, assim apresentado, implica uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho, esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento enfatiza a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011).

O planeamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspetos da vida em comunidade (WHO, Organização Mundial de Saúde, 2005). O ano de 2012 foi designado de “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações” possibilitando uma abordagem positiva do envelhecimento, a criação de espaços e tempos de debate reflexivo e o surgimento de iniciativas proactivas que possibilitem o desenvolvimento e a valorização da população sénior. Considera-se que o envelhecimento ativo pode dar à geração do baby boom e aos seniores do futuro a oportunidade de: 1) permanecerem no mercado de trabalho e partilharem a sua experiência; 2) continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade; e 3) viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível. Por outro lado, a partilha de experiências e a solidariedade intergeracional nas sociedades envelhecidas constitui uma riqueza humana e social para a construção da felicidade para todos. Por isso, durante o ano europeu 2012 chamou-se a atenção para o fato de nunca ser tarde para “partilhar experiências”, “iniciar uma nova carreira”, “ser dono da sua própria vida”, “ampliar os horizontes”, “dedicar-se aos outros”, “fazer novos amigos”, “unir forças”, “divertirmo-nos juntos”, “preocuparmo-nos com os outros”, “ter um espírito jovem” e “viver intensamente”.

BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ENVELHECIMENTO NA COMUNIDADE

O investimento em “Ageing in place” (Envelhecer na Comunidade) significa desenvolver a capacidade de cada pessoa continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece (WHO, 2015; Fonseca, 2018). Esta abordagem remete para a relevância da qualidade das respostas dos serviços de continuidade dos cuidados de saúde e da formação dos profissionais envolvidos neste processo.

A Organização Mundial de Saúde (WHO; 2015) perspetivou cinco áreas de intervenção no processo de “Ageing in place”: pessoas; lugares; produtos; serviços personalizados; e políticas de apoio social. Para cada uma das categorias identificam-se boas práticas em vários domínios, tais como: Apoio aos cuidadores; Combate ao isolamento; Gerontotecnologias e investigação; Inovação em apoio domiciliário; Inovação em centro de dia; Intervenção na vida da comunidade; Lazer, atividade física e aprendizagem ao longo da vida; Melhoria das condições de habitação; Recursos de saúde, animação, nutrição e acompanhamento psicológico; e Segurança, mobilidade e bem-estar.

No Guia de Boas Práticas apresentado por Fonseca (2018) é evidenciado um levantamento de um conjunto de iniciativas de promoção da inclusão social dos cidadãos mais velhos em Portugal, nas respetivas comunidades, valorizando o movimento designado por “Ageing in Place” (World Health Organization, 2015).

No concurso de Boas Práticas de Envelhecimento Ativo e Saudável na Região Cen-

tro promovido pela Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDR) (2018), em estreita colaboração com os membros fundadores do consórcio Ageing@Coimbra (Universidade de Coimbra, Administração Regional de Saúde, Instituto Pedro Nunes, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Câmara Municipal de Coimbra), foram premiados três projetos:

- O projeto “NoMicro Technologies” venceu na categoria Conhecimento+, e foi apresentado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Centro de Neurociências e Biologia Celular, e oferece um penso para aumentar a cicatrização de feridas crónicas e prevenir a sua infeção microbiana.

- O projeto “Cuidados especializados para demência”, da União das Misericórdias Portuguesas – Unidade de Cuidados Continuados Bento XVI foi vencedor na Categoria Saúde+, e trata-se de uma unidade piloto, a funcionar desde 2013, dotada de competências ambientais, profissionais, clínicas e terapêuticas próprias e é hoje um modelo de referência na área de cuidados continuados para utentes com problemas cognitivos ou demência. É composta por 20 camas de média duração e reabilitação (até 90 dias) e 30 camas de longa duração e manutenção (preferencialmente até 180 dias) e ainda 10 camas em regime privado.

- O projeto “Novas Primaveras” da Sociedade Artística Musical dos Pousos (Leiria) venceu na categoria Vida+ , e trata-se de um programa de terapia pela arte, dedicado à terceira e quarta idades. Tendo-se iniciado em 2004, abrange diariamente cerca de 1271 utentes diretos e 84 indiretos, de entre cerca de 30 Instituições dos concelhos de Leiria, Batalha, Fátima e Pombal oferecendo-lhes a oportunidade de participar ativamente em projetos nas áreas da música, dança, teatro, poesia e outras artes.

A Câmara Municipal de Évora oferece desde 2005 o programa Seniores Ativos que visa promover a atividade física e estilos de vida saudáveis entre os seniores (indivíduos com pelo menos 55 anos). No período de 2003-2014 estavam inscritas um total de 21 instituições com 442 participantes. Observou-se que em apenas seis meses após o início da Atividade Física regular no programa foram identificadas várias melhorias nos parâmetros médicos e nos testes de aptidão física (Jacinto, *et. al.*, 2019).

A Câmara Municipal de Évora desenvolveu o Programa Municipal de Envelhecimento Positivo (2018) perspetivando a sua intervenção em quatro eixos: Capacitação Institucional; Envelhecimento Positivo; Combate ao isolamento e exclusão social / valorização social do papel do idoso; e Cidadania. No primeiro eixo pretendeu incidir na capacitação das pessoas e das associações/organizações de apoio a idosos do concelho, promovendo o desenvolvimento de competências e proporcionando oportunidades para o contínuo desenvolvimento pessoal e coletivo). No segundo eixo procurou-se relacionar a palavra positivo/ativo à participação contínua dos idosos na sociedade em todas as suas vertentes, questões sociais, culturais, económicas e civis, destacando-se: o Programa Municipal “Seniores Ativos”; a Dinamização do Centro de Convívio da Câmara Municipal de Évora; a Arte | Cultura | Lazer Saúde e Movimento Animação | Comemoração de dias festivos. No terceiro eixo pretendeu-se Dar continuidade aos projetos/iniciativas de âmbito municipal, já existentes, de combate ao isolamento e valorização do papel social do idoso, destacando-se: Projeto Municipal “Mais Próximo de Todos”; Cartão Social do Município; Programa Municipal “Conhecer Mais”; Núcleo Museológico do Alto de S.

Bento; Feira de Saberes e Fazer; Encontro Intergeracional. No último eixo procurou-se incentivar as organizações e os idosos considerados individualmente a atuar enquanto agentes promotores e facilitadores de uma cidadania plena e ativa, onde são reconhecidos o conjunto de direitos e deveres dos cidadãos, promovendo-se ações, em particular: Protecção Civil Preventiva; Conhecer as diversas instituições locais (por exemplo: CME, Bombeiros, PSP, GNR, Serviço Municipal de Protecção Civil).

O projeto COM_VIDA (2019) consubstancia uma resposta inovadora ao nível da intervenção com a população idosa, na medida em que constitui uma estratégia para a promoção do envelhecimento ativo e com saúde na comunidade (Casalheira, Veríssimo, Faria & Pereirinha, 2020). Implementado nas 12 freguesias do concelho de Beja, envolvendo mais de 400 utentes é um projeto de Inovação Social, tendo como entidade promotora o Centro Social Nossa Senhora da Graça e como investidor social a Câmara Municipal de Beja. O COM_VIDA tem ainda como entidades parceiras que contribuem para o cumprimento dos seus objetivos: Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Centro Social do Lidador, Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento do Alentejo do-IPBeja, ULSBA (UCC), IEFP e Centro UNESCO. O projeto destina-se a maiores de 65 anos, residentes no Concelho de Beja, visando a adopção de estilos de vida saudável, a promoção do envelhecimento ativo, da saúde e do bem-estar. O COM_VIDA constitui-se como um serviço de proximidade para todo o concelho de Beja, com uma equipa multidisciplinar que visa promover o envelhecimento ativo, numa conjugação de quatro componentes: a promoção de estilos de vida saudável; a sociabilização – prevenção da demência e promoção da saúde mental; a monitorização da qualidade de vida e bem-estar e uma plataforma online de planos individuais de atividades para o bem-estar.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) lançou, em 2019, uma iniciativa para a sustentabilidade dos sistemas social e económico, através de um investimento no capital humano que temos. Trata-se da campanha “Comunidades Pró-Envelhecimento”, que tem como principal objetivo, através de um “selo”, reconhecer e distinguir as comunidades portuguesas, cujas políticas, programas, planos estratégicos e práticas demonstram um compromisso forte e efectivo com a promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido ao longo de todo o ciclo de vida (, 2020).

Em 2020 foi apresentado o livro “Visões sobre o Envelhecimento” (Faria, Ramalho, Nunes & Fernandes, 2020) onde é relevante uma abordagem multidisciplinar do envelhecimento e a evidência do interesse dos autores, de diversas formações, para estudar, investir e intervir ao nível do fenómeno do envelhecimento contemporâneo na comunidade. No Prefácio do livro António Simões refere-se ao “Valor da longevidade” referindo que:

O envelhecimento da população não é “um problema”, pelo contrário, constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano. Viver mais tempo é fruto de conquistas diversas sob o ponto de vista médico, tecnológico e social, acarretando novos desafios para as comunidades. À medida que envelhecem as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento. A criação e manutenção de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo

possível, autónomas e socialmente relevantes. (Fonseca, 2020, 19).

Envelhecer em casa e na comunidade requer uma abordagem interdisciplinar protagonizada pela gerontologia na sua abordagem a partir dos contributos da psicologia, sociologia, saúde, economia, apoio social valorizando intervenções em diferentes escalas: nacional, regional, comunitário e individual e chamando para a ação os decisores políticos.

MÉTODO

No âmbito do presente estudo procurou-se responder à seguinte questão. “ De que forma está a ser conduzido o florescimento e as boas práticas de envelhecimento ativo, com saúde e bem-estar na comunidade?” Considerou-se que, para realizar o levantamento de evidências, a melhor estratégia metodológica seria o recurso a uma revisão sistemática. Por conseguinte, deu-se início a uma meta-análise sobre florescimento e boas práticas de envelhecimento ativo, com saúde e bem-estar. Esta análise é uma primeira tentativa de abordagem à problemática considerada, pelo que se trata de estudo inicial. Por conseguinte, é importante que num segundo momento haja uma seriação dos artigos por critérios previamente definidos e a sua categorização. Os temas foram escolhidos a partir das referências e destaques apresentados pelos investigadores do envelhecimento, consultados durante o processo de revisão bibliográfica. Foram identificadas dezanove palavras chave-construtos. Para uma maior abrangência a busca foi realizada em inglês utilizando os seguintes conceitos:

1. Aging
2. Ageing
3. Psychological well-being in aging
4. Older engagement
5. Older engagement in health
6. Older engagement In community
7. Involvement of older people in the community
8. Active Aging in Society
9. Community Participation in Aging
10. Flourish in ageing
11. Flourish in aging
12. Ageing in place
13. Aging in place
14. Training of ageing professionals
15. Training of aging professionals
16. Good practices of Ageing in Place
17. Good practices of Aging in Place
18. Health Care Continuity Services
19. Health Care Continuity Services of ageing

20. Health Care Continuity Services of aging

A procura dos artigos publicados até setembro de 2019 foi realizada nas bases de dados eletrônicas APA PsycNET, MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), Redalyc, EBES-CO Psychology and Behavioral Sciences Collection or, e LILACS.

RESULTADOS

A partir do registo do número de estudos levantado para cada termo/palavra-chave podemos observar a relevância dada pelos investigadores às respetivas problemáticas e a abrangência e especificidade dos resultados levantados em cada base de dados (Tabela 1).

Face às evidências dos resultados obtidos, numa temporalidade determinada, podemos dizer que nos últimos tempos, os investigadores têm investido na pesquisa na área do envelhecimento, em particular, por ordem de relevância dos registos, sobre temas relacionados com “Boas práticas de envelhecimento na comunidade”, “Envelhecimento ativo na sociedade”, “Serviços de Cuidados Continuados no envelhecimento”, “Envelhecimento na comunidade”, “Qualidade de vida no envelhecimento” e “Envelhecimento”. Podemos também observar que a investigação na área da psicologia positiva e do bem-estar no envelhecimento, do florescimento humano das pessoas mais velhas e seu envolvimento na saúde e na comunidade, e ainda, da formação dos profissionais que lidam com o envelhecimento já não é tão significativa.

Tabela 1- Pesquisa bibliográfica de artigos em base de dados sobre palavras-chave do Envelhecimento. (5 de Setembro de 2019).

Termo/Palavra-chave	Base de dados					
	APA PsycNET	MEDLINE http://www.ncbi.nlm.nih.gov	Redalyc.org	EBSCO Psychology and Behavioral	LILACS	Total
<i>Quality of life in aging</i>	292	14515	3702 4	132	1203	53166
<i>Aging</i>	606 9	415017	2958	22855	1125 3	45815 2
<i>Ageing</i>	227	45544 6	1093	22855	705	4803 26
<i>Psychological well-being in aging</i>	497	9486	11809	16	63	21871
<i>Older engagement</i>	1719	2967	7082	93	27	11888
<i>Older engagement in health</i>	870	152	3019 8	12	16	31248
<i>Older engagement in community</i>	232	956	18796	13	11	2000 8
<i>Involvement of older people in the community</i>	39	809	2936 4	4619	9	3484 0
<i>Active Aging in Society</i>	14	533	71696	5	37	7228 5
<i>Community Participation in Aging</i>	20	1529	21442	5	100	2309 6
<i>Flourish in ageing</i>	0	30	1317	1	0	1348
<i>Flourish in aging</i>	1	27	3195	6	0	3235
<i>Ageing in place</i>	18	7504	2602 3	176	23	3374 4
<i>Aging in place</i>	166	30667	2792 7	176	364	5930 0
<i>Training of ageing professionals</i>	0	1291	15432	8	8	16739
<i>Training of aging professionals</i>	13	940	16758	8	73	17792
<i>Good practices of Ageing in Place</i>	0	7	79671	1	1	7968 0
<i>Good practices of Aging in Place</i>	0	31	8093 0	1	2	8096 4
<i>Health Care Continuity Services</i>	64	10370	6284 4	6	356	7364 0
<i>Health Care Continuity Services of ageing</i>	0	313	6238 9	4692	1	6739 5
<i>Health Care Continuity Services of aging</i>	2	241	6275 9	1661	5	6466 8

CONCLUSÃO

A investigação e o conhecimento são a melhor ferramenta para uma boa prática e parece que vamos no bom caminho para se poder promover um envelhecimento ativo e com saúde e bem-estar, a nível local e global. Tenta reunir todas as evidências empíricas da atualidade foi só o início de um estudo para melhor conhecer a realidade da investigação realizado no momento para depois poder aprofundar os principais estudos e delinear intervenção mais adequada às necessidades das pessoas que todos os dias envelhecem.

A partir da análise das referências registadas podemos adiantar a importância de continuar a pesquisar no domínio do envelhecimento concebido numa perspetiva individual, comunitária e de abordagem multidisciplinar. Inferimos que é relevante um maior investimento na gerontologia e na psicogerontologia, no estudo do florescimento humano em adultos e em adultos de idade avançada, no envolvimento dos mais velhos na sua própria saúde e bem-estar, na sua participação na comunidade, e na formação de profissionais competentes na área do envelhecimento. Existem já boas práticas de envelhecimento na comunidade que é preciso continuar a estimular e apoiar. Mas, é preciso fazer mais investimento. Os resultados podem permitir a fundamentação para delinear estratégias formativas sobre o “Ageing in place” a três níveis: para os atores no terreno, futuros profissionais e para os adultos mais velhos da comunidade.

Envelhecer com bem-estar e qualidade de vida implica o envolvimento do(a) próprio(a), da sua família, dos profissionais de saúde e de apoio social, dos gerontólogos, dos psicogerontólogos, dos políticos e decisores, da comunidade e da sociedade. Por isso, é preciso criar e organizar condições para uma participação comunitária que respeite o envolvimento sénior e a promoção de sinergias de apoio ao envelhecimento com felicidade. Estamos diante de um conjunto de dinâmicas a desenvolver no domínio da responsabilidade individual, familiar, social e política. Dar mais vida a cada ano a partir dos 65 anos implica proporcionar o florescimento humano e criar condições e estruturas para envelhecer na comunidade com saúde e bem-estar até ao último acontecimento de vida.

REFERÊNCIAS

- Andor, L., Bresso, M. & Sedmak, M. (2011). How to promote active ageing in Europe EU support to local and regional actors. *Brochure-AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission*. Bruxelles, Belgique: European Union, Committee of the Regions.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Câmara Municipal de Évora.(2018). Programa Municipal de Envelhecimento Positivo. *Folheto Informativo*. Évora: Câmara Municipal de Évora. Disponível em: <http://www.cm->

-evora.pt/pt.

Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.

Cascalheira, J., Veríssimo, R., Faria, M.C. & Pereirinha, R. (2020). COM_VIDA (WITH_LIFE) Active Aging, Health Promotion and Wellness. Sandra Oliveira et al. (Coord.). *Book of Abstracts. ICOMTT20*. 1st International Conference on Management, Technology and Tourism: Social Value Creation – ICOMTT2020. (pp 82-83). Santarém: Instituto Politécnico de Santarém.

Cícero, M. T. (2009). *Cato Maior De Senectute*. Lisboa: Sociedade Editora de Livros de Bolso. ISBN: 978-989-8231-03-1.

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2018). *Boas Práticas de Envelhecimento Ativo e Saudável na Região Centro*. (pp.277). Coimbra: Ageing@Coimbra. Direção de Serviços de Desenvolvimento Regional. Disponível em <http://www.ccdrc.pt/>.

Faria, M.C. (2014). Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo. J.Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses & Isabel Leal, *Atas do 10º Congresso de Psicologia da Saúde*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, (229-236). ISBN: 978-989-98855-0-9.

Faria, M.C., Ramalho, J., Nunes, A. & Fernandes, A. (Coord.). (2020). *Visões sobre o Envelhecimento*. [e-book]. (pp320). Beja: IPBeja Editorial. ISBN: 978-989-8008-41-1. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. (2020). O valor da longevidade. In M.C.Faria, J. Ramalho, A. Nunes & A. Fernandes (Coords.). *Visões sobre o Envelhecimento*. [e-book]. (pp19-22). Beja: IPBeja Editorial. ISBN: 978-989-8008-41-1. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>.

Gonçalves, D., Martins, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006), Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2006, 7 (1), 137-143.

Jacinto, G., Infante, P., Afonso, A., Conde, J., Engana, T., Vicente, J., Silva, P., Coelho, A. C. & Costa, P. (2019). *Alguns benefícios do envelhecimento ativo: um caso de estudo. Em Classificação e Análise de Dados – Métodos e Aplicações III*. (Eds. Bacelar-Nicolau, H., Sousa, F., Marcelo, C., Ferreira, A. S., Infante, P., Figueiredo, A.). Instituto Nacional de Estatística, (pp45-54). ISBN 2183-8801.

URI: <http://hdl.handle.net/10174/25628>

World Health Organization (WHO) (2002). *Active Ageing: A policy framework. Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO) (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*; 1.ª ed. Traduzida para o português. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde

World Health Organization (WHO) (Editors) (2015). *World Report on Ageing and*

Health. ISBN: 9789241565042. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020). Envelhecimento Saudável qual é o papel do psicólogo? *PS/S21*.Nº 18. (pp.15). Lisboa: Mésicles Helin Berenguel. ISSN 2182-4479.

Pordata (2019). *Retrato do Portugal*. Pordata. (pp84). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN:978-989-8943-78-1.

Ribeiro, O. & Paúl, P. (ed.). (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel. 238 pp. ISBN: 978-972-757-739-2.

Seligman, M. (2012). *A vida que floresce- Um novo conceito visionário da felicidade e do bem-estar*. Alfragide: Estrela Polar. ISBN:978-989-2068-1-7



II PARTE

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS
A PESSOAS IDOSAS**



4. Qualidade de vida dos idosos no concelho de Alcoutim

Sónia Isabel Teixeira Manuel Gomes¹

Aurízia Anica²

Filipe Nave³

RESUMO: Sendo Alcoutim um dos concelhos rurais mais envelhecidos de Portugal, foi realizada uma investigação com o intuito de responder à pergunta de partida: Envelhecer no concelho de Alcoutim proporciona boa qualidade de vida aos idosos? Tivemos como finalidade conhecer a realidade do envelhecimento no concelho de Alcoutim, analisando a qualidade de vida percebida pelas pessoas idosas e proporcionada pelas redes de cuidados sociais.

No desenho do estudo descritivo e exploratório, optou-se por uma metodologia mista. Através do método de amostragem intencional da população com mais de 65 anos do concelho, a qual corresponde a 44% da população total, selecionou-se uma amostra de cerca 5% que diz respeito a 76 pessoas que foram inquiridas. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico e o WHOQOL-BREF. A metodologia qualitativa foi utilizada nas entrevistas semiestruturadas, bem como na análise e interpretação das mesmas, as quais foram realizadas aos dirigentes autárquicos do concelho.

Da análise dos resultados, verificou-se que existem relações estatisticamente significativas entre: a Qualidade de Vida (QdV) das pessoas idosas e as relações destas com os vizinhos; entre a QdV e o ambiente; entre a QdV e a facilidade de locomoção no concelho; entre a QdV e a participação em eventos; entre a QdV e os serviços de saúde existentes.

Com base nestes resultados, conclui-se que as percepções das pessoas idosas, consonantes com as percepções dos responsáveis autárquicos, revelam que o processo de envelhecimento no concelho de Alcoutim proporciona qualidade de vida aos seus residentes. Esta qualidade de vida está positivamente associada às variáveis: relações viciniais, ambiente, acessibilidades, participação social e serviços de saúde.

Palavras-Chave: Envelhecimento, qualidade de vida, redes sociais, idosos.

1 Técnica Superior na área da Sociologia, natural do Concelho de Alcoutim e autora da dissertação intitulada Qualidade de Vida dos idosos no concelho de Alcoutim, a qual foi realizada no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, em 2018. Esta dissertação está na origem do presente artigo. E-mail: sonia_teixeira_gomes@hotmail.com

2 Universidade do Algarve. Investigadora do Instituto de Estudos de Literatura e Tradição - Patrimónios, Artes e Culturas. E-mail: aanica@ualg.pt

3 Professor e investigador da Universidade do Algarve. E-mail: fnave@ualg.pt

INTRODUÇÃO

O presente artigo teve com base o estudo “Qualidade de Vida dos idosos no concelho de Alcoutim” concretizado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social. Alcoutim é um dos concelhos mais envelhecidos de Portugal, segundo dados PORDATA (2017), cujo índice de envelhecimento é de 660,9%, muito superior ao registado quer no Algarve quer em Portugal, tal como o índice de dependência de idosos que atinge 95,6%. Em Alcoutim, a taxa de idosos mais velhos é superior relativamente aos dados do Algarve e de Portugal, sendo a taxa de longevidade de 63,7%. O objetivo principal deste estudo é conhecer a qualidade de vida das pessoas idosas, tendo-se partido da questão: Envelhecer no concelho de Alcoutim proporciona boa qualidade de vida aos idosos?

Na investigação procurou-se conhecer a realidade do envelhecimento no concelho de Alcoutim. Para o efeito, analisou-se a rede de cuidados sociais, as atividades de lazer e de bem-estar dos idosos, a relação entre as respostas sociais, a qualidade de vida e a satisfação dos idosos. Tudo para saber se envelhecer neste concelho proporciona qualidade de vida.

Utilizou-se uma metodologia mista, o que implicou a recolha de dados por meio de questionário WHOQOL-BREF e de entrevistas semiestruturadas ao Presidente da Câmara Municipal de Alcoutim e aos presidentes das juntas de freguesia. Para a análise de dados, recorreu-se ao programa IBM-SPSS *Statistics*25 e, para a análise das entrevistas, procedemos à análise de conteúdo.

DO CONCEITO DE ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E REDES DE SUPORTE SOCIAL

O envelhecimento é um processo gradual que ocorre durante o percurso de vida do ser humano, caracterizado por alterações múltiplas, entre as quais do funcionamento do organismo. A evolução positiva ou negativa no processo de envelhecimento depende de vários fatores, tais como a herança genética, as experiências de vida passadas, a forma como foram vividas, hábitos de vida saudável ou a presença de doenças. A forma como se vive, determina a forma como se envelhece. Para se viver durante mais anos e com melhor saúde é essencial a adoção de estilos de vida saudáveis e uma atitude consciente na promoção e no autocuidado. É, pois, fundamental que ocorra uma mudança de atitudes e de mentalidades por parte dos mais idosos, no sentido de melhorar e proporcionar um melhor envelhecimento, com qualidade de vida.

Na década de 90, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL, Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde) define qualidade de vida como “a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupação” (Paúl, C. *et al.*, 2005, p. 78, citado em WHOQOL, Group, 1994). Neste modelo, a qualidade de vida abrange as dimensões física, psicológica, social e ambiental, introduzindo variáveis diversificadas e não sobreponíveis à satisfação de vida, na com-

preensão do processo de envelhecimento.

A qualidade de vida é um constructo multidimensional, que implica dimensões subjetivas, em que cada indivíduo percebe a qualidade de vida de acordo com aquilo que acha mais relevante para o seu bem-estar. Para se conhecer a qualidade de vida, é importante considerar diversos fatores: bem-estar físico e psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente de trabalho e lazer, religiosidade, entre outros. De modo geral, envelhecer com qualidade significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. Fonseca (2005) estabelece uma relação entre envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida, que passa, fundamentalmente, por uma capacidade de resiliência às diversas frustrações e perdas e também por uma capacidade de adaptação ou ajustamento às circunstâncias da vida em declínio, mas que, apesar de tudo, vale a pena viver. O bem-estar do indivíduo abrange, assim, as dimensões da pessoa: física, psíquica e social. Como afirma Sarton (2007, p. 269),

(...) “o modo de envelhecer depende, em grande medida, da maneira como vivemos o nosso curso de vida, levando a ter em conta aspetos históricos e culturais. Isso reflete o nosso estilo de vida, em que aspetos importantes são os hábitos alimentares e a atividade física. O estilo de vida condiciona uma qualidade de vida boa ou má”(...).

Na nossa sociedade, têm surgido inúmeras alterações demográficas, proporcionadas pelo aumento da esperança média de vida da população e, conseqüentemente, o envelhecimento da mesma. Estas alterações repercutem-se ao nível do contexto familiar e social atual, verificando-se a verticalização das famílias, o crescente número de idosos e a complexidade das relações familiares. As famílias tendem a tornar-se mais verticais devido à diminuição da taxa de natalidade, coexistindo várias gerações, as mais novas com menos elementos (Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. 2004, p. 28). Por seu turno, também se verificam várias situações de idosos que se encontram em isolamento/solidão, dada a emigração dos seus familiares para o estrangeiro ou a migração para os centros urbanos.

Segundo Ornelas (2008, p. 205), as redes sociais têm tamanhos e fronteiras pouco definidos, podendo ser constituídas por amigos, vizinhos, colegas de trabalho ou familiares e a sua constituição variar ou alterar-se com o tempo. O suporte social é avaliado segundo categorias construídas a partir dos membros da rede social. É, assim, necessário distinguir os vários tipos de suporte, mas também é relevante definir, compreender e clarificar os tipos de relação que oferecem a esse suporte (Ornelas, 2008, p. 205). Na fase da velhice, também se acentua a restrição das redes sociais, pela dificuldade da manutenção das relações, nomeadamente: perdas relacionais (a frequência da morte de amigos e familiares); a vulnerabilidade pessoal (deterioração de saúde física, alterações no estatuto psicológico, mudança nas necessidades e prioridades); barreiras ambientais e contextuais (diminuição de estatuto económico, estereótipos sociais); stresse e conflito (relações pessoais e sociais) (Sousa *et al.*, 2004, p. 44). Assim, com a velhice, verifica-se que as redes sociais diminuem, tal como a sua reciprocidade, pelo que se concentram mais nos familiares, assistindo-se a uma redução do número de amigos. No

entanto, as redes sociais são determinantes para o bem-estar psicológico dos idosos, dado que estes estão sujeitos a um maior risco de perdas sociais, questões de saúde, limitações funcionais, entre outros constrangimentos que influenciam psicologicamente as pessoas idosas.

Segundo Moniz (2003, p. 42), a família é considerada a instituição social básica a partir da qual outras se desenvolvem, tendo como objetivo a realização de determinadas funções, nomeadamente a de proteger os seus membros. Face às necessidades emergentes dos idosos, surge o cuidador informal, o qual é um elemento da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos e colegas) que lhe presta cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Sousa *et al.*, 2004, p. 61). As atividades apoiadas incluem, por norma, as atividades instrumentais, tais como transporte, tarefas domésticas, gestão do dinheiro, entre outras, e as atividades de vida diária, como vestir-se, alimentar-se, lavar-se, entre outras. A tradição cultural da sociedade portuguesa atribui às famílias, particularmente às mulheres, a assunção do papel de cuidador informal, cujos laços efetivos são mais próximos. Assim, esse papel de cuidador informal surge, muitas vezes, como o de cuidador principal devido à obrigação familiar, sendo que, nos meios rurais, esta tradição se mantém ainda mais vincada.

CONTEXTO DO ESTUDO

O município de Alcoutim, situado a sueste de Portugal, ocupa uma área de 576,7 km², o que corresponde a cerca de 12% (11,51%) do território da região do Algarve, com Zona de Intervenção Florestal (ZIF) de 22 57439 hectares, o que corresponde a 39,2% da superfície (INE, 2017). O município divide-se em quatro freguesias: União de freguesias de Alcoutim e Pereiro (231 km²), Giões (72 km²), Martim Longo (128 km²) e Vaqueiros (144 km²). É um município rural, o menos povoado de todo o Algarve. É limitado por barreiras geográficas naturais, a Norte pelo Alentejo e pela ribeira do Vascão, a Leste pelo rio Guadiana e a Sul pelos concelhos de Tavira e Castro Marim, mais próximos do Oceano Atlântico. Dispõe de um vasto património natural, de serra, com as suas especificidades em termos de fauna e flora.

A DEMOGRAFIA DO TERRITÓRIO

O acentuado envelhecimento demográfico da população portuguesa e o declínio da natalidade têm provocado um peso substancial na sociedade portuguesa nas últimas décadas (Moniz, 2003, p. 40) e têm contribuído para que a velhice e o conceito de envelhecimento assumam uma maior importância na sociedade portuguesa atual, implicando uma maior reflexão acerca da temática.

Segundo dados do INE (2017), o concelho de Alcoutim representa um dos concelhos mais envelhecidos de Portugal com uma taxa de envelhecimento de 651,8% face a 140,1% do Algarve e 150,9% a nível nacional.

Em Alcoutim, em 1960, o índice de envelhecimento era de 39,6%, tendo aumentado

progressivamente até 2016, e situa-se em 651,8%, o que significa que houve um aumento do índice de envelhecimento de 612,2%. Em simultâneo, verifica-se que a densidade populacional tem diminuído progressivamente desde 1960 até 2016. Em 1960, a densidade populacional do concelho de Alcoutim era de 16,1% e, em 2016, era de 4,2%, o que representa uma diferença de 11,9%. É de realçar que a densidade populacional de Portugal é de 111,8%, a do Continente é de 110,1% e a do Algarve é de 88,4%. Atualmente, segundo estimativa do INE (2017), em 2016, o número de habitantes é de 2403, o que revela um decréscimo de 18% da população em apenas 5 anos. Assim, face aos dados apresentados, podemos destacar que o concelho de Alcoutim é um dos mais envelhecidos de Portugal e com reduzidíssimo número médio de indivíduos por km².

Em 2001 a população residente era de 3770 habitantes; em 2011, de 2917 habitantes, em que 50,15% (1463) eram mulheres e, por conseguinte, 49,85% (1454) homens, dos quais 43,94% têm mais de 65 anos. No ano de 2016, a população residente é de 2403 habitantes, 1235 mulheres e 1168 homens. Destes, 1095 habitantes possuem idade igual ou superior a 65 anos, o que corresponde a 45,56%.

SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO IDOSA

Atendendo à população envelhecida, à interiorização do concelho e à indisponibilidade de alguns serviços de saúde, como consultas de especialidades hospitalares, são prestados cuidados sociais essenciais aos utentes idosos.

No concelho de Alcoutim existe o Centro de Saúde em Alcoutim e a Extensão deste em Martim Longo, Vaqueiros e Giões. O serviço de itinerância Unidade Móvel de Saúde serve todo o concelho e tem como objetivo a melhoria sustentável de prestação de cuidados de saúde à população. O mesmo está vocacionado para a prevenção e para a vigilância da saúde, ao realizar consultas médicas no domicílio, bem como para o cuidados de enfermagem, maioritariamente para idosos com patologias crónicas e com manifestas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Existem ainda acordos na área da fisioterapia, terapia da fala, medicina dentária, dermatologia e relativos à realização anual de um tratamento termal.

No concelho, existem quatro IPSS, designadamente, o Centro Paroquial de Martim Longo, o Centro Paroquial de Vaqueiros, a Associação de Solidariedade Social, Cultural, Desporto e Arte de Balurcos e a Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Alcoutim. É também disponibilizado à população idosa, através do cartão social, o serviço de teleassistência, Alcoutim + solidário e o transporte social. No domínio da animação sociocultural são realizadas atividades de convívio e de lazer, como eventos culturais, encontros temáticos, festividades, feiras e dias comemorativos; marchas pedestres e caminhadas, as quais, para além de proporcionarem aos participantes o convívio e o lazer, proporcionam um estilo de vida mais ativo e a participação em atividades ligadas à ruralidade, ao mesmo tempo que promovem o exercício físico e o relaxamento.

A ESTRATÉGIA E OS PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com o intuito de responder à pergunta partida da investigação, optou-se por considerar a interligação entre os vários serviços existentes no concelho, quer a nível da saúde quer de outros serviços disponíveis de apoio aos idosos, potenciadores de uma boa qualidade de vida, tendo também em consideração as questões ambientais do território e as redes sociais e de suporte social.

Foram definidos objetivos gerais e específicos. Como objetivo geral pretende-se interpretar a realidade do envelhecimento no concelho de Alcoutim, analisando a qualidade de vida que lhe é proporcionada. Como objetivos específicos procura-se: identificar a rede de apoios sociais; identificar as atividades de lazer; identificar a relação entre as respostas sociais e a qualidade de vida; inferir se envelhecer no concelho proporciona qualidade de vida.

A metodologia de investigação teve como intuito o de obter dados mensuráveis e quantitativos, descritivos e exploratórios acerca da qualidade de vida dos idosos, pelo que se realizou um questionário sociodemográfico, o questionário WHOQOL-BREF⁴, aplicados a uma amostra da população idosa não aleatória, por acessibilidade, calculada com base na população residente no concelho de Alcoutim, a partir dos 65 anos. Tendo como finalidade obter uma compreensão ampla do fenómeno em estudo, foi ainda utilizada a metodologia qualitativa, recorrendo à análise documental e a entrevistas semi-estruturadas.

Foi questionada uma amostra da população com mais de 65 anos, residente no concelho, possuindo capacidade cognitiva adequada para responder às perguntas e não estando totalmente dependente na realização das suas atividades de vida diária e que concordasse explicitamente, através de consentimento informado, com a participação no estudo. A constituição da amostra teve por base os dados da população dos Censos de 2011, nos quais se verifica que a população com mais de 65 anos de idade corresponde a 44% da população total, ou seja, 1282 habitantes. Deste total, selecionou-se uma amostra de cerca de 5%, o que corresponde a 76 habitantes que foram questionados, tendo sido obtida a seguinte participação por freguesias: Alcoutim (22 questionários), Pereiro (7 questionários), Giões (7 questionários), Martim Longo (24 questionários) e Vaqueiros (16 questionários).

A variável dependente do estudo é a qualidade de vida, tendo sido definidas várias variáveis independentes, isto é, elementos introduzidos e utilizados numa situação de investigação, com vista a verificar um efeito sobre a variável dependente. A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, sendo o resultado predito pelo investigador (Fortin, 2003). No presente estudo, foram definidas cinco hipóteses:

- Existe relação entre as relações sociais com os vizinhos e a QdV;
- Existe relação entre o bem-estar ambiental do concelho e a QdV;

4 Propriedade da Organização Mundial de Saúde, validado para a população portuguesa por Adriano Vaz Serra e Maria Cristina Canavarró do Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida da Universidade de Coimbra (1998).

- Existe relação entre o bem-estar na facilidade de locomoção no concelho e a QdV;
- Existe relação entre a participação em eventos no concelho e a QdV;
- Existe relação entre os serviços de saúde existentes e a QdV.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A média de idades dos idosos participantes no presente estudo é de 75 anos, com moda de 66 anos, mediana de 73 e desvio padrão de 6,848. A faixa etária dos 65-70 anos é a mais representativa com 30% das respostas, seguindo-se a faixa etária dos 70-75 anos com 22% das respostas.

No total dos inquiridos, verifica-se a prevalência do género masculino (61,8%). No estudo de Fonseca *et al.* (2005), foram entrevistados 49 homens e 68 mulheres. A predominância do género masculino no presente estudo, deve-se ao facto de a maioria dos questionários terem sido realizados na rua ou em eventos, espaços maioritariamente frequentados por homens. É de realçar que, ao nível da avaliação da QdV, o género masculino também evidencia melhores resultados face ao género feminino em todos os domínios.

De acordo com os dados obtidos através do formulário sociodemográfico e contextual, relativamente ao estado civil dos inquiridos, observa-se que 64,5% são casados ou vivem em união de facto, 26,3% são viúvos, 7,9% são solteiros e 1,3% são divorciados/separados. Neste aspeto os resultados deste estudo são semelhantes aos de Fonseca *et al.* (2005), em que a maioria dos entrevistados são casados (72,6%), 23,9% são viúvos e 3,4% são solteiros.

Verifica-se, ainda, no presente estudo que existem diferenças estatisticamente significativas “p” nas relações sociais com ($p=.021$) e, no domínio do ambiente, com ($p=.015$). São os casados e os divorciados/separados os que apresentam melhores resultados em todos os domínios, sendo de destacar que, no domínio do ambiente, os divorciados/separados apresentam dados significativamente superiores.

No que respeita às habilitações literárias dos inquiridos, a maioria possui como habilitações o 4º ano (55,3%). Porém, 13,2% dos inquiridos não sabem ler nem escrever, e 13,1% possuem menos do que o 4º ano. Com o 6ºano surgem 9,2%, com o 9ºano encontram-se 7,9% e com licenciatura surgem apenas 1,3%. No estudo realizado por Fonseca *et al.*, atrás citado, a taxa de analfabetismo do grupo é de 76,9%, havendo 20,5% de idosos com escolaridade básica. Estes resultados evidenciam o baixo nível de literacia dos inquiridos, ainda com uma percentagem significativa de analfabetismo, dado que há predominância de inquiridos oriundos de meio rural, onde, por vezes, não existia escola na localidade. Por outro lado, por questões de apoio à família, muitos tinham de iniciar a atividade laboral desde muito cedo. Com base no teste de Kruskal Wallis, verifica-se que não existem diferenças significativas entre as habilitações literárias. É de realçar que, no domínio físico e psicológico, aqueles que têm mais habilitações apresentam melhor QdV, enquanto as pessoas idosas sem habilitações ou que apenas sabem ler e escrever apresentam melhores resultados nos domínios do ambiente e das relações sociais.

Verificou-se, neste estudo, que a maioria dos inquiridos reside com o cônjuge, pelo

que as pessoas nestas condições perfazem os 65% dos inquiridos. Seguem-se os inquiridos que residem sozinhos que alcançam 22,4%, ou porque são viúvos ou porque são solteiros. No estudo de Fonseca *et al.* (2005), 72,6% dos inquiridos são casados; 23,9% são viúvos e 3,4% são solteiros. Neste estudo, com base no teste Kruskal Wallis, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas com ($p = .039$), no domínio das relações sociais. Em todos os domínios, os que apresentam menos qualidade de vida são aqueles que vivem sozinhos.

Segundo Luísa, (2017, pp.123-124), no estudo realizado a 300 pessoas, a perceção de melhor QdV depende de vários fatores: coabitação de cônjuge e filhos, maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade. Os casados ou em união de facto consideram a sua QdV melhor do que a dos viúvos, solteiros ou divorciados. Os que vivem acompanhados de cônjuge e filhos percecionam a sua qualidade como melhor relativamente à dos restantes. Os que têm um grau de escolaridade mais elevado ou que frequentam a academia sénior, bem como os pensionistas consideram a sua QdV melhor do que a dos restantes. Os homens consideram-se com mais saúde do que as mulheres. Ainda no mesmo estudo, verifica-se que os idosos que residem com o cônjuge (89,5%), não recebem qualquer apoio de uma instituição social, nomeadamente centro de dia e/ou apoio domiciliário, pelo que não existem diferenças estatisticamente significativas nesta variável. Nos domínios físico, psicológico e das relações sociais, aqueles que não recebem apoio apresentam melhor QdV, enquanto no domínio do ambiente são os que recebem apoio de centro de dia.

A existência de uma rede familiar e de vizinhança coesa é evidente, sendo que 57,9% dos inquiridos referem ter uma boa relação com os familiares e 40,8% de muito boa. No que concerne à relação com os vizinhos, 55,3% considera-a boa e 44,7% muito boa. A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerada como um bom indicador de saúde mental e bom prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e a resolução de acontecimentos de vida difíceis (Fonseca, 2005, p.102).

Neste estudo, relativamente à variável das relações sociais com os vizinhos, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio físico, com ($p = .019$), no domínio das relações sociais, com ($p = .011$) e no domínio do ambiente com ($p = .006$). Isto significa que a articulação entre estes vários domínios fomenta a qualidade de vida, pelo que podemos aceitar a hipótese de que existe relação entre as relações sociais com os vizinhos e a qualidade de vida. Podemos ainda verificar que a diferença entre bom e muito bom é significativa nos vários domínios, sendo que, os que têm muito bom nas relações sociais, têm efetivamente boa qualidade de vida.

Também se verifica que a maioria dos familiares (58,7%) reside entre 5 km e 50 km, pelo que existe uma frequência de visitas semanalmente (69,7%). Contata-se, assim, que os que recebem visitas semanalmente são os que possuem melhor qualidade de vida em todos os domínios. Quem apresenta menor QdV são os que nunca recebem visitas.

Os dados revelam que o concelho proporciona bem-estar aos idosos a nível ambiental, bem-estar na facilidade de locomoção, bem-estar no acesso aos cuidados de saúde e bem-estar na facilidade de acesso a atividades de lazer. Ao nível do bem-estar ambiental do concelho, os resultados são de 61,8% de bom e 38,2% de muito bom, verificando-

-se que existem diferenças estatisticamente significativas na área do ambiente ($p=.003$), sendo que a diferença entre bom e muito bom é significativa, pelo que se pode afirmar que o bem-estar ambiental do concelho fomenta a QdV. Assim, aceitamos a hipótese de que existe relação entre o bem-estar ambiental e a qualidade de vida no concelho.

O concelho de Alcoutim abarca um território com características eminentemente rurais, pelo que os índices de poluição estão muito abaixo da média nacional. Também se verifica por parte do município a responsabilidade na proteção da biodiversidade e da paisagem.

No interior, em meio rural, a deslocação é assegurada através de uma rede de transportes públicos reduzida e, por vezes, deficiente. No entanto, segundo o Presidente da Câmara Municipal de Alcoutim, a rede de transportes neste concelho encontra-se em processo de melhoramento. Neste concelho, a rede de transportes é assegurada pela transportadora EVA, entre a sede do concelho e os centros urbanos mais próximos e ainda pelo transporte do município entre a sede do concelho e as sedes de freguesia. Também é facultado pela autarquia transporte para Faro, sendo as consultas e as visitas a familiares internados no hospital o que mais motiva e justifica o serviço. O bem-estar na facilidade de deslocação foi avaliada em 60,5% com bom, verificando-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio do ambiente com ($p=.003$), no domínio das relações sociais com ($p=.037$). Não existem diferenças significativas no domínio físico ($p=.148$) e no domínio psicológico ($p=.270$). Neste teste, as respostas dividem-se entre má, bom e muito bom, sendo que prevalece em todos os domínios o muito bom. Assim, aqueles que têm melhor qualidade de vida são os que dizem ter muito bom na qualidade de deslocação. É de referir que muitos dos idosos inquiridos dispõem de transporte próprio. Face aos resultados, aceitamos a hipótese de que existe relação entre o bem-estar na facilidade de deslocação e a qualidade de vida.

Ao nível do bem-estar na facilidade de cuidados e serviços de saúde, não existem diferenças estatisticamente significativas. No entanto, analisando os serviços de saúde existentes no concelho, verifica-se que 65,8% dos inquiridos consideraram-nos bons, 25% suficientes, 5,3% muito bons, ao passo que 3,9% avaliam-nos de insuficientes. Com base no teste de Kruskal-Wallis constata-se que $p < 0,05$, nos domínios psicológico ($p=.020$) e no domínio do ambiente ($p=.010$), o que significa que existem estatísticas significativamente representativas. Verifica-se que, em todos os domínios, prevalece o muito bom, com dados mais representativos no domínio psicológico. Os que classificam com bom e muito bom são aqueles que apresentam melhor qualidade de vida. Os serviços de saúde existentes influenciam a QdV ao nível do domínio psicológico e do ambiente, pelo que podemos aceitar a hipótese de que existe relação entre os serviços de saúde existentes e a qualidade de vida. É de realçar que algumas das pessoas idosas inquiridas referiram que, atualmente, os serviços de saúde foram melhorados, embora considerem uma lacuna a inexistência de um serviço de saúde com horário mais alargado, nomeadamente durante a noite, para evitar a deslocação dos doentes para Vila Real de Santo António. Segundo a OMS (2010), a promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar e para o desenvolvimento económico e social sustentável. A existência de serviços de saúde que respondam às necessidades emergentes são fundamentais, pois fomentam a qualidade de vida.

Segundo a OMS, a saúde é um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pes-

soais, bem como as capacidades físicas. Portanto, a promoção da saúde não é apenas da responsabilidade do setor da saúde, mas vai além deste, implicando estilos de vida saudáveis, promotores do bem-estar. Neste sentido, é primordial o acesso a atividades de lazer, para a manutenção de um estilo de vida saudável. Face às respostas dos inquiridos, observa-se que estes consideram que o concelho proporciona o acesso a atividades de lazer, pelo que este item foi avaliado de bom por 65%, isto é, a maioria considera que existem boas possibilidades de realizarem atividades de lazer, 31,6% dos inquiridos avaliaram como muito bom e apenas 2,6% como mau. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio psicológico, no domínio das relações sociais e do ambiente, sendo que todos os domínios foram avaliados de muito bom, o que significa que os que participam em atividades de lazer são o que possuem melhor QdV.

Simões e Barros (2018) referem uma interligação da animação socioeducativa com a promoção e a prevenção da saúde para fazer do processo de envelhecimento uma oportunidade de incremento da participação ativa, enquanto fator que pode ampliar a qualidade de vida das pessoas idosas. Trata-se, pois, de promover a saúde e de prevenir a doença, através da animação socioeducativa. A animação socioeducativa do idoso estimula o nível físico, cognitivo e psicológico, no sentido de fomentar a qualidade de vida. Assim sendo, os períodos de ócio e lazer são criativamente reconvertidos em oportunidades, para que o indivíduo sinta a responsabilidade de se manter saudável.

Neste estudo, procurou-se ainda compreender a forma como os idosos ocupam o tempo livre e verificou-se que se dedicam aos afazeres domésticos, trabalhos agrícolas, passear, ver televisão, sendo que apenas uma minoria lê, o que se explica devido ao nível de literacia atrás caracterizado. É de realçar que existe uma Universidade Sénior no concelho, que desenvolve atividades lúdico-pedagógicas e sociais, na área da informática, ateliê de criatividade, artes decorativas, costura e bordados e bem-estar, saúde e segurança. No entanto, apenas 14,5% dos inquiridos frequentam a Universidade Sénior, pelo que os resultados apresentados não são estatisticamente significativos.

Verifica-se que 88,2% dos inquiridos participam em eventos organizados no concelho. Apenas 11,8% referem que já participaram, no entanto, atualmente, não participam, devido a questões de saúde, pelo que preferem permanecer no domicílio. Segundo o teste, relativamente à participação em eventos organizados no concelho, verifica-se que todos os domínios apresentam dados estatisticamente bastante significativos com ($p=.001$), o que representa que a participação em eventos, nomeadamente em feiras, festas, encontros temáticos, mercados e outros encontros lúdicos realizados nos *montes*, entre outros sítios, influencia significativamente a qualidade de vida dos inquiridos, pelo que aqueles que não participam possuem menor qualidade de vida em todos os domínios.

É de realçar que as pessoas idosas que participam em todos os eventos apresentam melhor qualidade de vida em todos os domínios. No domínio psicológico, quem apresenta melhor QdV são aqueles que participam em encontros temáticos, o que se reflete através do desenvolvimento intelectual e de literacia. É de destacar ainda que aqueles que participam apenas em feiras, festas e mercados são os que apresentam menos QdV em todos os domínios. Face aos dados, com ($p=.001$), aceitamos a hipótese de que existe relação entre a participação em eventos no concelho e a qualidade de vida.

A participação em atividades fomenta a existência de relações sociais significativas, consideradas como protetoras da saúde mental dos indivíduos, atuando como facilita-

doras de cura em situações de descompensação (Paúl, 2005, p. 37). Ao longo do ciclo de vida, as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre outros. Acontecimentos como a reforma ou a mudança de residência alteram profundamente a rede. Com o passar dos anos, os pares vão morrendo e os sobreviventes ficam com menos amigos, as redes degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade. A existência de redes de apoio social e a animação sociocultural são essenciais para assegurar a autonomia, uma melhor saúde mental e a satisfação de vida, requisitos essenciais para um envelhecimento ótimo.

Nesta investigação, verificamos que a maioria dos idosos (90,8%) usufrui dos apoios do município e 9,2%, respondem que não usufruem nem nunca usufruíram. Os apoios prestados são os seguintes: Unidade Móvel de Saúde, Espaço Social, Serviço de Teleassistência, Cartão Social, Alcoutim + solidário e o Transporte Social. Relativamente aos apoios do município, não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se ainda que, em caso de necessidade de cuidados permanentes, 63% dos idosos preferem ficar na sua própria casa, 17% ir para uma ERPI, 9% receber apoio domiciliário e 11% ficar em casa de familiar. Após análise dos resultados, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos vários domínios. Segundo Fonseca (2005, p.100), a entrada para uma ERPI é encarada, geralmente, como último recurso, podendo, por vezes, essa institucionalização não se verificar no local de residência, pois, por vezes, existe necessidade de os que a procuram optarem por instituições próximas dos locais onde os filhos residem ou trabalham. Os nossos dados confirmam a preferência por envelhecer em casa. *“Ageing in place significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente”* (Fonseca 2018, p.7). Este conceito requer uma abordagem interdisciplinar protagonizada pela gerontologia, valorizando intervenções em diferentes escalas: nacional, regional, comunitária e individual. Este conceito evidencia a relevância de manter as pessoas idosas não só a viver em suas casas, mas também a participar na vida das comunidades, pelo tempo mais alargado que lhes for possível.

Ao nível dos serviços de apoio social, o concelho de Alcoutim dispõe de três lares e centros de dia nas sedes de freguesia. Segundo os entrevistados, estes serviços são suficientes e adequados. Contudo, face ao crescente envelhecimento da população, poderão tornar-se insuficientes a curto prazo. Segundo Anica (2018, p.79), o Algarve é território de profundos contrastes nos modos de envelhecer e na qualidade de vida no processo de envelhecimento. O desenvolvimento social, cultural e económico da região poderá e deverá contribuir para o esbatimento destes contrastes, sendo que, no presente, urge melhorar a adequação das respostas sociais, em particular das ERPI, às características e necessidades dos utentes. Neste contexto, torna-se necessária a melhoria dos serviços existentes e, conseqüentemente, a melhoria da QdV daqueles que usufruem destes serviços. Em simultâneo, é necessário investir em projetos e respostas que promovam o envelhecimento ativo no contexto habitual de vida (*ageing in place*), tendo como finalidade fomentar uma melhor QdV e prevenir ou minimizar os fatores da institucionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, conclui-se que existe ligação positiva entre as relações sociais com os vizinhos e a qualidade de vida; verifica-se que existe relação positiva entre o bem-estar ambiental no concelho de Alcoutim e a qualidade de vida; a facilidade de deslocação fomenta a qualidade de vida; a participação em eventos no concelho proporciona qualidade de vida e os serviços de saúde existentes condicionam positivamente a qualidade de vida das pessoas idosas inquiridas.

Para além das hipóteses iniciais, que foram inequivocamente confirmadas, verifica-se que, existem outros fatores que influenciam positivamente a QdV dos idosos no concelho. A existência de infraestruturas e serviços que foram estrategicamente criados pela autarquia para minimizar os efeitos do isolamento desta população, permitem a realização de atividades físicas, sociais e culturais, facilitam e quebram a monotonia e o isolamento de quem vive distante dos centros urbanos. Destaca-se uma grande proximidade e entreatada entre os vizinhos. Esta vem colmatar de algum modo a ausência dos familiares diretos, os quais, geralmente por questões profissionais, tiveram que se ausentar.

É de realçar, ainda, que, nos tempos livres, para além de ver televisão, passear, participar em convívios e realizar os afazeres domésticos, a maioria dos inquiridos dedica-se à agricultura de subsistência. Esta atividade permite a realização de atividade física, ocupação dos tempos livres e, conseqüentemente, proporciona uma alimentação saudável de acordo com a Dieta Mediterrânica, sendo que esta fomenta um envelhecimento mais saudável e com maior QdV.

O concelho de Alcoutim é predominantemente um meio rural, longe dos centros urbanos, o que provoca, naturalmente, isolamento. No entanto, dado que a maioria dos inquiridos possui transporte próprio e ou utiliza os meios fornecidos pela autarquia, verifica-se que existe facilidade de deslocação no território para os idosos. Relativamente aos serviços de saúde, verifica-se que, apesar de todos os esforços evidenciados, quer através do apoio do serviço da unidade móvel de saúde, quer através dos centros de saúde, os mesmos poderão ser melhorados, principalmente no que concerne ao prolongamento do horário do centro de saúde de Alcoutim.

Os serviços de apoio social e toda a rede de apoio social existente de momento, através das ERPI, serviços de apoio domiciliário e serviços prestados pela autarquia são adequados face às necessidades atuais. No entanto, num futuro próximo, admite-se que, devido ao constante envelhecimento da população, os mesmos poderão tornar-se insuficientes.

Também na perspetiva do Presidente da Câmara Municipal, a autarquia fomenta o envelhecimento com qualidade de vida, devido a todos os serviços de apoio prestados quer a nível da saúde, com consultas permanentes nos centros de saúde, com a cedência no transporte para o médico e farmácia, quer a nível social e cultural, com a organização de eventos (feiras, festas, encontros, entre outros) e da Universidade Sénior. Destaca ainda que o ambiente é excelente, sem poluição, sendo o “sossego”, aliado ao clima temperado algarvio e à alimentação mediterrânica, fatores que proporcionam um envelhecimento mais descontraído e saudável.

Destaca-se o grau de satisfação dos idosos que residem em Alcoutim, uma vez que

os inquiridos mencionam que o concelho lhes oferece todas as condições para que continuem a envelhecer com qualidade de vida. Este grau de satisfação é visível também naqueles que, por diversos motivos, tiveram que abandonar o concelho e que, atualmente, estão a regressar e a fixar-se na sua terra de origem.

Consideramos que esta investigação contribui para uma visão fundamentada da QdV em um dos concelhos de baixa densidade mais envelhecidos e periféricos de Portugal, o concelho de Alcoutim, onde, afinal, se encontra uma relação positiva entre QdV e as variáveis: relações viciniais, ambiente, acessibilidades, participação social e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anica, A. (coord.). (2018). *Envelhecer no Algarve*. Faro. Faro: Universidade do Algarve. Web: Geronte.pt. acessido a 15 de julho de 2018.

Fonseca, A.M., Paúl, C., Martín, I.& Amado, J. (2005). Condição Psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In Paúl, C. e Fonseca, A. (Coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2018). Boas práticas de *Ageing in place*. Divulgar para valorizar - Guia de boas práticas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. (3ª ed). Loures:

Lusociência – Edições técnicas e científica Lda.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Anuário Estatístico da Região do Algarve 2016*. INE, I.P. Lisboa, acessido 13 de fevereiro de 2018.

Luísa, C. (2017). *Teorias leigas em pessoas idosas. Conhecer para intervir. Guia para educadores sociais e educadores*. Viseu: Psicossoma.

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de século- Edições, Sociedade Unipessoal, Lda.

Paúl, C. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. Departamento de Ciências do Comportamento ICBAS-UP. Porto

Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I.& Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses, pp.74-95 In Paúl, C. e Fonseca, A. (Coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. (1ª ed). Porto: Ambar- Ideias no papel.



5. Envelhecer entre dois mundos: Qualidade de vida e direitos em estruturas residenciais

Luísa Grácio¹

Adriana Bugalho²

RESUMO: Apesar da velhice ser uma fase do ciclo de vida que comporta ganhos, emergem também vulnerabilidades cujas respostas passam por vezes pela obtenção de cuidados por outros ou pela entrada em estruturas residenciais. A visão sobre as respostas adequadas evoluiu de um carácter assistencial para a necessidade de se propiciar um envelhecimento ativo e, mais recentemente, um envelhecimento bem-sucedido. É neste último entendimento que o conceito de qualidade de vida adquire grande pertinência. O conceito de qualidade de vida é multidimensional e envolve a perceção do sujeito sobre o seu próprio bem-estar.

Em Portugal, foi aprovada em 2015 uma estratégia de Proteção ao idoso que incorpora a noção de qualidade de vida, porém, a sua entrada em instituições residenciais poderá implicar a sua limitação. Assim, este estudo visa conhecer as realidades, qualidade de vida e direitos experienciados pelos idosos em contexto institucional. Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas com idosos entre os 80 e os 91 anos, sendo analisadas através de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam fragilidades em diversas dimensões da qualidade de vida, participação e direitos bastante condicionados e domínio de práticas assistencialistas. São apresentadas diversas implicações em termos da necessidade de mudança de representações do idoso e do papel, liderança e organização das próprias estruturas residenciais, bem como da introdução de práticas fundamentadas nos conceitos de qualidade de vida.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Qualidade de Vida; Direitos; Estruturas Residenciais.

1 Departamento de Psicologia da Universidade de Évora/ Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora (CIEP). Email: mlg@uevora.pt

2 2 Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora (CIEP). Email: bugalhoadriana@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os países do sul da Europa, dos quais se destacam Portugal e Espanha, têm assistido ao envelhecimento vertiginoso da sua população, colocando-se a necessidade de encontrar soluções sociais e políticas que possam responder às necessidades e interesses dos idosos (Nogueira & Azeredo, 2017). Uma das respostas implementadas reporta-se à institucionalização dos idosos a qual pode implicar simultaneamente ganhos e riscos ou perdas. Relativamente ao envelhecimento e às suas respostas sociais não bastam respostas assistenciais para suprir necessidades básicas e manter ou aumentar o tempo de vida. Para nós, não se trata somente de viver mais tempo, mas de viver verdadeiramente esta fase da vida com qualidade, com dignidade e com um pleno exercício de direitos. Tal passa por uma compreensão do idoso como ser humano em desenvolvimento, pelo entendimento do que é a qualidade de vida (Qdv) nesta fase da vida e de como esta se pode concretizar.

Do ponto de vista psicológico, a população idosa não é um grupo homogéneo salientando-se diferenças entre a terceira idade (65-75 anos) e a quarta idade (a partir dos 75 anos) e diferenças decorrentes do próprio percurso de cada indivíduo (Baltes & Smith, 2003). Na terceira idade, verifica-se a existência de reservas cognitivo-emocionais e de estratégias particulares para gerir ganhos e perdas, enquanto na quarta idade existem maiores perdas a nível cognitivo, maior fragilidade e maior risco social (Azeredo, 2016; Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). Embora a terceira e a quarta idades apresentem diferenças, devem ser olhadas sobretudo como complementares (Azeredo, 2016), pois é no equilíbrio entre ganhos e perdas que os idosos conseguirão encontrar formas de responder aos desafios emergentes (Baltes & Dickson, 2001). Um dos modelos que reflete a dinâmica entre perdas e ganhos é o modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido que se baseia no modelo SOC (seleção, otimização e compensação) que permite uma maior compreensão das mudanças e resiliência ao longo da vida. Este modelo baseia-se no pressuposto de que as pessoas encontram oportunidades e limitações de recursos que podem ser suprimidos ou controlados de forma adaptativa (Freund & Baltes, 2002). Uma tal visão do envelhecimento arrasta consigo um poder imenso para a alteração da representação do idoso enquanto alguém marcado somente por declínios e perdas, ao realçar a possibilidade de lidar com as mesmas de forma ativa, ultrapassando limitações emergentes e obtendo ganhos.

A qualidade de vida (Qdv) nas fases mais tardias pode ser compreendida, analisada e promovida, tendo presente o seu conceito teórico. Este, engloba múltiplas dimensões, estruturando-se numa dimensão objetiva (as condições reais de vida do sujeito) e noutra subjetiva, i.e., na perceção do indivíduo acerca das suas condições de vida (Schalock & Verdugo, 2010). As oito dimensões da Qdv identificadas por Schalock constituem-se, no nosso entender, como uma ferramenta fundamental para avaliar e promover a Qdv dos idosos em estruturas residenciais reportando-se a: bem-estar emocional; relacionamentos interpessoais; bem-estar material; desenvolvimento pessoal; bem-estar físico; autodeterminação; inclusão social e direitos humanos e legais. Embora estas múltiplas dimensões variem em número e em termos da sua designação para aspetos semelhantes segundo diferentes autores, o conceito de Qdv está sempre ligado à noção de bem-estar (Marques, Sánchez, & Vicario, 2014). O bem-estar é considerado por relação com diferentes aspetos, i.e., físicos, emocionais, sociais e psicológicos. Neste âmbito, existem essencialmente duas perspetivas: a do bem-estar psicológico e a do bem-estar subjetivo, surgindo também em alguns estudos o conceito de bem-estar social (Keyes & Magyar-Moe, 2003). O bem-estar subjetivo provém da forma como as pessoas avaliam

a sua vida, apresentando uma componente cognitiva que diz respeito à satisfação com a vida e uma componente emocional que se baseia na identificação do nível de felicidade do indivíduo (Ryan & Deci, 2001). A dimensão cognitiva reflete um julgamento sobre as condições de vida, numa relação entre metas desejadas e já alcançadas. A dimensão emocional, reflete a experiência de emoções e sentimentos agradáveis e desagradáveis, estando implícita a frequência e intensidade de tais acontecimentos. Estas avaliações parecem apresentar alguma estabilidade temporal. Assim, tais indicadores (objetivos ou subjetivos) podem ser utilizados para analisar a realidade de vida dos idosos.

Em Portugal, só a partir da década de 80 o Estado assume um maior papel ao nível da proteção social através do aperfeiçoamento das redes de equipamentos sociais e da criação de mecanismos valorizadores de uma relativa independência e autonomia dos idosos. Assume-se, a partir de então, uma perspetiva do idoso em que este não representa “um encargo para a sociedade”, mas sim uma parte ativa e determinante desta, sendo entendido como um “cidadão na plena maturidade; jurídica e socialmente igual aos demais cidadãos” (Cardoso et al., 2012, p. 615). O conceito de Qdv já se encontra presente nas orientações legislativas portuguesas³. Em Portugal foi aprovada em conselho de ministros uma estratégia de proteção ao idoso que enuncia algumas medidas que visam reforçar a sua independência, participação, assistência, realização pessoal e dignidade. No entanto, é preciso compreender em que medida este novo entendimento da pessoa idosa, das suas necessidades e direitos se transpõem para as respostas de cuidado institucional. A institucionalização do idoso destaca-se como uma das respostas mais implementadas em Portugal, sobretudo quando existe dependência por parte do idoso ou uma preocupação com o seu eventual aparecimento. Ainda que esta resposta surja com uma conotação social negativa, existem equipamentos que apresentam condições bastante dignificantes ao nível dos equipamentos, condições de higiene e conforto. No entanto, interrogamo-nos em que medida tal é suficiente ou traduz uma verdadeira qualidade de vida. O cuidado formal em contexto de estrutura residencial é prestado por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, como é o caso das Instituições de Solidariedade Social (IPSS)⁴. Os idosos que se encontram a residir na maioria das IPSS têm rendimentos médios/baixos, fazendo parte de uma franja social com poucos recursos. Pensar a missão e características das respostas institucionais permite-nos um entendimento sobre a vivência do envelhecimento e a qualidade do mesmo nestes contextos. Devem equacionar-se as implicações da residência dos idosos em estruturas residenciais para a sua qualidade de vida, tendo em conta que a adaptação a contextos de vivência coletiva remete em certa medida para uma ideia de privação da vivência de um mundo com maior estabilidade emocional e independência. Passar a viver em estruturas residenciais implica a quebra de um padrão de vida, a mudança de estatuto social, a limitação da autonomia e independência e a diminuição das atividades que eram habituais. Neste sentido, existe a necessidade de prevenir e ultrapassar as dificuldades de vivência em contexto coletivo/institucional fortalecendo a qualidade de vida nos mesmos.

Como referido anteriormente, os direitos humanos e legais são uma das dimensões da qualidade de vida. Em termos internacionais, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma carta de princípios para o idoso⁵, onde são mencionados direitos como:

3 Resolução do Conselho de Ministro nº63/2015. Secretária Geral do Ministério da Justiça, Portugal.

4 Instituições constituídas por iniciativa de particulares, sem finalidade lucrativa, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico.

5 Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas

independência (acesso a alimentação, moradia, trabalho, educação permanente, viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência); participação (permanecer integrado na sociedade, participar ativamente na formulação e implementação de políticas que afetem o seu bem-estar); assistência (acesso a assistência da saúde, acesso a meios apropriados de atenção institucional que proporcionem proteção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social num ambiente humano e seguro); autorrealização (acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer da sociedade e oportunidades para desenvolver as suas potencialidades); dignidade (viver com dignidade e segurança sem ser objeto de exploração e maus-tratos, ser tratado com justiça independentemente da sua condição económica, idade, sexo, raça, etnia ou deficiência). Consideramos que os grupos com alguma vulnerabilidade necessitam de ver os seus direitos fortalecidos, cumpridos e protegidos. É neste sentido que nos propomos averiguar da sua presença em estruturas residenciais bem como da qualidade de vida experienciada pelos idosos em tal contexto.

METODOLOGIA

Objetivos

O objetivo geral da parte do estudo aqui apresentado consiste em conhecer a qualidade de vida dos idosos em contexto de estrutura residencial. Especificamente visamos identificar a perceção dos idosos sobre: i) poder de decisão, autonomia executiva, liberdade e oportunidades do seu exercício; ii) privacidade e intimidade; iii) preservação da identidade pessoal e social; iv) relacionamento interpessoal e suporte social; v) bem-estar subjetivo e material.

Participantes

Participaram no estudo um total de 20 idosos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 80 e os 91 anos que se encontravam em duas estruturas residenciais para idosos de duas Instituições Particulares de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, no distrito de Évora. A inclusão dos participantes seguiu os seguintes critérios: a) estar em estrutura residencial há mais de um ano; b) não ter comprometimentos cognitivos identificados por profissionais habilitados para tal; c) ser viúvo/a; d) ter idade compreendida entre os 80 e os 91 anos de idade. Nas investigações qualitativas o tamanho recomendado da constituição da amostra situa-se entre os 8 e os 15 participantes (Hill et al., 2005). A nossa opção de incluir 20 participantes, pretendeu garantir a saturação teórica.

Instrumentos e Procedimentos

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas visando a obtenção de informações e interpretações únicas com cada um dos participantes. A opção por esta forma de recolha de dados prende-se com a consideração que este é um dos métodos mais adequados para utilizar com a população idosa, uma vez que o procedimento se aproxima da sua vida quotidiana, eliminando a sensação de elemento avaliativo e superando limitações a nível funcional e sociocultural. Utilizámos um guião cons-

truído a partir de entrevistas exploratórias, que nos permitiu conduzir de forma flexível, o desenvolvimento das entrevistas. O procedimento de recolha de dados iniciou-se com o contacto com as estruturas residenciais, obtendo-se autorização para a realização do estudo. Aos participantes, foi entregue um consentimento informado e, no caso destes não saberem ler nem escrever, o mesmo foi lido e o consentimento dado oralmente. As entrevistas foram gravadas tendo uma duração média de 1h15. A transcrição integral das entrevistas respeitou as nuances da conversa reproduzindo as palavras e expressões utilizadas (Green & Thorogood, 2009). Cada entrevista foi analisada em profundidade para que considerações superficiais de representatividade e generalização fossem substituídas pela evocação convincente da experiência do indivíduo (Seidman, 2006).

Os procedimentos de análise organizaram-se em torno de um processo de categorização, que consistiu numa operação de classificação de um grupo de elementos – unidades de registo – agrupados em função das suas características comuns. Dentro do discurso em cada questão definimos o que designámos por categorias e subcategorias, identificando todas as unidades de significado qualitativamente diferentes e formando uma unidade de registo sempre que existia evidência de que um particular significado completo havia sido expresso. O sistema de codificação respeitou o critério de proximidade do discurso dos sujeitos sempre que possível. A codificação das unidades de registo foi realizada por dois elementos avaliadores de forma a controlar enviesamentos e obter evidências da validade de conteúdo, recorrendo às técnicas de consenso e reflexão falada (Almeida & Freire, 2008). O critério de registo consistiu na anotação da presença de verbalizações pertencentes a uma dada categoria ou subcategoria no discurso de cada sujeito e não no número de vezes que os participantes as referiram. A análise quantitativa consistiu numa análise descritiva simples, com recurso a frequências e percentagens de forma a identificar os aspetos mais referidos pelos participantes.

RESULTADOS

Os resultados apresentados dizem respeito a quatro aspetos de uma pesquisa mais ampla por nós realizada: direitos (gerais e no contexto de estrutura residencial); privacidade e intimidade; identidade (pessoal e social); relacionamento e suporte social e bem-estar (material e subjetivo).

Direitos gerais e no contexto da estrutura residencial

Estes idosos consideram que devem existir cinco direitos gerais desta faixa etária: o direito ao cuidado (N=18; 6.5%), à liberdade (N=4; 1.4%), à saúde (N=2; 0.7%), à reforma (N=1; 0.4%) e à vida ativa (N=1; 0.4%). O direito ao cuidado é o mais mencionado e estrutura-se sobretudo por relação com a qualidade dos cuidados e com aspetos afetivo-relacionais como afeto e respeito. Este direito ao cuidado é ainda referido como relativo à alimentação de qualidade, segurança, individualização e personalização: “*não falta comer, mas é mal feito, não tem tempero, não tem gosto, a gente depois não tem vontade de comer, fica tudo no prato, depois vai tudo para o lixo*” (Suj.11); “*que as pessoas que tratam da gente tivessem consideração pela nossa situação*” (Suj.1). O direito à liberdade é o segundo mais mencionado, sendo conceptualizado pelos idosos como um

direito geral e como um direito de liberdade de expressão que deveriam ter: “os direitos de liberdade. Têm de ter a liberdade de viver, de poderem viver” (Suj.13); “e agora porque é que havemos de estar praticamente numa prisão? Não poder falar, não poder dizer, não poder conversar, isso é triste!” (Suj.4).

Relativamente à existência geral de direitos dos idosos na estrutura residencial verificam-se duas opiniões dicotómicas praticamente com o mesmo peso: a presença dos direitos anteriormente referidos (N=9; 3.3%) e ausência de tais direitos (N=8; 2.9%): “Não temos não senhora porque se a gente se queixa não somos atendidos” (suj.17). A existência de direitos dos idosos surge também vista como dependente do cuidador: “Às vezes não é de quem manda, é delas [as auxiliares] que aí andam” (suj. 9). Os direitos dos idosos no âmbito específico do contexto de estrutura residencial reportam-se ao poder de decisão, autonomia executiva e liberdade. Os participantes referem exclusivamente a ausência do seu poder de decisão no contexto institucional (N=18; 6,5%): “Escolher, eu? Nada. Como o que me põem à frente, bebo o que me põem à frente, não tenho nada a decidir” (Suj.1). Os idosos percecionam-se também maioritariamente como não tendo poder de decisão sobre a sua vida (N=14; 5.1%) o que surge associado a conformismo, à idade e perdas de saúde, poder financeiro e cônjuge: “A minha vida está no fim, já estou velha, não vejo, daqui a pouco não ando” (Suj.8); “Mais nada, já não decido mais nada! Como viúva, já não decido mais nada!” (Suj.4). No entanto, outros idosos consideram ter ainda poder de decisão sobre a sua vida de uma forma geral e no que respeita à realização de atividades no dia a dia, a visitar a sua casa e família. De qualquer modo, esse poder de decisão sobre a sua vida surge como circunscrito e limitado: “É ir indo e pronto, posso decidir a costurar, assim ainda faço” (Suj.9); “Pouca coisa, muito pouca coisa, é só ir à minha casa, ver os meus netos, a minha vida é só ir vê-los” (Suj.5). O direito à autonomia foi explorado por relação com as rotinas da instituição, com a possibilidade de escolher atividades e com a realização de atividades exteriores à mesma. Todos os idosos referem poder decidir sobre as horas de deitar (N=20; 7.2%). Relativamente à possibilidade de determinar a hora de acordar, alguns idosos referem que podem decidir (N=12; 4.3%), enquanto outros referem a inexistência dessa possibilidade (N=8; 2.9%). Em ambas as situações compreendemos que tais decisões se encontram condicionadas pelas rotinas e regras da própria instituição: “Também não é bem assim para levantar, depois se eu quiser ficar têm que me lá ir buscar de propósito e isso já mexe com o trabalho delas.” (Suj.1). A possibilidade de ir para o quarto durante o dia é percecionada sobretudo como existente (N=14;5.1%). No entanto, outros participantes consideram-na como inexistente ou exclusivamente existente quando se encontram em situação de doença: “Não, isso é que não deixam, não deixam a gente ir para os quartos. As de cima têm de ir pelo elevador, eu não posso subir as escadas, não deixam a gente subir, e como temos que ir no elevador não deixam” (Suj.1); “aqui, só cá ficamos se estivermos doentes” (Suj.12). A possibilidade de escolha de atividades é vista maioritariamente como existente (N=14; 5.1%). Porém, é também expressa a ideia de que são escassas as oportunidades de escolha de atividades do seu interesse: “o tempo que se anda aqui a bailar fandango, deviam era ter feito aqui uma escola para os velhotes, para a gente aprender a ler, uma profissõeszita qualquer para um gajo dizer assim “tenho aqui este jornal ou este papel e ainda sei o que aqui está a dizer”. Isso é que era, eu já disse aí, no lugar de certas coisas, mais valia um gajo aprender a ler!” (Suj.3). Alguns idosos referem desistência da

participação em atividades por motivos funcionais, por falta de vontade ou perda de interesse ou devido a sentirem-se excluídos: *“Não têm atividades, vão às piscinas e há sempre as pessoas escolhidas, uma vez convidaram-me, mas eu disse que não podia ir. É só aquele grupinho, só aquele grupinho! Não tou interessado em escolher nada”* (Suj.17). As saídas da instituição para realizar atividades do seu interesse são sobretudo percebidas como possíveis (N=14; 5.1%). Uma análise mais fina permite compreender que tal autonomia se encontra regulada pela regra de aviso prévio na instituição. A não existência de autonomia para sair da instituição, prende-se com proibição por parte dos filhos, com um condicionamento e dependência da autorização da instituição, ou ainda com a existência de limitações funcionais: *“Posso, até à data ninguém me pôs obstáculos para sair”* (Suj.2); *“Quando eu quiser não, é quando elas deixam!”* (Suj.11). O direito à liberdade foi explorado em termos da sua existência no contexto da instituição, nomeadamente em termos da liberdade de ação e de expressão. A percepção que os idosos têm da sua liberdade em ação, ou seja, a possibilidade de agir de acordo com a sua vontade, é considerada como existente (N=14; 5.1%), como condicionada pelas regras da instituição (N=7; 2.5%) ou como inexistente (N=6; 2.2%): *“Liberdade tenho, ninguém manda em mim senão eu. Livre sou de fazer o que soubesse fazer”* (Suj.6); *“Não! Não é livre não! eu não tenho a liberdade de ir buscar uma coisa e fazer”* (Suj.4). A liberdade de expressão é maioritariamente considerada como existente (N=13; 4.7%), ainda que alguns idosos considerem que as suas opiniões têm pouco peso nas práticas institucionais: *“Posso, as pessoas queixam-se, mas não há nada a fazer, queixam-se da comida mas não há nada a fazer”* (Suj.3). Outros idosos expressam a ideia de que a sua liberdade de expressão se encontra condicionada pelas consequências que daí podem advir e pelo receio concreto de represálias ou conflitos sendo inexistente por esse mesmo motivo: *“Há sempre receio de represálias”* (Suj.17); *“Eu não, não acho, nem quero. Se não até havia aí gente que me prendia”* (Suj.1). Mais especificamente questionados sobre a possibilidade de fazerem uma queixa, a maior parte dos idosos refere que podem fazê-la (N=15; 5.4%), mas mais uma vez afirmam, simultaneamente, ter receio das consequências (N=15; 5.4%): *“posso, às vezes é preciso”* (Suj.7); *“eu é que não quero fazer queixas, um gajo está-se sempre a evitar, porque isso depois cai nas mãos delas e em vez de tratarem um gajo bem tratam-no mal”* (Suj.3).

Privacidade e intimidade

A privacidade foi explorada em termos de tempo e de espaço, i.e., poder estar certos períodos de tempo a sós e ter um espaço onde guardar objetos pessoais. Em termos temporais salienta-se a existência de privacidade (N=17; 10.85): *“Sou uma pessoa que gosto muito de estar sozinha, gosto muito da solidão. Posso, eu gosto ou no quarto ou na igreja”* (Suj.7). Relativamente à privacidade de espaço encontramos verbalizações com peso semelhante em termos da sua existência e inexistência, i.e., um sítio onde ter os seus objetos pessoais inacessíveis aos outros (N= 20; 12.7%): *“Não, não tem porta nenhuma que deixem fechar à chave!”* (Suj.4).

A vivência da intimidade do cuidado de higiene surge como não problemático (N=10; 6.4%), embora também vivenciado com algum pudor e vergonha quando a realização da higiene é feita pelos cuidadores. Quando a da higiene é feita pelos cuidadores, alguns

idosos afirmam sentir-se confortáveis porque já se habituaram ou porque os cuidadores os colocam à vontade. É de realçar que as verbalizações acerca da realização da higiene por outros passou por um processo e uma fase anterior em que tal foi vivido com desconforto: *“Tomo sozinho, mas foi um inferno para mim quando vim para cá, para tomar banho porque nessa altura não conseguia, tinha que ser outras pessoas, porque na minha casa eu estava a tomar banho todos os dias”* (Suj.14). Esta é mais uma das mudanças que ser idoso pode implicar e mais um desafio ao qual têm de se adaptar. A intimidade numa vertente amorosa é vista pela maioria dos idosos como inadequada e censurável nesta fase do ciclo de vida (N=12; 7.6%) sobressaindo também a ideia de que os outros reprovam a existência de tais relacionamentos. Para além disso, alguns idosos consideram que a instituição não é um sítio onde tal deva acontecer, referindo falta de moral de quem o faz: *“Acho que isso é uma maluqueira e uma falta de respeito pelos filhos e pelas pessoas que estão, que não enfrentam, que são mais velhas. Acho que é uma falta de moral e consideração pelas pessoas que têm responsabilidade de estar aqui”* (Suj.7). Esperar pelo fim da vida de forma tranquila e sem a reprovação dos outros é uma condição importante para alguns destes idosos.

Identidade Pessoal e Social

A possibilidade de manutenção de aspetos da vivência anterior à institucionalização e de elementos que permitam e facilitem a manutenção da identidade tornam-se pertinentes na medida em que a entrada dos sujeitos nas instituições residenciais implica, de alguma forma, a mudança de estatuto social, uma limitação da autonomia e independência, a diminuição das atividades que eram habituais no dia-a-dia, bem como a dificuldade em chamar a este novo espaço “casa” (Riedl, Mantovan & Them, 2013). A casa é também um espaço de relacionamentos, de objetos e de emoções, que é sentido pela pessoa como uma extensão de si mesma, pois acaba por refletir os seus desejos, esperanças e ações. Esta dimensão emocional associada aos objetos, assume particular importância quando os idosos saem das suas casas e têm apenas um quarto numa estrutura residencial, sendo através dos objetos que podem levar consigo que mantêm vivas as memórias que carregam e que os motivam a contar as suas histórias (Riedl et al., 2013). As verbalizações traduzem na sua maioria a ideia da possibilidade de manterem pertences geralmente básicos (vestuário, fotografias, pequenos objetos; N=25; 12.5%) embora outras indiquem que os idosos preferiram não levar certos objetos (ou até os mais importantes) para a instituição.: *“importante não, nem queria, nem querem aqui nada da gente, nem lençóis, nem toalhas, nada”* (suj.1). Tal pode ser explicado em parte pela inexistência de um espaço privado e com chave onde os pudessem guardar em segurança. O “espaço casa” surge como um forte indicador de manutenção da identidade. A importância atribuída pelos idosos à sua casa prende-se em primeiro lugar com a representação desta como um espaço de afetos (N=10; 5%) enquanto oportunidade de recordar os tempos vividos e de satisfação de desejos que na instituição não conseguem ver atendidos, nomeadamente no que diz respeito à alimentação: *“O motivo mais importante é por causa da comida... vou lá estar 8 dias vou matar o desejo das coisas simples, não é grandes carnes, nem bifes nada disso! É coisas simples, uma açorda que eu gosto tanto. Aqui há uns poucos de meses que não se come, uma coisa tão simples, uma sopi-*

nha de tomate, comeres simples é que me deixam saudades! É o que me deixa saudades de quando lá estava é o comer” (Suj.15). A importância da casa surge também de alguma forma relativizada por motivos de saúde (N=3; 1.5%), por perda de ligação afetiva e de rede social com a entrada na instituição (N=4; 2%) ou porque é agora um espaço de solidão (N=2; 1%) marcado pela ausência de outros ou por um sentimento de receio e desconforto em estar só. Relativamente aos hábitos e rotinas (e.g., vida própria, atividades da vida diária), a maioria dos idosos refere o seu término com a entrada na instituição (N=12; 6%). No que concerne ao desejo de poder continuar a realizar tarefas quotidianas as verbalizações distribuem-se quase paritariamente em dois eixos: um de inexistência de o querer fazer devido à ausência de saúde e perda de vontade (que poderá também ter a ver com a ausência de um sentimento de pertença); outro de existência do desejo de manutenção de tarefas e atividades de vida diária.

Relacionamento interpessoal e suporte social percebido

Os idosos referem sentir-se respeitados de uma forma geral por todos, i.e., pelos profissionais, pelos cuidadores e pelos outros utentes (N=20): *“Sim, não tenho razão de queixa, porra!, também não me diga que se eu não digo nada, não me haviam de respeitar? Respeitam-me todos, nunca briguei com ninguém. Quando não me agrada alguma conversa vou-me embora e pronto.” (Suj.1). A qualidade dos cuidados é percecionada de forma acentuada como boa (N=18; 16.5%), sendo escassas as verbalizações relativas à perceção de cuidados como maus: “Olhe, isso às vezes elas dão respostas à gente que eu digo “então mas eu agora mereço uma coisa dessas?”, mas a gente faz ouvidos de mercador e deixa passar. E elas vêm “bec, bec” e eu “vai dar banho ao cágado, atão tu não vês que fizeste mal e agora vens anafar, não?” (Suj.2). A perceção dos idosos relativamente à relação dos utentes uns com os outros denota duas realidades relacionais distintas: uma boa (N=10; 9.2%) e outra conturbada (N=12; 11%) evidenciando alguma desconfiança, falta de educação, conflitos e pessoas pouco compreensivas: “Muitas das vezes são maus uns para os outros, há quem se relacione bem ou quem se relacione assim a nível duvidoso para com os outros por falta de conhecimento ou porque as pessoas são de facto assim. É assim meio duvidosa, é como quando a gente está na tropa, mas há sempre um “q” de reserva.” (Suj.13). Esta relação surge também referida como sendo superficial (N=7; 6.4%) denotando um cariz cordial, mas de escassa relação: “Com os utentes, bom dia, boa tarde, está melhor e vou andando e pronto!” (Suj.12). A relação ideal entre utentes emerge como marcada por humanidade e maior interação: “Gostava que houvesse um bocadinho mais de humanidade umas para as outras, que não se falasse da vida umas das outras” (Suj.1); “podiam ter outra relação de falarem melhor ou mais tempo de falarem melhor” (Suj.6). A relação entre utentes e cuidadores é vista maioritariamente como positiva (N=19; 17.4%), considerando-os como disponíveis para responder às suas necessidades, pacientes e respeitadores: “É boa, trato-as bem, elas tratam-me bem, temos belas funcionárias aí, não tenho que dizer de ninguém” (Suj.6). No entanto, esta relação emerge também como negativa, sendo ilustrada por episódios de falta de respeito e, diríamos nós, alguma violência psicológica: “o meu marido estava sujo e era para ir para a mesa e eu disse “ai filhas, vocês haviam de lavar o meu marido, ele coitadinho vai todo cagado para a mesa”. Disse assim mesmo. E sabe o que ela disse?”*

“Ele não vai comer pelo cú, vai comer pela boca. Custou-me tanto, tanto, tanto! São coisas que se digam?” (Suj.1). Existem também referências a recompensas monetárias para os idosos verem as suas necessidades atendidas mais rapidamente e a uma ausência de atenção por parte dos profissionais “superiores”, i.e., com cargos diferenciados, afirmando que estes os tratam com alguma indiferença: *“o que tenho muito medo e penso muito é se algum dia elas me estão a tratar a mim e eu ter que me zangar com elas, também uma pessoa anda saturada de uma coisa e outra e a maneira que elas dão banho a umas e a outras e depois querem gorjetas. Ai! Mas dão, dão muitas gorjetas e elas acostumam-se às gorjetas. Mesmo as Dras. passam por nós como por uma coisa que não existe, não custa nada dizer bom dia a uma pessoa e elas não, não ligam a nada, nada! Estamos ali naquelas casas a fazer coisas, entretidas e elas nem além vão tão pouco!” (Suj.11).* A análise quantitativa remete sobretudo para um carácter relacional positivo: existência de um sentimento de respeito na instituição, relação positiva entre utente e cuidador e perceção da qualidade dos cuidados como boa. Porém, não podemos deixar de ter presente as verbalizações dos idosos que, embora escassamente referidas, revelam aspetos em falta e que deveriam configurar um bom relacionamento entre utentes (a confiança e interação mais profunda) e uma relação dos cuidadores baseada em princípios de educação e desinteresse económico.

Relativamente ao suporte social percebido, surgem como principais fontes de ajuda os cuidadores (N=9; 11%) e a família (N=8; 9.5%). Os amigos só residualmente são referidos como fonte de ajuda existindo verbalizações sobre a inexistência de alguém a quem os idosos possam recorrer *“Olhe isso é que eu acho, se há, não sei a quem será que possa pedir ajuda! De confiança não encontro aqui ninguém” (Suj.11).* As fontes de suporte emocional, especificamente alguém em quem os idosos possam confiar aspetos pessoais mais delicados, revela que a maior parte dos participantes considera não existir ninguém a quem os possam confiar (N=9), porque não confiam em ninguém, porque não têm ninguém ou porque o familiar não toma seriamente em consideração os problemas enunciados: *“Não peço a ninguém, sofro para mim sozinha porque não conheço as pessoas o suficiente para saber o que é que elas pensam daquilo que eu vou dizer, é melhor pensar para mim sozinha!” (Suj.7).* Apesar disso, o papel de confidente é sobretudo atribuído a amigos ou a familiares. No que respeita à existência de amigos dentro da instituição o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos referindo a maioria dos idosos a sua existência (N=18). No entanto, é de salientar a evidência de dúvidas quanto à qualidade dessa amizade: *“Eu acho que são todos meus amigos e amigas, também não sou ruim para ninguém, mas também não é amizade de amizade” (Suj.6).* A maioria dos idosos considera ter amigos fora da instituição (N=17), ainda que as verbalizações denotem sentimentos de saudade e algum desgosto pelo contacto perdido com estes devido à entrada na instituição: *“Fora do lar, aí isso tinha muitos, nem me quero lembrar! Tadinhos, uns estão doentes, tenho uma irmã no lar, isso é o coração a doer, o desgosto de não a ver a ela, tenho saudades, custa-me muito. É o que custa mais as saudades da vida que eu fazia com as pessoas e hoje nem as vejo!” (Suj.1).* Há idosos que referem não ter qualquer amigo fora da instituição, devido ao facto dos seus amigos anteriores não os visitarem: *“Fora do lar tinha muita amiga, agora não tenho nenhuma desde que me meti aqui as minhas amigas também me deixaram, nem uma cá me vem ver” (Suj.11).* A análise quantitativa da informação, permite observar que os idosos consideram ter fontes de ajuda (N=18; 21.4%) essencialmente provenientes de cuidadores e da família. Porém, em termos de suporte emocional destaca-se a perceção da inexistência de alguém a quem possam confiar algo que os preocupe.

Bem-estar material e subjetivo

No que concerne ao bem-estar material (poder económico e gestão financeira), os idosos consideram ter dinheiro suficiente para as suas necessidades básicas (N=20; 38.5%), ainda que surja alguma vulnerabilidade em termos de poder económico devido a uma reforma pequena. Sobressai fortemente a preferência de uma gestão financeira realizada pela família (N=13; 25%), o que é um indicador de uma delegação de poder que poderá ocorrer por motivos diversos sendo um deles o de uma menor preocupação: *“Gosto mais que seja o meu filho porque ele toda a vida lidou com dinheiro, é de confiança, ele trata das coisas e eu estou descansada. Já não tenho idade para lidar com essas coisas” (Suj.7).*

O bem-estar subjetivo experienciado na instituição foi explorado por relação com a avaliação de satisfação na instituição, principais preocupações e avaliação da felicidade. Os idosos referiram diferentes fontes de satisfação (e.g., relacionamentos com outros e não especificada, atividade, espaço, saúde, liberdade de movimentos e descanso) e de insatisfação (e.g., alimentação, relacionamentos com cuidadores e utentes e no contexto relacional geral e saúde, dependência dos cuidadores, falta de atividade, saudades de casa, ausência de suporte familiar e estado psicológico), sendo o momento mais apreciado o deitar, o que para além da satisfação de uma necessidade vital pode indiciar uma inexistência de sentido, de oportunidades de realização, de sentimentos positivos e de pertença durante o dia. Os indicadores da sobreposição da organização da instituição às necessidades dos idosos é manifesta: *“O que gosto menos é lá ter de ficar na cama até que me levantem, de manhã temos de lá ficar, isso é que me custa, mas já tou disposta. À noite é que a gente se aborrece de estar ali à espera, para não estarmos agora a ir uma, depois outra, temos de estar todas juntas e ir todas juntas. Às vezes estamos já aborrecidas e com vontade de ir descansar, mas tem de ser a vida é assim!” (Suj.12).*

Relativamente à avaliação da felicidade o número de verbalizações corresponde ao número de sujeitos. Metade dos idosos classificam-se como felizes (N=10; 50%), e outra metade não se considera feliz: *“Não. Num sentido sou feliz, mas ao mesmo tempo não sou. Às vezes penso que sou feliz outras penso em desaparecer do mapa, fica um gajo descansado” (suj.3); “Não há felicidade, aqui já não” (Suj.1).* As preocupações mais referidas prendem-se com o estado de saúde e a família. É de realçar a existência de preocupações com o mundo e futuro, o que é revelador de que os idosos não estão alheados do que se passa à sua volta e devem de facto ter um papel participativo e importante na sociedade.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

No contexto da estrutura residencial os idosos, os mais velhos, os seniores, os utentes ou, diríamos nós, os cidadãos que nela habitam surgem num papel de subalteridade e de dependência da organização, das suas regras e das regras e vontades dos cuidadores encontrando-se a sua voz, participação, atividade e direitos limitados e sob

coação. O poder de decisão dos idosos é inexistente no contexto institucional o que é preocupante e acentua vulnerabilidades diversas. Esta inexistência de poder de decisão encontra-se relacionada com a cultura, organização, regras e rotinas da instituição, com o estado de saúde do idoso que arrasta consigo alguma dependência do cuidador, com possível restrição dos desejos dos idosos os quais passam a conformar-se com a obtenção de cuidados básicos. Tal como presente nos vários documentos legais⁶ sobre o envelhecimento, uma situação de diminuição física não pode significar uma diminuição de direitos e da possibilidade dos idosos determinarem a sua vida em consonância com os seus interesses e valores. A percepção da inexistência de decisões sobre a sua vida na estrutura residencial é notória, prendendo-se com um conformismo ligado à falta de perspetivas e esperança, com a idade avançada, saúde depauperada, perda de controlo financeiro e morte do cônjuge. As rotinas da instituição tendem a sobrepor-se a uma individualização assente nas necessidades e no livre arbítrio, assentando em regras explícitas e implícitas. O direito à liberdade, à decisão, ao livre arbítrio e à autonomia executiva são na prática muito difíceis de exercer pelos idosos na estrutura residencial e bastante condicionados pela posição de vulnerabilidade resultante da sua dependência face aos cuidadores e ao contexto institucional onde se encontram bem como pelo tipo de oportunidades que estes não disponibilizam. A preservação destes direitos e poderes poderia obter-se implementando práticas de participação dos idosos em tomadas de decisão individual e coletiva através da criação de assembleias e/ou comissões de representantes que integrassem os órgãos das instituições.

A limitação dos direitos dos idosos em contexto institucional constitui-se como um fator de risco para a preservação da sua identidade, desenvolvimento e autorrealização. Tendo presente que o tempo e o espaço privados são um mecanismo de controlo interpessoal e um elemento importante quando falamos da adaptação a este novo contexto, indutor já de múltiplas perdas, estes aspetos deveriam ser repensados de forma a garantir a individualidade e privacidade da pessoa idosa. Não seria possível proporcionar um espaço com chave para cada idoso aí poder ter o que entendesse? Um outro aspeto que poderia melhorar a satisfação dos idosos relaciona-se com a alimentação, sua qualidade e proximidade a hábitos alimentares anteriores. A liberdade de escolher o que comer, quando e com quem, vai para além de simples aspetos nutricionais.

A relação utente-cuidador é percebida fundamentalmente como positiva. Não obstante, foram identificados aspetos que devem merecer reflexão, nomeadamente a prática de “estímulos” monetários como forma de obter melhores cuidados. Para além do pressuposto ser errado do ponto de vista moral, coloca os idosos numa posição de vulnerabilidade e de submissão relativamente a algo que é um direito: ser cuidado. Os cuidadores são a rede de suporte mais próxima dos idosos, e, como tal, estes devem sentir-se seguros e apoiados por eles e não inibidos ou coagidos. Certos tipos de tratamento dos idosos (“tu”; querida/do”, “amigo/a”) e muitas das atividades que lhes são propiciadas (idênticas às de crianças de Jardim de Infância) indicam um fosso muito grande entre uma visão científica, legal e digna do idoso e aquela que os profissionais

6 Resolução nº 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas; Artigo 23º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2000; Resolução da Assembleia da República nº 64-A/2001; Artigo 72º Constituição da República Portuguesa, 2005

e cuidadores expressam no quotidiano muito marcada por uma representação de menoridade/inferioridade e infantilização. Os aspetos relacionais entre cuidador idosos e entre idosos deveriam ser alvo de intervenções facilitadoras de melhores relações interpessoais na medida em que as relações com pares e com funcionários influenciam significativamente a qualidade de vida nos idosos, para pior ou para melhor (Roberts & Bowers, 2015). O facto das atividades disponibilizadas serem percecionadas pelos idosos como pouco estimulantes leva-nos a inferir que as oportunidades de realização pessoal são praticamente inexistentes. Torna-se pertinente interrogarmo-nos sobre em que medida as instituições têm consciência da possibilidade, desejabilidade e pertinência da realização pessoal nestas faixas etárias. Urge encontrar formas de promover uma maior envolvimento dos idosos em atividades enriquecedoras, em atividades culturais e de participação ativa na vida da comunidade, que poderiam contribuir para um incremento do seu interesse pela vida e sentimento de pertença. É de ter presente que os idosos que realizam atividades culturais e ativas apresentam atitudes mais favoráveis face ao envelhecimento, quando comparados com aqueles que realizam atividades mais passivas (Clemente, Frazão & Mónico, 2012). Os indicadores de subalternidade, infantilização, menoridade e desapossamento dos idosos em contexto de estrutura residencial são diversos. Neste sentido, é urgente a alteração da situação do idoso como alguém que *deixa de ter, de fazer, de ser e de poder ser para alguém que é cidadão, que é ativo, que pode ter e manter, que tem plenos direitos e que se autorrealiza*.

No combate às vulnerabilidades e promoção da qualidade de vida nesta faixa etária configura-se como extremamente importante a implementação efetiva da Estratégia de Proteção ao Idoso (Resolução do Conselho de Ministro nº63/2015), a criação de mecanismos de garantia e defesa dos direitos dos idosos e da sua qualidade de vida através de mecanismos de avaliação e monitorização, externa e interna, que incluíssem representantes dos idosos e utilizassem metodologias participativas e confidenciais. As estruturas residenciais surgem fundamentalmente marcadas por práticas assistenciais, não se vislumbrando medidas ou práticas que visem assegurar de forma efetiva uma parte fulcral da qualidade de vida da sua população, i.e., o seu desenvolvimento, aprendizagem e direitos enquanto cidadãos idosos. E, no entanto, não se nos afigura muito difícil nem com grandes custos económicos a introdução de alterações conducentes ao aumento da qualidade de vida, nas suas variadas dimensões conforme ilustrámos. Seria de extrema utilidade que os diversos elementos envolvidos nos cuidados aos idosos tivessem formação no domínio do desenvolvimento, qualidade de vida e direitos para que pudessem mobilizar e adequar as suas ações e recursos às necessidades dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e Educação* (5ed). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Azeredo, Z. (2016) Aging: A Challenge for the XXI Century. *Journal of Aging & Innovation*, 5, 20-26.
- Baltes, B. B., & Dickson, M. W. (2001). Using life-span models in industrial/organizational psychology: The theory of selective optimization with compensation. *Applied Developmental Science*, 5, 51-61. doi: 10.1207/S1532480XADS0501_5
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi: 10.1159/000067946
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- 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, 606-630.
- Clemente, D., Frazão, A., & Mónico, L. (2012). Bem-estar subjectivo em idosos institucionalizados e não institucionalizados. In P. Ricardo, P., E. Santos, A.J Ferreira, P. Gaspar, A. Ramalho, D. Soeiro, & S. Silva (Coord.), *Envelhecer em tempos de crise: Respostas Sociais* (pp.39-50). Porto: Legis Editora.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662. doi: 10.1037//0022-3514.82.4.642
- Green, J. & Thorogood, N. (2009). *Qualitative Methods for Health Research* (2th ed.). London: Sage.
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*,
- Keyes, C.L.M. & Magyar-Moe, J.L. (2003). The measurement and utility of adult subjective well-being'. In S.J. Lopez, & C.R. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: A Handbook of Models and Measures* (pp. 411-425). Washington: American Psychological Association.
- Marques, E. M. B. G., Sánchez, C. S., & Vicario, B. P. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 1, 75-84. doi: 10.12707/R111314
- Nogueira, A. & Azeredo, Z. (2017). What is lacking for the elderly in today's society?. *Journal of Aging & Innovation*, 6, 41-50.
- Resolução do Conselho de Ministro nº63/2015. Secretaria Geral do Ministério da Justiça, Portugal.
- Riedl, M., Mantovan, F., & Them, C. (2013). Being a nursing home resident: A challenge to one's identity. *Nursing research and practice*, 9, 1-10.
- Roberts, T., & Bowers, B. (2015). How nursing home residents develop relationships with peers and staff: A grounded theory study. *International journal of nursing studies*, 52, 57-67. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.008
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Re-

search on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review Psychology*, 52, 141–66. doi: 0066-4308/01/0201-0141\$14.00

Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2010). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Seidamn, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: a guide for researchers in education and the social sciences* (3ed). New York: Teachers College Press.

Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 48, 732-750. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014



6. O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve

*Soraia Manuel*¹

Gabriela Gonçalves^{1 2 3}

Nídia Braz^{1 3}

Cátia Sousa^{1 2}

RESUMO: Vivemos cada mais tempo, o que tem contribuído para novas necessidades, em particular no que diz respeito à forma como lidamos com a população idosa e com os cuidados que requer. Em Portugal, as instituições de acolhimento de idosos têm procurado melhorar os seus serviços, mas assiste-se ainda a escassa intervenção no que diz respeito aos cuidadores formais. Referimo-nos aos trabalhadores que, sem formação específica, cuidam diariamente dos idosos, e são recrutados sobretudo com base na sua disponibilidade no mercado de trabalho. Neste sentido, é fundamental que as instituições tenham políticas de desenvolvimento de competências. Este estudo, de cariz descritivo, teve como objetivo caracterizar a formação dada aos cuidadores formais nas instituições da região do Algarve. Os dados foram recolhidos junto de responsáveis de 18 instituições, abrangendo um total de 529 cuidadores formais e 1083 camas, relativamente ao espaço temporal de 1 ano. Os resultados mostram que a formação é considerada fundamental pelos responsáveis, mas que é significativamente mais frequente na área funcional (ex.: saúde do idoso, reabilitação, administração de medicamentos) quando comparada com a formação em desenvolvimento pessoal (ex.: como lidar com o luto) e desenvolvimento profissional (ex.: trabalho em equipa). Os resultados sugerem a necessidade de refletir e implementar novas estratégias de gestão destes Recursos Humanos.

Palavras-Chave: Recursos humanos; Cuidadores formais; Formação; Competências.

1 Universidade do Algarve

2 Unidade de Gestão da UAlg do Centro de Investigação em Psicologia (CIP-UAL)

3 Centro Internacional de Envelhecimento

O CUIDADOR

O envelhecimento é um processo que traz consigo um conjunto de modificações psicológicas, físicas, emocionais, cognitivas, sociológicas, económicas e interpessoais, que influenciam o bem-estar dos indivíduos e, que por vezes exigem a presença de alguém que cuide, um cuidador (Pinto & Róseo, 2014). A família assume um papel fundamental na vida do idoso, mas, a vida contemporânea e as condições socioeconómicas, impossibilitam frequentemente que esta consiga corresponder às necessidades de cuidado dos idosos (Santos, Silva, Oliveira, & Fernandes, 2015).

O cuidado está presente em toda a nossa existência, cuidamos, somos cuidados e zelamos pelo cuidado do outro (Fragoso, 2006).

É nesta interajuda que surge o cuidador. Um cuidador é alguém que desenvolve atividades direcionadas ao cuidado pessoal de alguém que apresenta um determinado grau de dependência (Bidarra, 2010), é a pessoa que cuida para suprir as necessidades temporárias ou definitivas do outro (Vieira et al., 2011). Um cuidador é também um orientador, preparado para a promoção do cuidado do idoso, cuja atenção está focada na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso.

Importa, no entanto, distinguir cuidador formal de cuidador informal (Santos et. al, 2015). O cuidador formal é aquele que assume livremente as funções de cuidador, para as quais teve preparação académica e profissional, enquanto o cuidador informal é o familiar, ou amigo, a quem é solicitado um conjunto de cuidados, no contexto familiar do idoso (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

Outros autores (e.g., Areosa, Henz, Lawisch, & Areosa, 2014; Vieira et al., 2011) acrescentam ainda que a designação de cuidador formal inclui as pessoas que prestam cuidados remunerados no domicílio. São pessoas que cumprem tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde e, de um modo geral, possuem formação de auxiliar ou técnico de enfermagem, orientada para o cuidado em saúde de doentes com patologias físicas ou mentais. Por outro lado, os cuidadores informais são os familiares, amigos, vizinhos, membros de grupos religiosos ou outras pessoas da comunidade, que não têm formação profissional específica para cuidar de idosos.

No entanto, de acordo com o glossário da Organização Mundial de Saúde (2018), o cuidador formal é alguém que ajuda as pessoas com uma ou mais deficiências, que pertence a uma organização (de cariz lucrativo ou não lucrativo, governamental ou privado), ou então é alguém (excluindo familiares, amigos ou vizinhos, conforme descrito em ajuda informal) que dá assistência regular e remunerada mas que não está associado a nenhuma organização.

Assim, ao cuidador formal compete conhecer as necessidades do idoso, saber distingui-las, conhecer as doenças e sintomas do doente para atuar em conformidade, para além de garantir as tarefas diárias básicas, como por exemplo a higienização e a alimentação (Batista, 2012). Salienciamos ainda a importância deste profissional saber lidar com comportamentos agressivos dos idosos, que podem ser despoletados por diversas razões, designadamente pelas demências associadas ao processo de envelhecimento como, por exemplo, a doença de Alzheimer.

A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO

A formação é definida como a aquisição do conhecimento de habilidades e competências, e tem objetivos específicos de melhorar as capacidades, o desempenho e a produtividade do formando (Ganesh & Indradevi, 2015). As capacidades de um profissional podem aumentar a produção e a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela empresa, já que a formação aumenta a eficiência, a moral dos recursos humanos (RH), melhora a relação entre eles e aumenta a sua flexibilidade.

A formação serve não só para desenvolver aspetos físicos, sociais, intelectuais e mentais associados às competências técnicas da função, como também para o desenvolvimento pessoal dos RH de uma organização, que são mais importantes do que o dinheiro, as máquinas e os materiais, já que, sem eles, não se consegue fazer nada (Olaniyan & Ojo, 2008). Assim, a eficácia e o sucesso de uma organização dependem das pessoas que se formam e trabalham na organização, sendo o objetivo primordial da formação melhorar as qualidades do formando, neste caso, dos trabalhadores.

Podemos então aferir que o grau de eficiência do cuidador profissional está relacionado com o tipo de formação que recebeu, assim como, com os recursos e as competências pessoais do mesmo (Batista, 2012). Relativamente a estes aspetos, este autor inclui também os conhecimentos, as experiências anteriormente vividas, as estratégias utilizadas, o significado que o cuidador atribui ao cuidar, a sua capacidade de resiliência, a sua cultura, a intensidade e a tipologia do cuidar, concluindo que o cuidar não é algo totalmente linear nem simples, mas sim um processo de interação (prestação de cuidados) entre o cuidador e o idoso.

Nesta linha de pensamento, alguns autores consideram que, para o idoso ter um tratamento coerente com as suas necessidades emocionais, psicológicas e físicas, os cuidadores precisam de ter qualificações para atuar (Pinto & Róseo, 2014). A formação dos recursos humanos está assim diretamente relacionada com a qualidade de vida da pessoa idosa e com a sua adaptação positiva ao meio em que está (Vieira et al., 2011).

Para os cuidadores formais, a formação pode ter um cariz técnico, onde aprendem sobre aspetos relacionados com as suas funções, designadamente sobre o processo de envelhecimento, conceitos de saúde, nutrição, higiene, locomoção, medicação, cuidados a ter com a idoso, mobilização em condições de incapacidade (que pode ser total) (e.g., Choi, Kim, Kang, Kim, & Jang, 2017) ou, por outro lado, pode ter uma componente comportamental, como por exemplo, gestão de conflitos, gestão do *stress*, estratégias de *coping*, técnicas facilitadoras de comunicação, capacidade de trabalho em equipa, como lidar com a morte, com processos de luto, entre outros (Paulos, 2010).

Para além disto, a formação deve ser inicial - ou seja, quando o novo colaborador integra a organização devem-lhe ser transmitidos a missão, os valores e os objetivos da mesma, e contínua, - para que desenvolva competências específicas e tenha oportunidade de atualizar os seus conhecimentos.

Alguns autores referem que a formação destes profissionais tem sido descurada, nomeadamente porque esta atividade está associada a uma sectorização de género e porque se assume que as mulheres têm competências inatas para o cuidar de outros (Llobet, Canut, Mateu, & Ávila, 2010). Contudo, é necessário formar os cuidadores para

que estes desempenhem as suas funções eficazmente e com conhecimento de como se deve fazer determinada tarefa, como por exemplo, tratar feridas ou administrar medicamentos. A formação contribui não só para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados (e.g., Llobet *et. al.*, 2010), como também para a qualidade de vida dos cuidadores, para a prevenção de acidentes e doenças ocupacionais e para a sua satisfação laboral (e.g., Choi *et al.*, 2017; Ngan *et al.*, 2010).

Segundo Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques e Sousa (2011) os programas de apoio aos cuidadores formais têm aumentado, porém existem alguns aspetos que necessitam de ser trabalhados, nomeadamente os conteúdos, a intensidade e o tempo da formação. As carências nestes aspetos são ainda mais acentuadas quando nos referimos ao desenvolvimento de qualidades éticas e morais e de qualidades emocionais.

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil definido pelos responsáveis das instituições para os cuidadores de idosos institucionalizados, de forma a traçar-se o perfil destes profissionais, assim como perceber quais as medidas tomadas em relação à sua formação. Tal como referido anteriormente, a população portuguesa está a envelhecer (INE, 2015), por isso, havendo cada vez mais idosos, será necessário que existam cada vez mais respostas sociais, capazes de assegurar a qualidade dos serviços prestados, que depende dos cuidadores, não só em termos técnicos, mas também pessoais.

METODOLOGIA

População e amostra

A população estudada é composta pelas instituições de apoio a idosos da região do Algarve, considerando a informação disponível no *site* “Lares Online” atualizado em 2018, o qual indica que existem 84 Lares e Residências no distrito de Faro. No entanto, através de uma pesquisa na *internet* sabe-se que alguns destes lares estão encerrados ou que pertencem às Misericórdias. Em relação às Misericórdias, apesar de algumas terem mais do que um lar, foram contabilizadas tendo em conta o número total de misericórdias e não o número total de lares, uma vez que se assumiu que teriam direção concertada. De acordo com os critérios enunciados, estima-se que na região do Algarve existam, no total, 66 lares de idosos.

Para a seleção das instituições a contactar, foi feita uma amostragem por *clusters* (Guéguen, 1997), no dia 03 de Outubro de 2017. Neste processo utilizou-se um mapa da região do Algarve, subdividido em 105 quadrículas de igual tamanho que foram numeradas. Posteriormente foram seleccionadas aleatoriamente 50 quadrículas. As instituições situadas nas quadrículas seleccionadas foram contactadas e, como a taxa de resposta não estava a ser a esperada, foram contactadas todas as instituições, resultando numa amostra de 18 instituições (27% da população total), num total de 1624 trabalhadores, 529 cuidadores formais e 1083 camas (Quadro 1).

Os questionários foram respondidos pelos responsáveis de cada instituição, ou seja, pelos diretores e em alguns casos pelos responsáveis dos recursos humanos, por serem estes os atores privilegiados e que melhor conhecem a realidade subjacente aos cuidadores formais de idosos. São eles que estão em contacto com as diversas realidades e que têm informações e aspirações sobre aquilo que pretendem que um cuidador formal de idosos possua.

	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	TOTAL		
INSTITUIÇÃO	Ano da abertura	1932	1880	1982	2014	1997	1993	2013	1928	2003	1992	1992	1989	1498	2015	2004	1996	2015	1498		
	N.º total de trabalhadores	203	52	223	23	15	15	21	258	16	50	32	79	158	22	50	24	13	370	1624	
	N.º total de cuidadores formais	19	19	66	13	15	9	12	41	8	49	21	20	58	12	26	17	8	116	529	
	N.º total de camas	34	28	143	22	20	21	35	163	-	30	30	-	90	30	32	45	20	340	1083	
CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS	Anos na instituição																				
	<5	10	9	34	13	3	4	12	12	4	8	1	11	12	7			8		148	
	>=5-10	4	6	12	0	3	0	0	9	3	5	4	11	0	13			0		70	
	>=11-15	3	2	7	0	1	0	0	13	1	4	3	3	0	3			0		40	
	>=16-20	2	2	7	0	5	5	0	2	0	4	5	2	0	0			0		34	
	>21	0	0	6	0	2	0	0	5	0	0	7	3	0	0			0		23	
	Experiência anterior na função (anos)																				
	<1		0	5	0				1		0	0		0				1		7	
	>=1-5		1	11	3				0		5	0		1				0		21	
	>=6-10		1	5	3				0		0	1		1				0		11	
>11		1	2	0				0		0	0		2				0		5		

Quadro 1. Caracterização da Amostra

Das 18 instituições participantes, três não responderam no que diz respeito à recolha de informações sobre os cuidadores. Assim, os resultados apresentados referentes aos cuidadores têm por base apenas os dados disponibilizados por 15 das instituições, sendo que algumas dessas informações não estão completas.

Através da análise do Quadro 1 percebe-se que, relativamente aos anos na instituição, existem 148 cuidadores que estão nas instituições há menos de cinco anos, 70 entre os 6 e 10 anos, 40 cuidadores estão lá entre os 11 e 15 anos, 34 cuidadores entre 16 e 20 anos e, por fim, 23 profissionais estão na instituição há mais de 21 anos.

Faixa etária	N.º de cuidadores formais	Frequência Relativa (%)
<20	1	0.3
20 – 30	30	9.6
31 – 40	59	18.8
41 – 50	87	27.7
51 – 60	112	35.7
> 60	25	8.0
Total	314	100.0

Quadro 2. Frequência absoluta e relativa dos cuidadores formais por classe etária

No que diz respeito à informação sobre os anos de experiência, da informação que nos disponibilizaram, sete cuidadores tinham menos de um ano de experiência na função quando ingressaram na instituição, 21 dos profissionais tinha entre um a cinco anos de experiência, 11 tinham entre seis a dez anos e, cinco cuidadores tinham mais de 11 anos de experiência na função, ou seja, 44 cuidadores tinham experiência prévia na função.

Na segunda parte do questionário, os dados apresentados são apenas de 15 instituições e correspondem a características específicas dos cuidadores formais de idosos. Assim, percebemos que 95% da amostra era do género feminino e 5% do género masculino e que a média de idades era de 45.8 anos (idade mínima 19 anos e idade máxima 70 anos), distribuindo-se pelas faixas etárias que se apresentam no Quadro 2.

INSTRUMENTO

Foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, de acordo com os nossos objetivos. O guião é composto por:

- Quatro questões que permitem caracterizar a instituição: 1) ano de abertura da instituição, 2) número total de trabalhadores, 3) número total de cuidadores formais, 4) número total de camas;

- Doze questões que permitem recolher as características dos cuidadores formais de idosos: 1) género, 2) idade, 3) naturalidade, 4) estado civil, 5) n.º de filhos, 6) anos na instituição; 7) habilitações literárias; 8) área das habilitações literárias; 9) experiência anterior na função (meses); 10) formação na instituição no último ano; 11) outras competências/formações/conhecimentos; 12) conhecimento de línguas;

- Uma questão para indicar se consideram importante oferecer oportunidades de formação contínua aos cuidadores e, se sim, quais as áreas de maior relevo.

PROCEDIMENTO

RECOLHA

No dia 27 de Outubro de 2017 e aproveitando as Jornadas do Envelhecimento, organizadas pelo CENIE (Centro Internacional sobre o Envelhecimento) na Universidade do Algarve, foi feito um primeiro contacto com os representantes de algumas instituições, a quem foi solicitada a participação nesta investigação.

De seguida, a partir de Novembro de 2017, foi enviada mensagem para os *emails* institucionais, onde se solicitava a participação nesta investigação, se explicava o intuito da investigação e se remetia o questionário.

Uma vez que a taxa de resposta não estava a ser a desejada, a partir de Janeiro de 2018, deslocámo-nos às instituições para pedir a sua colaboração pessoalmente. Para além disto, alargámos também a nossa amostra, contactando também aquelas instituições que inicialmente tinham ficado de fora, para que desta forma conseguíssemos a maior representatividade possível das instituições de apoio aos idosos da região do Algarve. Estabelecemos o período de Novembro a Maio para a recolha de dados.

ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha de dados, os mesmos foram tratados de forma qualitativa e quantitativa de acordo com a operacionalização das variáveis, através da análise de conteúdo para as respostas abertas e estatística descritiva para as respostas fechadas. Apenas as questões 6 e 7, por terem respostas em forma de escala de *Likert*, foram analisadas descritivamente com recurso ao programa IBM SPSS *Statistics* 24.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Relativamente à importância de oferecer oportunidades de formação contínua aos cuidadores formais de idosos, a opinião entre os responsáveis é unânime, todos consideram que é importante e, aqui, agrupámos as respostas por áreas de desenvolvimento. Como é possível ver no quadro 3, a área de maior interesse é aquela que está relacionada com a especialização na função.

Desenvolvimento pessoal	e.g.: organização pessoal e gestão do tempo, lidar com o luto, gestão do <i>stress</i> , relacionamento interpessoal	18
Desenvolvimento profissional	e.g.: deontologia e ética profissional, primeiros socorros, higiene e segurança no trabalho, trabalho em equipa	16
Especialização na função	e.g.: saúde do idoso, reabilitação, demências, higiene e conforto, administração de medicação	31

Quadro 3. Frequência absoluta das respostas acerca da importância das áreas de formação dos cuidadores formais

Quanto à análise dos dados referentes à formação inicial dos cuidadores formais de idosos, na figura 1 percebemos que a maioria dos formadores que trabalham nas instituições da nossa amostra possui o terceiro ciclo do ensino básico.

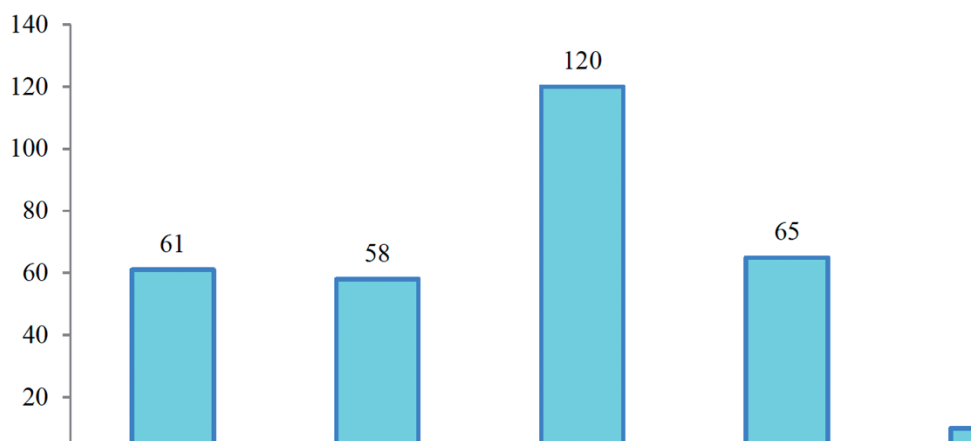


Figura 1. Habilitações literárias dos cuidadores formais

No que diz respeito às formações proporcionadas pelas instituições, em média, estas proporcionaram aos seus cuidadores formais de idosos, no ano de 2017, cerca de duas ações, como podemos verificar no quadro 4. Assim, percebemos que a maioria das ações de formação proporcionadas pelas instituições privilegia as componentes técnicas, como acontece, por exemplo, com a instituição 4, enquanto apenas duas das instituições proporcionaram formação a nível comportamental, de que são exemplo a formação em comunicação interpessoal frequentada por cinco formandos (na instituição 3) e a formação sobre gestão do tempo, frequentada por 12 formandos (na instituição 7).

Instituição	Ações de formação	N.º formandos por ação
1	Higiene	19
	Alimentação	19
	Administração de medicamentos	19
	Primeiros socorros	19
2	HACCP	2
3	Prática profissional de prestação de cuidados	9
	Comunicação interpessoal/assertiva	5
4	Socorrismo	5
	Extinção de incêndios	5
7	Cuidados idosos	12
	Gestão do tempo	12
	Comunicação com o idoso e com familiares	12
9	Ética e deontologia	7
	Saúde da pessoa idosa	7
11	Combate a incêndios e meios de 1.ª intervenção	18
12	Desfibrilhação automática externa	20
	Higiene, segurança e saúde no trabalho	20
	Cuidados de saúde no idoso	20
13	Cuidados à pessoa diabética	14
	Primeiros socorros	16
17	Geriatría	7

Quadro 4. Frequência absoluta das ações de formação proporcionadas pelas instituições em 2017

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tal como referido nos estudos de Vieira e colegas (2011) e de Castanheira (2013), a importância da formação contínua é salientada enquanto medida que beneficia a qualidade dos serviços prestados aos idosos. Lenardt, Willing, Silva, Shimbo, Tallmann e Maruo (2006) destacam a importância da formação dos cuidadores formais de idosos, referindo que, para além do afeto, é necessário perceber quem é a pessoa idosa, sem a confundir com uma criança ou com um adulto, porque estão numa faixa etária em que as suas necessidades são diferentes. Percebe-se que a participação dos cuidadores em formações aumenta as suas competências e o seu nível de eficácia a curto e longo prazo (Davison et al., 2007). Para além disso, os cuidadores ganham consciência das suas capacidades; a formação contribui para o aumento da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, ou seja, um cuidador com formação vai desempenhar as suas funções de uma forma mais eficiente e terá uma maior noção dos cuidados que o idoso precisa (Reis & Ceolim, 2007).

Os nossos resultados mostram que são poucos os cuidadores formais que já possuem formação quando iniciam funções nesta área (24 cuidadores formais, num total de 314), o que mostra também a importância de as instituições investirem nestas ações, uma vez que é já depois de terem iniciado funções que têm formações na área. Estes resultados são concordantes pelos estudos de Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Moreira e Ferreira (2009), Barbosa e colegas (2011), Rodrigues (2014), Beringuilho (2013) e Castanheira (2013).

A média de idades dos cuidadores formais que compõem a nossa amostra é de 45.8 anos. É uma média muito elevada para uma atividade com elevado desgaste físico e emocional. Recorde-se que diversos estudos mostram que a idade dos cuidadores se associa positivamente com as doenças ocupacionais, nomeadamente as lesões músculo-esqueléticas (e.g., Chiwaridzo, Makotore, Dambi, Munambah, & Mhlanga, 2018; Choi, et al., 2017). Esta não é uma observação inédita, pois é uma média similar à observada em outros estudos. No estudo de Pereira, Corte e Marques (2014), a média de idades dos participantes era de 45.9 anos de idade. Já no estudo de Barbosa e colegas (2011) era de 42.9 anos de idade e no estudo de Batista (2012) era de 47.9. No entanto, este resultado afasta-se um pouco dos resultados encontrados noutros estudos, como por exemplo nos estudos de Barbosa, Noronha, Spyrides e Domingos de Araújo (2017), onde a média de idades era de 37 anos, um pouco maior do que a média encontrada no estudo com 18 cuidadores formais de Araújo, Lopes, Santos e Junqueira (2014) que era de 33 anos.

No que diz respeito às habilitações literárias dos cuidadores formais, os nossos resultados indicam que 38% da amostra (120 cuidadores) possuem o 3.º ciclo do ensino básico. Isto vai ao encontro dos resultados obtidos noutras investigações, como por exemplo, os estudos de Pereira, Corte e Marques (2014), Rodrigues (2014), Beringuilho (2013) e Batista (2012).

Relativamente à experiência na função, de acordo com os dados que nos forneceram, percebemos que 44 cuidadores (14% da amostra, considerando 309 cuidadores sobre os quais tínhamos estes dados) referem possuir experiência na função quando ingressaram na instituição, variando esta experiência entre “menos de um ano”, “entre 1 a

5 anos”, “entre 6 e 10 anos” e “mais de 11 anos”. Estes resultados afastam-se ligeiramente dos resultados encontrados por Mello e colegas (2008) em que todas as cuidadoras possuíam um tempo considerável de experiência na função, numa média de 12 anos. Também Reis e Ceolim (2007) relativamente ao tempo de experiência na função verificaram que 40% dos cuidadores formais de idosos indicou desempenhar esta atividade há cinco ou mais anos, 32% entre 13 meses e 5 anos. Já na investigação de Rodrigues (2014) 77% dos participantes tinham experiência anterior como cuidador de idosos.

Apesar das dificuldades e das características sociodemográficas (como a idade, entre outras) determinarem a necessidade de uma ampla variedade de competências, os nossos resultados mostram que as instituições se centram essencialmente no desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas, ficando muito aquém a formação que dotaria os cuidadores de ferramentas para lidar com as dificuldades próprias da função, designadamente com as questões de luto e até mesmo como lidar com os comportamentos patológicos e agressivos dos idosos (e.g., Batista, 2012).

Sabe-se que a formação dos cuidadores de idosos é importante para o desempenho das suas funções. No entanto, a formação que estes cuidadores possuem é insuficiente para que consigam lidar com as necessidades dos idosos (Menne, Ejaz, Noelker, & Jones, 2007). Deveria existir um investimento nos recursos humanos, nomeadamente em formações que contribuíssem para o melhor relacionamento e compreensão entre cuidador e idoso (Almeida, 2008). É necessário formar os cuidadores para que desempenhem as suas funções com segurança, efetividade, eficiência e atenção centrada no idoso (Silva, Machado, Ferreira & Rodrigues, 2015).

Percebe-se assim que a participação dos cuidadores em formações aumenta as suas competências e o nível de eficácia a curto e longo prazo (Davison et al., 2007). Para além disso, os cuidadores ganham consciência das suas capacidades e a formação contribui para o aumento da qualidade dos cuidados prestados aos idosos, ou seja, um cuidador com formação vai desempenhar as suas funções de uma forma mais eficiente e terá uma maior noção dos cuidados que o idoso precisa (Reis & Ceolim, 2007). Freitas (2015) também alerta na sua investigação para a importância da formação do cuidador, referindo que em Portugal o reconhecimento e a profissionalização dos cuidadores de idosos estão associados a cursos geriátricos de nível básico. Contudo, a autora refere que, para além da motivação, da empatia e da disponibilidade para a prestação dos cuidados, é necessário que os cuidadores tenham também formação mais técnica e que esta seja contínua.

Trabalhos anteriores (Manuel, Gonçalves, Sousa, & Braz, 2019) observaram que o recrutamento é outra área de interesse e que necessita de ser repensada, no que diz respeito aos processos de recrutamento e seleção destes profissionais, uma vez que a entrevista, a análise curricular e a recomendação são as estratégias/técnicas de recrutamento mais utilizadas, apesar da sua baixa validade preditiva (Robertson & Smith, 1989).

Em conclusão, percebe-se que existe a necessidade de repensar os processos de recrutamento e seleção destes profissionais e de adequar os planos de formação àquilo que são as necessidades dos cuidadores formais, tendo em vista o bem-estar de todos.

REFERÊNCIAS

- Araújo, C., Lopes, C., Santos, G., & Junqueira, L. (2014). Perfil dos cuidadores de uma instituição de longa permanência para idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 219-230. ISSN: 1516-2567
- Areosa, S., Henz, L., Lawisch, D., & Areosa, R. (2014). Cuidar de si e do outro: Estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(2), 482-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: Competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 12(1), 119-129.
- Barbosa, L., Noronha, K., Spyrides, M., & Araújo, C. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 34(2), 391-414.
- Batista, N. (2012). *Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio*. Dissertação de mestrado em Enfermagem Comunitária, Universidade de Coimbra. Retrieved June, 22, 2017, from <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.
- Beringuilho, F. (2013). *Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas*. Dissertação de mestrado em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Castelo Branco. Retrieved June, 22, 2017, from <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2098/1/Quem%20cuida%20dos%20idosos..pdf>.
- Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação do mestrado em Ciências da Dor, Universidade de Lisboa. Retrieved July, 27, 2017, from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf.
- Castanheira, C. (2013). *Auxiliar de acção directa: Um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional*. Dissertação de mestrado integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa. Retrieved November, 5, 2017, from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpie046340_tm.pdf.
- Chiwaridzo, M., Makotore, V., Dambi, J., Munambah, N., & Mhlanga, M. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among registered general nurses: a case of a large central hospital in Harare, Zimbabwe. *BMC Research Notes*, 11(315), 1-7. DOI 10.1186/s13104-018-3412-8.
- Choi, H., Kim, Y., Kang, D., Kim, J., & Jang, B. (2017). Characteristics of occupational musculoskeletal disorders of five sectors in service industry between 2004 and 2013. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29(41), 1-9. DOI 10.1186/s40557-017-0198-4.
- Davison, T., McCabe, M., Visser, S., Hudgson, C., Buchnan, G., & George, K. (2007). Controlled trial of dementia training with a peer support group for aged care staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 868-873. DOI: 10.1002/gps.1754.
- Freitas, D. (2015). *A velhice nos lares na perspetiva das profissionais: Um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado em Sociologia, Universidade de Coimbra. Retrieved March, 10, 2018, from https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30207/1/Tese_DanielaFreitas_2015.pdf.
- Ganesh, M., & Indradevi, R. (2015). Importance and effectiveness of training and development. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(1), 334-338. DOI: 10.5901/mjss.2015.

v6n1p334.

- Guéguen, N. (1997). *Manuel de statistique pour psychologues*. Paris: Dunod.
- Instituto Nacional de Estatísticas (INE). (2015). *Estimativas de população residente em Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. Retrieved October, 1, 2017, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=224677968&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Lenardt, M., Willing, M., Silva, S., Shimbo, A., Tallmann, A., & Maruo, G. (2006). O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enfermagem*, *11*(2), 117-123.
- Llobet, P., Canut, L., Mateu, S., & Ávila, N. (2010). Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. *Enfermería Global*, *19*, 1-6.
- Manuel, S., Gonçalves, G., Sousa, C., & Braz, N. (2019). Do geriatric caregivers profile matter? A descriptive study on recruitment and selection in Portugal (in preparation).
- Mello, P., Piccinini, A., Rosa, P., Rosa, L., & Garcês, S. (2008). Percepção dos cuidadores frente às dificuldades encontradas no cuidado diário de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, *17*(2), 259-274
- Menne, H., Ejaz, F., Noelker, L., & Jones, J. (2007). Direct care workers' recommendations for training and continuing education. *Gerontology & Geriatrics Education*, *28*(2), 91-108. DOI: 10.1300/J021v28n02_07.
- Ngan, K., Drebit, S., Siow, S., Yu, S., Keen, D., & Alamgir, H. (2010). Risks and causes of musculoskeletal injuries among health care workers. *Occupational Medicine*, *60*, 389-394. DOI: 10.1093/occmed/kqq052.
- Olaniyan, D., Ojo, L. (2008). Staff training and development: A vital tool for organizational effectiveness. *European Journal of Scientific Research*, *24*(3), 326-331. ISSN: 1450-216X.
- Oliveira, M., Queirós, C., & Guerra, M. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: Do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *8*(2), 181-196.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Envelhecimento*. Retrieved May, 1, 2018, from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- Paulos, I. (2010). *Gestão de instituições para idosos - qualidade, humanidade e eficiência em cuidados geriátricos*. Lisboa: Verlag Dashofer Edições Profissionais.
- Pereira, S., Corte, A., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Development and Educational Psychology, Revista de Psicologia*, *2*(1), 133-140. ISSN: 0214-9877.
- Pinto, L., & Róseo, F. (2014). Envelhecer com saúde: O desafio do cuidar humanizado. *Revista Interfaces da Saúde*, *1*, 20-29. ISSN 2358517X.
- Reis, P., & Ceolim, M. (2007). O significado atribuído a "ser idoso" por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, *41*(1), 57-64.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: Visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*(6), 870-875. ISSN: 0034-7167.
- Robertson, I., & Smith, M. (1989). Personnel selection methods. In M. Smith, & I. T. Robertson (Eds.), *Advances in Selection and Assessment*. London: John Wiley & Sons.
- Rodrigues, C. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função:*

Um estudo de caso. Dissertação de mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas, Instituto Politécnico de Bragança. Retrieved June, 22, 2018, from http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf.

Santos, S., Silva, D., Oliveira, M., & Fernandes, F. (Setembro, 2015). *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado: Uma revisão bibliográfica*. Comunicação apresentada no 4.º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande. Retrieved March 10, 2018, from http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA14_ID3306_27082015164146.pdf.

Silva, I., Machado, F., Ferreira, M., & Rodrigues, M. (2015). Formação profissional de cuidador de idosos atuantes em instituições de longa permanência. *Holos*, 8, 342-356. DOI: 10.15628/holos.2015.3215.

Vieira, C., Gomes, E., Fialho, A., Silva, L., Freitas, M., & Moreira, T. (2011). Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 1-7. DOI: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622011000300006>.



III PARTE
ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO



7. Atividade Física, Dieta Mediterrânica e Perceção da Qualidade de Vida em Idosos com Diabetes *mellitus*

Carla Costa ¹

Carmen Mendes ²

Joana Santos ³

Nídia Braz ⁴

Elsa Pereira⁵

RESUMO: O envelhecimento é um processo contínuo, individual e irreversível, caracterizando-se por ser um fenómeno bio-psico-social, vivenciado de forma individualizada. **Introdução:** Associado ao envelhecimento populacional, verifica-se um maior risco de doenças crónicas, nomeadamente a Diabetes *mellitus* (DM), que tem sido relatada como um dos principais problemas de saúde pública, devendo-se a sua prevalência, em grande parte, aos estilos de vida adotados. **Enquadramento Teórico:** A prática regular de exercício aeróbico e de força, juntamente com a adoção de uma alimentação equilibrada e saudável contribuem favoravelmente para o controlo da DM. O presente estudo tem como objetivo identificar os hábitos de atividade física (ATF), a adesão à Dieta Mediterrânica (MD) e a perceção sobre a qualidade de vida (QV) de idosos institucionalizados com DM. **Metodologia:** Investigação transversal, de carácter quantitativo exploratório, constituída por uma população de 80 utentes. A amostra, não probabilística por acessibilidade, é composta por 27 idosos com DM tipo 2, referenciados pela equipa médica da instituição. Destes, 12 foram excluídos, por serem portadores de demência, participando, assim, um total de 15 idosos (7 homens, dos quais 20% praticam ATF e 8 mulheres, das quais 33% praticam ATF), com idades compreendidas entre os 63 e os 89 anos de idade (média de idades de 81,7). Utilizaram-se como instrumentos de recolha de dados, o questionário IPAQ – Versão 8 (forma curta), o PREDIMED e o WHOQOL-OLD, todos normalizados e validados para a população portuguesa. Na análise de dados recorreu-se à estatística descritiva e inferencial, nomeadamente ao

1 Carla Costa. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. ccvcosta@gmail.com, carmensalinha@gmail.com.

2 Carmen Mendes. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. carmensalinha@gmail.com.

3 Joana Serpa. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. jcnsantos@ualg.pt.

4 Nídia Braz. Universidade do Algarve, Escola Superior de Saúde. Centro Internacional de Envelhecimento, projeto 0348_CIE_6_E, Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, Programa Interreg Espanha Portugal (POCTEP) 2014-2020. nbraz@ualg.pt.

5 Elsa Pereira. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação e Comunicação. Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-Estar (CinTurs), projeto UIDB/04020/2020. epereira@ualg.pt.

teste não paramétrico de Mann-Whitney, através do programa SPSS – Versão 25.0, **Resultados:** Verificou-se que a quase totalidade dos inquiridos (93%) são considerados “irregularmente ativos A”. Constatou-se que todos os inquiridos apresentam boa adesão à Dieta Mediterrânica. Relativamente à qualidade de vida a maioria dos inquiridos do género feminino auto-perceciona-se autónoma (53% de mulheres) assim como 47% dos inquiridos do género masculino. **Conclusões:** Verificou-se nível baixo de prática regular de ATF e de perceção da qualidade de vida, mas boa adesão à Dieta Mediterrânica. Neste sentido, importa que as instituições que integram os idosos e todos os profissionais responsáveis destas instituições conheçam os resultados destes estudos, a fim de oferecerem serviços e práticas quotidianas que promovam hábitos regulares de ATF.

Palavras-Chave: Atividade Física, Diabetes Mellitus, Dieta Mediterrânica, Idosos, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo contínuo, individual e irreversível, em que ocorrem várias alterações estruturais e funcionais, que variam de pessoa para pessoa, dependendo de fatores intrínsecos e extrínsecos, caracterizando-se, assim, por ser um fenómeno bio-psico-social (Paúl & Fonseca, 2001). De acordo com os autores, este processo encontra-se associado a várias patologias crónicas, as quais influenciam a forma como a pessoa envelhece, predispondo-a a uma maior vulnerabilidade e fragilidade e, conseqüentemente, a um comprometimento da sua qualidade de vida.

A Diabetes *mellitus* (DM) é considerada uma das doenças mais antigas da humanidade e tem sido relatada como um problema grave de saúde pública, devido, entre outros aspetos, à sua elevada morbilidade, implicando assim um grande dispêndio em cuidados de saúde e mudanças profundas nos estilos de vida dos indivíduos afetados (Binotto & Tassa, 2014; Costa et al., 2011; Ferreira, 2013).

O número de doentes com DM tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos, devido essencialmente ao aumento do envelhecimento da população, ao aumento da obesidade e à diminuição da atividade física (ATF) (Saeedi et al., 2019). De acordo com alguns autores, muitos destes utentes só têm conhecimento do seu diagnóstico após surgirem algumas complicações de saúde, conduzindo-os a uma diminuição da sua qualidade de vida (QV) (Binotto & Tassa, 2014; Costa et al., 2011; Ferreira, 2013). Neste sentido, a prática regular de exercícios aeróbicos e de força, aliada à adoção de uma alimentação equilibrada e saudável, contribuem favoravelmente para o controlo da doença (Tiete et al., 2015; Barrile et al., 2015). Neste sentido, importa identificar os hábitos de atividade física (ATF), a adesão à Dieta Mediterrânica e a perceção sobre a qualidade de vida (QV) de idosos institucionalizados na medida em que as instituições que integram os idosos podem e devem desempenhar um papel promotor de hábitos saudáveis no seu quotidiano.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A DM, caracteriza-se por ser uma doença metabólica autoimune, associada a um conjunto de situações que resultam da incapacidade do organismo em manter o nível de glicose no sangue dentro dos padrões normais, quer por deficiência quer por ausência total de insulina (Tiete et al., 2015). Os autores referem que a doença se manifesta através de distúrbios no metabolismo, nomeadamente através de complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas. O aparecimento da patologia, pode surgir de diversas formas, mediante a tipologia (D tipo I, tipo II e Gestacional) e o tipo de intervenção terapêutica: farmacológica e/ou não farmacológica (Saraiva, 2014; Tiete et al., 2015).

De acordo com alguns estudos, a prática regular de ATF pode contribuir positivamente para o controlo da diabetes, uma vez que, aumenta o consumo da glicose, permitindo assim uma resposta mais eficiente dos tecidos à insulina, aumenta a aptidão cardiorrespiratória, favorece a redução do peso corporal, aumenta a massa muscular, favorece o cuidado e autocontrolo da doença, contribuindo, desta forma, para uma melhoria da QV dos pacientes (Barrile et al., 2015; Marçal et al., 2018). A prática regular de ATF deve ser conduzida de forma adequada e individualizada para cada paciente de modo a evitar riscos e otimizar os benefícios. Sendo que, o tipo, a frequência, a intensidade e a duração do exercício recomendado dependerá da idade, do controlo da diabetes, da duração da doença e da presença ou ausência de complicações específicas resultantes da mesma (Almeida, 2017). Nesta linha, o autor refere que indivíduos com DM, devem praticar um mínimo de 150 minutos/semana de exercício aeróbico (de intensidade moderada a vigorosa, distribuídos por, pelo menos, 2 a 3 dias/semana, sem períodos de descanso superiores a 2 dias consecutivos), bem como exercícios de força/resistência, pelo menos, 2 a 3 vezes/semana. Recomenda-se que o plano de exercícios deva ser sempre acompanhado e monitorizado por um profissional de desporto. Reforça-se também a importância da definição de objetivos específicos, da antecipação de possíveis barreiras para a prática, no sentido da sua eficaz superação, assim como a manutenção de registos da ATF (Almeida, 2017). De acordo com o autor, a colaboração de uma equipa multidisciplinar, com a presença de diferentes profissionais, como médicos, nutricionistas, técnicos de desporto e fisioterapeutas, faz toda a diferença na prescrição do exercício adequado a esta população.

No que diz respeito à alimentação, é importante que os diabéticos tenham um especial cuidado com a sua dieta, visto ser um dos principais fatores para a manutenção e equilíbrio dos níveis de glicemia no sangue (Sousa & Araújo, 2018). Segundo estes autores, se o diabético adotar um estilo de vida saudável, através de um plano alimentar adequado e conjugado com a prática regular de ATF, pode controlar os níveis de glicemia e minimizar complicações inerentes à doença. Desta forma, é fundamental, elaborar um plano alimentar, tendo em consideração o estilo de vida, os hábitos alimentares, a condição da Diabetes e a medicação prescrita para cada indivíduo contribuindo para uma melhor qualidade de vida (Carson et al., 2014; Gill et al., 2013).

METODOLOGIA

O presente estudo é uma investigação transversal, de carácter quantitativo e exploratório. Tem como principais objetivos avaliar, os hábitos de ATF, os níveis de adesão à DM e a percepção da QV, de um grupo de idosos portadores de DM, que se encontram institucionalizados.

Foram colocadas as seguintes questões de partida: Quais os hábitos de atividade física dos idosos? Será que os seus hábitos alimentares estão de acordo com a Dieta Mediterrânica? Será que a prática regular de ATF influencia a sua QV?

A população (N) foi composta por 80 utentes que integram a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), da Santa Casa da Misericórdia de Monchique (SCMM). A técnica de amostragem foi não probabilística, por acessibilidade. Os critérios de inclusão dos idosos na amostra foram: institucionalizados na ERPI *São Gonçalo de Lagos*; com idade compreendida entre os 63 e os 89 anos; com diagnóstico de DM de acordo com o médico da instituição. A amostra foi constituída por 27 idosos com DM tipo II. Destes, 12 foram excluídos por serem portadores de demência, participando assim 15 idosos: 7 homens, dos quais 3 praticam ATF e 8 mulheres, das quais 5 praticam ATF.

Como instrumentos de recolha de dados utilizaram-se: questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) Versão 8 (forma curta), proposto pela Organização Mundial de Saúde, no sentido de encontrar um instrumento que possa ser utilizado a nível mundial para determinar o nível de atividade física das populações; o PREDIMED, por forma a avaliar a adesão à Dieta Mediterrânica; WHOQOL-OLD, de forma a avaliar a percepção da QV dos idosos participantes. Estes questionários encontram-se normalizados e validados para a população portuguesa.

Após a recolha dos dados, estes, foram analisados e interpretados através da estatística descritiva e inferencial, comparando com os valores normativos do IPAQ e por aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney, com recurso ao programa SPSS – Versão 25.0.

Em termos éticos, foi feito um pedido prévio de autorização à instituição para a realização dos questionários, seguido dum primeiro contacto com a equipa clínica da instituição no sentido de identificar os idosos que poderiam integrar o estudo, garantindo-se o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados obtidos. Foi ainda solicitado o consentimento autorizado aos idosos.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que se refere à prática regular de ATF, verifica-se que a maioria das mulheres praticam (63%), contrariamente aos homens, em que a maioria não pratica (57%). A diminuição da autonomia funcional nos idosos deve-se, em grande parte, à falta de um estilo de vida mais ativo ou ao sedentarismo, isto é, à falta de prática regular de atividade física o que vai ao encontro dos resultados dos estudos de Bastone et al. (2004) e de Rocha (2012). Neste sentido, a prática de atividade física de forma regular vai então atenuar os efeitos procedentes do envelhecimento dentro dos vários domínios físico, psicológico e

social, promovendo a saúde, a melhoria na locomoção e na realização das atividades da vida diária e um maior grau de independência e autonomia, levando assim a uma vida ativa e com qualidade (Caporicci et al., 2011). Consequentemente, irá observar-se uma redução do risco de morbidade e mortalidade, combatendo o sedentarismo e contribuindo para a conservação da aptidão física dos idosos (Alves et al., 2004; Bastone et al., 2004).

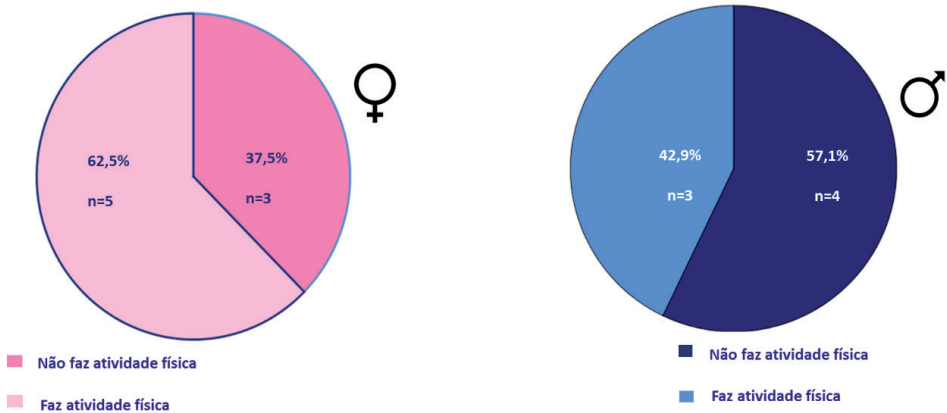


Figura 1. Regularidade da ATF segundo o gênero.

No que diz respeito ao IPAQ, os resultados indicam que 73% dos idosos fazem caminhadas, 3 ou mais dias por semana. No entanto, apesar da maioria indicar que caminha (3 ou mais dias por semana), os resultados revelam que uma grande parte desses idosos (47%) permanecem muitas horas sentados (entre 8 a 12 horas/dia, tanto nos dias úteis como aos fins-de-semana), sendo que, apenas 27% dos idosos se encontram sentados menos de 4 horas por dia.



Figura 2. Caminhadas por semana.

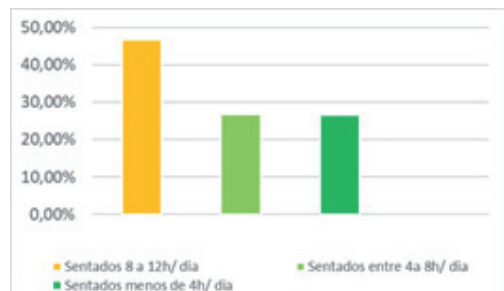


Figura 3. Horas sentados por dia.

Relativamente à prática de **Atividades Moderadas** (pedalar, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbia leve, fazer trabalhos domésticos leves, jardinar ou qualquer outra atividade que faça aumentar moderadamente a respiração ou os batimentos cardíacos), verificou-se que 47% dos idosos não praticam qualquer tipo de atividade física moderada, 40% praticam até 2 vezes por semana (atividades essas, que são promovidas pela instituição) e apenas 13% desses, para além de praticarem atividades promovidas pela instituição também praticam fora desta.

Quanto à prática de **Atividades Vigorosas** (correr, jogar futebol, pedalar rápido, fazer trabalhos domésticos pesados, carregar pesos elevados ou qualquer outra atividade que faça aumentar muito a respiração ou os batimentos cardíacos), a maioria (80%) revelou não praticar.

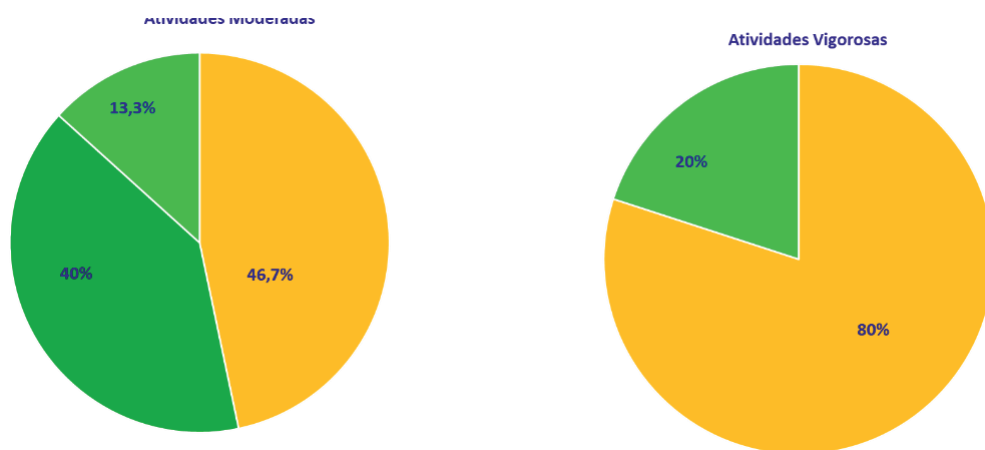


Figura 4. Realização de Atividades Moderadas e Vigorosas.

Considerando os resultados, e de acordo com o que a literatura refere, quanto à Qualidade de Vida dos idosos, os fatores como o estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, situação económica, relações pessoais, lazer, disposição, prazer e até espiritualidade, definem a qualidade de vida do indivíduo. Isto é, a qualidade de vida está intimamente relacionada com a condição de vida e estilo de vida, destacando-se neste último, a influência dos hábitos alimentares, do stress, das relações sociais e da prática de atividade física regular (Mota, 2006).

Um envelhecimento associado a uma boa qualidade de vida requer uma menor predisposição para a doença, manutenção das funções físicas e cognitivas, estilo de vida saudável, relacionamentos interpessoais e uma vida ativa e saudável (Braga et al., 2011).

Os resultados revelaram ainda que, e no que diz respeito à alimentação, todos os idosos apresentam Boa Adesão à MD, o que resultará do facto de todos eles consumirem alimentação fornecida pela mesma resposta social.

Relativamente à QV, e mais especificamente à autonomia, os resultados indicam que há uma maior percentagem de mulheres (53%) que se auto percebem autónomas,

comparativamente com os homens (47%). O processo do envelhecimento, do ponto de vista fisiológico, é marcado por uma diminuição das capacidades motoras, da flexibilidade, da força e da velocidade, dificultando a realização das atividades diárias e a manutenção de um estilo de vida saudável (Tribess *et al.*, 2005). Deste modo, o acompanhamento da capacidade funcional e da aptidão física dos idosos, é fundamental para combater a dependência do idoso e promover um estilo de vida ativo e saudável (Guimarães, et al., 2011).

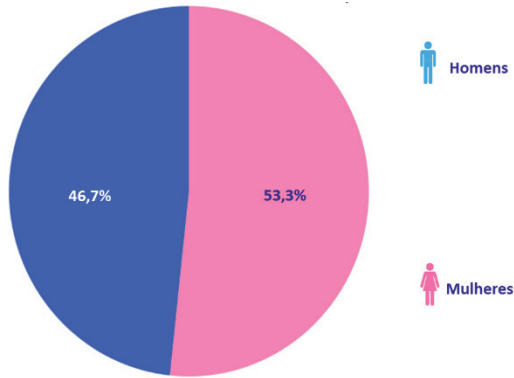


Figura 5. Qualidade de Vida: Autonomia versus Gênero.

Embora os resultados indiquem que as mulheres se consideram mais autônomas que os homens (53% das mulheres e 47% dos homens consideram-se autônomos), não existem diferenças estatisticamente significativas entre gênero, para esta variável, uma vez que dos 93% dos inquiridos que se consideram autônomos, 53.3% são mulheres e 46,7% são homens.

Total	Gênero	
	Femenino	Masculino
Média	Média	Média
Média_pontuação	3,45	3,57

* Não há diferenças estatisticamente significativas entre gênero para a autonomia (MW=20,000,p=0,346)

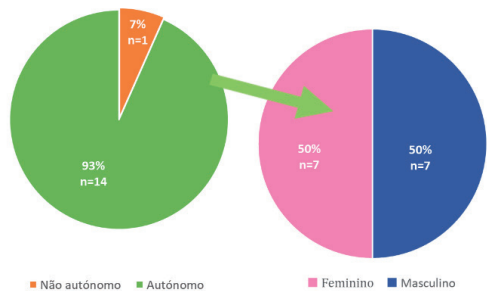


Tabela 1. Autonomia Versus Gênero.

Figura 6. Autonomia Versus Gênero.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos, constata-se que a maioria dos inquiridos são “Irregularmente Ativos B” (93,3%), uma vez que não atingem nenhum dos critérios da recomendação do IPAQ, nem quanto à frequência (visto não praticarem 5 dias de atividade física/semana de caminhadas, atividades moderadas e atividades vigorosas), nem quanto à duração (uma vez que não praticam 150 minutos de atividade física/semana). No entanto, 7% dos inquiridos poder-se-ão considerar “Irregularmente Ativos A”, visto que, e embora não pratiquem os 5 dias/semana de atividade física, praticam 180 minutos de atividade física/semana). Conclui-se que todos os inquiridos (100%) apresentam uma boa adesão à Dieta Mediterrânica, o que permite depreender ser devido ao facto de todos eles realizarem as suas refeições na instituição. Esta questão permite equacionar o papel fundamental que a instituição pode ter também ao nível da oferta de serviços promotores de ATF e da aquisição de hábitos de ATF por parte dos idosos.

No que diz respeito à QV, mais concretamente ao nível de autonomia, a maioria dos inquiridos consideram-se autónomos, no entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros para a autonomia.

Assim, e de acordo com as conclusões do presente trabalho, sugere-se à instituição a integração de pelo menos mais uma sessão de ATF por semana, além da sessão já oferecida pela mesma, de forma a alterar o nível de ATF da categoria de “Irregularmente Ativos B” para “Irregularmente Ativos A” contribuindo para a promoção de uma melhoria na QV dos idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. F. F. (2017). Atividade física regular no idoso com Diabetes *Mellitus* tipo 2 (Tese de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina, Porto. Retrieved from https://sigarra.up.pt/fep/pub_geral.show_file.
- Alves, R. V., Mota, J., Costa, M. C. & Alves, J.G.B. (2004). Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidrogenástica. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10 (1), 31-37. doi: 10.1590/S1517-86922004000100003.
- Barrile, S. R., Coneglian, C. B., Gimenes, C., Conti, M., H., S., Arca, E., A., Júnior, G. R., Martinelli, B. (2015). Efeito Agudo do Exercício Aeróbio na Glicemia em Diabéticos 2 Sob Medicação. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 21(5), 360-363. doi: 10.1590/1517-869220152105117818.
- Bastone, A. C. & Filho, W. J. (2004). Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 41(5), 659-668. doi:10.1682/JRRD.2003.01.0014.
- Binotto, M. A. & Tassa, K. O. M. (2014). Atividade Física em Idosos: uma Revisão Sistemática Baseada no International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(1), 249-264. Retrieved from <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/26068/31013>.

- Braga, et al. (2011). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista APS*, 14(1), 93-100. Disponível em <file:///C:/Users/User/Downloads/965-6621-1-PB.pdf> 14/10/2014.
- Caporicci, S., & Neto, M. F. O. (2011). Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. *Motricidade*, 7(2), 15-24.
- Carson, T., Hidalgo, B., Jamy, D., Affuso, O. (2014). Dietary Interventions and Quality of Life: A Systematic Review of the Literature. *J Nutr Educ Behav.*, 46(2), 90-101.
- Costa, J. A., Balga, R. S. M., Alfenas, R. C.G. & Cotta, R., M., M. (2011). Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 2001-2009. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/34.pdf>.
- Ferreira, S. B. D. (2013). *Cuidados Farmacêuticos na Diabetes tipo 2: Educação ao Doente Diabético*. (Tese de Mestrado). Universidade do Algarve, Faro. Retrieved from <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/6775>.
- Gill, D, Hammond,C., Reifsteck, E., Jehu, C., Williams, R., Adams, M. Lange, E, Becofsky, K., Rodriguez, E., Shang, Y. (2013). Physical Activity and Quality of Life. *J Prev Med Public Health*, 46(Suppl 1), 28- 34.
- Guimarães, A.C.A. et al. (2011). Nível de percepção de saúde, atividade física e qualidade de vida de idosos. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 15(4), 393-398.
- Marçal, D.F.S., Alexandrino, E. G., Cortez, L., E., G., & Bennemann, R. M. (2018). Efeitos do Exercício Físico Sobre Diabetes Mellitus Tipo 1. *Journal of Physical Education*, 29, 22-35. Retrieved from www.scielo.br/pdf/jpe/v29/2448-2455-jpe-29-e2917.pdf.
- Mota, J, Ribeiro, J. L., & Carvalho, J. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, 20(3), 219-25.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rocha, S. M. (2012). *Efeitos do aumento da atividade física na funcionalidade e qualidade das pessoas idosas do Centro Social de Ermesinde*. (Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre na especialidade de Exercício e Saúde – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais). Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Saeedi, P., et al. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045 (9th ed.). *International Diabetes Federation Diabetes Atlas*. doi: 10.1016/j.diabres.2019.107843.
- Saraiva, D. (2014). *Um contributo da análise multivariada na educação da diabetes – metodologia CHAID para a criação de perfis de doentes*. (Tese de Mestrado). Universidade do Algarve, Faro. Retrieved from <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8268/1/Dissertacao%20Diabetes%2020140909.pdf>.
- Sousa, O., & Araújo, L. (2018). Coma bem e faça escolhas saudáveis. In O. Ribeiro & C. Paúl (Eds), *Manual de Envelhecimento Ativo* (pp.50-87). Lisboa: Lidel.
- Tiete, A. V. C. C., Mascarenhas, L., P., G., & Souza, W. C. (2015). A importância da Atividade Física para os Portadores de Diabetes Mellitus. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 7(1), 62-123. Retrieved from <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=62>

Tribess, S., & Virtuoso, J. S. (2005). Prescrição de Exercícios Físicos para Idosos. *Revista de Saúde.com.*, 1(2), 163-172. Retrieved from <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/58/37>



8. Caracterização do estado nutricional dos utentes de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e de um Centro de Dia

Ana Albuquerque

Lúcia Rocha

Paulo Niza

Maria Palma Mateus

RESUMO: As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e os Centros de Dia (CD) fazem o acolhimento e prestam serviços de saúde, de higiene pessoal e de bem-estar e de alimentação ao indivíduo idoso, de modo a proporcionar-lhe um ambiente adequado. **Enquadramento teórico:** O estado nutricional tem um enorme impacto na saúde e bem-estar, sendo um fator condicionante da qualidade de vida dos idosos. A prevalência de desnutrição, nesta população, poderá atingir níveis significativos (15-60%). Segundo a literatura científica os idosos institucionalizados apresentam uma prevalência de desnutrição superior aos não institucionalizados. Pelo que, pretendeu-se caracterizar o estado nutricional de uma população idosa utente deste tipo de respostas sociais. **Metodologia:** Estudo epidemiológico, observacional e transversal. Os dados foram recolhidos numa ERPI e num CD, no Algarve, através da aplicação da versão portuguesa do *Mini Nutritional Assessment* (MNA®), ferramenta que permite determinar o risco nutricional da população idosa. **Resultados:** A amostra foi constituída por 322 indivíduos e a avaliação do estado nutricional mostrou que 19,6% encontra-se desnutrida, 50,9% sob risco de desnutrição e 29,5% apresenta estado nutricional normal. **Conclusão:** Cerca de 70% da população estudada está desnutrida ou em risco de desnutrição. Esta situação é mais prevalente nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). A avaliação regular do estado nutricional dos utentes das ERPI e dos CD, revela-se crucial para identificação de idosos em risco de desnutrição e intervenção precoce junto dos mesmos.

Palavras-Chave: estado nutricional, risco nutricional; idosos; *Mini Nutritional Assessment*.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define envelhecimento como um processo complexo, irreversível, gradual e natural, que se caracteriza por modificações a nível morfológico, psicológico, funcional e bioquímico, diretamente relacionadas com o estado nutricional dos indivíduos (*World Health Organization, 2015*).

A proporção da população mundial com sessenta e cinco anos ou mais tem registado uma tendência crescente ao longo dos anos. Entre 1950 e 2011, verificou-se um acréscimo de 205 milhões de idosos para quase 810 milhões (Fundo de População da Nações Unidas, 2012). Em Portugal, na última década, a população idosa aumentou de 16% para 19%, entre 2001 e 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2012), e estima-se que em 2080 atinga os 2,8 milhões de indivíduos (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Portugal perderá população até 2080, passando dos atuais 10,3 milhões para 7,5 milhões de residentes. No cenário central, a população ficaria abaixo do limiar de 10 milhões de habitantes em 2031 (9 976 827).

A progressão do envelhecimento depende de vários fatores não modificáveis (genéticos e bioquímicos) e de outros passíveis de modificação (ambientais, psicológicos, sociais e estilo de vida). O estado nutricional, integrado nos fatores ambientais, tem um enorme impacto na saúde e bem-estar, sendo este um fator condicionante na qualidade de vida dos idosos (*World Health Organization, 2015*).

Um estado nutricional inadequado contribui de forma significativa para o aumento da morbidade e mortalidade, e aumenta o recurso à hospitalização e à institucionalização. Decorrente do fenómeno natural de envelhecimento, vários são os fatores que comprometem a ingestão alimentar e o estado nutricional, dos quais se salientam os problemas de mastigação e de deglutição; a perda ou diminuição da capacidade sensorial; a desidratação; as alterações gastrointestinais; a presença de patologias metabólicas crónicas e neuropsicológicas e a polimedicação (*World Health Organization, 2015*).

Segundo a Associação Portuguesa de Nutrição (2013), “A desnutrição em idosos é muitas vezes subdiagnosticada, por ser confundida com sinais de envelhecimento, pelo que o seu reconhecimento precoce é fundamental para uma correção adequada e atempada, com benefícios na saúde e na economia”. Esta realidade está patente na declaração europeia *The Fight Against Malnutrition*, de 2011, ao considerar que todos os indivíduos residentes em instituições de cuidados a idosos devem ser submetidos a rastreio nutricional de modo a detetar a presença de desnutrição (Alliance, 2011).

As instituições que prestam cuidados a idosos devem garantir um acompanhamento que vá ao encontro da minimização de sentimentos de desânimo e depressão, bem como da manutenção dos estados físico e nutricional adequados, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida desta população.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Em Portugal, de acordo com os resultados do projeto *Nutrition UP 65*, no ano de 2016, 14,8% da população idosa da comunidade (independente nas suas atividades diá-

rias e a viver nas suas casas), apresentou risco de desnutrição e 1,3%, estava desnutrida (Amaral, *et al.*, 2018). No que se refere à população institucionalizada, segundo o estudo, *PEN-3S*, realizado em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, a prevalência de idosos desnutridos foi de 4,8% e sob risco de desnutrição de 38,7% (Madeira *et al.*, 2019).

A nível internacional, uma revisão da literatura, publicada em 2012, que comparou estudos que analisaram o estado nutricional de idosos que viviam na comunidade com idosos que estavam internados em clínicas de reabilitação com patologias neurológicas, hospitalizados ou a viver em estruturas residenciais de apoio a idosos, abrangendo uma população de 50 957 idosos a viver na comunidade e de 20 410 idosos institucionalizados, conclui que a prevalência de desnutrição e de risco de desnutrição era mais elevada nestes últimos (Cereda, 2012).

Os idosos em comunidade apresentaram uma prevalência de desnutrição de 4,2% e de risco de desnutrição de 27,4%. Quanto aos idosos institucionalizados, verificou-se que a prevalência de desnutrição e de risco de desnutrição era de 27,2% e 52,1%, respetivamente (Cereda, 2012).

Os idosos institucionalizados apresentam uma prevalência de desnutrição superior aos não institucionalizados. Pelo que, pretendeu-se caracterizar o estado nutricional de uma população idosa utente deste tipo de respostas sociais.

METODOLOGIA

Estudo epidemiológico observacional, baseado em técnicas de análise quantitativa, de natureza descritiva e transversal. A população-alvo incluiu todos os utentes com idades iguais ou superiores a sessenta e cinco anos de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e de Centros de Dia (CD), de uma Misericórdia do Algarve, totalizando 431 indivíduos. Foram definidos como critérios de exclusão: idades inferiores a sessenta e cinco anos, acamados, hospitalização nas datas estipuladas para a recolha de dados antropométricos e aplicação do MNA® e recusa em participar no estudo.

O anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos foram garantidos pela assinatura de uma declaração de “Proteção de dados pessoais” pelos investigadores.

O estado nutricional foi o avaliado com recurso à aplicação da versão portuguesa do *Mini Nutritional Assessment* - MNA® completo. De entre as várias ferramentas de rastreio nutricional existentes, a eleita como mais adequada para a população idosa é o MNA®, para a qual está validada, sendo reconhecida a nível internacional como altamente sensível, específica e fiável na monitorização e avaliação da desnutrição (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003).

A versão completa do MNA® é constituída por quatro seções: avaliação antropométrica (peso, altura, índice de massa corporal (IMC), perímetro da circunferência branquial; perímetro da circunferência de pantorrilha) e avaliação da ingestão alimentar, global e subjetiva. Na totalidade, a ferramenta é composta por dezoito questões, das quais seis correspondem ao rastreio (MNA-SF) e doze a questões relativas à avaliação global e subjetiva. As respostas a estas questões permitem obter uma classificação final que determina o estado nutricional do indivíduo: < 17 pontos “Desnutrido”; 17- 23,5 pontos

“Sob risco de desnutrição” e >24 pontos “Estado nutricional normal” (Nestlé Nutrition Institute, 2009) with a main focus on testing on video sequences of real-world data. We suggest the classification of recorded video data into situations defined by a cooccurrence of some events in recorded traffic scenes. About 100–400 stereo frames (or 4–16 s of recording).

A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao programa informático *IBM Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 24.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra final foi constituída por 322 indivíduos com uma idade média de $84,53 \pm 7,27$ anos, sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 101 anos. Destes, 11,5% apresentam idades compreendidas entre os 65 e 74 anos ($n=37$), 32,9% enquadram-se dentro da categoria 75 a 84 anos ($n=106$) e 55,6% têm mais de 85 anos ($n=179$).

Relativamente ao sexo, verificou-se que 70,50% dos indivíduos pertencem ao sexo feminino ($n=227$) e 29,50% ao sexo masculino ($n=95$).

Quanto à resposta social, 77,0% dos indivíduos estão integrados numa ERPI ($n=248$) e 23,0% em CD ($n=74$). Verificou-se ainda que 30,4% dos utentes estavam restritos a cadeira de rodas ou acamados ($n=98$), 30,7% deambulavam, mas não eram capazes de sair de casa sem ajuda de terceiros ($n=99$), e 38,8 apresentavam mobilidade normal ($n=125$).

Quanto à presença de patologias, 9,3% da amostra não apresentou nenhuma patologia ($n=30$), 82,0% apresenta uma a três patologias ($n=264$) e 8,7% tem quatro a seis patologias associadas ($n=28$).

Estado nutricional da amostra

A aplicação da ferramenta MNA[®] permitiu avaliar o risco nutricional e classificá-lo em três categorias distintas, segundo a pontuação total: “desnutrido” menos de 17 pontos; “sob risco de desnutrição” de 17 a 23,5 pontos e “estado nutricional normal” de 24 a 30 pontos.

De acordo com os resultados obtidos, a média da pontuação total dos 332 inquiridos foi de $20,93 \pm 4,33$ pontos (sob risco de desnutrição), atingindo um máximo de 29 pontos e um mínimo de 8,5 pontos.

A avaliação do risco nutricional indica que 19,6% dos indivíduos encontram-se desnutridos ($n=63$), 50,9% estão sob risco de desnutrição ($n=164$) e 29,5% apresentam estado nutricional normal ($n=95$) (Tabela 1).

Tabela 1. Categorias do estado nutricional

		Prevalência (n)	(%)
Categorias do estado nutricional	Desnutrido	63	19,6
	Sob risco de desnutrição	164	50,9
	Estado nutricional normal	95	29,5
	Total	322	100,0

Diferenças no estado nutricional entre sexos

No sexo feminino, 22,9% das mulheres encontram-se desnutridas (n=52), 50,2% sob risco de desnutrição (n=114) e 26,9% enquadram-se na categoria de estado nutricional normal (n=61). Em contrapartida, no sexo masculino existe uma prevalência menor de indivíduos desnutridos 11,6% (n=11) e uma maior prevalência de utentes sob risco de desnutrição e estado nutricional normal, 52,6% (n=50) e 35,8% (n=34), respetivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Diferença do estado nutricional entre sexos

	Sexo				Valor de p ^a
	Feminino		Masculino		
	(n)	(%)	(n)	(%)	
Categorias do Estado nutricional	Desnutrido	52	22,9%	11	11,6%
	Sob risco de desnutrição	114	50,2%	50	52,6%
	Estado nutricional normal	61	26,9%	34	35,8%
	Total	227	100,0%	95	100,0%
Pontuação MNA[®]	M±DP	20,53±4,53		21,88±3,69	
	Min; Max	8,50;29,0		10,50;27,50	

Legenda: M-Média; DP-Desvio padrão; Min-valor mínimo; Max-valor máximo; n-frequência absoluta; %-frequência relativa em percentagem; ^a valor de p segundo o teste de *Mann-Whitney*; * Diferenças estatisticamente significativas do estado nutricional entre sexos (p<0,05).

Diferenças no estado nutricional entre respostas sociais

Dos 248 indivíduos residentes em ERPI, 23,4% encontram-se desnutridos (n=58), 50,8% sob risco de desnutrição (n=126) e 25,8% enquadram-se na categoria estado nutricional normal (n=64). Em CD, 6,8% dos indivíduos apresentam-se desnutridos (n=5), 51,4% sob risco de desnutrição (n=38) e 41,9% estado nutricional normal (n=31) (Tabela 3).

Tabela 3. Diferença do estado nutricional entre respostas sociais

	Resposta social					Valor de p ^a
	ERPI		CD			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Categorias do Estado nutricional	Desnutrido	58	23,4%	5	6,8%	0,000**
	Sob risco de desnutrição	126	50,8%	38	51,4%	
	Estado nutricional normal	64	25,8%	31	41,9%	
	Total	248	100,0%	74	100,0%	
Pontuação MNA[®]	M±DP	20,33±4,41		22,95±3,36		
	Min; Max	8,50;29,0		13,50;29,0		

Legenda: M-Média; DP-Desvio padrão; Min-valor mínimo; Max-valor máximo; n-frequência absoluta; %-frequência relativa em percentagem; ^a valor de p segundo o teste de *Mann-Whitney*; ** Diferenças estatisticamente significativas do estado nutricional entre respostas sociais (p <0,001)

DISCUSSÃO

A média de idades dos inquiridos no presente estudo segue o padrão da população portuguesa relativamente à idade avançada (Instituto Nacional de Estatística, 2012), apresentando uma idade média de 84,53±7,27 anos, e mais de 50 % dos indivíduos apresentam idades superiores a 85 anos. Também, no estudo *PEN-3S* realizado em Portugal, em 1186 indivíduos, foi observada uma prevalência de indivíduos com idades acima dos 85 anos, superior aos restantes grupos etários (Madeira *et al.*, 2019). A presença de indivíduos institucionalizados com idades tão avançadas pode estar associada ao aumento da longevidade da população, mas também à resistência à institucionalização, por parte dos idosos e suas famílias (Melo, 2015).

O sexo feminino foi predominante comparativamente com o sexo masculino (70,5% vs. 29,5%), indo ao encontro das tendências demográficas, observadas tanto nos adultos como nos idosos. Até aos 24 anos de idade, o sexo masculino predomina, no entanto, a

tendência inverte-se com o avançar da idade (Instituto Nacional de Estatística, 2012). A mesma tendência foi observada no estudo *PEN-3S*, realizado em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, com uma amostra constituída por 72,8% de mulheres e 27,2% de homens (Madeira *et al.*, 2019).

Quanto à prevalência de desnutrição e de risco de desnutrição, segundo o mesmo estudo, observou-se uma prevalência de idosos desnutridos de 4,8% e em risco de desnutrição de 38,7% (Madeira *et al.*, 2019), valores inferiores à prevalência de desnutrição (19,6%) e de risco de desnutrição (50,9%) encontrados no presente estudo, a qual se considera muito elevada.

Os resultados observados quer no estudo *PEN-3S* quer no presente estudo vão ao encontro dos resultados relatados a nível internacional que demonstram que os idosos institucionalizados têm maior probabilidade de depleção do estado nutricional comparativamente com os idosos não institucionalizados (Cereda, 2012).

Ao comparar o estado nutricional entre sexos, verificou-se que o sexo feminino apresenta uma maior prevalência de desnutrição comparativamente com o sexo masculino ($p < 0,05$). Também Madeira e colaboradores (Madeira *et al.*, 2019), verificaram que as mulheres apresentavam maior prevalência de desnutrição e de risco de desnutrição em relação aos homens.

Os idosos mais dependentes nas suas atividades diárias têm maior probabilidade de desnutrição e sob risco de desnutrição (Madeira *et al.*, 2019), situação evidenciada também no presente estudo que encontrou diferenças estatisticamente significativas entre respostas sociais, ao observar que os utentes em CD apresentam uma menor prevalência de desnutrição e uma maior prevalência de estado nutricional normal comparativamente aos indivíduos em ERPI ($P < 0,001$).

Sabe-se que os indivíduos em CD são mais ativos e independentes, e embora, tanto os utentes em ERPI e CD façam o mesmo número de refeições na instituição onde decorreu o presente estudo, existem outros fatores que condicionam o estado nutricional, como a presença de problemas neuropsicológicos e incapacidade física, agravados, em norma, nos indivíduos em ERPI.

CONCLUSÃO

A prevalência de desnutrição e risco de desnutrição encontrada neste estudo é relevante para a instituição, e superior à observada noutros estudos realizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas portuguesas. Verificou-se que cerca de 70% da população estudada está desnutrida ou em risco de desnutrição. Esta situação é mais prevalente nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. A avaliação regular do estado nutricional dos utentes das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e dos Centros de Dia revela-se crucial para identificação de idosos em risco de desnutrição e intervenção precoce junto dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alliance, T. E. N. for H. (2011). *The fight against malnutrition final declaration*. ESPEN, 3–4.
- Amaral, Teresa F. et al.. (2018). *Nutrition UP 65- nutritional strategies facing an older demography*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto. Retrived from <https://nutritionup65.up.pt/wp-content/uploads/sites/165/2018/10/Relatorio-EN.pdf>
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2013). *Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa*. Retrieved from www.apn.org.pt
- Cereda, E. (2012). *Mini nutritional assessment*. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 15(1), 29–41. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32834d7647>
- Fundo de População da Nações Unidas. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio - Resumo Executivo*. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011* (Vol. 2011). Lisboa, Portugal. <https://doi.org/10.13541/j.cnki.chinade.2011.07.013>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). *Projeções de população residente: 2015-2080. Destaques*. Lisboa, Portugal.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). SPECIAL ARTICLE ESPEN *Guidelines for Nutrition Screening 2002*. Clinical Nutrition, 22(4), 415–421. [https://doi.org/10.1016/S0261-5614\(03\)00098-0](https://doi.org/10.1016/S0261-5614(03)00098-0)
- Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Sousa-Santos, N., Santos, O., Alarcão, V., Goulão, B., Clara, J. G. (2019). *Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: The PEN-3S study*. Public Health Nutrition, 22(3), 486–497. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002318>
- Nestlé Nutrition Institute. (2009). *Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional*. Nestlé Nutrition Institute. <https://doi.org/10.1177/1474885110363983>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland.



9. Atividade Física e adesão à Dieta Mediterrânica: estudo em idosas hipertensas

*Adriana Spinelli*¹

*Joana Margarida Bôto*¹

Elsa Pereira^{1 2}

Nídia Braz^{1 3}

RESUMO: O presente trabalho visa contribuir para a análise dos níveis de adesão à Atividade Física (ATF) e à Dieta Mediterrânica (DM) em idosas. Realizou-se uma pesquisa de campo com alunos da Universidade Sénior de Olhão, aplicando o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) e o PREDIMED (Avaliação de Adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico). A amostra foi composta 16 idosas do género feminino, com idades compreendidas entre 65 e 80 anos, com diversas patologias clínicas de base. Os resultados obtidos demonstram que 9 eram hipertensas, o que corresponde a 56% da amostra, e que 5 apresentavam Diabetes Mellitus, correspondendo a 31% das entrevistadas.

Relativamente aos níveis de adesão à ATF, os resultados demonstram que as idosas do estudo apresentam um padrão variado, nomeadamente: 4 são “Irregularmente ativo B”; 2 são “Irregularmente ativo A” e 10 são “Ativas”. No que diz respeito à atividade física em casa, este grupo apresenta valores positivos de autonomia, mobilidade e independência. No que concerne ao nível de adesão à DM, 5 idosas apresentaram uma boa adesão e as restantes 11 apresentaram uma adesão reduzida. Verificámos que bastaria a alteração em alguns itens comportamentais para que fosse possível a alteração dos resultados e consequentemente para que estas idosas passassem a ter uma boa adesão à DM.

Conclui-se que importa clarificar e disponibilizar mais informação de forma a melhorar os conhecimentos relativos aos valores ótimos a atingir que contribuam para um envelhecimento saudável e garantam uma maior longevidade com qualidade de vida, através da ATF e da alimentação com base na DM.

Palavras-Chave: atividade física; envelhecimento; dieta mediterrânica; hipertensão arterial; idosas.

1. Universidade do Algarve:

a.spinelli44@gmail.com; jmboto@ualg.pt; epereira@ualg.pt; nbraz@ualg.pt

2 Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-Estar (CinTurs), projeto UIDB/04020/2020.

3. Centro Internacional de Envelhecimento

Este trabalho é parte do projeto “0348_CIE_6_E” co-financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, através do Programa Interreg Espanha Portugal (POCTEP) 2014-2020

INTRODUÇÃO

As estimativas aferidas no último censo de 2011 apontam que Portugal irá atingir uma superioridade numérica das pessoas idosas comparativamente aos jovens (INE, 2012). No entanto, o aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não se acompanhar de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2006), o envelhecimento ativo dependerá do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e da obtenção dos objetivos que se desejam. A satisfação pessoal está relacionada com a aptidão para selecionar objetivos apropriados à realidade circundante e à sua possibilidade de concretização. O idoso precisa fazer a adequação entre o que deseja e o que, devido aos recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis, é possível alcançar e querer. Todos podemos contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis e assim encontre a satisfação que influenciará positivamente a sua saúde.

De facto, a reforma, menores responsabilidades domésticas e a necessidade de transporte para locomoção em pequenas e médias distâncias substituem gradativamente a atividade física da vida ativa por hábitos de vida sedentária. Assim, a inatividade talvez seja o elo inicial da cadeia de hábitos nocivos à saúde (Gravina, Grespan & Borges, 2017). A ela se associa a ingestão de alimentos industrializados, ricos em gorduras saturadas, açúcares e sal, que causam obesidade, esteatose hepática, diabetes mellitus, resistência à insulina, colesterol elevado, triglicéridos elevados e hipertensão arterial (Pinto et al., 2001).

Importa, conhecer os hábitos de ATF e de alimentação dos idosos de modo a identificarmos quais as necessidades estratégicas em termos de promoção de estilos de vida saudáveis. Nesta linha, este estudo visa analisar os níveis de adesão à Atividade Física (ATF) e à Dieta Mediterrânica (DM) de um grupo de idosos da Universidade Sénior de Olhão.

ENVELHECIMENTO, HIPERTENSÃO, ATIVIDADE FÍSICA E ALIMENTAÇÃO

Envelhecimento e Hipertensão Arterial Sistémica (HAS)

A constituição demográfica atual de Portugal, com maior percentagem de indivíduos idosos, contribui para o acréscimo considerável da morbimortalidade por doenças crónicas não transmissíveis, onde a Hipertensão Arterial Sistémica (HAS) e a Diabetes *Mellitus* se encontram entre as mais frequentes (Cherubini et al., 2012).

A problemática da HAS configura-se um desafio para a saúde pública, considerando que tem um forte impacto na vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura por comprometimentos cardiovasculares e gerando grandes e subestimados efeitos económicos adversos para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral. Quando associada ao processo de envelhecimento, esta doença torna-se ainda mais onerosa, impactando expressivamente na qualidade de vida e muitas vezes na autonomia dos in-

divíduos. Estes passam a necessitar de tratamento constante, devido às mudanças nos hábitos de vida e no uso de medicamentos, além de necessitarem de acompanhamento complexo e, a longo prazo, por parte dos profissionais de saúde (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012).

A pressão arterial elevada é um fator de risco, modificável, para doenças cardiovasculares e está associada ao aumento da incidência de diversas patologias, como o enfarte do miocárdio, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral e a insuficiência renal (Santos & Moreira, 2012).

Atividade Física e Nutrição para o controlo da HAS

Até os anos 80, pouco se sabia sobre os potenciais efeitos da ATF nos determinantes de saúde em cada fase da vida. Os trabalhos sobre este assunto eram frequentemente realizados com atletas e os objetivos visavam, fundamentalmente, a melhoria do desempenho competitivo (Jobim & Jobim, 2015). Entretanto, estudos de Paffenbarger (1988) colocaram um marco divisório e definitivo neste tema, onde pesquisadores observaram uma significativa redução de mortalidade, proporcional ao grau de atividade, em todas as idades, mas com maior predomínio entre os idosos (as cited in Jobim & Jobim, 2015).

Um conjunto substancial de evidências científicas indica que a ATF praticada de maneira regular se constitui como uma medida eficaz para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, melhorando a capacidade funcional, a autonomia e, conseqüentemente, a saúde (Jacob-Filho, 2006; Jobim & Jobim, 2015).

A recomendação básica, segundo Dias et al. (2008) é de que os idosos tenham uma prática regular de atividade física que inclua atividade aeróbia, exercícios de flexibilidade, de força e de resistência, com o objetivo de prevenir os problemas de saúde decorrentes da inatividade e a morte prematura. Os autores referem que, para os idosos com problemas de saúde identificados, a abordagem deve ser particularizada e orientada para o não agravamento da patologia de base. O exercício físico, realizado regularmente, provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular (Monteiro & Sobral-Filho, 2004). Entre essas adaptações, a redução nos níveis da pressão arterial em repouso é especialmente importante no tratamento da hipertensão arterial, já que, através do treino físico, é possível, para o paciente hipertenso, diminuir a dosagem de medicação anti-hipertensivos ou mesmo ter a pressão arterial controlada sem a adoção de medidas farmacológicas. Estima-se que o treino físico provoca uma redução que varia de 3,8 a 11 mmHg na pressão arterial sistólica e de 2,6 a 8 mmHg na pressão arterial diastólica (Monteiro & Sobral-Filho, 2004).

Podemos afirmar que a alimentação desempenha na vida das pessoas um papel abrangente que envolve não apenas uma simples incorporação de material nutritivo necessário para a sobrevivência, mas algo que possui um profundo significado subjetivo, social e cultural, ligado ao simbólico e ao imaginário (Polachini, Spinelli & Schneider, 2012). A nutrição é um fenômeno pluridimensional, que envolve o corpo, os sentidos (prazer), a vida de relação (ritual), o intelecto, o afeto, a sociabilidade e as relações sociais. A população idosa merece uma orientação nutricional personalizada, em função da redução da taxa metabólica basal e do aumento do catabolismo.

Neste contexto, as recomendações para uma alimentação adequada na situação clínica de HAS, devem não somente considerar a restrição da ingestão de sódio, mas também garantir uma ingestão adequada de potássio (Polachini, Spinelli & Schneider, 2012). Para a redução da pressão arterial e do risco cardiovascular, a Organização Mundial da Saúde (2012) recomenda uma ingestão de potássio igual ou superior a 3500 mg/dia para adultos e idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, de metodologia quantitativa, realizado com alunos da Universidade Sénior de Olhão. A recolha de dados baseou-se na aplicação de questionários através de entrevistas individuais: IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) e PREDIMED (Prevención com dieta Mediterránea).

As entrevistas iniciaram-se com uma breve apresentação de quem eram os entrevistadores e qual o objetivo do estudo. Explicou-se de forma simples os questionários que iríamos utilizar. As Universidades Sêniores são vocacionadas para a ocupação do tempo livre dos idosos, motivando-os a novas aprendizagens e aquisição de conhecimentos, com diversas matérias e didáticas próprias, além de contribuírem para o convívio e criação de novas amizades (Almeida, 2016). Por esse motivo, antes da aplicação dos questionários, explicou-se a importância da prática de atividade física regular e o verdadeiro significado da ATF, que não se limita a uma hora de exercício, mas que engloba tudo o que realizamos ao longo do dia, excluindo o período de descanso, nomeadamente a prática da atividade física que pode ser subdividida em quatro dimensões: lazer (exercícios físicos/desporto); deslocamento ativo (andando a pé ou de bicicleta); atividades domésticas (lavar, passar, etc); laboral (atividades relacionadas à tarefa profissional). A primeira dimensão pode ser classificada como uma atividade estruturada (segundo as características de exercícios físicos), enquanto que as demais, como não estruturadas pois podem ser realizadas espontaneamente ao longo do dia (Maciel, 2010). Explicou-se também, os princípios alimentares da DM realçando o consumo abundante de vegetais, a fruta fresca como sobremesa diária, o azeite como a fonte principal de gordura, os laticínios (principalmente queijo e iogurte), o consumo frequente de peixe e baixo a moderado de aves domésticas, o consumo de até quatro ovos por semana, carnes vermelhas em pequenas quantidades, e o consumo de vinho em quantidades pequenas a moderadas (Bach-Faig et al., 2011).

O IPAQ foi desenvolvido a partir das dificuldades encontradas para se obter medidas de atividades físicas internacionalmente comparáveis. A Organização Mundial da Saúde, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska, na Suécia, reuniram os pesquisadores da área de atividade física e saúde para desenvolver e testar um instrumento de medida da atividade física para uso internacional (Mazol & Bennedetti, 2010). O IPAQ é uma ferramenta de diagnóstico do nível de adesão à atividade física com o propósito de validar, reproduzir e posteriormente comparar os níveis de atividade física de diferentes populações (Vespasiano, Dias & Correia, 2012). Este instrumento, com 27 questões, permite estimar o tempo semanal gasto

na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer) (Matsudo et al., 2001). Há a possibilidade de estimar o tempo despendido em atividades mais passivas (realizadas na posição sentada). Desta forma, com o auxílio desta ferramenta onde se consegue averiguar os níveis de atividade física também conseguiremos clarificar qual a intensidade e tipo de atividade física serão imprescindíveis prescrever. Nas questões do IPAQ estavam incluídos exemplos de atividades que são comuns às pessoas deste grupo etário (Benedetti, Mazo & Barros, 2004).

O PREDIMED, desenvolvido em Espanha, teve como objetivo testar a eficácia da Dieta Mediterrânea na prevenção primária da doença cardiovascular, pela sua praticidade de utilização em contexto clínico (Martinez-González et al., 2012). Este questionário é composto por 14 questões (Schroder et al., 2011), que permitem avaliar o nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM), categorizando os indivíduos como tendo uma boa ou má adesão. A resposta a cada uma dessas questões é pontuada com 1 no caso do cumprimento dos critérios definidos como característicos deste tipo de alimentação. O cumprimento de pelo menos 10 dos 14 itens indica uma boa adesão ao PAM. Estas questões são referentes ao uso de azeite na confecção dos alimentos, quantidade de azeite, consumo de hortícolas, fruta, carne vermelha e produtos cárneos, manteiga/margarina/natas, bebidas açucaradas gaseificadas, vinho, leguminosas, pescado/marisco, doces/bolachas/bolos comerciais, frutos oleaginosos, preferência por carnes brancas, refogados à base de tomate (Afonso, Moreira & Oliveira, 2014; Trichoupoulos et al., 2003).

Salientamos que os questionários não foram preenchidos pelos entrevistados mas sim pelos pesquisadores, para que não houvesse falha nas informações recolhidas, devido ao formato longo do IPAQ e da própria natureza das perguntas relacionadas com a atividade física durante a semana.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva (valores absolutos e percentagens) usando a tabela de classificação do nível de atividade física do questionário IPAQ (CELAFISCS, s.d.) (tabela 1) e a tabela de classificação do nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico do questionário PREDIMED (Afonso, Moreira & Oliveira, 2014) (tabela 2).

Tabela 1. Classificação do nível de atividade física do questionário IPAQ

ATIVO:	MODERADA ou CAMINHADA: > 5 dias/sem e > 30 minutos por sessão; ou c) Qualquer atividade somada: > 5 dias/sem e > 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
IRREGULARMENTE ATIVO A:	Aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade: a) Frequência: 5 dias /semana ou b) Duração: 150 min / semana
IRREGULARMENTE ATIVO B:	Aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.

Fonte: CELAFISCS (s.d.). Classificação do nível de atividade física IPAQ. Centro Coordenador do IPAQ no Brasil.

Tabela 2. Classificação do nível de adesão ao Padrão Alimentar Mediterrânico (PAM) do questionário PREDIMED

MÁ ADESÃO AO PAM	Pontuação no PREDIMED <10 pontos
BOA ADESÃO AO PAM	Pontuação no PREDIMED >10 pontos

Fonte: Adaptado de Afonso L, Moreira T & Oliveira A. (2014).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos com a aplicação dos questionários demonstram que 9 idosas eram hipertensas, o que corresponde a 56% da amostra e que 5 idosas apresentavam Diabetes Mellitus, correspondendo a 31% das entrevistadas (tabela 3).

Tabela 3. Informações dos Idosos Participantes no Estudo

Número	Idade	Trabalho Remunerado	Horas Trabalho /dia	Anos de Estudos	Saúde	Doenças
1	69	Não	0	9	E	-
2	65	Não	0	7	B	Hipertensão
3	68	Não	0	12	E	-
4	75	Não	0	4	R	Diabetes Hipertensão Cataratas
5	77	Não	0	4	RE	Artrose
6	65	Sim	3	12	E	-
7	69	Não	0	7	B	Hipertensão
8	65	Não	0	6	RE	Hipertensão Diabetes
9	65	Sim	4	12	E	-
10	78	Não	0	4	RE	Hipertensão Hipotireoidismo
11	69	Não	0	4	B	Diabetes
12	80	Não	0	12	RE	Hipertensão
13	71	Não	1	12	MB	Hipertensão Diabetes
14	72	Não	0	12	B	Hipertensão Diabetes
15	65	Não	0	8	E	-
16	72	Não	2	4	RE	Hipertensão Colesterol Alto HVAC/Infarto

*B(Bom) *MB (Muito Bom) *E (Excelente) RE (Regular) * R(Ruim)

IPAQ

O tabela 4 apresenta as respostas a cada pergunta do questionário IPAQ dada pelos entrevistados. Foi inserido zero (0) para as respostas das atividades não executadas e valores diferente de zero para as atividades executadas de acordo com os critérios estabelecidos para a avaliação da atividade através do IPAQ.

Tabela 4. Respostas ao questionário IPAQ

Seção 1- Atividade física no trabalho															
trabalha ou faz voluntariado fora de casa? (1a)		0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
is p/semana no trabalho anda >10minutos contínuos? (1b)	»5dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
po gasta por dia caminhando no trabalho? (1c)	>30m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	0
moderadas n/trabalho contínuas >10minutos c/pesos leves?	>10m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
idades moderadas no trabalho? (1e)	>30m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	120	0
a de atividades vigorosas >10m como levantar pesos? (1f)	=3 dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
po/dia fazendo atividades vigorosas (1g)	=20m	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Seção 2- Atividade física, meio de transporte															
s andou na última semana de carro, bus, metro ou comboio	»5 dias	0	0	5	0	0	0	2	5	7	0	5	2	1	3
po gasta/dia de carro, bus, metro, comboio (2b)	»5 dias	0	0	10	0	0	0	60	20	20	0	10	30	120	60
is última/semana andou de bicicleta > 10m (2c)	»5 dias	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	7	1	1
po pedala p/dia (2d)	>30m	0	0	0	0	0	45	0	0	0	0	0	30	30	120
is da Última semana caminhou > 10m contínuos (2e)	»5 dias	7	7	4	1	7	1	2	5	7	5	5	3	1	3
o/dia caminhar (2f)	>30m	90	40	60	40	60	180	90	60	120	240	30	90	60	120
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Seção 3- Atividade física, em casa															
/ última semana de Atividades moderadas »10m (3a)	»5 dias	5	0	1	0	0	0	7	7	7	1	7	3	7	3
po gasta/dia atividades moderadas »30m (3b)	»30m	30	0	150	0	0	0	240	60	120	10	60	60	30	120
as gastos com atividade moderada em casa »10m (3c)	»5 dias	5	7	7	7	3	7	7	4	1	1	1	3	7	2
empo gasto C/ ATIVIDADE MODERADA »30m (3d)	»5 dias	30	90	120	30	90	30	60	60	240	180	60	120	120	120
a s de atividades vigorosas » 10m contínuos (3e)	»3dias	5	0	1	0	0	3	1	1	0	1	0	3	0	2
o/dia atividades vigorosas (3f)	»10m	10	0	150	0	0	60	60	240	0	180	0	90	0	60
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Seção 4- Atividade física, Desporto ou exerc. físico, Lazer, Recreativo															
as de lazer/ última semana caminhou »10m (4a)	»2dias	5	3	2	2	2	7	2	3	7	5	2	0	0	3
po lazer/dia »30m (4b)	»30m	45	60	45	45	45	120	90	45	60	30	30	0	0	60
as/atividade moderada em tempo de lazer »10m (4C)	»2 dias	5	0	0	0	1	2	2	4	5	0	0	0	0	0
mpo de lazer faz atividade »30m (4d)	»2dias	30	0	0	0	60	45	60	20	120	0	0	0	0	0
po lazer/dia gasto atividades vigorosas » 10m contínuos	»2 dias	0	2	0	0	1	0	0	2	2	2	0	0	0	2
azer gasto/dia atividades vigorosas »10m (4f)	»10m	0	45	0	0	60	0	0	45	120	60	0	0	0	240
QUESTIONÁRIO PADRÃO		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Na Secção 1, mesmo as idosas com idades mais avançadas e num grupo tão pequeno, encontramos 4 idosas ativas no mundo laboral, e todas apresentam consideráveis resultados individuais. A Secção 2 traduz a mobilidade quanto à forma de deslocação, onde constatamos que os transportes públicos são utilizados, mas de forma moderada, resultado da atividade do grupo neste contexto. Analisando individualmente a Secção 3, podemos referir que algumas idosas apresentam valores muito bons de atividade física diária, sendo um grupo ativo em casa, dispendo de boa mobilidade, independência e autonomia. Contudo, a Secção 4 reflete claramente o não cumprimento dos mínimos de exercício físico recomendado (dia/semana). Na Secção 5, relativa ao “Tempo gasto sentado” verificou-se que as idosas passam uma média de 127 minutos diários em atividades sedentárias. Os entrevistadores esclareceram os entrevistados que nesta secção não era considerado o tempo a dormir.

A partir da classificação do nível de atividade física do questionário IPAQ (tabela 1), classificamos os elementos da amostra do estudo consoante o seu nível de atividade física. Observamos que a maioria das idosas é fisicamente ativa, tendo-se encontrado 3 idosas que são irregularmente ativas (tabela 5).

Indivíduos	Classificação Individual do Nível de Atividade Física
1	Ativo
2	Ativo
3	Ativo
4	Irregularmente ativo B
5	Ativo
6	Ativo
7	Ativo
8	Ativo
9	Ativo
10	Ativo
11	Ativo
12	Ativo
13	Ativo
14	Irregularmente ativo A
15	Irregularmente ativo B
16	Ativo

É de salientar que as 9 idosas hipertensas (56%), apresentaram os seguintes níveis de atividade física: 7 foram classificadas como Ativas, e 2 como Irregularmente Ativas (sendo 1 Irregularmente Ativa B e 1 Irregularmente Ativa A). Destas 2 Irregularmente Ativas, 1 apresentou um nível de Boa Adesão a Dieta Mediterrânica, e a outra uma má adesão.

Stewart et al. (2005) realizaram um ensaio clínico randomizado, controlado, comparando o efeito do treinamento aeróbico com resistência combinada versus o aconselhamento sobre os cuidados habituais de atividade e dieta em pacientes hipertensos. Participaram do estudo indivíduos com HAS leve ou pré-hipertensos com idade entre 55 e 75 anos. O estudo teve duração de seis meses. Houve reduções notáveis, em geral na circunferência abdominal e aumento da massa corporal magra. Estas melhorias na composição corporal estão correlacionadas com a redução da pressão arterial. Já Krinski, Elsangedy, Nardo Junior & Soares (2006) analisaram os efeitos da atividade física aeróbia no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de HAS. Após seis meses de treinamento, os autores constataram que a utilização de um programa de treinamento físico baseado em exercícios aeróbios associados a exercícios de resistência (circuito com pesos), resultou em reduções significativas na pressão arterial, sendo acompanhados de uma redução linear no percentual de gordura corporal de idosos hipertensos. Neste contexto, os exercícios físicos aeróbios, que devem ser complementados pelos resistidos, pois promovem reduções da pressão arterial, devem ser indicados para a prevenção e o tratamento da HAS, além de promover ações de promoção da saúde que melhoram a qualidade de vida do idoso.

PREDIMED

No que respeita aos resultados da aplicação do questionário PREDIMED, observou-se que 31% da amostra tem boa adesão à Dieta Mediterrânica, contudo, verifica-se que 69% apresenta uma má adesão. A resposta para cada um dos componentes do PREDIMED para cada um dos participantes está descrita na tabela 6.

Tabela 6. Questionário PREDIMED

ENTREVISTADOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Utiliza azeite como principal gordura culinária?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Que quantidade de azeite consome num dia (incluindo uso para fritar, temperar saladas, refeições fora de casa, etc.)?	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1
3. Quantas porções de produtos hortícolas consome por dia? (1 porção: 200g; considere acompanhamentos como metade de uma porção)	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. Quantas peças de fruta (incluindo sumos de fruta natural) consome por dia?	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
5. Quantas porções de carne vermelha, hambúrguer ou produtos cárneos (presunto, salsicha, etc.) consome por dia? (1 porção: 100-150g)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0
6. Quantas porções de manteiga, margarina, ou natas consome por dia? (1 porção: 12 g)	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
7. Quantas bebidas açucaradas ou gaseificadas bebe por dia?	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8. Quantos copos de vinho bebe por semana?	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1
9. Quantas porções de leguminosas consome por semana? (1 porção: 150 g)	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
10. Quantas porções de peixe ou marisco consome por semana? (1 porção: 100-150 g de peixe ou 4-5 unidades ou 200 g de marisco)	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
11. Quantas vezes por semana consome produtos de pastelaria ou doces comerciais (não caseiros), como bolos, bolachas, biscoitos?	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1
12. Quantas porções de oleaginosas (nozes, amêndoas, incluindo amendoins) consome por semana? (1 porção: 30 g)	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
13. Consome preferencialmente frango, peru ou coelho em vez de vaca, porco, hambúrguer ou salsicha?	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
14. Quantas vezes por semana consome hortícolas, massa, arroz ou outros pratos confeccionados com molho à base de tomate, cebola, alho-francês ou alho e azeite?	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1
PONTUAÇÃO TOTAL POR PARTICIPANTE	6	9	4	3	10	8	9	11	4	8	7	9	9	12	11	13
BOA ADESÃO = 10	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1
Percepção , que se orientarmos facilmente se adequará aos padrões da alimentação , faltam poucos ajustes	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0

Estes dados reforçam a necessidade de promover a Dieta Mediterrânica, com o objetivo de melhorar o estado de saúde desta amostra, que possui mais de 56% de hipertensos. Durante a recolha de dados, um dos fatores que nos chamou atenção foi a escolaridade, especificamente quanto maior a escolaridade maior o acesso aos produtos prontos e um certo afastamento da DM. Antes do questionário, pensava-se que este fator não seria influenciador. Na população de 16 entrevistados, 38% têm o 12º ano de escolaridade e destes 83% não se enquadram no padrão alimentar mediterrânico (tabela 7).

Relativamente à escolaridade, e contrariando em parte os achados de nossa pesquisa, um estudo realizado por Tinker et al. (2007) concluiu que homens com um nível de instrução superior, apresentaram maior prevalência de boa adesão à DM, indicando que um nível de ensino superior se traduz numa maior literacia nutricional associada a maior poder de compra, que facilitam a adesão à DM.

Tabela 7. Escolaridade, pontuação do PREDIMED e categorias de adesão à DM																
Entrevistados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Escolaridade	9	7	12	4	4	12	7	6	12	4	4	12	12	12	8	4
Pontuação PREDIMED	6	9	4	3	10	8	9	11	4	8	7	9	9	12	11	13
Categorias de adesão à DM	MA	MA	MA	MA	BA	MA	MA	BA	MA	MA	MA	MA	MA	BA	BA	BA
DM - Dieta Mediterrânea; BA - Boa adesão; MA - Má adesão Pontuação no PREDIMED >10 pontos significa boa adesão à DM																

CONCLUSÃO

No que concerne à ATF, conclui-se que este grupo apresenta globalmente valores positivos de autonomia, mobilidade e independência, nomeadamente no que se refere à atividade em casa. Todavia, ainda há muito a retificar, requerendo aprendizagem, ou seja, aquisição de conhecimento referente aos valores ótimos a atingir no intuito de envelhecer bem, da forma mais saudável para garantir maior longevidade. Só através de informação e sensibilização se induzirá hábitos de vida que vão ao encontro dos requisitos de ATF diários, distribuídas equitativamente pelos diferentes dias da semana, como refere o IPAQ, para melhorar a saúde em geral.

Quanto à Dieta Mediterrânea verificamos que os resultados deste estudo indicam a necessidade de sensibilizar para a adoção da mesma, tendo-se verificado uma boa adesão em 31% da amostra. Constata-se a possibilidade de melhoria visto haver 38% dos participantes perto da classificação de boa adesão no que respeita aos pontos obtidos na aplicação do PREDIMED (pontuação entre 8 e 9). Estes deverão ser orientados a realizar pequenos ajustes na sua alimentação, com foco no padrão alimentar mediterrânico. Apesar de todas as limitações que os idosos enfrentam no seu dia a dia, os resultados obtidos neste trabalho juntamente com a crescente evidência científica de que hábitos alimentares saudáveis podem ajudar a prevenir doenças crónicas como Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial, justificariam intervenções junto a esse grupo específico.

Estes factos devem ser encarados como uma prioridade para futuras intervenções no âmbito da gerontologia, não só pelos benefícios para a saúde inerente a este padrão alimentar, mas também porque o mesmo é sustentável e de fácil acesso ao idoso, bem como por ser considerado uma parte da herança cultural do país. Sugere-se que se desenvolvam ações sensibilização/formação para os idosos sobre os benefícios da ATF e da DM no controle da HAS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso L, Moreira T & Oliveira A (2014). Índices de adesão ao padrão alimentar mediterrânico – a base metodológica para estudar a sua relação com a saúde. *Revista Fatores de Risco*, 31, 48-55
- Almeida F (2016). O Contributo das Universidades da Terceira Idade na Qualidade de Vida dos Seniores. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação de Coimbra)
- Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, ... Serra-Majem L. (2011). Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr*, 14(12A), 2274-84. doi:10.1017/S1368980011002515
- Benedetti TRB, Mazo GZ & Barros MV. (2004). Aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste/reteste. *Rev Bras Ciên e Mov*, 12(1), 25-33
- CELAFISCS (s.d.). Classificação do nível de atividade física IPAQ. Centro Coordenador do IPAQ no Brasil.
- Cherubini A, Lowenthal DT, Paran E, Mecocci P, Williams LS & Senin U (2012). Hypertension and cognitive function in the elderly. *American Journal of Therapeutics*, 56(3), 106-47. doi: 10.1097/MJT.0b013e3180ed6b8f
- Dias R, Silva J, Oliveira J, Oliveira S & Amaral P (2008). Visão funcional e quedas no idoso: uma revisão da literatura. *Geriatría & Gerontologia*, 2(1), 25-31
- Direção Geral da Saúde (2006). Envelhecimento saudável – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (MS/DGS). Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel.aspx>
- Ferreira O, Maciel S, Costa S, Silva A & Moreira M (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 513-518. doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004
- Gravina C, Grespan S & Borges J (2017). Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. *Rev. bras. Hipertens*, 14(1), 33-36.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. ISBN 978-989-25-0181-9
- Jacob-Filho W (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp*, 20, 73-77; Suplemento n.5, 73
- Jobim F & Jobim E (2015). Atividade Física, Nutrição e Estilo de Vida no Envelhecimento. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*, 17(4), 298-308 doi.org/10.17921/2447-8938.2015v17n4p%25p
- Krinski K, Elsangedy H, Nardo Junior N & Soares I (2006). Efeito do exercício aeróbio e resistido no perfil antropométrico e respostas cardiovasculares de idosos portadores de hipertensão. *Scientiarum. Health Sciences*, 28(1), 71-75 doi.org/10.4025/actascihealthsci.v28i1.1093
- Maciel MG (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16(4), 1024-1032. doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024
- Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, Corella D, Estruch R (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. *PLoS One*, 7(8), e43134. doi:10.1371/journal.pone.0043134
- Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L & Braggion G (2001). Questionário internacional de atividade física (ipaq): estupo de validade e reprodutibilidade no brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 6(2), 5-18. doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18

- Mazol G & Bennedetti T (2010). Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* vol.12, n.6, pp.480-484. ISSN 1980-0037. doi.org/10.1590/S1980-00372010000600013
- Monteiro F & Sobral-Filho D (2004). Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10(6), 513-516. doi.org/10.1590/S1517-86922004000600008
- Pinto A, Rosa M, Rendas A, Botelho M, Santos A, Grazina M & Pinto M (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN:972-8535-86-4
- Polachini V, Spinelli R & Schneider R (2012). Avaliação nutricional, pela mini avaliação nutricional, de idosos independentes institucionalizados e não institucionalizados em uma cidade da região norte do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(supl. 1). doi.org/10.5335/rbceh.2012.993
- Santos J & Moreira T (2012). Risk factors and complications in patients with hypertension/diabetes in a regional health district of north-east Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1125-1132. doi.org/10.1590/S0080-62342012000500013
- Schroder H, Fitó M, Estruch R, Martínez-González M, Corella D, Salas-Salvadó & Covas M. (2011). A Short Screener is Valid for Assessing Mediterranean diet Adherence among Older Spanish Men and Women. *J nutr*, 141, 1140-1145.
- Stewart KJ, Bacher AC, Turner KL, Fleg JL, Hees PS, Shapiro EP, Tayback M & Ouyang P (2005). Effect of exercise on blood pressure in older persons: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 165(7), 756-62. doi:10.1001/archinte.165.7.756
- Tinker L, Rosal M, Young A, Perri M, Patterson R, Van-Horn L & Wu L (2007). Predictors of dietary change and maintenance in the Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. *Journal of The American Dietetic Association - Elsevier*, 107(7), 1155-66
- Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C & Trichopoulos D (2003). Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *New England Journal of Medicine*, 348(26), 2599-2608. doi.org/10.1056/NEJMoa025039
- Vespasiano B, Dias R & Correia D (2012). A Utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como Ferramenta Diagnóstica do Nível de Aptidão Física: Uma Revisão no Brasil. *Saúde Rev*, 12 (32), 49-54. doi:10.15600/2238-1244/sr.v12n32p49-54
- World Health Organization (2012). Guideline: Potassium intake for adults and children. Geneva, World Health Organization (WHO).



IV PARTE

**ENVELHECIMENTO: MEMÓRIAS, REPRESENTAÇÕES
E ARTES**



10. Entre o Esperado e o Vivido - uma aproximação sociológica à “prova” da Crise e da Austeridade nas pessoas idosas

*Patrícia Coelho*¹

*José de São José*²

*João Eduardo Martins*³

RESUMO: O combate à crise económica e financeira iniciada em 2008 introduziu a austeridade em Portugal e em vários países da União Europeia. Neste artigo procura-se dar resposta a uma das questões de uma investigação de doutoramento em Sociologia: Como se caracteriza a “prova” da crise e da austeridade na perspetiva das pessoas idosas? O conceito de “prova” é aqui levado de empréstimo ao sociólogo Danilo Martuccelli porque permite a compreensão dos modos como as pessoas idosas responderam (assim como os resultados que obtiveram) a um conjunto específico de provações, em especial aquelas que lhes foram colocadas pelo teste da crise e das respostas restritivas dadas por via da austeridade. Pouco se sabe sobre esta problemática e, especialmente em Portugal, o conhecimento é ainda muito escasso.

Em termos metodológicos, foi seguida uma abordagem biográfica/narrativa e a amostra é composta por 28 entrevistas em profundidade a pessoas idosas, com idades entre os 69 e os 92 anos de idade, de ambos os sexos, residentes no concelho de Faro e com um perfil sociológico diversificado. As entrevistas tiveram lugar entre outubro de 2016 e março de 2017.

Foi possível identificar nas narrativas dos participantes uma construção social dominante sobre a velhice muito associada às noções de envelhecimento ativo e de envelhecimento bem-sucedido. Os nossos resultados sugerem que a “prova da crise e da austeridade”, este desafio enfrentado pelas pessoas idosas manifestou-se numa contradição entre a construção social da velhice e a realidade vivida. É, portanto, um conflito entre o esperado e vivido que condensa a nível biográfico as consequências da crise e da austeridade nas vidas e nas práticas familiares dos nossos entrevistados.

Palavras-Chave: Crise/Austeridade, Pessoas Idosas e “Prova” arterial; idosos.

1 Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (pmcoelho@ualg.pt)

2 Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (jsjose@ualg.pt) - CICS. NOVA

3 Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (jrmartins@ualg.pt) - CICS. NOVA

INTRODUÇÃO

Esta investigação insere-se no quadro das mudanças estruturais mais recentes que têm tido lugar na sociedade portuguesa. A crise global, iniciada em meados de 2008, associada à crise da dívida pública nacional, em 2010, levou Portugal a uma situação financeira particularmente grave. Contudo, desde a adesão à União Monetária que já se verificava uma situação marcada por um crescimento económico muito débil, de deterioração do mercado de trabalho e das condições de emprego (Ribeiro *et al.*, 2015). Portugal foi abalado por uma grave crise económica e social, que se destacou pelo recuo das políticas sociais, pelo aumento do desemprego e da emigração, pela diminuição do poder de compra das famílias, bem como pelo crescimento da pobreza e da desigualdade social (Pedroso, 2014).

O combate à crise económica e financeira levou à adoção da austeridade, não só em Portugal, como em vários países da União Europeia (UE). As medidas de austeridade tiveram consequências económicas negativas, não resolveram o problema das elevadas dívidas soberanas, antes pelo contrário. No caso de Portugal, as famílias tiveram de usar uma grande fatia do seu rendimento disponível para pagar a enorme dívida, o que levou à queda do consumo privado, ao corte da despesa pública e ao aumento de impostos, que acabaram por amplificar os efeitos recessivos sobre a economia (Engler & Klein, 2017). Os custos sociais foram elevados e, por essa razão, a austeridade no Sul da Europa pode ter consequências negativas a longo prazo, e que ainda não são totalmente visíveis, tanto para a proteção social como para o crescimento económico (Pérez & Matsaganis, 2017), mas também profundas e dificilmente reversíveis, tanto no mundo do trabalho, como nas estruturas sociais e de classe (Carmo & Barata, 2017). O mais recente relatório *Global AgeWatch 2015* da organização não-governamental Helpage International destaca o impacto significativo da austeridade na população idosa portuguesa, que se traduziu, em particular, no corte de pensões e reformas, nos cortes nos subsídios para os passes sociais e na redução dos serviços de transportes públicos. O que é significativo se for tido em atenção que Portugal é dos países mais envelhecidos do espaço europeu e do mundo, onde quase um quinto da população tem 65 ou mais anos, e que nesse mesmo relatório é avaliado como o terceiro pior país da Europa Ocidental em termos de bem-estar social e económico das pessoas idosas, entre dezanove países avaliados, só à frente de Malta e da Grécia. Rodrigues e Andrade (2016:228) sustentam mesmo que a população idosa em Portugal é um “grupo de alta vulnerabilidade económica e social a necessitar de atenção social específica”.

Neste artigo procura-se dar resposta a uma das questões de uma investigação de doutoramento em Sociologia ⁴: Como se caracteriza a “prova” da crise e da

4 A investigação em questão intitula-se “Postos à prova: um olhar sociológico sobre as práticas familiares de pessoas idosas em tempos de crise e de austeridade” e foi desenvolvida entre 2014 e 2019 pela primeira autora, tendo os restantes autores deste

austeridade na perspectiva das pessoas idosas? O modelo conceptual e analítico intersecta diferentes dimensões de análise, mas em comum problematizam sociologicamente a relação dinâmica entre os níveis macro e micro, entre estrutura e ação e entre diacronia e sincronia. O conceito de “prova” é levado de empréstimo à Sociologia do Indivíduo de Danilo Martuccelli porque permite a compreensão dos modos como as pessoas idosas responderam (assim como os resultados que obtiveram) a um conjunto específico de provações, em especial aquelas que lhes foram colocadas pelo desafio da crise e das respostas restritivas dadas por via da austeridade. Quanto às “práticas familiares” (Morgan, 1996; 2011a, 2011b), são a nossa porta de entrada nas vidas das pessoas idosas e que nos convidam a olhar para as famílias não por aquilo “que são” ou “para que servem”, mas “pelo que fazem” no seu quotidiano.

METODOLOGIA

Em termos metodológicos, foi seguida uma abordagem biográfica/narrativa e a amostra é composta por 28 pessoas idosas, com idades entre os 69 e os 92 anos de idade, de ambos os sexos, residentes no concelho de Faro e com um perfil sociológico diversificado. Cinco mulheres, com idades entre os 72 e os 92 anos, encontravam-se institucionalizadas em lar de idosos. As entrevistas em profundidade tiveram lugar entre Outubro de 2016 e Março de 2017 e os resultados foram analisados com recurso à *Framework Analysis* (Ritchie *et al.*, 2014; Spencer *et al.*, 2014).

RESULTADOS

Que caracterização da “prova da crise e da austeridade” é-nos revelada pelas experiências e perspectivas das pessoas idosas? De que modo as pessoas idosas gerem o impacto das consequências da crise e da austeridade nas suas vidas quotidianas? Os nossos resultados sugerem que o elemento central desta “prova da crise e da austeridade” é uma contradição entre a construção social dominante da velhice e a velhice efetivamente vivida. É este desfazamento de expectativas que condensa a nível biográfico uma determinada situação histórica e social, se mobilizarmos os argumentos teóricos de Martuccelli (2006; 2009a, 2009b; 2010 e 2015).

As narrativas revelaram-nos uma construção social dominante sobre a velhice marcada por duas grandes dimensões: i) a velhice como etapa do curso de vida associada ao lazer, ao descanso, à ausência de grandes sacrifícios e preocupações; e ii) a velhice como etapa do curso de vida associada à ausência de responsabilidades de prestação de cuidados e de ajudas aos filhos adultos.

A primeira dimensão foi observada em narrativas que associam a velhice a uma

artigo sido os orientadores da mesma.

fase da vida mais regrada, mais descansada e com menos preocupações, rica em atividades dedicadas ao lazer e ao recreio. Por exemplo, o participante José, 75 anos de idade, professor reformado do ensino secundário, tinha uma pensão de reforma que lhe permitiria gozar esta fase da vida de uma forma completamente diferente e concretizar certas viagens que nunca teve a oportunidade de realizar. Contudo, estes planos têm sido sistematicamente postos de lado, porque se tem visto na obrigação de ajudar os filhos adultos que, se por um lado, já concluíram as respetivas formações superiores, por outro, não conseguiram ainda alcançar um mínimo de estabilidade profissional: *“A minha pensão dava perfeitamente para fazer uns bons passeios durante o ano, se não fossem os filhos. Nunca fiz um cruzeiro. Gostava de fazer um cruzeiro.”*

Já a segunda dimensão ganha forma em narrativas que dão conta do sacrifício dos pais idosos em ajudar os filhos adultos, numa fase da vida em que supostamente já não deveriam ter de o fazer. A participante Joana, 77 anos de idade, auxiliar de serviços domésticos, reformada, não esperava ter de vir a ajudar o filho adulto e, neste caso, sem alguém mais próximo da família para lhe dar algum tipo de apoio: *“E quando eu pensava, isto porque tive uma infância difícil, passei muitas dificuldades, ter uma velhice mais digna, tenho que passar estes sacrifícios e ainda por cima sozinha (...)”*.

Esta construção social da velhice, que é a dominante nas sociedades contemporâneas, corresponde assim a uma “nova” terceira idade, que se distingue da “antiga” terceira idade, muita associada à pobreza, dependência e isolamento social, que predominou até em meados do séc. XX (Higgs & Gilleard, 2015). A terceira idade está atualmente muito associada, nas sociedades ocidentais, às noções de envelhecimento ativo e de envelhecimento bem-sucedido, que são muito apelativas para as pessoas que ocupam o campo cultural da terceira idade (Rudman, 2015; Lamb *et al.*, 2017). Uma vez chegadas a esta fase do curso de vida ou a este lugar social, percebido como um momento de oportunidade e atividade (Settersten, 2017), as pessoas idosas esperam ter tempo para o lazer e para a realização de atividades de enriquecimento pessoal (Laslett, 1989 apud Gilleard & Higgs, 2002:370) e não imaginam ter determinado tipo de responsabilidades, nomeadamente responsabilidades profissionais e responsabilidades de cuidar dos filhos (Settersen, 2017).

Apesar de todas as pessoas idosas não institucionalizadas terem enfrentado a mesma “prova”, esta assumiu contornos diferentes em função dos respetivos perfis sociológicos. O confronto entre uma velhice descansada e sem grandes preocupações e sacrifícios, muito associada ao paradigma do envelhecimento ativo, e a velhice vivida no quotidiano é mais vincado no perfil “socialmente desvantajoso”. É o caso de Eva, 77 anos de idade, operária fabril, reformada, que se lamenta das privações com que se viu confrontada: *“Foi tudo afetado (...) Deixei de comprar, deixei de sair, deixei de ir às excursões do Inatel.”* Por sua vez, a contradição entre uma velhice livre de responsabilidades familiares e outra com responsabilidades familiares acrescidas é uma realidade que apresenta um carácter mais transversal, embora a ajuda financeira aos descendentes se encontre sobretudo no Perfil “socialmente vantajoso”. É o caso de Ema, 73 anos

de idade, operadora de telecomunicações reformada. A participante recorda-se que teve de ajudar a filha e a neta: *“Nessa altura, eu tive de ajudá-las. Eu tinha a pensão cortada e tive de ajudá-las. Foi difícil.”* A filha Ana tinha sido alvo de um despedimento por extinção do posto de trabalho e a neta Maria teve de abandonar os estudos para tentar equilibrar as contas do agregado familiar.

Já Dina, 75 anos de idade, reformada, refere que naquela conjuntura económica mais desfavorável não teve outra hipótese senão prestar alguma retaguarda financeira aos três filhos adultos; e que, recentemente, também tinha decidido colocar o património imobiliário que detém no mercado de arrendamento. A professora do antigo ensino primário justifica este apoio: *“Antes, não valia a pena”* mas *“não estamos cá sempre e é preciso preparar as coisas. Agora decidimos arranjar as casas para as pôr a render, porque têm estado fechadas”*.

Estes achados vão, precisamente, ao encontro do proposto por Martucelli (2006), quer isto dizer que as “provas” são distribuídas de forma socialmente diferenciada, independentemente da vontade dos indivíduos, e, neste caso específico, levaram as pessoas idosas a encontrar nos respetivos contextos os recursos para fazer face a estes desafios e superar os momentos mais difíceis.

CONCLUSÕES

Os resultados desta investigação permitem sustentar que o desafio da crise e da austeridade colocou à “prova” as pessoas idosas entrevistadas. Fez com que, em muitos casos, a velhice esperada, não passasse mesmo só disso. Uma fase da vida que fica por cumprir. Esta “prova” fez também com que as pessoas idosas se vissem confrontadas com um leque de responsabilidades de prestação de apoio, financeiro e de outra natureza, e com um conjunto de sacrifícios nunca antes imaginados e que não se mostram de todo compatíveis com o calendário social. É como se fosse um reencontro inesperado dos pais idosos com a dependência que tende a caracterizar a fase da infância. Só que, desta feita, os protagonistas são os filhos já adultos.

Por último, e pese embora os resultados desta investigação não possam ser generalizados, podem vir a representar um contributo válido para o desafio da “imaginação sociológica” proposto por C. Wright Mills (1959), ao reconhecer a biografia como o ponto de encontro da história, das estruturas sociais e dos atores sociais ou o “lugar de charneira entre o grande curso histórico e o protagonismo direto dos indivíduos” (Conde, 1993: 42).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carmo, R. & Barata, A. (2017) Teoria social da austeridade: para uma crítica do processo de precarização. *Revista do Serviço Público*, v. 68, n. 2, 319-341.
Disponível: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/> (acedido em 06-04-2015).
- Conde, I. (1993) Problemas e virtudes na defesa da Biografia. *Sociologia Problemas e Práticas*, N.º 13, 39-57.
- Engler, P. & Klein, M. (2017) Austerity measures amplified crisis in Spain, Portugal, and Italy. *DIW Economic Bulletin n.º 8/2017 OF*, 89-94.
- Farinha Rodrigues, C. & Andrade, I. (2016) A Pobreza dos Idosos em Portugal, 2006 – 2014, *Atas V Congresso Português de Demografia*, Fundação Calouste Gulbenkian, 201-230.
- Gilleard, C. & Higgs, P. (2002) The third age: class, cohort or generation?. *Ageing and Society*, 22, 369-382.
- Higgs, P. & Gilleard, C. (2015) *Rethinking Old Age. Theorising the Fourth Age*. London, Palgrave.
- Lamb, S., Robbins-Ruszkowski, J. & Corwin, A. (2017) Introduction: Successful Aging as a Twenty-first-Century Obsession. In Lamb, S. (ed.) *Successful Aging as a Contemporary Obsession*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1-23.
- Martuccelli, D. (2006) *Forgé Par L'Épreuve*, Paris, Armand Colin.
- Martuccelli, D. (2009a) Qu'est-ce qu'une sociologie de l'individu moderne ? Pour quoi, pour qui, comment ? *Sociologie et sociétés*, vol. 41, n° 1, 15-33.
- Martuccelli, D. (2009b) La teoría social y la renovación de las preguntas sociológicas. *Papeles del CEIC, Septiembre*, 1-31.
- Martuccelli, D. (2010) *La société singulariste*, Paris, Armand Colin.
- Martuccelli, D. (2015) Les deux voies de la notion d'épreuve en sociologie. *Sociologie* [Online], N°1, vol. 6 | 2015, connection on 09 January 2018.
Disponível: URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/2435>
- Mills, C. W. (1959) *A Imaginação Sociológica*, Rio de Janeiro, Zahar.
- Morgan, D. (1996) *Family Connections: An Introduction to Family Studies*, Cambridge, Polity Press.
- Morgan, D. (2011a) Locating Family Practices. *Sociological research online*, 16 (4).
- Morgan, D. (2011b) *Rethinking family Practices*, Hampshire, New York, Palgrave Macmillan.
- Pedroso, P. (2014) *Portugal and the Global Crisis The impact of austerity on the economy, the social model and the performance of the state*. Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Pérez, S. & Matsaganis, M. (2017) The Political Economy of Austerity in Southern Europe. *New Political Economy*, 1-16.
Disponível: <https://doi.org/10.1080/13563467.2017.1370445>
- Ribeiro, R., Frade, C., Coelho, L., & Ferreira-Valente, A. (2015) Crise económica em Portugal: Alterações nas práticas quotidianas e nas relações familiares, in Silva, I., Pignatelli, M. & Viegas, S. (coord.) *Livro de Atas do 1º Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa 2015*, 5155-

5171.

Ritchie, J. & Lewis, J. (2014) *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students & Researchers*, Los Angeles, Sage.

Rudman, D. (2015) Embodying positive aging and neoliberal rationality: Talking about the aging body within narratives of retirement. *Journal of Aging Studies*, 34, 10-20.

Spencer, L., Ritchie, J., Ormston, R., O' Connor, W. & Barnard, M. (2014) Analysis: Principles and Processes, in Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C. & Ormston, R. (ed.) *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students & Researchers*, Los Angeles, Sage, 269-293.

Settersten Jr., R. (2017) Some Things I Have Learned About Aging by Studying the Life Course. *Innovation in Aging*, Volume 1, Issue 2, 1 September 2017, igx014
Disponível: <https://doi.org/10.1093/geroni/igx014>



11. Memórias Musicais em Pessoas Idosas. Estudo de Caso

Cátia Almeida Caro ¹

Aurízia Anica ²

RESUMO: As memórias, imersas em aspetos emocionais e afetivos, influenciam e são determinadas pelo percurso de vida das pessoas. Nesta investigação o desafio é estudar esta problemática relativamente às pessoas idosas: “Quais as memórias musicais do percurso de vida das pessoas idosas e que significados assumem?”. Este estudo incide nas memórias musicais de pessoas com mais de 64 anos de idade, que frequentam a Universidade do Algarve para a Terceira Idade (UATI). O paradigma de investigação em que se insere este estudo é de caráter predominantemente qualitativo. Aplicou-se o método etnográfico e desenvolveu-se uma estratégia metodológica que assumiu um caráter exploratório, descritivo e interpretativo. As técnicas e instrumentos utilizados para a recolha de dados foram a entrevista semiestruturada vídeo-gravada, o questionário e a análise documental. Na análise estatística recorreu-se ao programa *Excel*[®]. O método fenomenológico de *Max Van Manen* foi utilizado na interpretação das entrevistas. O estudo contemplou vinte seis participantes, dos quais vinte participaram nos questionários e seis nas entrevistas.

As memórias musicais apresentam significados diferentes em função dos percursos de vida dos participantes. Fatores como a educação, a cultura, as conjunturas e as vivências pessoais são determinantes nesta questão. As recordações são marcadas positiva ou negativamente, de acordo com os acontecimentos de vida às quais as memórias musicais estão associadas. O processo de recolha de dados funcionou como um estímulo cognitivo-emocional para os participantes, ao permitir resgatar memórias e (re)viver o passado, o que sugere a utilização de estratégias baseadas no conhecimento concreto das memórias musicais dos intervenientes nos programas de ativação cognitiva e emocional e na musicoterapia destinados a pessoas idosas.

Palavras-Chave: Idosos, Memórias, Música, Memórias Musicais

1 Centro Hospitalar Universitário do Algarve. caro.catia@gmail.com

2 Universidade do Algarve. Instituto de Estudos de Literatura e Tradição - Patrimónios, Artes e Culturas. aanica@ualg.pt

MEMÓRIAS MUSICAIS EM PESSOAS IDOSAS

A Gerontologia dedica-se ao estudo do envelhecimento humano e dos mais velhos (Paúl, 2012), ao passo que a Gerontologia Social se centra no impacto das condições socioculturais e ambientais sobre o processo de envelhecimento, nas consequências sociais desse processo e nas ações que o podem otimizar (Fernández-Ballesteros, 2000, citado por Paúl & Fonseca, 2005).

Após a II Guerra Mundial, o aumento da população idosa foi bastante notório. A evolução científica, possibilitou melhores cuidados de saúde e melhorando as condições de vida em geral, contribuindo para o aumento da esperança média de vida da população. Com a proximidade da velhice, a probabilidade de vir a sofrer ou desenvolver uma doença aumenta, sendo crucial o acompanhamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis (Fontaine, 2000).

A ausência de saúde provoca nos indivíduos um conjunto de alterações bio-psico-sociais, causando sofrimento e interferindo na qualidade de vida das pessoas, especialmente nas de maior idade. Atuar na prevenção de um processo de envelhecimento patológico exige uma atuação direcionada para a promoção de um envelhecimento positivo. O desenvolvimento de diversas atividades com pessoas idosas contribui para um melhor relacionamento entre pares e para uma melhor integração social, devendo proporcionar estímulos cognitivos, sociais, afetivos e motores que são fundamentais para a saúde e o bem-estar do indivíduo (Fontaine, 2000).

Neste estudo pretende-se compreender a relação das memórias musicais das pessoas idosas com o seu percurso de vida, identificar os significados destas memórias e, por fim, as emoções que podem emergir das mesmas. Para tanto, foi necessário promover contactos formais e informais com os participantes. A principal finalidade destes “encontros” entre a investigadora e os alunos consistiu em apresentar os objetivos e a metodologia da investigação, bem como em estabelecer uma relação de confiança mútua que facilitasse a recolha de dados. Ao mesmo tempo, pretendia-se ampliar a compreensão do envelhecimento como uma experiência humana, abrangente e dinâmica, em toda a sua complexidade e subjetividade, sublinhando a importância do meio envolvente, onde os indivíduos nasceram e evoluíram ao longo do seu percurso de vida. Neste sentido, foram tidos em consideração aspetos demográficos, sociais, culturais e físico-naturais que influenciam as vivências de cada indivíduo.

A presente investigação inscreve-se num paradigma predominantemente qualitativo. O método de investigação utilizado foi o método etnográfico e a estratégia metodológica assumiu um carácter exploratório, descritivo e interpretativo. As técnicas e instrumentos utilizados para a recolha de dados foram: observação participante; entrevista semiestruturada vídeo-gravada e questionários. As técnicas e instrumentos utilizados para a análise de dados envolveram análise de notas de campo, interpretação da narrativa autobiográfica dos participantes, com recurso ao método fenomenológico e análise de dados com recurso ao programa informático Excel.

O Método Fenomenológico Hermenêutico foi um instrumento fundamental para a análise dos dados recolhidos para o estudo. Este método possibilitou uma análise descritiva da experiência humana e interpretativa das expressões dessa experiência. As téc-

nicas e instrumentos de recolha e análise de dados permitiram identificar as memórias associadas à infância, à adolescência e à fase adulta, bem como identificar os significados dessas memórias na vida dos participantes. A pesquisa fenomenológica constitui uma tentativa sistemática de descobrir e descrever a natureza da experiência vivida, através das estruturas de significado interno. Van Manen entende este método como um projeto poético, estimulando a criatividade de quem dirige a investigação (Max Van Manen, 1990). A observação participante que foi desenvolvida ao longo de seis meses no contexto da UATI teve por objetivo mitigar as diferenças de idade, de género ou de estrato social que pudessem dificultar a relação com os participantes no estudo, o que em grande medida consideramos que foi alcançado.

Memória

A memória é definida como um sistema que permite ao organismo obter a informação necessária, sempre que for preciso e durante um período de tempo variável (Fernandez & Fluente, 2005). As funções cognitivas são aquelas funções e processos pelos quais o indivíduo recebe, armazena e processa a informação relativa a si e aos outros. De entre as várias funções destacam-se a atenção, a percepção, a memória, a orientação e o juízo. A memória é a função cognitiva mais importante, pois está relacionada com as mudanças globais e intelectuais das pessoas idosas, sendo fundamental para a resolução de problemas e para a adaptação ao meio (Yanguas, Leturia, Leturia & Uriarte, 2002).

A memória é o que mais simboliza a vida longa dos mais idosos. A psicologia do envelhecimento destaca três tipos de memória: primária, secundária e terciária. A memória primária é aquela que é efêmera, ou seja, de curto prazo. A memória secundária é aquela que é responsável pela retenção ilimitada a longo prazo. A memória terciária é aquela que retém episódios de vida marcantes, relativamente à infância e à adolescência (Belsky, 2001).

O envelhecimento cognitivo é caracterizado por algumas modificações cerebrais, estruturais e funcionais; o volume encefálico diminui, sendo o córtex frontal a região mais afetada. Todavia, os estudos sobre a plasticidade cognitiva demonstram que o cérebro tem capacidade de modificação e de adaptação (Haug & Eggers, 1991; Lopes, 2011).

A estimulação cognitiva em idosos contribui para a preservação da sua capacidade cognitiva e funcional, possibilitando um maior nível de independência. Por outro lado, esta atividade permite uma boa relação custo-benefício, aliada à medicação. Em contexto comunitário têm-se realçado os efeitos positivos de programas de estimulação cognitiva nos idosos. A utilização destes programas de estimulação cognitiva permitem inserir a pessoa idosa em diversas atividades, promovendo a sua saúde mental (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Castro, 2011). Segundo um estudo realizado em idosos cognitivamente normais e em idosos com problemas cognitivos leves, concluiu-se que as intervenções não-farmacológicas apresentam efeitos positivos na prevenção do atraso cognitivo de ambos os grupos de participantes (Mahendran *et al.*, 2017).

O neurocientista Daniel Levetin (2010) afirma que a neurologia tem explorado a utilização da música na área da reabilitação, devido ao facto de o cérebro apresentar neuroplasticidade, sendo capaz de substituir regiões responsáveis por determinadas funções em outras áreas com funções distintas, quando estas são lesadas.

Música

A música tem acompanhado o homem desde a sua origem, apresentando um significado diferente para cada indivíduo, pois está relacionada com a identidade cultural de cada um (Jacob, 2007). Através da música, a pessoa idosa pode entrar em contacto com as suas recordações e emoções, compreendendo e manifestando essas memórias dentro da sua capacidade cognitiva e/ou motora. A música expressa crenças religiosas e políticas, podendo ao mesmo tempo descrever histórias que são passadas de geração em geração por meio da oralidade. Desta forma, a musicalidade transporta cultura e informação, traduz a história e faz parte da memória dos idosos (Scherer, 2010).

A música encontra-se presente na história de vida de cada indivíduo, apresentando um papel fundamental na comunicação, representando os hábitos e tradições de um povo. Nas pessoas idosas, as narrativas biográficas são fontes ricas de informação, geralmente relacionadas com o seu vasto percurso de vida (Nunes, 2011). Através da música torna-se possível reconstituir o passado, registando momentos marcantes da vida; o idoso reconstrói experiências do presente e do passado, sendo a música uma representação não-verbal da emoção, atuando como um veículo de comunicação direta (Al-Assal, 2008).

A música desempenha um papel importante em diferentes atividades cerebrais, nomeadamente na comunicação, na interação, na memória, na emoção e no raciocínio. Segundo alguns autores, a musicoterapia influencia a atividade sensorial e a atividade motora, atuando, também, ao nível do metabolismo e da perceção da dor. Os estímulos podem ser usados como uma ferramenta na prática médica, pelo forte impacto que podem ter sobre o indivíduo, nomeadamente ao nível dos efeitos no córtex auditivo e na ampla conexão deste com outras regiões do cérebro (Quintero-Moreno, C., Cuspoca-Orduz, A. & Siabato-Barrios, J., 2015).

A musicoterapia promove as funções físicas e psíquicas, conduzindo a um maior relaxamento e, conseqüentemente, à sensação de bem-estar. A música potencia a autonomia do ouvinte, pode contribuir para um menor isolamento social e afetivo e, conseqüentemente, para melhorar a autoestima (Padilha, 2008). Através do uso da música, o sujeito consegue resgatar a sua identidade tanto pessoal como social (Nunes, 2011).

A evidência aponta para os benefícios da combinação da música e da reminiscência, a fim de produzir resultados de bem-estar para populações mais velhas, com e sem doenças cognitivas. Uma revisão sistemática da literatura sobre o tema demonstrou os efeitos positivos da terapia da música sobre o bem-estar mental, especialmente na gestão do stress, da ansiedade e da depressão (Istvandy, 2017). Através do uso da música vários são os sentimentos e emoções que podem ser espoletados nas pessoas que a escutam. As atividades musicais também tendem a facilitar a interação social, particularmente entre grupos que de outra forma não interagiam (Wood, S., 2004).

Memória Musical

A relação entre música e cognição foi estudada pela neurociência cognitiva com a finalidade de conhecer a organização neural para a música e o comportamento musical. A audição de uma determinada música exige processos complexos e difíceis de explicar.

As operações cognitivas e preceptivas que envolvem este processo são representativas do sistema nervoso central que, independentemente da ligação entre estas operações, estão ligadas ao sistema de memória responsável pelo significado que uma experiência musical adquire. O processamento auditivo central depende de um conjunto de aptidões específicas, sem as quais não seria possível a compreensão do que é ouvido. Este processo é uma atividade mental, ou seja, uma função cerebral (Buss, Graciolli, & Rossi, 2010).

A música está intimamente ligada à memória, ambas possuem aspetos em comum, pois estão repletas de aspetos emocionais, efetivos e sentimentais. A música tem a capacidade de estimular as diferentes partes do cérebro, contribuindo para que ele se reorganize. É através da audição de uma música que as estruturas subcorticais e o córtex auditivo, de ambas as partes do cérebro, são estimuladas (Levetin, 2010). Assim sendo, a música pode ser considerada como uma terapia aliada à prática clínica que possibilita a promoção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação da saúde mental.

O uso da música pode contribuir para melhorar o bem-estar das pessoas com vista ao envelhecimento bem-sucedido (Gomes & Amaral, 2012). A musicoterapia é caracterizada por ser uma terapia que possibilita um tratamento não farmacológico seguro e eficaz, contribuindo para minimizar os níveis de ansiedade e de agressividade em pessoas com doença de Alzheimer (Kampragkou, C., Iakovidis, P., Kampragkou, E., & Kellis, E., 2017).

A terapia musical está associada à redução nos níveis de ansiedade, no stress e na depressão (Irish, M. et al., 2006; Istvandy, 2017). A música pode ser usada como terapia no tratamento não farmacológico de pessoas com demência, possibilitando uma melhoria no humor dos participantes e promovendo o relaxamento dos mesmos (Van der Steen JT *et al.*, 2017).

A ativação de memórias musicais constitui uma atividade de estimulação cognitiva, permitindo estimular diferentes funções, tais como: a memória, a atenção, a concentração, a percepção, o raciocínio, o pensamento, a imaginação, a linguagem, as capacidades visual-espaciais e a associação de ideias. Assim, pretende-se melhorar as capacidades cognitivas e a interação social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (Castro, 2011). Estudos realizados sobre esta temática mostraram que a música contribui para evocar a memória autobiográfica. Para alcançar tal objetivo, os participantes foram expostos à audição de várias músicas, à leitura das respetivas letras e à visualização imagens dos respetivos artistas, com a finalidade de recuperar memórias (Cady, ET, Harris, RJ, & Knappenberger, JB, 2008).

Existem diversas formas de abordar a música e isso faz-nos refletir sobre a sua influência na ativação da memória. A utilização da música, individualmente ou em grupo, num processo estruturado, pode promover a comunicação, o relacionamento, a aprendizagem, a mobilização, a expressão e a organização tanto a nível físico como a nível cognitivo e emocional, permitindo a recuperação de funções no indivíduo e facilitando a integração intra e interpessoal do mesmo (Backes et al, 2003). É benéfico recomendar às pessoas idosas a prática de exercício físico com atividades de estímulo cognitivo, dado que os primeiros contribuem para a saúde física e os segundos para a manutenção da saúde mental. Recorrer a exercícios que exigem atenção, concentração e pensamento lógico, contribui para o aumento da densidade sináptica cerebral, sendo a rede de

transmissão a responsável pela dinâmica e plasticidade do cérebro (De Souza & Chaves, 2005).

É conveniente realçar neste contexto que o processamento da informação auditiva é crucial na forma como a informação é recebida. A informação sensorial fica armazenada durante um curto período de tempo, de modo a que seja possível agregá-la com a informação que chega alguns segundos depois (Pinto, 2011). Quando alterações ocorrem ao nível da audição, o impacto é grande na comunicação. A diminuição da percepção auditiva ao longo do processo de envelhecimento afeta o desempenho cognitivo dos idosos (Lopes, 2011).

A música interfere de forma direta na recuperação da memória, tornando-se uma terapia auto expressiva e de atuação, relevante tanto na prevenção da saúde mental dos idosos como na reabilitação dos mesmos. A música faz parte da memória e das vivências das pessoas, uma vez que se relaciona com os episódios de vida. A memória musical e a memória auditiva fazem parte da cultura, devendo ser divulgadas, disseminadas e socializadas (Gomes & Amaral, 2012). Preservar a capacidade funcional do indivíduo, significa valorizar a sua autonomia, tornando a sua autoestima mais elevada e possibilitando uma senescência proveitosa. Isso pode ser proporcionado pelo estímulo mental e físico constante, pelas atividades que retardam um possível declínio cognitivo e que preservam habilidades cerebrais presentes (De Mello *et al.*, 2011).

A música está fortemente interligada com a memória, fazendo-nos viajar no tempo, recordando imagens, pessoas, sons e sentimentos associados a um evento específico. A evidência científica refere que a música pode induzir a uma mistura de emoções, embora esta situação seja menos frequente. Juslin (2016) resume a importância da música nas emoções nos seguintes pontos fundamentais: 1) A música pode conduzir a um conjunto de emoções; 2) A música induz maioritariamente emoções positivas; 3) A música pode espoletar emoções básicas e complexas; 4) A maioria dos estudos sobre a música e as emoções incluem algumas categorias emocionais como: a calma, a felicidade, a nostalgia, a tristeza, a energia, o interesse, o prazer, o amor e o orgulho, entre outras. Outros estudos sugerem que as experiências emotivas de maior intensidade ocorrem em concertos, o que se explica pela interação coletiva e componente social intensa (Lamont, 2011). Alguns investigadores falam de uma emoção coletiva desencadeada a partir de um estímulo social comum (Von Scheve y Salmela, 2014).

CONCLUSÕES

A música faz parte da memória e das vivências de cada um dos participantes neste estudo. A recolha de dados permitiu o acesso às memórias musicais dos participantes relacionadas com momentos do seu percurso de vida, tanto positivos como negativos. Os participantes revelaram que recordar músicas facilita o acesso a memórias antigas, influenciando o estado de espírito no presente. Este processo acontece de forma automática e inconsciente, uma vez que as memórias musicais estão intrinsecamente relacionadas com os episódios de vida, espoletando diversas emoções. Tal como a revisão da literatura revela, a música apresentou-se como uma terapia auto-expressiva que pode

ser utilizada, também, na manutenção e recuperação da memória.

A audição de músicas e/ou cantar a letra das mesmas desperta diversos sentimentos, como nostalgia, saudade, alegria, tristeza, angústia, entre outros. Esta transformação deve-se ao facto de a música ser um meio facilitador que transporta cultura e tradições, traduzindo a história e o percurso de vida de cada pessoa. Alguns relatos dos participantes neste estudo revelaram que a música é uma forma de ajudar a superar a solidão e de manter a mente ocupada, contribuindo para ultrapassar os desafios inerentes ao envelhecimento. Esta investigação permitiu conhecer a importância da música na vida daqueles que na mesma participaram, nomeadamente no que se refere a alguns estilos musicais, como: a música tradicional portuguesa, o cante Alentejano, o folclore Algarvio, a música de intervenção, bem como as músicas para a infância que marcaram momentos dos percursos de vida diferenciados, revelando a identidade cultural e geracional de cada indivíduo. As entrevistas permitiram estabelecer a interligação entre a música vivida em determinado período do percurso de vida e a cultura ou eventos específicos de um determinado espaço-tempo: música dos bailes, festas e romarias, matinés nos tempos livres da juventude e no namoro, canções para a infância ou canções entoadas durante o trabalho doméstico ou nos trabalhos agrícolas).

Os percursos de vida não proporcionam as mesmas experiências e estas não têm necessariamente o mesmo significado para todas as pessoas. Foi possível observar que a música é representativa da experiência de vida dos participantes, podendo estar associada a diferentes momentos e emoções. Sentimentos de tristeza são relatados pelos participantes e estão, geralmente, associados a episódios de vida que os marcaram negativamente. Momentos designados como «menos bons» estão relacionados com acontecimentos de vida como desemprego, divórcio, luto por morte de familiar, reforma, entre outros. Por outro lado, a música também pode ser representativa de «bons momentos» da vida, isto é, pode estar associada a acontecimentos relacionados com viagens, festas, nascimento de um novo membro da família, namoro, casamento, conclusão de um curso ou uma revolução. Neste sentido, sentimentos de felicidade e saudade estão relacionados com momentos do percurso de vida que marcaram positivamente a vida das pessoas, recordando esses momentos com vontade de os voltar a viver.

Tomar conhecimento das memórias musicais de cada participante permitiu conhecer fragmentos de narrativas biográficas de cada um e compreender o significado que as mesmas adquiriram. As memórias musicais estão presentes na vida de todos os participantes neste estudo, todavia as mesmas assumem conteúdos e significados diferenciados. Por outro lado, o processo de recolha das memórias musicais funcionou como um estímulo cognitivo e emocional para os participantes no estudo ao permitir o resgate de memórias e ao mesmo tempo o (re)viver o passado no presente, (re)significando-o. Intervenções desta natureza podem contribuir para fundamentar o desenho de programas de promoção ou manutenção das capacidades cognitivas e socio-afetivas, proporcionando melhor conhecimento e interação entre os pares e entre os técnicos e os participantes.

A musicoterapia, que poderá integrar a aplicação da metodologia e dos resultados do presente estudo, é relevante na preservação e promoção da memória em pessoas idosas. Quando as escolhas das músicas a utilizar nas intervenções com musicoterapia estão bem ancoradas nas memórias musicais concretas dos intervenientes e quando

esta se complementa com atividades físico-motoras, a musicoterapia proporciona sentimentos de bem-estar físico e psicológico e pode facilitar um envelhecimento positivo ou bem-sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Assal, C.T. (2008). *Música lugar de Memória e morada do Ser*. Instituto Psicologia da Universidade São Paulo. Dissertação Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. S. Paulo.
- Backes, D.S. et al. (Nov. 2003). Música: terapia complementar no processo de humanização de uma CTI. *Revista Nursing*, 66 (6), 37-42.
- Belsky, J. (2001). *Psicologia del Envejecimiento*. Madrid: Thomson.
- Buss, L.H., Gracioli, L. & Rossi, A. (2010). Processamento Auditivo em Idosos: Implicações e Soluções. *Revista CEFAC*, 1, 146-151.
- Cady, E.T, Harris, R.J, & Knappenberger, J.B (2008). Usando a música para cue memórias autobiográficas de diferentes períodos da vida. 36 (2), 157-177. DOI: 10.1177/0305735607085010.
- Castro, A.E. (2011). *Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro, 1-74.
- Souza, J.N., & Chaves, E.C., (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória e idosos saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 39 (1), 13-9. São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a02v39n1.pdf>.
- Fernandez- Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30. DOI: 10.7790/ejap.v7il.238.
- Fernandez, M.P. & Fluente, J.D. (2005). Envejecimiento e Cambio Cognitivo. In Hernandis, S.P. & Martinez, M.S. (Dir) *Gerontologia. Actualización, innovación e propuestas* (pp. 205-213). Madrid: Pearson Educacion.
- Fiske, A., Wetherell, J. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Fontaine, R., (Ed) (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editora.
- Fortin, MF. (2003) *O processo de investigação da Concepção à Realização. (3.ª ed)*. Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas Lda.
- Gomes, L. & Amaral, J. (2012). Os efeitos da utilização da música para os idosos: Revisão sistemática. Salvador: *Revista enfermagem contemporânea*. 1(1), 1-15. DOI:10.17267/2317-3378rec.v1il.46.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1992). *O inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Haug, H. & Eggers, R. (1991). Morphometry of the human cortex cerebri and corpus striatum during aging. *Neurobiol Aging*, 12(4), 336-338. DOI: 10.1016/0197-4580(91)90013-A.
- Irish, M., Cunningham, C., Walsh, J.B., Lawlor, B., Robertson, I. & Coen, R. (2006). Investigating the Enhancing Effect of Music on Autobiographical Memory in Mild Alzheimer's Disease. Original Research Article. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 22(1), 108- 120. DOI: 10.1159/000093487.
- Istvandity. L. (2017). Combining music and reminiscence therapy interventions for well-

being in elderly populations: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. DOI: 10.1016/j.ctcp.2017.03.003.

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos*. (1.^a ed). Porto: Âmbar.

Juslin, P.N. (2016). Emotional reactions to music. EnS. Hallam, I. Cross, & M. Thaut, Eds. *The Oxford Handbook of Music Psychology* (2.^a Ed.). Oxford: Oxford University Press.

Kampragkou, C., Iakovidis, P., Kampragkou, E., & Kellis, E. (2017). Effects of a 12-week aerobic exercise program combined with music therapy and memory exercises on cognitive and functional ability in people with middle type of Alzheimer's disease. *International journal of physiotherapy*, 4(5), 262-268. DOI:10.15621/ijphy/2017/v4i5/159420.

Lamont, A. (2011). University students' strong experiences of music: Pleasure, engagement and meaning. *Musicae Scientiae*, 15, 229-249. DOI:doi.org/10.1177%2F1029864911403368.

Levetin, J.D. (2010). *A música no seu cérebro: a ciência de uma obsessão humana*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Lopes, L.C. (2011). *Análise do processamento auditivo central em idosos portadores de comprometimento cognitivo leve*. Dissertação de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Mahendran et al. *Trials* (2017). *Art therapy and music reminiscence activity in the prevention of cognitive decline: study protocol for a randomized controlled trial*. Study protocol.18-324. DOI: 10.1186/s13063-017-2080-7.

Mello, B.L.D.; Haddad, M.D.C.L.; Dellaroza, M.S.G. (2011). Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Science*, 34(1), 95-102. ISSN 1807-8648. DOI: 10.4025/actascihealthsci.v34i1.7974.

Miranda, C. (2012). *Associação entre Perda Auditiva e Memória de Trabalho em Idosos*. Dissertação de Mestrado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37935>

Nunes, B. (2011). *Consulta de neurologia- o que é importante saber*. Lisboa: Angelini.

Osório, A. & Pinto, F.C. (2007). *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Padilha, M.C. (2008). *A musicoterapia no tratamento de crianças com perturbação do espectro do autismo*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In: Paul, C. & Fonseca, A. (coords), *Envelhecer em Portugal* (21-41). Lisboa: Climpis.

Paúl, C. (2012). Tendências Atuais e Desenvolvimentos Futuros da Gerontologia. In: Paúl, C. & Ribeiro, O. (coord), *Manual da Gerontologia* (1-15). Lisboa-Porto: Lidel.

Pinto, A.C. (2011). *Psicologia da Aprendizagem e Memória*. Porto: Livpsic.

Quintero-Moreno C., Cuspoça-Ordúz A., & Siabato-Barrios J. (2005). *Efecto de la música sobre aspectos cognoscitivos y metabólicos: Implicaciones médicas y psicológicas*. Escuela de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia. CIMEL. 20(1), 1-5.

Scherer, C.D.A. (2010). *Musicalização e desenvolvimento infantil: Um estudo com crianças de três a cinco anos*. Dissertação de Mestrado Em Educação. Área da concentração: Aprendizagem e acção docente. Universidade estadual de Maringá. UEM.

Van der Steen, J.T.; Van Soest-Poortvliet, M.C.; Van der Wouden, J.C.; Bruinsma, M.S.; Scholten, R.J.P.M. & Vink, A.C. (2017). *Music-based therapeutic interventions for people with dementia*. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub3.

Van Manen, M. (1990). *Research lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. State University of New York Press, Albany.

Von Scheve, C. & Salmela, M. (Eds) (2014). *Collective emotions: Perspectives from Psychology, Philosophy and Sociology*. Oxford: Oxford University Press.

Wood, S. (2004). *Music therapy: striking a chord with care home residents*. *Nursing Older People*. 16 (7), 24-26. DOI:10.7748/nop2004.10.16.7.24.c2333.

Yanguas, J.J., Leturia, F.J. & Leturia, M. (2002). *Intervención Psicosocial En Gerontología: manual práctico* (2.^a ed.). Madrid: Cáritas Española.



12. De la Música a la Musicoterapia. Origen, Evolución y Aplicaciones en Mayores en el Territorio Peninsular

Estefanía Cestino González¹

RESUMEN: Este estudio pretende resumir mediante una revisión sistemática los orígenes de la musicoterapia hasta la actualidad en la península Ibérica. En concreto se profundiza en el tipo de musicoterapia de origen oriental que tuvo lugar en la época del Al-Ándalus, en el sur de Portugal y España. La musicoterapia de origen oriental se caracteriza por sus instrumentos como el ney turco o el laud. Actualmente estos instrumentos vuelven a sonar en terapias para adultos por los beneficios relajante que éste tipo de música inspira.

Palabras-Clave: música, musicoterapia, asociaciones y envejecimiento activo.

INTRODUCCIÓN

Remontarnos a los orígenes de la musicoterapia es una tarea complicada y por la falta de documentación existente, en parte, debido a su naturaleza de transmisión oral, y a la degradación por tiempo y/o el mal estado de conservación de los pocos documentos escritos que encontramos de las primeras formas de anotación musical. Sin embargo, hacemos una breve introducción histórica en este capítulo para contextualizar la creación de la disciplina de la musicoterapia.

Podemos afirmar que la musicoterapia ha existido en sentido implícito en todas las épocas (Poch, 1999; Rodríguez, 2002; y Rodrigo, 2000).

No podemos afirmar que todas las civilizaciones de la antigüedad utilizaran la música con fines terapéuticos, sólo de aquellas de las que nos han quedado vestigios, sabemos que la gran mayoría empleaban la música con estos fines terapéuticos. Lo que sí podemos afirmar es que “la música es un elemento presente en todas las culturas descubiertas hasta ahora” (Storr, 2002. Pág. 17).

Este estudio empírico analiza los orígenes de la musicoterapia en la península ibérica y se centra en su región sur, donde tuvo una especial importancia la musicoterapia de origen oriental en los hospitales de la época de Al-Ándalus.

¹ Universidad de Málaga. Dpt. Comunicación Audiovisual y Publicidad. Email: ecestino@uma.es

ORÍGENES

Montarnos a los orígenes de la musicoterapia podría ser desde las primeras formas de civilizaciones prehistóricas, debido a la conservación y el hallazgo de flautas fabricadas con huesos descubiertas en cuevas prehistóricas sugieren que sus habitantes bailaban al son de algún tipo de música, además las pinturas rupestres del paleolítico demuestran la antigüedad de esta forma de arte, y algunas de esas pinturas representan a personas bailando. En España (ver anexo1), encontramos pinturas rupestres que representan danzas en las siguientes localidades: Cogul, Lleida; Peñón de la Granja, Jaén; Cueva de la salvadora en barranco de Valltorta, Castellón; y otras dos en el Peñón del Tajo de las Figuras, en Casas Viejas, Cádiz (Poch, 1999).

Hay referencias que indican que ya desde el paleolítico la música se usa con una función terapéutica. “La referencia más antigua conocida en la literatura sobre el tema, fue un artículo anónimo publicado en el *Columbian Magazine* en 1789, titulado *Music Physically Considered*” (Heller, 1987, citado por Thaut, 2000. Pág. 19).

Se sabe que las culturas primitivas otorgaban a la música un poder mágico y curativo sobre el estado físico y mental del ser humano (Nettle, 1983). Utilizaban la música para comunicarse con los dioses en su propio lenguaje, invocarlos para reducir su ira, defenderse de los malos espíritus, alejar las enfermedades y la muerte de sus habitantes, atraer la lluvia y buenas cosechas en sus cultivos... Ocupando la música un espacio destacado en los rituales en el cual, el músico adquiría un status social importante, que hacía la función chamán, médico y sacerdote (Rodrigo, 2000; Rodríguez, 2002; Poch, 1999 y Storr, 2002).

En Egipto, la música era considerada la medicina del alma. Para ésta civilización politeísta, los dioses de la curación eran Isis y Serpapis, a los cuales se recurrían a ellos mediante el sacerdote y se incluían terapias de canto como parte de las prácticas médicas (Del Olmo, 2009; Thaut, 2000).

Papiros médicos que datan de alrededor del año 1500 a.C., descubiertos en Kahum por Petrie en 1899, en los cuales se le atribuye a la música un poder sanador y efectos beneficiosos para la fertilidad de la mujer (Thaut, 2000).

Se ha constatado la presencia de la música en las prácticas médicas hacia el año 1284 a.C. El médico alejandrino Herófilo, regulaba la pulsación arterial ajustando con escales musicales y la edad del paciente tratado (Del Olmo, 2009, y Poch, 1999).

Otra civilización a destacar es la época griega. Los conceptos griegos son fundamentales para la musicoterapia. “En la Grecia Antigua, la palabra música se refería al sistema por el que estaba ordenado el mundo” (Rodríguez, 2002. Pág 24). Para esta civilización la música desempeña un papel fundamental en la salud: la música es orden y armonía para el hombre. Además, son los precursores de la concepción psicosomática de la enfermedad (Doménech, Blasco, y López, 1987). Consideraban que la salud se comprendía por el equilibrio existente entre dos aspectos de la persona, lo fisiológico y lo emocional. Para los griegos lo fisiológico corresponde a la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y lo emocional a la teoría del *Ethos* (Del Olmo, 2009 y Tourin, 2006).

La música estaba presente en santuarios y templos, y entre otros fines, se empleaba

para modificar el estado de ánimo de la persona a través del uso de diferentes escalas o modos musicales, los cuales, se prescribían a aquellas personas aquejadas de trastornos emocionales. Para los griegos, la música ejercía un poder sanador y equilibrador sobre el pensamiento, la emoción y la salud física (Doménech et al., 1987; Del Olmo, 2009, y Rodrigo, 2000).

Además, esta civilización atribuía a los números una gran importancia, para ellos, toda la complejidad del universo se podía explicar mediante conceptos cuantitativos expresados en forma de números, desde los movimientos de los astros y el paso del tiempo, otorgando una especial importancia a los números del 1 al 4, y especialmente el 4 que lo consideraban un número clave: los puntos cardinales, las cuatro estaciones, los cuatro elementos, etc (Rodríguez, 2002).

Se le atribuye a Pitágoras (572 a.C- 497 a. C.), una leyenda en la cual, estando el paseando cerca de una herrería el sonido que producen los herreros al golpear el yunque con sus martillos le producían unas combinaciones de sonidos hermosos. Pitágoras pesó los martillos y comprobó que entre ellos existía una relación numérica que se reducen a combinaciones de los números 1, 2, 3, y 4. Los pitagóricos consideraron que la música era la demostración sonora de sus teorías con la sola diferencia que la música lo hacía auditivamente y los números intelectualmente (Rodríguez, 2002). En libros de música del siglo XV se narraba esta leyenda y se encuentran dibujos de viñetas representando a Pitágoras experimentando con objetos musicales y números (ver anexo 2).

Además, se le atribuye a Pitágoras el empleo de la música para enfermos mentales, y se dice que lo denominaba medicina musical (Alvin, 1967; Doménech, et al., 1987).

Hipócrates (460 a. C.- 370 a. C.) en el templo de Esculapio también trataba a los enfermos mentales con música y Empédocles (aprox. 495/490 a.C. - 435/430 a. C), fue un experto en el uso de la música como herramienta educativa y terapéutica.

Para Platón (427-347 a.C.), la música abarcaba diversas disciplinas entre otras las matemáticas, la poesía o la pintura. Platón atribuyó un importante papel educativo a la música y asoció la formación musical con la capacidad de discernimiento de la belleza y la virtud de sus opuestos, plasmando en sus obras como en La República (ver fragmento en Anexo 3), sus conocimientos y reflexiones (Benenzón, 1985, Rodrigo, 2000).

Además, en la Grecia antigua clasificaron los tipos de música en función de las cualidades que despertaban en las personas: exaltación, decaimiento, energía guerrera, etc. Les llamaban *modos*, y a los efectos que cada modo tiene *ethos*. El trabajo del músico erudito consistía en saber qué tipo de modo conviene en cada caso, según su *ethos*. Para ellos la música siempre tenía una finalidad y por consiguiente la música que se hacía estaba determinada por el resultado que se quería obtener (Rodríguez, 2002).

A pesar de que los griegos no usaron apenas anotación musical, sus teorías filosóficas sobre música si quedaron escritas sobreviviendo a épocas posteriores, aunque estos conocimientos sólo estaban al alcance de una minoría culta, su influencia ha perdurado hasta nuestros días integrándose y formando la base de lo que en el lenguaje musical occidental se llama octava, quinta, cuarta, y segunda mayor son sonidos cuyas frecuencias derivan de las relaciones $2/1$, $3/2$, $4/3$, y $9/8$ (Rodríguez, 2002).

La cultura romana heredó muchos elementos de la cultura griega. Sin embargo, para los romanos la música era considerada como una herramienta al servicio del ejército y la política, siendo la música militar el género más destacado, considerándolo una música

energética, capaz de producir salud, coraje y lo que ellos consideraban virilidad.

En el año 293 a. C., Roma adoptó el culto a Esculapio, en el templo donde se realizaban las prácticas quirúrgicas con los enfermos que acudían allí a tratar sus dolencias, músicos y poetas participaban conjuntamente con los médicos haciendo énfasis en aspectos psicosomáticos de la enfermedad y la salud (Abraham, 1987 y Del Olmo, 2009).

Cicerón (106 a.C – 43 a.C.) observando la influencia de la música sobre las emociones llamó a la filosofía la medicina del alma y a la música su instrumento (Del Olmo, 2009).

En la biblia, en el antiguo testamento, encontramos en el Primer Libro de Samuel, cómo David con la música de su cítara, liberó a Saul de una depresión obsesiva.

Para Galeno (130 d.C.- 210 d.c.), médico personal del emperador Marco Aurelio, la música era la más grande de las musas y gracias a sus componentes: ritmo, melodía y armonía, podía ser utilizada como medio curativo. Además, observó la eficacia de la música para contrarrestar los efectos de las picaduras de serpiente, la depresión o los estados de tristeza (Abraham, 1987 y Del Olmo, 2009).

Hacia la segunda mitad del siglo III, autores como Jámblico (existen dudas sobre el año de nacimiento que ronda entre el 243, 245 o 250 d.C. y fallece en el 330 d.C.) otorgaban a la música fines terapéuticos como elemento transformador del carácter, dando a la música un papel principal en la educación de sus discípulos y retomando las enseñanzas de Pitágoras que la música, así como la danza contribuía en gran medida a la salud (Abraham, 1987; Del Olmo, 2009 y Rodríguez, 2002).

Además de la civilización griega, otras culturas históricas no occidentales como Babilonia, China o India, también otorgaban a la música la capacidad de reflejar el orden del cosmos, y por consiguiente, cómo actuar ante él. Estos conocimientos al no transmitirse a través de la cultura occidental, en occidente son escasos y por este motivo se conocen menos, pero si existen documentos orientales, en los cuales, se le asigna un valor simbólico, y un gran poder a la música. Por ejemplo, en China se consideraba que la esencia de la música son sus poderes y no los sonidos. Las notas del sistema musical chino surgen también mediante operaciones aritméticas similares a los pitagóricos, pero difieren del occidental, quedaron fijadas desde los siglos V y III antes de Cristo. Cada nota de ese sistema se asociaba a otros elementos que constituían el orden del universo, de manera que tocar una cierta música ayudaba a mantener o a destruir el orden del mundo, existiendo una orden imperial que se encargaba de regular oficialmente todo lo que tuviera que ver con este arte (Benenzón, 1985; Rodrigo, 2000 y Rodríguez, 2002).

En la música clásica india surge el concepto de raga que es muy parecido al concepto de modo. Las ragas son tipos de melodías, cada raga posee sus propias notas, giros, ritmos, y ornamentos, que en la música clásica india los músicos tocan o cantan ejerciendo todas las combinaciones posibles de cada raga, y en base, a que cada raga tiene un fin determinado, se le asocia a cada raga a un determinado tipo de situación. Por ejemplo, cada hora del día tiene su propio raga. Para esta cultura, cada raga tiene su propia finalidad y ocasión, no debiéndose cantar cualquier raga a cualquier hora, ni hacerlo para cualquier finalidad, ya que para ellos alteraría la relación existente entre la música y la organización del mundo, ya que, para esta civilización antigua, cada ocasión tiene su propia selección de sonidos y no otra, ejerciendo la música “un medio privilegiado para reflejar, modificar o restablecer ese orden” (Rodríguez, 2002. Pág 33).

LA MUSICOTERAPIA ORIENTAL

Respecto a la musicoterapia oriental, los primeros pensadores y filósofos musulmanes más destacados no partían de cero en sus estudios, sino que se apoyaron de la base filosófica que dejaron los griegos repitiendo, desarrollando y adaptando sus ideas e influencias. Los pensadores y filósofos musulmanes en los primeros comienzos para estudiar la música se acercaron a investigarla como físicos, estudiando los sonidos musicales, para conocer y comprender su naturaleza, sus condiciones causales, subdivisiones, y sus combinaciones que hacen surgir composiciones musicales. Después, estudiaron los efectos biológicos y psicológicos de la música en los oyentes, concluyendo estos sabios, que la música tenía una finalidad espiritual y mística, y debido a esto, se le atribuían a la música dos usos importantes: el uso terapéutico y el uso espiritual (Delclòs, 2011).

Esta cultura estuvo también influenciada por la filosofía y descubrimientos de la civilización griega. “Según los estudios de Fadlou Shehadi la influencia griega puede resumirse en tres fuentes principales: Pitágoras y los pitagóricos, Aristoxenus y Platón y Aristóteles” (Delclòs, 2011. Pág. 202).

El pensamiento pitagórico influyó a autores como Al-Kindī (m. 870), primer filósofo musulmán, y los Ijwān al-Safā o también llamados los Hermanos de la Pureza, que eran un grupo de pensadores y filósofos del siglo X, que escribieron las Rasāil o Epístolas de los Hermanos de la Pureza, ensayos que adquirieron el estatus de enciclopedia. Y en el siglo XI a filósofos menos conocidos como Al-Kātib.

Al-Fārābī (872 d.C.-950 d.C.), filósofo medieval, e Ibn Sīnā o también llamado Avicena (980d.C.-1037d.C.) presentan también las influencias de los estudios de Aristoxenus. Y los pensamientos de Platón y Aristóteles influenciaron a todos en general, pero especialmente las ideas de Aristóteles en al-Fārābī, considerado Maestro Segundo, siendo Aristóteles Maestro Primero.

La influencia griega es tal que el término mūsīqī (o mūsīqā) que en árabe significa el concepto de música ha sido adoptado del término griego mousiki. Pero además de esta notable influencia, los árabes tienen otros dos términos para referirse a la música: ginā, que significa canto y se utiliza a veces como sinónimo de mūsīqī y el término samā que implica una actividad auditiva que surge del contexto moral y religioso (Delclòs, 2014).

Del mismo modo que los griegos empleaban la música en sus templos para atender a los heridos y personas que allí acudían para sanar, los árabes del siglo XIII empleaban la música en sus hospitales como medicina para diversos males (Delclòs, 2014).

Esta forma de trabajar conjunta, médicos y músicos, se mantuvo en los comienzos de la época medieval, en la cual, para acelerar los procesos curativos de los enfermos, médicos y trovadores trabajaban conjuntamente. Sin embargo, con la llegada e influencia del cristianismo y las cruzadas cambió la perspectiva del enfoque del ser como persona global y armónica hacia un enfoque centrado en la enfermedad. Para muchos filósofos y eruditos de la época, a la música le otorgaban poderes curativos y terapéuticos, utilizándose especialmente en los monasterios, e incluso algunas órdenes religiosas atendían de modo especial para ayudar a los enfermos, peregrinos, y viajeros de las cruzadas, etc., desarrollando un ambiente terapéutico unificando lo religioso, lo médico y lo musical. La influencia religiosa hizo que los métodos de culturas anteriores se fueran rechazando por

considerarlos profanos. Siendo el Canto Gregoriano la música oficial, debido a su sistema melódico, rítmico y modal, que proporciona al cuerpo y a la mente las condiciones adecuadas para conseguir la quietud, la serenidad y la paz, necesarias en aquella época (Del Olmo, 2009, y Tourin, 2006).

PRIMERAS DISTINCIONES ENTRE MÚSICA Y MEDICINA

En el Renacimiento, en la medicina, gracias al descubrimiento de la anatomía y conforme iban avanzando los conocimientos en fisiología, neurología y anatomía, se produce un cambio de enfoque más científico. Este cambio de enfoque repercute en los métodos de curación. Médicos amantes de la música y músicos con inquietudes en sus efectos terapéuticos en la salud investigaron y observaron los efectos en la respiración, presión sanguínea, actividad muscular o la digestión, no sólo escucharla sino también ejecutarla mediante el canto e instrumentos musicales (Doménech, Blasco y López, 1987, y Del Olmo, 2009).

En el siglo XVI surgen diversos estudios que tratan de aprobar que las vibraciones musicales en el organismo humano dividen y atenúan las espesas materias de la atrabilis o también llamado Cólera.

Durante el barroco, siglos XVII y XVIII, sobretodo en el XVII la medicina pasa a ser una ciencia científica, y la música queda relegada para ocasiones especiales, o tratamiento terapéutico. Sin embargo, el interés por la teoría griega del *Ethos* es retomada. Los compositores de este periodo relacionan la música con las pasiones, afectos y sentimientos racionalizados por el oyente y la emplean para provocar una respuesta emocional en su público, siendo éste su principal objetivo. Es en este periodo donde surge el estilo musical de la ópera.

Surgen autores como Athanasio Kircher, que se dedican a estudiar los distintos tipos de música y los efectos que producen en la salud de los pacientes, escribiendo los resultados obtenidos de sus observaciones y prácticas, concluyendo y estableciendo una serie de clasificaciones que en 1650 recoge en su obra *Misurgia Universal o arte magna de los sonidos acordes y disorders* (Del Olmo, 2009).

Estas clasificaciones en categorías afectivas permiten asignarle a la música un uso terapéutico y especialmente para los tratamientos de causa emocional (Del Olmo, 2009).

Ya en el siglo XIX, el doctor Hector Chomet, escribió el tratado *La influencia de la música sobre la salud y la vida*. Andre Tissot afirmó que la música únicamente podría resultar negativa en los casos de epilepsia ya que estas personas podrían sufrir un ataque epiléptico (Domenéch, Blasco y López, 1987; Latham, 2008; Randel, 1997; Rousseau, 2007).

En la segunda mitad del siglo XIX y primera del siglo XX surge tanto en Europa como en América, un crecimiento de la música en instituciones, tanto sociales como sanitarias que incluyen la música como terapia educativa (Del Olmo, 2009; Latham, 2008; Randel, 1997; Rousseau, 2007; Soler, 1985; Thaut 2000).

A partir de la I Guerra Mundial, los acontecimientos se suceden de forma más acelerada. En Estados Unidos la música se prescribe para el tratamiento de neurosis de los soldados de la guerra, en los desórdenes del lenguaje producidos por heridas cerebrales

y también para la parálisis. Los datos médicos obtenidos despertaron el interés por los propios médicos sobre sus resultados (Del Olmo, 2009; Latham, 2008; Randel, 1997; Rousseau, 2007; Soler, 1985; Soto, 2002; Thaut, 2000, y Thayer, 1982).

En la II Guerra Mundial, se utiliza la música como auxiliar del ejercicio físico (Lago, Melguizao, y Ríos, 1997, y Lucas, 1997).

En 1944 la Junta Nacional de Música realizó una encuesta sobre la utilización de la música en los hospitales psiquiátricos. “De 341 consultas realizadas, se obtuvieron 209 respuestas: 30 hospitales consideraron que la música era un factor recreativo; 23 la consideraron factor terapéutico y 134, factor recreativo terapéutico” (Doménech et al., 1987. Pág 18). A partir de estos datos, en 1950 se crea en EEUU la “National Association for Music Therapy”. Esta asociación edita su propia revista, organiza todos los años su Congreso Nacional y crean una carrera universitaria con duración de cuatro años académicos, que al finalizar los estudios otorgan el título de Registers Music Therapy (Doménech, et al., 1987).

Cada vez surgen más cursos y encuentros por todo el mundo, en Gran Bretaña, en 1958 se constituye la British Society for Music Therapy promovida por Juliette Alvin y otros. Editan un boletín y organizan cursos de especialización para postgraduados. En Cancún México tiene lugar en 1997 el Encuentro Mundial de Educación Especial: Reflexiones sobre la aplicación de la musicoterapia con niños autistas. En Africa surge la South African Association of Music Therapy.

“En 1958, surge en Gran Bretaña la Society for Music Terapy and Remedial Music, la cual concede cursos oficiales de postgrado, siendo Alvin su principal promotor. Y en Australia Schomöiz de la Sociedad musicoterapéutica. En Viena la academia de música imparte cursos musicoterapeutas. En Francia, la association de Recherches et dáplications des techinges psychomusicale siendo sus promotores Jost, Lecourt, Schomöiz y Coucorneau. En Burdeos la escuela de musicoterapia, en alemania el precursor es el doctor Harm Willms. En Italia La asociación italiana de estudio de la musicoterapia, en Argentina, Buenos Aires, se fundó una asociación en 1968 y se crea la carrera de musicoterapia en la facultad de medicina de la universidad de el Salvador. A continuación, surge en numerosos países de esa zona latinoamericana. Brasil, uruguay, Perú, Méjico, Ecuador, Colombia.” (Fernández, 2001. Pág.330).

En septiembre de 1970 se celebra en Zagreb Yugoslavia el Primer Simposio Internacional de musicoterapia. Es en esta década cuando se empieza a internacionalizar, aflorando numerosos congresos (Fernández, 2001).

En España, la doctora Poch, fue una de las promotoras fundando la sociedad española de musicoterapia. Sus aportaciones en el Primer Simposio Internacional de Autismo, defiende la importancia de sus beneficios en el autismo infantil (Poch, 1988-2002).

En 1978, se crea el llamado Centro Nacional de Documentación Musical y en 1985, se constituye como parte integrante del Instituto Nacional de las Artes Escénicas y la Música, INAEM de la Secretaría de Estado de Cultura con el nombre de Centro de Documentación Musical. En 1996, el centro cambia a su actual denominación, debido a la incorporación de la Sección de Danza pasando a depender la Subdirección General de Música y Danza. Una de las funciones principales que realiza el Centro de Documentación Musical, es la de ofrecer sus servicios de acceso a las bases de datos, en las cuales, se recopila, sistematiza y difunde información, relativa tanto de la Música como de la Danza. En el

2002, el centro de Documentación de Música y Danza gestiona la Agencia Española del ISMN (Internacional Standard Music Number), colabora con importantes instituciones del ámbito de la información y documentación musical, es miembro de Music Information Centres (MIC), y la Asociación Española de Documentación Musical (AEDOM), es miembro fundador de la International Association of Music Libraries (IAML).

Respecto a la musicoterapia, en España se vienen realizando programas de formación desde 1986 en centros e instituciones privadas no universitarias (Del Moral, et al., 2014; March, et al., 2014, y Thayer, 1982).

En 1989, a raíz de la directiva europea que obligaba a reglamentar las cualificaciones profesionales en los postgrados universitarios de adaptación al sistema de Convergencia Europea, se funda la European Music Therapy Confederation, EMTC cuya misión es fomentar el intercambio y la colaboración entre los países miembros y trabajar activamente para la promoción de un mayor desarrollo de la práctica profesional en Europa. Actualmente, la EMTC incluye delegados de 23 países que funcionan como enlace entre la EMTC y las organizaciones nacionales. Como órgano vinculado a la Unión Europea, la EMTC está reconocida por las leyes belgas desde el año 2004.

Es a partir de 1992 cuando se empieza a ofertar la musicoterapia en las universidades: Universidad de Barcelona, Universidad Ramón Llull, Universidad de Cádiz, Universidad Pontificia de Salamanca, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Alcalá de Henares, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Universidad Católica de San Antonio, Universidad Pompeu Fabra y Universidad de Zaragoza. (Palacios-Sanz, 2001).

Actualmente la oferta formativa, incluye cursos de Postgrado o Máster y también, asignaturas de musicoterapia incluidas en estudios de grado universitario, cursos de introducción a la musicoterapia, talleres y seminarios (Sabatella, 2004).

Los planes de estudios de estas ofertas formativas se basan en las competencias que el alumnado debe adquirir para poder desarrollar su labor profesional como musicoterapeuta. Estas competencias vienen establecidas por organismos como la *Federación Mundial de Musicoterapia* (World Federation of Music Therapy, WFMT).

Además, estos Títulos Propios y Másters tienen un carácter interdisciplinar e interdepartamental debido a que la gran mayoría de los profesionales en musicoterapia provienen muchos de ellos de una formación previa de áreas muy heterogéneas como la musical, la educativa, la social, y la sanitaria.

Esta heterogeneidad, se plasma también en su parte clínica, en la evaluación y seguimiento del proceso terapéutico que se desarrolla con los pacientes, en cualquier ámbito profesional, ya que es una terapia complementaria que requiere de un equipo multidisciplinar.

En el 2005, surge el Código Ético para los Musicoterapeutas Profesionales en España (CEMPE), es una adaptación del ya vigente Código Ético de la European Music Therapy Confederation (EMTC, 2005). Este código ha sido elaborado por los representantes de Centros Formativos y Asociaciones miembros de la Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP), incorporando algunos aspectos deontológicos recogidos en otros códigos o documentos, y de la propia reflexión de la Asamblea de Representantes de AEMP.

La Asociación Española de Musicoterapeutas Profesionales (AEMP) y la Subcomisión de Convergencia Europea y Musicoterapia han consensuado el 14 de Diciembre de 2008,

en Madrid el documento técnico definitivo de recomendaciones orientativas para valorar el diseño de los postgrados universitarios de musicoterapia en España, el cual ha sido consensuado por los representantes de 7 centros formativos universitarios españoles en los que se imparte formación universitaria de postgrado en Musicoterapia.

Dicho documento está abierto a aquellos centros formativos universitarios de postgrado Universitario en Musicoterapia en España que no figuren en él, pero tengan interés en adherirse.

ACTUALIDAD

Hoy en día, la musicoterapia es una formación reglada.

Sin embargo, observamos que sobre la musicoterapia oriental no existe reconocido ningún organismo oficial que imparta cursos de docencia formativa. Esta formación se sigue realizando dentro del ámbito privado, como antiguamente se hacía, de forma tradicional y oral. El maestro organiza las sesiones formativas para aquellas personas que quieran aprender el manejo y las técnicas de los distintos instrumentos que se emplean, (ney turco, rebab, laud) que se aprende con esmero y constancia.

No obstante, la musicoterapia es una terapia alternativa en la península Ibérica, porque no está reconocida dentro del Sistema Sanitario de Salud, sin embargo, cada vez son más las clínicas sanitarias privadas que la emplean como un servicio adicional a sus terapias convencionales (Fernández, 2001). En España se han realizado sesiones de musicoterapia oriental por el musicoterapeuta Ignacio Béjar en los siguientes lugares:

- Hospital Vithas Xanit International.
- Hospital de la Paz de Madrid, en el departamento de oncología.
- Hospital 12 de octubre de Madrid en el departamento de Neonatología.
- Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, con pacientes de Ela y de Esclerosis múltiple, organizado por la sección de fisioterapia de la Unidad de referencia de esclerosis múltiple de este hospital.
- Clínica Walden de Madrid.
- Clínica Buchinger de Marbella.
- Clínica Tara de San Juan de Alicante.

Como hemos visto la formación del musicoterapeuta y sus ámbitos de aplicación son muy amplios y variados, aunque los podemos destacar que en el ámbito educativo y social la demanda es cada vez mayor: instituciones, escuelas de música, centros de integración, centros y residencias para la tercera edad, en centros sanitarios, centros penitenciarios (Mitchell, 1978); centros privados y distintos tipos de asociaciones, etc. (Lago, Melguizao y Ríos, 1997, y Lucas, 1997; y Serafine 1980).

Las redes sociales y las nuevas tecnologías han facilitado que profesionales de estas disciplinas puedan divulgar sus trabajos para darlos a conocer a la sociedad, crear encuentros y espacios donde poder intercambiar experiencias, promocionar cursos, talleres, conciertos, sesiones y poder contactar con asociaciones y musicoterapeutas de todo el mundo a un solo click.

Podemos destacar a nivel internacional la American Music Therapy (2020) cuya misión es promover la conciencia pública sobre los beneficios de la musicoterapia y au-

mentar el acceso a servicios de calidad. Cada vez son más las distintas asociaciones que emplean la musicoterapia en adultos, por los beneficios que ofrece ejercitar la mente y el cuerpo, además de ser un recurso que facilita la socialización, por su labor integradora, educativa, difusora, conciliadora, sanitaria, recreativa, que cada vez más se aplica en distintas etapas del ser humano, entre ellas, para un buen envejecimiento activo.

REFERENCIAS

- Abraham, G. (1987). *Historia universal de la música*. Madrid: Taurus.
- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Educador.
- Artigas, A.A.; Sansa, J.; Blair, C. A. J.; Hall, G.; Prados, J. (2006). Enhanced Discrimination Between Flavor Stimuli: Roles of salience modulation and inhibition. *Journal of experimental psychology. Animal Behavior Processes*, 32 (2), 173-177.
- American Music Therapy (Ed). (2020). American Music Therapy Association Mission <https://www.musictherapy.org/>
- American Music Therapy (Ed). (2020). Music Therapy in the Media <https://www.musictherapy.org/>
- APMT-Associação Portuguesa de Musicoterapia [@associacaoportuguesa.demusicoterapia] (21.05.2020) 24 Anos de APMT! Parabéns a nós e a todos aqueles que contribuem para o crescimento diário desta Associação. <https://youtu.be/bP0iRCaSaos> [Status update]. Facebook <https://www.facebook.com/associacaoportuguesa.demusicoterapia/>
- Associação Portuguesa de Musicoterapia (2020) <https://www.apmtmusicoterapia.com/>
- Benenzon, R. (2011). *Musicoterapia: de la teoría a la práctica*. Barcelona: Paidós.
- Berthomieu, A. 1994, *Musicoterapia en oncología*. Bilbao: Non Verbal/AMBx. Atelier de Musicotherapie de Bordeaux.
- Bruscia- Kenneth, E. (2013). *Definiendo musicoterapia*. Tercera edición. Barcelona: Barcelona Publisher 2016.
- Del Moral, et al. (2014) Registro español de musicoterapeutas (REMTA): Un paso más hacia la profesionalización de la musicoterapia en España. En V Congreso Nacional de Musicoterapia de Barcelona, 19-19 de octubre de 2014.
- Defontaine, J. (1994). *Manual de reeducación psicomotriz. Terapia y reeducación psicomotriz*. Barcelona: Médica y Técnica.
- Del Olmo Barros, M.J. (2009). *Muscioterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátrico* (Tesis Doctoral). Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
- Delclòs-Casas, J. (2011). La dimensión terapéutica de la música en el sufismo. Alquitara
- Delclòs-Casas, J. (2014). La audición mística o samā en Ibn ʿArabī y otros autores sufies.
- Doménech Zornoza J. L.; Blasco Vercher, F., y López Jornet, H. (1987). *Musicoterapia en la formación del terapeuta*. Valencia: NAU Llibres.
- Granada Digital (2020) Recuperado de <https://www.granadadigital.es/dia-mundial-musicoterapia-musica-tratamiento-granada/>
- FEAMT- Federación Española de asociaciones de musicoterapia.(2020) <http://feamt.es/>
- Featherstone,C., et al. (2013). Semantics syntax or neither? A case for resolution in the in-

terpretation of N500 and P600 responses to harmonic incongruities. *Plos one*, 11, (8) 1-13.

Fernández Abascal, E.G.; Jiménez Sánchez, M.P. y Martín Díaz, M^a D. (2003). *Emoción y Motivación. La adaptación humana* (Vol I). Madrid: Editorial Centros de Estudios Ramón Areces, S.A.

Fernández de Juan, T. (1996). Musicoterapia y lateralidad, *Revista Música Arte y Proceso*, 1, 33-48.

Fernández-Maldonado, M. (2001), *Técnicas de Intervención para el desarrollo del lenguaje y la comunicación: delfinterapia, matamórfica, risoterapia y musicoterapia*. Tesis doctoral no publicada: Universidad Complutense de Madrid.

Lacárcel, J. (1995). *Psicología de la música y educación musical*. Madrid: Visor.

Lacárcel, J. (2003). *Psicología de la música y emoción musical*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.

Lacárcel Moreno, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.

Latham, A. (2008). *Diccionario enciclopédico de la música*. México F.D.: Fondo de cultura económica. Oxford.

Lecourt, E. (1994). *L'expérience musicale résonances psychanalytiques*. Paris: Editions L' Harmattan.

Mayor, J. & Labrador F.J. (1978). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.

Merleau-Ponty M. (1975). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.

Montilla-López, P. (1999). *El Cerebro y la música. Un enfoque interdisciplinario*. Córdoba: Edita Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.

Palacios-Sanz, J. I. (2001). El concepto de musicoterapia a través de la historia. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (42), 19-31.

Music Therapy (2019) History of Music Therapy Recuperado el 29 de septiembre de 2019 en <https://www.musictherapy.org/>

Poch-Blasco, S. (2002). *Compendio de Musicoterapia*. 2ª edición (I), Barcelona: Herder

Poch-Blasco, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia* (II). Barcelona: Herder.

Qingguo M. et al (2016). Neural correlates of multimodal metaphor comprehension: Evidence from event-related potentials and time-frequency decompositions. *International Journal of Psychophysiology*, 109, 81-91

Randel, D.M. (1997). *Diccionario Harvard de música*, Madrid: Alianza Editorial.

Redolar, D. (2014). *Neurociencia cognitiva*. Madrid: Panamericana.

Rodríguez-Puerta, A. (2020). Musicoterapia: historia, beneficios, tipos, actividades <https://www.lifeder.com/musicoterapia/>

Rodrigo, M. S. (2000). Musicoterapia. *Terapia de música y sonido*. Madrid: Musicalis, S.A.

Roederer, J.C.G. (1975). *Introducción to the Physic and Psychophysics of music*. New York, Springer Verlag.

Rousseau, J.J. (2007). *Diccionario de música*. Madrid: Akal, 281-288.

Rousseau, J.J. (2008) *Dictionnaire de la musique*. L' Encyclopédie de Diderot.

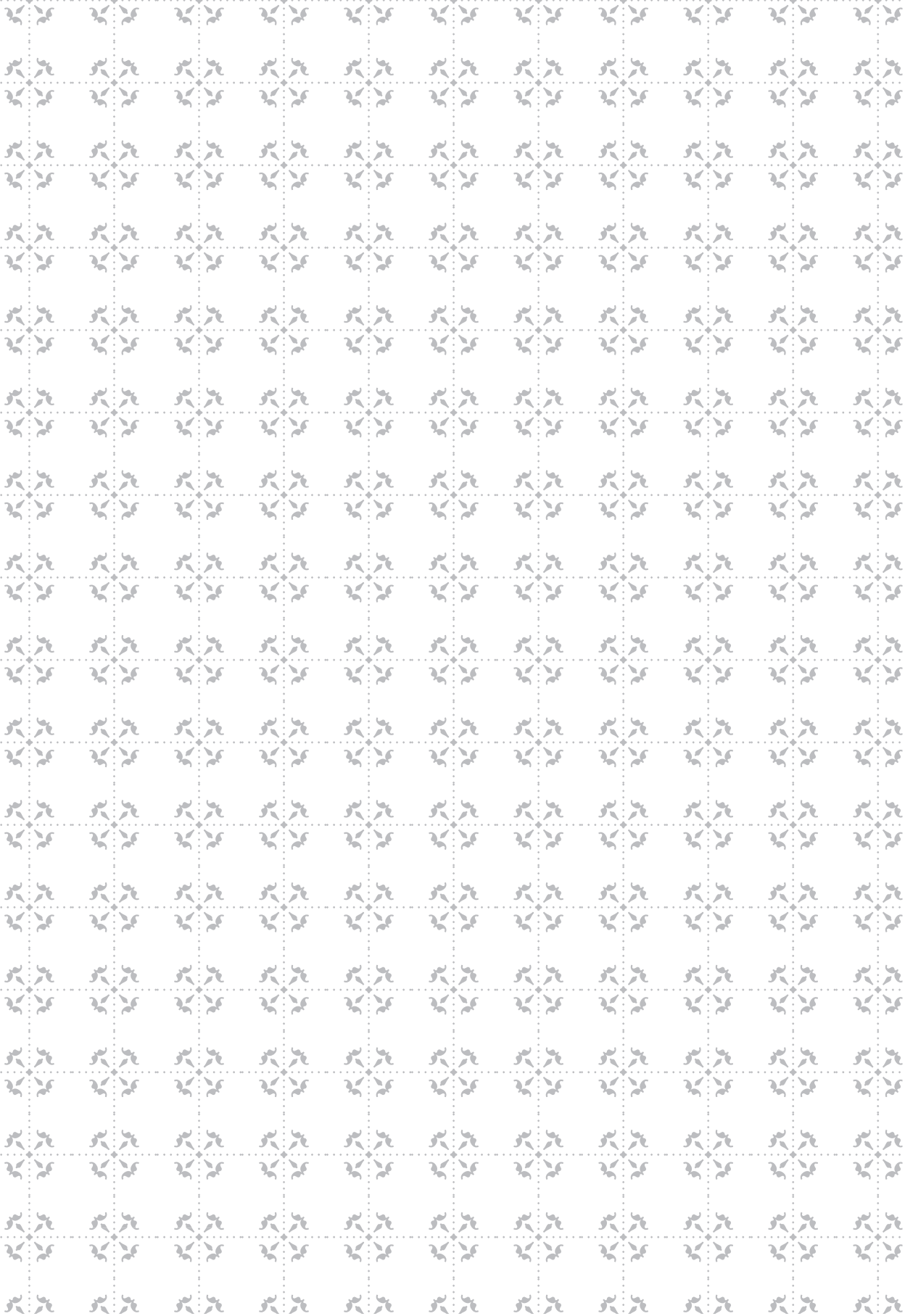
Sabatella, P. (2003). Musicoterapia aplicada: metodología y evaluación en parálisis cerebral. En: Libro de ponencias. Musicoterapia 2002, Programa para mediadores en musicoterapia y discapacidad. Madrid. Edición Confederación Aspace.

Storr, A. (2002). *La música y la mente. El fenómeno auditivo y el porqué de las pasiones*. Barcelona: Paidós.

Thaut, M. (2009). Neurologic Music Therapy in Cognitive rehabilitation. *Music perception*, 4 (27), 281-285.

Tomatis, A., (2005). *The ear and the voice* (1988). Lanham, Maryland, Oxford: The Scarecrow Press, Inc. (Trabajo original publicado en 1988). Tourin, C. (2006). *Harp therapy manual. Cradle of sound*. Canadá: Art Bookbindery.

WCMT- Online World Congress of Music Therapy - The Polyrythms of Music Therapy (2020) <https://www.up.ac.za/music-therapy-2020>



13. Aplicación de la Música en Actividades Sociales de Ocio en Asociaciones para Mayores de la Región del Algarve

*Estefanía Cestino González*¹

*Carolina de Sousa*²

*Raquel Correia*³

*Aurízia Anica*⁴

RESUMEN: Este estudio analiza la presencia de la música en las actividades sociales de los programas de ocio y entretenimiento que organizan las asociaciones para mayores de la región del Algarve que han participado en este estudio de forma desinteresada, durante los meses de junio y julio de 2019. Se emplea una metodología cualitativa y como técnica de estudio la entrevista que realizamos a directores, trabajadores que emplean la música en sus clases y/o sesiones, y también, las personas mayores usuarias de estas actividades lúdicas. Todos ellos, han participado de forma voluntaria mostrando un gran interés por la iniciativa de este estudio. Entre los resultados se puede apreciar que las actividades con música tienen muy buena aceptación en la programación de actividades en todas las asociaciones y son muy apreciadas y valoradas por toda la comunidad.

Palabras-Clave: música, actividades musicales, centros sociales, mayores.

1 Universidad de Málaga. Dpto. de Comunicación Audiovisual. ecestino@uma.es

2 Universidade do Algarve. csousa@ualg.pt

3 Universidade do Algarve. rcorreia@ualg.pt

4 Universidade do Algarve/Instituto de Estudos de Literatura e Tradição - Patrimónios, Artes e Culturas. aanica@ualg.pt

MARCO TEÓRICO

La palabra música etimológicamente viene del latín “musica” y del griego: μουσική [τέχνη] - mousikē [téchnē], traducido como técnica de las musas o “arte” de organizar sensible y lógicamente una combinación de sonidos y silencios utilizando principios fundamentales de la melodía, la armonía y el ritmo, mediante la intervención de complejos procesos psico-anímicos (Artigas, 2006; Benenzon, 1972; Bruscia, 2013; Fernández A., Jiménez S. Martín D. 2003; Fridman, 1990; Ida, 2015; Justin P. y Sloboda, 2001; Lacarcel, 1995 y 2003; Lecourt, 1994; Mayor y Labrador, 1978; Merleau, 1975; Montilla, 1999; Poch, 1981 y Roeder, 1975).

Rousseau (Ginebra, 28 de junio de 1712; Ermenonville, 2 de julio de 1778), definió la música como el arte de combinar los sonidos de una manera agradable al oído (Rousseau, 2007 y 2008, y Sevilla, 2011).

La música es un acto comunicativo y de interacción social, que influye directamente en las personas que la escuchan y/o producen. “El hecho musical es un fenómeno sonoro que puede presentar las siguientes características: ser específico, privado, local, cultural, social y evolutivo” (Del Olmo, 2009. Pág. 27).

La música está presente en todos los eventos sociales de carácter ocioso, transmite alegría induce al baile y es un elemento clave para la socialización. La danza ayuda a mantener la condición física en buen estado, previene patologías derivadas del sedentarismo como la obesidad, ayuda a mantener la tonificación muscular, la coordinación, la memoria kinestésica, entre otros muchos beneficios.

Además, la música se suele emplear en diversas actividades terapéuticas como un complemento que ayuda a relajar o activar a las personas. El potencial terapéutico que presenta la música es debido a diversos factores como son las circunstancias y la forma en que se manifiesta. Gracias al estudio de los beneficios que la música puede aportar a las personas surge la disciplina de la musicoterapia.

La palabra musicoterapia, etimológicamente, proviene del término inglés: *music therapy*, que al traducirse al castellano no se realizó la conversión del adjetivo que precede al sustantivo, su traducción correcta sería la de terapia a través de la música (Poch, 1999).

La primera vez que se definió éste término en una universidad, fue en 1950 en la universidad de Kansas, donde el profesor Thayer Gaston la definió del siguiente modo: “música es la ciencia o el arte de reunir o ejecutar combinaciones inteligibles de tonos en forma organizada y estructurada con una gama de infinita variedad de expresión, dependiente de la relación de sus componentes (ritmo, melodía, volumen y calidad tonal) Terapia tiene que ver en cómo puede ser utilizada la música para provocar cambios en las personas que la escuchan o la ejecutan” (Lacárcel, 2002. Pag 40).

Para Alvin, otro pionero musicoterapeuta, definió en 1967 el término musicoterapia como “el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales” (Alvin, 1967 en Doménech, Blasco, y López, 1987. Pág 13).

La asociación estadounidense de musicoterapia, National Association for Music Therapy define: “La musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física” (NAMT, 1980, pág.1).

En 1981, Benenzón define la musicoterapia como “una técnica de comunicación que utiliza la Música y los sonidos para producir fenómenos regresivos y abrir canales de comunicación a través de los cuales se puede comenzar el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente” (Benenzón, 1981, en Doménech, Blasco, y López, 1987. Pág. 13).

Para Serafina Poch, musicoterapeuta pionera y de reconocido prestigio, la musicoterapia “es una técnica para-médica, que consiste en el racional empleo de la Música con finalidad terapéutica. Está encaminada preferentemente a la rehabilitación de enfermos mentales, tanto adultos como niños” (Poch, 1987 en Doménech, Blasco, y López, 1987. Pág. 13).

También, la musicoterapia es vista y definida como: “Un proceso de intervención sistemática, en la cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio...” (Bruscia, 1987, citado en Camacho, 2006. Pág. 158 y Rodrigo, 2000. Pág 17).

Para Alice Berthomieu, “la musicoterapia es una intervención que está centrada sobre el sujeto en su relación con la comunicación” (Berthomieu, 1994 en Rodrigo, 2000).

Este estudio pretende conocer si la música está presente dentro de la programación de la oferta de ocio y actividades para el buen envejecimiento activo que ofrecen a los mayores las asociaciones participantes.

Nuestro objeto de estudio lo conforman las asociaciones de mayores de la región del Algarve, en concreto, los directores, trabajadores y los mayores que hacen uso de las actividades que presentan dichas asociaciones para un buen envejecimiento activo.

La hipótesis que formulamos, es que la música está presente en las asociaciones y residencia de mayores entre las actividades que ofertan y se emplea con fines lúdicos y terapéuticos.

OBJETIVOS

Los objetivos que nos planteamos son los siguientes:

- Contactar y visitar los centros interesados en participar en este estudio.
- Identificar si presentan una sala para la música, la danza, y espacios para tocar y ensayar con instrumentos musicales.
- Analizar si se aplica la música como una actividad más entre la gama de actividades de ocio que presentan las distintas asociaciones de mayores a sus usuarios.
- Catalogar el tipo de actividades musicales que ofrecen y la finalidad con la que se emplean.
- Detectar en qué momentos de las rutinas diarias está la música presente.
- Identificar cuáles son las actividades musicales más demandadas por las personas mayores.
- Conocer la opinión de los directores, usuarios, y de las personas que trabajan con la música, en la región del Algarve, sobre las ventajas que ofrece la música y la musicoterapia para un buen envejecimiento activo.

- Contrastar la opinión de los directores, trabajadores y usuarios sobre el uso de estas actividades en las rutinas diarias de actividades ofertadas.
- Analizar el grado de implicación de los centros con la difusión y promoción de actividades en las que esté presente la música, así como los espacios y recursos destinados a éste fin.
- Elaborar un informe con los resultados obtenidos.

METODOLOGÍA

En este estudio se ha empleado una metodología cualitativa. Se ha empleado como técnica metodológica entrevistas directas, con baterías de preguntas de respuestas abiertas y cerradas.

El procedimiento para realizar las entrevistas fue en un principio un poco costoso, dada la complejidad que tiene el contactar con las distintas asociaciones de la región del Algarve para que de forma desinteresada nos pudiesen atender y participar en nuestro estudio, mostrándonos sus instalaciones, presentando a los trabajadores y a los mayores que hacen uso de sus actividades. No todas las asociaciones de mayores de la región del Algarve pudieron atender nuestra llamada debido al volumen de trabajo en esta época del año, aunque todas muy amablemente nos atendieron por teléfono y nos citaron para realizar la entrevista más adelante, para los meses de septiembre u octubre, por lo que algunas asociaciones no pudieron participar por estar diseñado el estudio para realizarse en los meses de junio y julio.

Finalmente, el universo de la muestra lo componen cuatro asociaciones de mayores de la región del Algarve. Son las siguientes:

- Associação de Saúde Mental do Algarve.
- Associação em Contacto Tavira
- Centro Intergeracional da Pegada
- Associação de Pensionados, Reformados e Idosos do Concelho de Faro, ARPI.

A su vez, cada una de estas asociaciones constituyen nuestra muestra de estudio con el siguiente personal:

- Los directores de los centros,
- Las personas mayores: hombres y mujeres que hacen uso de las actividades programadas por las asociaciones de forma asidua.
- Todo el personal involucrado en las distintas actividades musicales: este grupo se compone de maestros, educadores, trabajadores sociales, fisioterapeutas, auxiliares, etc.

Concertada la cita con el director/a de la asociación, se visita las instalaciones y nos presentan a sus trabajadores. En función de la asociación y para poder realizar todas las entrevistas concertamos nuevas citas con los distintos grupos, volviendo a acudir en varias ocasiones para entrevistar a las personas participantes.

La entrevista se ha realizado siguiendo la estructura clásica: presentación, desarrollo, cierre y agradecimientos. Las preguntas que se plantearon para su diseño son las siguientes:

- ¿Se realizan actividades musicales en la residencia?

- ¿Cree usted que las actividades musicales ayudan a cambiar el estado anímico de las personas?
- ¿Qué tipo de actividad musical le gusta más o le gustaría que hubiese?
- ¿Qué tipo de actividades se realizan con música?
- ¿Cuándo está presente la música?

Además de estas preguntas básicas y en función de la persona entrevistada, surgieron subtemas y más preguntas relacionadas con el relato que nos contaban. Esta situación se daba sobre todo con bastante frecuencia cuando los entrevistados eran las personas mayores, que no acostumbran a tener visita, y se volcaron en la entrevista contando numerosas anécdotas relacionadas con los temas que se trataban. Los directores y trabajadores solían ser muchos más concisos en las respuestas. Se registraron las respuestas y posteriormente se catalogaron por temas analizando la información.

Las siguientes imágenes muestran distintas actividades sociales donde la música tiene especial importancia.



Imagen 1. Actividades de danza. Fuente de elaboración propia

La danza es una actividad que todas las tardes está presente en la Asociación de ARPI, presenta muy buena acogida por las personas mayores, quienes afirman que les alegra y ayuda a mantenerse saludable. En la segunda imagen se muestra un concierto en el cual, el cantante con su guitarra, toca y canta canciones populares que resultan familiares alegrando las celebraciones.



Imagen 2. Actividades musicales. Fuente de elaboración propia

RESULTADOS

Se detallan los resultados obtenidos para cada uno de los grupos: directores, trabajadores y usuarios.

1. ¿Se realizan actividades musicales en la residencia?

Tabla 1. Actividades Musicales. Fuente de elaboración propia.

2. ¿Cree usted que las actividades musicales ayudan a cambiar el estado anímico de las personas?

Tabla 2. Las actividades musicales ayudan a cambiar el estado anímico. Fuente de elaboración propia.

3. ¿Qué tipo de actividad musical le gusta más o le gustaría que hubiese?

Tabla 3. Tipos de Actividades Musicales. Fuente de elaboración propia.

4. ¿Qué tipo de actividades se realizan con música?

Tabla 4. Actividades que realizan con música. Fuente de elaboración propia.

5. ¿Cuándo está presente la música?

Tabla 5. Momentos en los que está presente la música. Fuente de elaboración propia.

DISCUSIÓN

El compromiso por el bienestar y cuidado de las personas mayores está presente en todas las asociaciones visitadas, donde incluyen entre sus actividades de ocio y esparcimiento actividades con música. Todos los directivos son conscientes de los beneficios que aporta la música y por este motivo las incluyen en la oferta de actividades de sus asociaciones. Los trabajadores entrevistados, presentan una formación muy diversa, pero todos tienen en común el alto grado de compromiso y entrega con su labor como profesionales que, aunque son de distinto ámbito, emplean la música en sus sesiones, tanto si son actividades terapéuticas o talleres de ocio, en función de sus respectivos oficios. Las personas mayores, usuarios de estos servicios, opinan que las actividades musicales no pueden faltar en su programación, teniendo éstas una gran demanda. Las actividades de canto son las que tienen mayor participación y las que más se realizan en todas las asociaciones. En segundo lugar, le sigue la danza, en la que hay una leve menor participación, debido a los problemas de movilidad y los dolores que padecen algunas personas que les impide participar en ellas, aunque a pesar de sus afectaciones propias de la edad, afirman que disfrutan viendo sus compañeros bailar ya que les resulta entretenido y divertido. En tercer lugar, están las actividades con instrumentos musicales. La mitad de las personas mayores opinan que es muy difícil aprender a tocar un instrumento, los problemas de audición y/o movilidad en los dedos les limita la elección de los instrumentos, siendo los instrumentos de percusión los más empleados en todas las asociaciones.

La biodanza es una actividad que se está incorporando en algunos centros y está teniendo una buena acogida, según informan los profesionales que la desempeñan. Gracias a las recomendaciones de las personas que lo practican, cada vez tiene una mayor acogida entre los mayores, y a diferencia del baile, tiene un enfoque más emocional y terapéutico. La zumba que se practica en algunas residencias es una variante de ejercicios físicos sencillos al compás de ritmo de zumba. Por este motivo, no se cataloga dentro de las actividades de danzas, ya que los propios profesionales informan que no es la especialidad de baile zumba, sino que simplemente se emplea este tipo de música para realizar sus ejercicios.

Las actividades de teatro, yoga y meditación, hacen uso de la música en la mayoría de sus clases como un complemento para las distintas dinámicas predominando las melodías suaves con la intención de relajar. Estas actividades, tienen una menor participación que las anteriores citadas. No podemos determinar que el tipo de música empleado sea un factor determinante en las decisiones personales de inscribirse en estas actividades, pero, aunque su número sea menor, las personas que asisten son más fieles en cuanto a las asistencias, ya que afirman los profesionales que una vez creados los grupos no suelen faltar a las clases.

CONCLUSIONES

Los directores, trabajadores y usuarios presentan una visión homogénea sobre las actividades que se realizan con música en sus instalaciones.

Los directores de las asociaciones sociales están muy concienciados con el buen funcionamiento de las actividades que ofrecen para los mayores, ofreciendo los mejores servicios y profesionales que está a su alcance, para disponer a sus usuarios un programa de actividades donde la música está presente.

Los directores de los centros y los trabajadores sociales están informados y concienciados sobre los beneficios que aporta la música.

La música está presente en las rutinas diarias de los centros y es un elemento fundamental para muchas de las actividades que se realizan tanto de ocio como terapéuticas para el buen mantenimiento de la salud.

Las actividades con música tienen muy buena aceptación en la comunidad de usuarios con una gran participación en las actividades rítmicas que requieran una participación más activa que las pasiva.

Las personas mayores, usuarias de las distintas asociaciones son conocedoras de la programación de actividades que pueden realizar y están informados sobre las distintas actividades que se realizan con música.

Este estudio ha adquirido un carácter muy humano, por la amable disposición de los directores, profesionales y las personas mayores de las distintas asociaciones que de forma voluntaria han participado con mucha ilusión, siendo una experiencia muy enriquecedora su cálida acogida y recibimiento al abrirnos las puertas de sus instalaciones y la de sus corazones.

Agradecimiento especial a todas las asociaciones participantes:

- Associação de Saúde Mental do Algarve.
- Associação em Contacto Tavira
- Centro Intergeracional da Pegada
- Associação de Pensionados, Reformados e Idosos do Concelho de Faro, ARPI.

REFERENCIAS

- Alvin, J. (1984). *Musicoterapia*. Barcelona: Paidós Educador.
- Artigas, A.A.; Sansa, J.; Blair, C. A. J.; Hall, G.; Prados, J. (2006). Enhanced Discrimination Between Flavor Stimuli: Roles of salience modulation and inhibition. *Journal of experimental psychology. Animal Behavior Processes*, 32 (2), 173-177.
- Berthomieu, A. 1994, *Musicoterapia en oncología*. Bilbao: Non Verbal/AMBx. Atelier de Musicotherapie de Bordeaux.
- Bruscia- Kenneth, E. (2013). *Definiendo musicoterapia*. Tercera edición. Barcelona: Barcelona Publisher 2016.
- Del Olmo Barros, M.J. (2009). *Muscioterapia con bebés de 0 a 6 meses en cuidados intensivos pediátrico* (Tesis Doctoral). Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
- Doménech Zornoza J. L.; Blasco Vercher, F., y López Jornet, H. (1987). *Musicoterapia en la formación del terapeuta*. Valencia: NAU Llibres.
- Granada Digital (2020) Recuperado de <https://www.granadadigital.es/dia-mundial-musicoterapia-musica-tratamiento-granada/>
- Lacárcel, J. (1995). *Psicología de la música y educación musical*. Madrid: Visor.
- Lacárcel, J. (2003). *Psicología de la música y emoción musical*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lacárcel Moreno, J. (1995). *Musicoterapia en educación especial*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Lecourt, E. (1994). *L'expérience musicale résonances psychanalytiques*. Paris: Editions L´Harmattan.
- Mayor, J. & Labrador F.J. (1978). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Merleau-Ponty M. (1975). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Península.
- Montilla-López, P. (1999). *El Cerebro y la música. Un enfoque interdisciplinario*. Córdoba: Edita Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Poch Blasco, S. (2002). *Compendio de Musicoterapia*. 2ª edición (I), Barcelona: Herder
- Poch Blasco, S. (1999). *Compendio de Musicoterapia* (II). Barcelona: Herder.
- Roederer, J.C.G. (1975). *Introducción to the Physic and Psychophysics of music*. New York, Springer Verlag.
- Rousseau, J.J. (2007). *Diccionario de música*. Madrid: Akal, 281-288.
- Rousseau, J.J. (2008) *Dictionnaire de la musique*. L´Encyclopédie de Diderot.



14. De pequenota se torce a velhota – Representações sociais do envelhecimento (in)ativo na literatura para a infância

*Olga Maria Costa da Fonseca*¹

RESUMO: Para a Professora e crítica literária, responsável pelo conceito de *gynocritics*, Elaine Showalter, assumir-se como pessoa envelhecida é difícil, de uma forma geral, mas é-o ainda mais para as mulheres. Após uma breve consideração, em tom pessoal, em torno do envelhecimento - e partindo da convicção de que envelhecer ultrapassa, em muito, o fator biológico - pretende-se verificar em que medida a literatura para a infância prepara as crianças para a aceitação do envelhecimento ativo. Foram analisados textos verbais, mas também as ilustrações que, neste género literário, têm um papel de grande importância. Apresenta-se uma síntese dos resultados, que revela que, tendencialmente, o envelhecimento ativo é um tema ausente da literatura para crianças; que as personagens mais velhas que aparecem desempenham, quase exclusivamente, o papel de avós ou avós; que as representações de avós e avós refletem, frequentemente, estereótipos de género e de idade. Por fim, indicam-se algumas exceções, ou seja, publicações que rompem com os referidos estereótipos.

Palavras-Chave: envelhecimento ativo, literatura para crianças, ilustração, estereótipos

NOTA INTIMISTA

Isto da idade tem muito que se lhe diga. A minha avó Maria, por exemplo, nasceu no século XIX, e, pelo que vi, não envelheceu: nasceu já velhinha, como as avós das histórias que me contava ou lia. Velhinha e doente. Mas, apesar da úlcera que volta e meia a importunava, foi uma velhinha ativa, bem humorada, inteligente, amorosa, até morrer, com 96 anos. As moças do meu tempo já são um caso mais complexo. As que vejo frequentemente, não envelhecem. Só as que fico muito tempo sem ver me aparecem, depois, envelhecidas. Umas mais gordas, outras com mais rugas, mais vergadas pelo tempo... Mas umas e outras têm uma coisa em comum: os netos mais inteligentes e irrequietos e as netas mais lindas. Por vezes, lá aparece uma que tem uma neta irrequieta e inteligente ou um neto lindo. E a comprová-lo, as fotografias que, com a evolução tecnológica,

¹ Universidade do Algarve/Escola Superior de Educação e Comunicação.
ofonseca@ualg.pt

saltaram das carteiras para os telemóveis ou *tablets* – que as crianças usam com mais destreza que as avós, confessam estas a miúde. É, na verdade, um mistério.

Mas o caso mais complicado foi o da minha mãe. Nasceu em 1925, dizem. Nasceu já uma mulher feita. Não era velhota, como a sua mãe, a avó Maria, mas era, como esta, uma mulher cheia de energia, com uma curiosidade científica espevitada, com um delicado sentido de humor, uma excelente memória, uma bela voz com que enchia a casa de canções. E, embora eu a visse todos os dias, o inesperado aconteceu: a minha mãe envelheceu. Ninguém nos prepara para o envelhecimento de uma mãe.

Quanto a mim, nasci criança, fiquei adolescente, sem dar por isso, tornei-me adulta, sem dar por isso, envelheci, sem dar por isso.

Mas isto também pode ser dito com outras contas: nasci criança, levei uns bons 40 anos a ficar adolescente, mais uns vinte a ficar adulta; precisei de uns bons 10 anos, para atingir a ternura dos quarenta, com mais 5 anos cheguei aos cinquenta. Dias depois, fiz 64.

A primeira vez em que percebi o que me estava a acontecer, foi no dia em que, no metro, uma jovem, carregada de livros, se levantou para me oferecer o lugar. Levei tempo a perceber que os meus cabelos grisalhos lhe tinham dito o que eu me recusara a ouvir. Sorri interiormente e continuei a iludir-me: fiquei com cabelos brancos muito cedo. A seguir, vieram as dores, o cansaço, a falta de memória, a obesidade. Quem diz que a juventude é um estado de alma nada percebe, de facto, de biologia e reumático. A pouco e pouco, eu, que crescera sendo a mais nova em todos os grupos – sempre gostei de me relacionar com pessoas mais velhas – dei por mim a ser a mais velha dos grupos. Era a mais velha nas discotecas, nos bares, nas festas de aniversário de colegas, no curso de prova de vinhos, nas aulas de violino, nas *workshops*... Até que passei a ser... a ausente. Tornei-me alvo de «idadismo» - a discriminação das pessoas mais velhas. E, agora, pergunto-vos: quem de vós, quando fala de inclusão, pensa na exclusão das pessoas idosas?

Por sorte, cruzou-se comigo, por essa altura, o livro *Out of time*, de Lynne Segal (2013) e percebi que estava na hora de fazer o meu *coming out* como... idosa!

A partir daí, a vida começou a ficar menos cinzenta, pois encontrei um novo sentido para ela, uma nova postura. O conhecimento e a compreensão do que se passava apagou o medo.

Desculpem-me se começo com este tom tão pessoal, mas o que sei de envelhecimento é fruto, sobretudo, das minhas vivências. E as minhas vivências não me prepararam para o «envelhecimento» e muito menos para o «envelhecimento ativo». Aliás, creio que posso dizer que esta preocupação com o envelhecimento ativo é uma «modernice» filha das aposentações.

Nas últimas décadas, a evolução científica e tecnológica levou a uma profunda alteração da tessitura social e apanhou-nos desprevenidos e desprevenidas. E a saída da mulher para trabalhar fora do lar afetou sobretudo, ousaria dizer, as faixas etárias dos extremos: não havia estruturas para acolher as crianças durante a ausência da mãe e não havia estruturas para acolher os idosos e as idosas, na ausência das «donas de casa». Acolher e ocupar prazerosamente, dignamente, aceitavelmente.

As principais vítimas do idadismo somos nós, as mulheres – ou não se diria que não se pergunta a idade a uma senhora. As principais consumidoras de cosméticos, *liftings*,

pintura para os cabelos, somos nós; e a publicidade faz-se em torno de tirar-nos anos.

Mas aqui estamos nós, avós, ou com idade para o ser. Garanto-vos que nunca encontrei um livro em que as avós fossem a conferências internacionais.

ENVELHECIMENTO (IN)ATIVO NA LITERATURA PARA A INFÂNCIA - A REGRA

Na literatura tradicional, encontramos, predominantemente, velhas e velhos rurais (sim, continuo a falar de velhas e velhos). Reflexo de um tempo em que a experiência era valorizada, são velhos e velhas com sabedoria e, muitas vezes, com poderes sobrenaturais. Não será descabido notar que, nestas narrativas, a personagem que corresponde à fada é também, muitas vezes, representada como uma velha, muito velha. Aliás, na versão de «A Bela Adormecida», de Disney, as fadas são representadas como 3 velhas simpáticas. E nas velhas coleções de contos tradicionais como «A formiguinha» ou «Um céu azul», as velhas que aparecem podem usar os poderes para o mal ou para o bem; só mais recentemente é que as velhas começaram a ser diabolizadas.

A literatura para crianças, com textos originais e em suporte escrito, surge em pleno período de alteração do conceito de família e vai plasmar essa nova representação: a família urbana com a mãe doméstica, o pai com uma profissão remunerada; a mãe de avental, o pai de chapéu e pasta na mão. Os velhos e as velhas do bosque desaparecem e, quando há personagens mais velhas, quer apareçam individualmente, quer enquanto casal, a principal ocupação destas pessoas – ou a que é principalmente mostrada – é a de avó e de avó. Esporadicamente, aparecem velhas que não são avós, mas são cuidadoras, como em *Um menino bateu-me à porta* (Neves, 2019) ou em *A viúva e o papagaio* (Woolf, 2019). Mas, ainda assim, exercem a atividade de forma distinta. Etimologicamente, o verbo aposentar está ligado ao lexema aposento e significa guardar, abrigar. Mas a aposentação é representada de forma diferente para avós e avôs. A avó ou a velha cuidadora desempenham o seu papel predominantemente em casa e, sobretudo, na cozinha. O avó desempenha-o predominantemente no exterior e, particularmente, no campo ou num parque.

Esta representação discriminatória não se limita ao texto; é partilhada pela imagem; por vezes, é mesmo acrescentada pela ilustração, já que o texto não a explicita. Isso acontece, por exemplo, em *O Nabo Gigante*, de Aleksei Tolstoi. Enquanto o texto nos diz «O velhinho puxou e içou e sacudi e puxou com mais força, mas o nabo não se mexeu. O velhinho foi à procura da velhinha.» (Tolstoi, 2005, n.p.), a ilustração, de Niamh Sharkey, mostra-nos o velhinho, em primeiro plano, a puxar pela rama do nabo e, em plano de fundo, a velhinha junto de um estendal de roupa.

Em *Todos por um risquinho*, de Alexandre Honrado, livro que recebeu o Prémio Cidade de Almada/Maria Rosa Colaço 2013, quando andam a tentar descobrir quem fez um risco na parede, pode ler-se, numa página, à esquerda: «Teria sido a avó? Mas a avó fazia bolos, contava histórias, levava os netos à escola, conversava com as amigas, via televisão e ouvia rádio...» (Honrado, 2014, n.p.). A ilustração, de Joana Rita, mostra cinco senhoras à volta de uma mesa com chá e bolos. Na página da direita, lê-se «Teria sido o

avô? O avô lia o jornal, comia os bolos da avó, contava histórias, levava os netos à escola, conversava com os amigos, dormia à frente da televisão, ouvia rádio (muito alto por já não ouvir bem.» (Honrado, 2014, n.p.). Na ilustração, vê-se o avô sentado num banco de jardim, junto ao que parece ser um lago ou um rio (o desenho está cortado; não se vê a base dos arbustos que aparecem na parte de cima do banco nem os pés do lado do banco que parece estar sobre água). O avô é calvo, de longas barbas e longos bigodes brancos, veste casaco de xadrez castanho e creme, camisa, calças e sapatos cremes. Está a olhar para um livro aberto, que segura com a mão esquerda, lado em que está o neto, sentado com os pés sobre o banco, olhando também para o livro. O menino veste uma blusa com riscas verticais azuis e uns calções de xadrez castanhos e cremes. Sublinhe-se que é ruivo, um aspeto que considero positivo, pois raramente se representam personagens ruivas. O braço direito do avô está sobre um cãozinho ou uma cadelinha. O animal de estimação, sentado no banco, olha para o avô. O pelo do animal de estimação tem a cor do cabelo do menino. Sobre o encosto do banco, também à direita do avô, vê-se um aparelho de rádio presumivelmente de pilhas. Também à direita do avô, mas de pé e mais distante, está a neta, com o cabelo mais loiro que ruivo, usando um vestido creme com flores em tons de rosa e vermelho, mangas vermelhas e meias vermelhas e brancas. Tem um *hula hoop* à volta da cintura e segura na mão os fios que prendem três balões coloridos. O avô parece estar de costas viradas para ela, tendo um joelho dobrado na direção do neto e o outro virado para a frente. Embora este avô vá passear neto e neta, a forma como é representada a sua postura associa-o ao neto.

Gostaria, agora, de vos falar de dois títulos anunciados como *bestsellers* do New York Times: *Como tomar conta de uma avó* (Reagan, 2015a) *Como tomar conta de um avô* (Reagan, 2015b). Em ambos os livros são as crianças que, no papel de narradora e narrador, dizem o que se deve fazer para cuidar de uma avó e de um avô, respetivamente. A menina é levada pelo pai e pela mãe a casa da avó. A lista de coisas que a neta sugere que podem ser feitas com a avó contempla: ir ao parque, para andar de escorrega, brincar no baloiço e alimentar os patos; fazer bolos; ficar em casa a fazer uma passagem de modelos, fazer *yoga*, ver retratos de família, brincar às escondidas, usar chapéus tontos, ler muitos livros e fazer puzzles, cantar e dançar, brincar às lojas de sapatos, vestir a avó, para ela se ver ao espelho, brincar com a comida para fazer caras tontas; à noite, ajudar a avó a encontrar a primeira estrela, voltar para casa, aconchegar-se, ler, pedir à avó que conte histórias de quando a mãe da menina era pequenina, mostrar à avó como dizer «gosto de ti» sem falar, enumerar sítios onde se pode dormir e, deitadas, brincar com as sombras das mãos. No dia seguinte, pai e mãe vão buscar a menina que diz o quanto é difícil separar-se da avó e, para amenizar a separação, sugere que se lhe emprestem purpurinas, livros, autocolantes e fitas.

Já no caso do avô, é este que se dirige à casa do neto. Começam por se deliciar com comidas nada saudáveis que não são cozinhadas por eles. As brincadeiras envolvem ir passear para saltar por cima das brechas no passeio, procurar lagartixas, pedras engraçadas e dentes de leão; brincar com poças de água ou aspersores. Em casa, o menino sugere dar cambalhotas, vestir algo assustador (a ilustração mostra o menino a fazer de fantasma), exhibir os músculos. O avô bate palmas e entra nas brincadeiras com o neto, marchando enquanto o menino toca tambor e o avô sopra *kazoo*, construindo uma caverna de piratas, fingindo que há tubarões e evitando tocar com os pés no chão; à hora

da sesta, o narrador sugere pedir ao avô para ler, para que este adormeça e, enquanto ele dormir, fazer um desenho ou de uma batalha entre pirata e tubarão, ou do dinossauro favorito ou do menino e do avô a saltarem numa poça de água. Depois, acordar o avô, usar os músculos para o tentar levantar, fazer-lhe cócegas no nariz e nos dedos dos pés, cantar cada vez mais alto. Como, entretanto, fica tudo desarrumado, sugere colocar música mexida e começar a colocar tudo novamente na caixa de brinquedos. Também aqui a hora da despedida é difícil e, para a amenizar, o menino sugere que se ofereça um desenho ao avô.

Avós e avôs transmitem a netos e netas afeto e, pontualmente, memórias – contudo, essas memórias, de uma forma geral, não são usadas para colocar em evidência o processo de perda e de enriquecimento do envelhecer. É como se as personagens já tivessem nascido velhas. Logo, os livros não preparam para o envelhecimento de avôs e avós -nem, sobretudo, de pais e mães.

Em síntese, e de uma forma geral, das obras analisadas – e com as exceções de que falaremos a seguir -verificamos que, na literatura para crianças,

- não encontramos envelhecimento, enquanto processo; encontramos apenas idosos e idosas;
- os idosos e as idosas não têm verdadeiramente um envelhecimento ativo já que apresentam como única ou principal atividade serem avôs e avós ou cuidadoras:
- não há representações de avôs nem de avós do século XXI, com atividades de enriquecimento pessoal, de diversão, de convívio, que não sejam as ligadas à família e ao cuidar;
- a (in)atividade masculina é tendencialmente diferente da feminina;
- a avó ocupa predominantemente espaços interiores; o avô aparece predominantemente nas ruas e nos jardins públicos;
- a avó surge como uma mãe, doméstica, mas com mais tempo e mais paciência; o avô surge como um irmão mais velho, mas com mais tempo e mais paciência;
- a avó cozinha, costura, conta histórias; o avô lê, fuma, come os cozinhados da avó, e brinca, joga com o neto;
- o papel das avós ou das cuidadoras é desempenhado, sobretudo, dentro de casa, com pouca atividade física e pouca criatividade; o papel dos avôs é desempenhado preferencialmente no exterior, com mais atividade física e intelectual, mais criatividade e aventura;
- da mesma forma que não aparece o envelhecer, ser idoso ou idosa é apresentada como uma fase estática, impermeável à mudança;
- estão ausentes as relações amorosas, a possibilidade de enamoramento.

ENVELHECIMENTO (IN)ATIVO NA LITERATURA PARA A INFÂNCIA - AS EXCEÇÕES

Como disse, há exceções. Termino apresentando algumas.

Em *O coração e a garrafa* (Jeffers, 2019), editado pela Orfeu Negro (Fig.1), encontramos a narrativa da dor causada pela perda de um ente querido e o processo de reconstrução psicológica.



Fig. 1 (© Oliver Jeffers 2010)

O livro fala-nos de uma menina que queria saber tudo acerca do mundo. É pela ilustração que entendemos quem é a sua motivação. Não sabemos se é um pai, um avô.... Sabemos que é com ele que dialoga e que explora o mundo e vemos-la em atividades diversas, na sua companhia (Fig. 2).

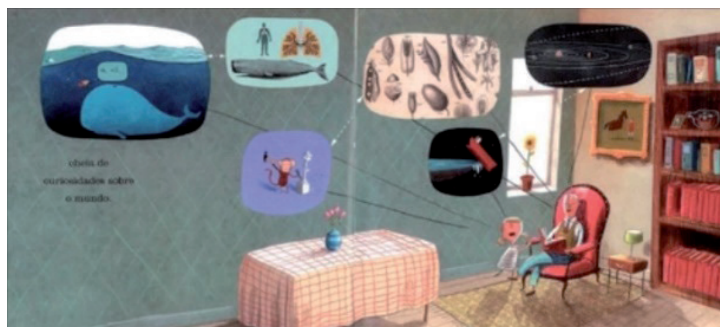


Fig. 2 (© Oliver Jeffers 2010)

O texto nunca refere o homem; nem sequer quando ele deixa de lá estar para a menina. O texto não fala de morte. Vemos, numa página, a menina a correr, feliz, com um desenho na mão, e, no verso, no meio da página branca, a menina perante uma imensa cadeira vazia (Fig. 3).



Fig. 3 (© Oliver Jeffers 2010)

Depois, acompanhamos o sofrimento da menina que, para se proteger, coloca o coração numa garrafa e continua a crescer, mas desinteressada do mundo. Até que a curiosidade de alguém mais pequeno a faz desejar tirar o coração da garrafa, o que só consegue fazer com a ajuda dessa criança. A primeira menina – já mulher – volta a sentir curiosidade e a cadeira deixa de estar vazia, porque ela se senta lá. É também pelas mãos da editora Orfeu Negro que nos chega, com texto e ilustração de Catarina Sobral, *O meu avô* (Sobral, 2014) (Fig. 4).



Fig. 4 (© Catarina Sobral 2014)

Gosto de usar a expressão literatura **também** para crianças porque considero que um livro que não agrade a pessoas adultas não é certamente bom para crianças; podemos ter bons livros para pessoas adultas que não agradem a crianças, por estas não terem ainda as vivências nem o desenvolvimento linguístico necessários à sua fruição. Este livro de Catarina Sobral tem, a cada página, uma «piscadela de olhos» para as pessoas crescidas, enquanto vai contribuindo para a educação estética da criança. Há imensas intertextualidades; Jacques Tati, Charlie Chaplin, Édouard Manet, Fernando Pessoa, Almada Negreiros aparecem-nos subtilmente, ao virar de cada página. Mas o que torna o livro mais atual é o facto de este ser já um avô do século XXI, que tem aulas de alemão e de pilates, faz piqueniques na relva, com outras pessoas da mesma idade, cozinha e faz a sua própria massa fresca, participa em serões de leitura, escreve longas cartas de amor e tem uma amiga com quem toma chá todos os dias. É, pois, muito mais do que simplesmente um avô. É um cidadão. Num sugestivo jogo de ilustração, a qualidade de

vida do avô vai sendo comparada com a falta de qualidade de vida do vizinho, o Dr. Sebastião, que é mencionado pelo texto apenas uma vez, no início, numa ilustração que os mostra a cruzarem-se, um a sair à pressa para o trabalho, o outro a regressar do passeio com o animal de estimação. Nas páginas seguintes, encontramos sempre, na esquerda, o Dr. Sebastião a desenvolver uma atividade equivalente à que é narrada e descrita para o avô, mas, enquanto, por exemplo, o vizinho compra uma piza, o avô faz massa fresca em casa; enquanto o Dr. Sebastião aquece comida no micro-ondas, no local de trabalho, o avô faz piqueniques na relva, com pessoas amigas; enquanto o vizinho trabalha ao computador (Fig. 4), o avô escreve, com caneta, «ridículas cartas de amor» (Fig. 5).

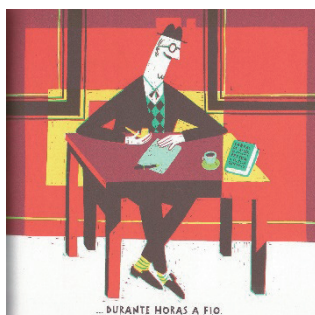
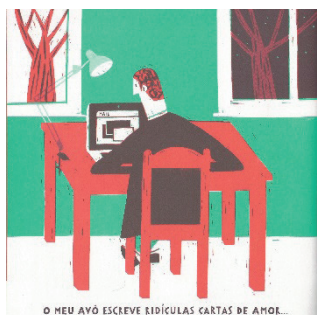


Fig. 4 (© Catarina Sobral 2014)

Fig. 5 (© Catarina Sobral 2014)

Um outro livro da Orfeu Negro, já mais recente, fala-nos de uma avó que também é mais que isso. Uma avó que ousa não ter tempo para brincar. Em *O pássaro da Avó* (Davies, 2019) (Fig. 6), um neto, Noé, vai visitar a avó que vive sozinha numa ilha.



Fig. 6 (© Benji Davies 2018)

O narrador diz-nos que Noé não sabia o que achar dessa avó que lhe fazia «sopa de algas e guardava a dentadura num frasco». A caracterização da avó fica, sobretudo, a cargo da ilustração (fig. 7).



Fig. 7 (© Benji Davies 2018)

É também através da ilustração que sabemos como eram passados os dias desta avó, que «estava sempre ocupada com alguma coisa... ou outra... e nunca tinha tempo para brincar» (Fig. 8).



Fig. 8 (© Benji Davies 2018)

Um dia, o menino decide ir passear sozinho. Acaba por entrar numa caverna onde aparece, depois, um passarinho, muito maltratado. Noé quer levá-lo à avó, pois acha que ela pode ajudar, mas acaba por ser apanhado por uma tempestade e pela maré que subia. Foi salvo pela avó, que o foi buscar, no barco à vela. Pelo caminho, resgataram mais pássaros, que tinham sido arrastados para os rochedos, pelo vento. Trataram deles e, quando a tempestade passou, os pássaros voaram para longe, exceto o que Noé primeiro apanhara. Avó e neto «passaram juntos o resto do verão, a explorar rochas e praias...».

Em *Um menino bateu-me à porta* (Neves, 2019), com ilustração de Ana Granado, encontramos uma mulher que vive sozinha, a narradora (Fig.9).



Fig. 9 (© Zero a Oito 2019)

Sendo uma narrativa autodiegética, a narradora dispensa-se de se descrever. É a ilustração que nos mostra a sua faixa etária (Fig. 10), dispensando substantivos e adjetivos que tendem a ser mal recebidos – e vejo esse desconforto na procura das palavras como mais uma marca do idadismo.



Fig. 10 (© Zero a Oito 2019)

A mulher acolhe um menino migrante, que fala outra língua, e consegue comunicar com a criança, mesmo sem recurso à linguagem verbal, cuidar do menino, passar pela burocracia, aprender algumas palavras em árabe, ensinar algumas palavras em português, implementar a socialização do menino com outras crianças, levando-as a criar laços de empatia e a entender a situação, até ao feliz reencontro com o pai e a mãe. Ou seja, é uma mulher que não necessita do papel de avó, para existir, e cuja função de cuidadora é fruto de um acaso e pontual. A ilustração, sendo simples, é bastante expressiva, funcionando ora como complemento (Fig. 10) ora como reforço, como no caso em que texto e imagem transmitem a tristeza do menino numa metáfora hiperbólica (Fig. 11).



Fig. 11 (© Zero a Oito 2019)

Por fim, *the last but not the least*, chega-nos, através da editora Kalandraka, *A avó adormecida* (Parmeggiani, 2019), com ilustrações de João Vaz de Carvalho, o único livro em que encontrámos o envelhecimento significativamente como um processo (Fig.12).

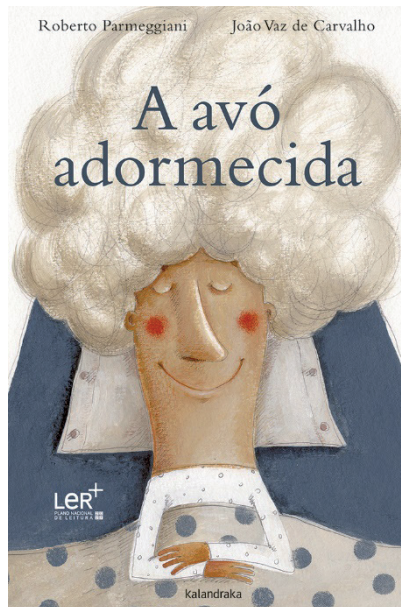


Fig. 12 (© João Vaz de Carvalho/Ilustropia.com 2014)

O livro fala-nos de um menino e da avó que contraiu Alzheimer. O narrador autodiegético, que coincide com o menino, leva-nos, através de uma analepse, do leito da «avó adormecida», ao lado do qual o neto se interroga, espera e lê o livro favorito da avó, para que ela não se sinta só, até ao aparecimento dos primeiros sintomas, que são retratados de forma delicada, com um humor reforçado pela ilustração (Figs. 13 e 14).



Fig. 13 (© João Vaz de Carvalho/Ilustopia.com 2014)



Fig. 14 (© João Vaz de Carvalho/Ilustopia.com 2014)

Continuamos a recuar até aos dias em que avó e neto passavam muito tempo juntos, liam, faziam pizzas; a avó contava histórias, levava o neto ao quiosque para lhe comprar cromos, e abraçava-o «a toda a hora». A ilustração complementa o texto, acrescentando o tempo passado no parque (Fig. 15).



Fig. 15 (© João Vaz de Carvalho/Ilustopia.com 2014)

A avó esteve a dormir durante um mês, até que «apareceu um príncipe encantado, deu-lhe um beijo, despertou-a e partiram juntos». Sim, esta parte de a avó estar a dormir e ser beijada por um estranho, por mais encantador que ele fosse, é o que menos me agrada. Mas perdoa-se porque ela era dona da sua vida, antes de «adormecer». Perdoa-se o mal que faz o episódio a lembrar o sexismo de outras histórias, pelo bem que sabe ler, depois, que a avó «voa alto como os papagaios de papel. Nada nas profundezas do mar. Bebe litros de limonada. E prepara toneladas de pão». Perdoa-se, porque é descrita como uma avó tão inspiradora, que o neto lhe segreda, enquanto ela dorme, que quando for grande quer ser como ela e «cozinhar o melhor esparguete à bolonhesa do mundo». Perdoa-se, sobretudo, pela atualização que é feita, na ilustração, mostrando uma avó ativa na exteriorização dos afetos (Fig. 16).



Fig. 16 (© João Vaz de Carvalho/Ilustopia.com 2014)

Sendo um tema de difícil abordagem, junto de um público infantil e não só, é aqui tratado com delicadeza, humor e poesia, numa articulação inteligente e sensível entre texto e ilustração.

Obrigada por estes minutos de envelhecimento conjunto.

BIBLIOGRAFIA

- Davies, B. (2019). *O pássaro da Avó*. Lisboa: Orfeu Negro.
- Honrado, A. (2014). *Todos por um risquinho*. Lisboa: Bertrand.
- Jeffers, O. (2010). *O coração e a Garrafa*. Lisboa: Orfeu Negro.
- Neves, M. C. (2019). *Um menino bateu-me à porta*. Lisboa: Zero a Oito.
- Parmeggiani, R. (2019). *A avó adormecida*. Matosinhos: Kalandraka.
- Segal, L. (2013). *Out of Time: The Pleasures and the Perils of Ageing*. London: Verso.
- Reagan, J. (2015a). *Como tomar conta de uma avó*. Amadora: Booksmile.
- Reagan, J. (2015b). *Como tomar conta de um avô*. Amadora: Booksmile.
- Tolstoi, A. (2005). *O Nabo Gigante*. Lisboa: Horizonte.
- Woolf, V. (2019). *A viúva e o papagaio*. Porto: Porto Editora.



V PARTE
EDUCAÇÃO E ENVELHECIMENTO ATIVO



15. Reconhecer e Valorizar o Saber Experiencial dos Adultos Idosos: Contributos da Pedagogia-Andragogia Participativa

*Rosanna Barros*¹

RESUMO: Das várias características socioculturais em presença num dado grupo de adultos-idosos há que saber retirar sinergias e conteúdos para as atividades educacionais que aportem significados e interesses partilhados, capazes de fazer expandir o que se sabe para produzir, a partir daí, novas aprendizagens. Este capítulo, de caráter ensaístico, trata da importância, para esse desiderato, de contextualizar a ação educacional para o ‘envelhecimento ativo ao longo da vida’ através da valorização da participação e da reflexividade crítica sobre a experiência. Para tal, convocam-se conhecimentos do campo da educação de adultos e adultos-idosos, bem como autores perenes da teoria educacional, evidenciando os fundamentos de uma pedagogia-andragogia participativa.

Palavras-Chave: saber e aprendizagem experiencial; pedagogia-andragogia participativa; envelhecimento ativo ao longo da vida; educador de adultos e adultos-idosos.

INTRODUÇÃO – REFLEXÕES SOBRE ‘ENVELHECIMENTO ATIVO AO LONGO DA VIDA’

Este capítulo parte de uma premissa conceptual que entende que um ‘envelhecimento ativo ao longo da vida’ implica uma relação continuada entre o trabalho educacional e o curso de vida dos indivíduos, em relação intersubjetiva permanente com os contextos comunitários nos quais estão inseridos e nos quais, enquanto sujeitos, vão desenvolvendo um saber de tipo experiencial. Isto significa que, por um lado, adotamos o conceito de envelhecimento ativo, tal como o coloca Correia, “aplicável a todos os indivíduos e populações (...) o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva, potenciadora do bem-estar físico, psicológico e social ao longo da vida, com a participação do indivíduo na sociedade, de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades” (2014, p. 10), e, por outro lado, que entendemos que o trabalho educacional se faz ao longo do curso de vida, logo, sobretudo com adultos e com adultos-idosos.

¹ Universidade do Algarve. rbarros@ualg.pt

Ora, a adoção deste prisma obriga a reequacionar a fronteira epistemológica que tende a dividir uma ‘pedagogia’, vista como o trabalho educacional com crianças e jovens, e uma ‘andragogia’, vista como o trabalho educacional com adultos e adultos-idosos, para pensar uma *pedagogia-andragogia participativa* que envolve o trabalho educacional com o(s) sujeito(s), e os seus contextos, ao longo do seu curso de vida. Tal reformulação teórico-conceptual faz com que seja necessário visitar autores perenes do campo educacional para convocar, a partir do património de conhecimento existente, uma nova constelação teórico-conceptual que confira sentido(s) ao papel do educador crítico, e que abra caminho a um trabalho educacional assente na experiência de vida e na participação democrática.

É, pois, pensando por este ângulo analítico que, a partir da ótica geral em que nos inscrevemos, isto é, a da *educação de adultos e adultos-idosos crítica e esperançosa*, começamos, antes de mais, por sublinhar que o potencial transformativo do *saber* e da *aprendizagem experiencial* permanece hoje prisioneiro de um uso restrito e instrumental deste conceito, paradigmaticamente inscrito na matriz da aprendizagem ao longo da vida (Barros, 2011) e preocupado em aferir instrumentos individuais de medição e dispositivos de avaliação de adquiridos, que sendo experienciais não são porém sociologicamente críticos, ingrediente sem o qual os atores sociais envolvidos correm o risco de não compreender os mecanismos segundo os quais a aprendizagem experiencial tem em si própria, nas suas práticas discursivas como nas suas práticas sociais, tanto um potencial para a emancipação como um potencial para a opressão, ou seja, tanto para a libertação e criatividade coletivas como para a domesticação individual e o controlo social. Com efeito, a *dimensão sociológica da experiência* é praticamente invisível nas práticas discursivas hegemónicas que, opondo implicitamente um conhecimento experiencial, ou prático, a um conhecimento teórico, ou abstrato, insistem numa dicotomização, que para além de falsa é realmente improdutiva e impede, em última instância, os adultos-idosos de empreender uma leitura sociologicamente crítica e emancipadora do mundo. No contexto ocidental, trata-se crescentemente de um mundo com quadros de envelhecimento demográfico acentuado² e que, recorde-se, está tendencialmente mais injusto nos contextos atuais da governação global e da hegemonia de uma agenda de políticas sociais de pendor neoliberal (Antunes & Barros, 2019; Barros, 2018a)

Ora, uma das formas, entre outras, de reintroduzir mecanismos de reflexão-ação críticos, em que temos vindo a insistir (Barros & Choti, 2014; Barros, 2016), pode ser, por exemplo, resgatar os fundamentos teórico-conceptuais de termos, noções e conceitos educacionais críticos, e de cariz sociológico, que estão hoje em voga, na esfera pública da comunicação de massas, mas que no processo de celebração política e de incorporação na agenda hegemónica, sofreram importantes ressemantizações (Barros, 2012). É o caso do conceito de *aprendizagem experiencial*, que a secção seguinte deste capítulo se propõe analisar com maior detalhe.

² Em Portugal, por exemplo, o Instituto Nacional de Estatística prevê que os idosos irão ter no futuro uma enorme prevalência, projetando-se que virão a atingir, em 2050, cerca de 3 milhões num total populacional de 9,302 milhões (INE, 2002).

1. O SABER E A APRENDIZAGEM EXPERIENCIAIS – APROXIMAÇÕES CONCEPTUAIS

Em parte como resultado da complexidade da sua gênese e em parte como resultado das suas implicações teóricas, o conceito de *aprendizagem experiencial* tem sofrido ao nível da sua utilização uma acentuada e progressiva dinâmica de construção, desconstrução e reconstrução de sentidos particularmente assinalável na medida em que a expressão *aprendizagem experiencial* “tem sido reapropriada para designar tudo” (Fenwick, 2000, p. 243), sendo atualmente uma expressão corrente, normalmente pouco problematizada, amplamente difundida e aceite tanto ao nível das práticas, e das representações sobre as práticas que os atores criam no terreno, bem como ao nível dos discursos normativos e políticos que a nível nacional ou supranacional são produzidos e difundidos, o que faz com que, e nas palavras de Fenwick, a *aprendizagem experiencial* seja hoje “uma das áreas mais significativas para a prática e a investigação em educação de adultos-idosos e, crescentemente também, uma das áreas mais problemáticas” (Fenwick, 2000, p. 243).

Provindo o qualificativo *experiencial* da palavra *experiência*, e estando esta na base de muitos dos atuais discursos acerca das práticas e políticas educacionais, incluindo o campo da gerontologia educativa e da educação intergeracional (Barros, 2020; 2018b; Merrill, Barros, Fernandes & Seixas, 2016), justifica-se, desde logo, fazer aqui uma sistematização dos principais entendimentos que o conceito de *experiência* tem merecido em termos teóricos.

Derivando do latim *experientia*, que resulta do verbo *experiri* e que significa fazer ensaio, o termo *experiência* tem também associada à sua significação a origem etimológica grega, na qual significa prova. Deste modo, vários autores têm atribuído ao conceito de *experiência* um, de dois sentidos elementares: um sentido de orientação para o futuro, relacionado com a ideia de ensaio; e outro sentido de orientação para ações passadas, relacionado com a ideia de prova (Cavaco, 2002, p. 30). A segunda forma de entendimento, apesar de não ser exclusiva, é, no entanto, a mais disseminada. Por exemplo, Courtois (1989) rejeita a primeira formulação argumentando que esta está mais próxima da ideia de *experimentação*, que rejeita para as práticas educacionais, isto na medida em que *experimentar* significa conduzir uma *experiência* ordenada que tem por base uma hipótese que se quer validar ou declinar.

No quadro conceptual mais amplo, que associa ao conceito de *experiência* a ideia de prova e, portanto, a orientação para ações passadas, ou seja, para aquilo que somos capazes de perceber do que já foi vivido, encontramos diversos autores, de que destacamos Roelens (1989) que, com base nos trabalhos de Mezirow, distingue duas concepções de *experiência*: uma que concebe a *experiência* como o resultado de uma confrontação com uma situação abrupta para a pessoa que pode implicar o reformular dos quadros de representações já existentes por não se possuir um referencial adequado; e outra que concebe a *experiência* como o património de representações já adquiridas que se convocam quotidianamente sempre que é necessário atribuir sentido a novas interações.

Neste âmbito destacamos o contributo de Vermersch (1991), para quem é possível identificar três tempos distintos e sequenciais em toda e qualquer *experiência*: um primeiro tempo atribuído à *experiência* a sua conotação de *experimentação*, por ser um tem-

po de antecipação e de preparação, que precede a experiência propriamente dita; um segundo tempo é o da experiencição da experiência, que corresponde ao tempo em que ela acontece de facto; e um terceiro tempo é já posterior, é um tempo de retorno reflexivo sobre a experiência. Referimo-nos aqui a esta elaboração teórica porque as implicações deste terceiro momento ou tempo, têm sido consideradas pertinentes na maioria das conceptualizações acerca da aprendizagem experiencial, na medida em que se parte do pressuposto base de que é necessário explorar e compreender a experiência para que possa haver aprendizagem. Tal como afirma Fenwick, verifica-se “uma predominante conceção, tanto na teoria educacional como na prática da aprendizagem experiencial, que a entende como construção refletiva de significados” (Fenwick, 2000, p. 244).

É assim que, de modo geral, no campo da educação de adultos-idosos, e nos modelos da pedagogia-andragogia participativa, considera-se que o conceito de experiência “remete-nos para todas as situações de vida com as quais as pessoas são confrontadas, sem intervenção de qualquer mediação ou intermediário, trata-se de um contacto direto com uma dada realidade” (Couceiro, 1995, p. 334). Sublinhando a importância que atualmente é dada aos saberes adquiridos por via experiencial, Canário afirma que é essencial “procurar articular uma lógica de continuidade (sem a referência à experiência anterior não há aprendizagem), com uma lógica de rutura (a experiência só é formadora se passar pelo crivo da reflexão crítica)” (Canário, 2000, p. 111).

Também Melamed (1989), referindo que a vida dos indivíduos adultos-idosos é constituída por milhares de experiências, umas de carácter trivial e outras de cariz mais significativo, salienta que, para existir aprendizagem, a partir dessas experiências, é necessário que se proceda primeiro a uma seleção dessas mesmas experiências, seguida de uma reflexão e de uma atuação ativa que implica, por um lado, a mudança de consciência e de perceção sobre os referenciais do mundo social, e, por outro lado, a própria transformação de comportamentos e atitudes. Assim, Melamed avança com uma das mais consensuais definições de aprendizagem experiencial: “a aprendizagem que ocorre quando existem alterações nos juízos, sentimentos, conhecimentos ou aptidões para uma pessoa em particular, ocorridas por meio de vivências” (Melamed, 1989, p. 193).

Mais recentemente, a conceptualização de Ndoye (2003) traduz o essencial daquilo que se entende ser atualmente a aprendizagem experiencial e que nos seus termos representa: “um processo de criação de conhecimento onde novas experiências são integradas nas experiências anteriores e transformadas em conhecimento relevante, duradouro e corrigível adequado para a aplicação em ambientes de aprendizagem” (Ndoye, 2003, p. 354). Nesta linha de fundamentação, argumenta-se aqui, na esteira de Kolb (1984), que a aprendizagem nos adultos e adultos-idosos ocorre quando se procede à seleção da informação relevante proveniente da experiência e à interpretação crítica da mesma, a partir do património de conhecimento que se possui previamente.

Ora, o modelo da aprendizagem experiencial de Kolb, conhecido por *ciclo de Kolb*, é, sem dúvida, a teorização mais referenciada neste contexto de reflexão. Partindo do modelo da investigação-ação de Lewin, Kolb (1984) concebe a aprendizagem experiencial como um processo cíclico constituído por quatro fases, que podemos sintetizar assim: na primeira fase temos o início da aprendizagem que supõe a ocorrência concreta da experiência; na fase seguinte tem lugar a observação e a reflexão sobre a experiência realizada; na terceira fase dá-se a integração da experiência num conjunto de conceitos

e de generalizações abstratas; e, por fim, tem lugar o confronto com a realidade através da experimentação ativa, que é por sua vez geradora de novas experiências. O influente modelo da aprendizagem experiencial de Kolb tem sido abordado por diversos autores, em diferentes contextos, de tal modo que existe uma verdadeira panóplia de teorizações a respeito do conceito de aprendizagem experiencial que a ele se referem.

De um outro ponto de vista, interessa sublinhar que a popularidade e atual disseminação do conceito de aprendizagem experiencial nos documentos normativos e nas esferas públicas da comunicação de massas, pressupõe a necessidade de uma vigilância crítica na sua análise. Como afirma Tight, “um vasto número de diferentes usos do conceito de aprendizagem experiencial são correntes” (Tight, 2002, p. 105) e, como alertam Usher, Bryant e Johnston, “embora a aprendizagem experiencial se tenha tornado fulcral para a teoria e a prática da educação na época pós-moderna, como uma pedagogia é, porém, inerentemente ambivalente e capaz de comportar vários sentidos” (Usher, Bryant & Johnston, 1997, p. 105).

Duas escolas de pensamento e o problema da proliferação terminológica

Há também um fator, de natureza distinta, que poderá contribuir para criar alguma ambiguidade acrescida no domínio do entendimento geral dado ao conceito de aprendizagem experiencial. Trata-se do facto de existirem diferentes terminologias para este mesmo conceito nas duas tradições hegemónicas de pensamento científico que mais contribuem para a construção teórica no âmbito genérico das ciências sociais e da educação, e que são, por um lado, a tradição anglo-saxónica, e por outro lado, a tradição francófona.

Com efeito, a escola de pensamento ou tradição anglo-saxónica adota a terminologia aprendizagem experiencial (experiential learning), enquanto a escola de pensamento ou tradição francófona utiliza a terminologia formação experiencial (formation experiential). Finger (1989) vinca a importância desta questão esclarecendo que se atendermos ao contexto filosófico, podemos considerar que o conceito de aprendizagem experiencial está enraizado na filosofia progressista e pragmática norte-americana, enquanto o conceito de formação experiencial, adotado de facto nas correntes francófonas, deriva sobretudo da ideia de formação pelas experiências de vida, baseada na filosofia dita da vida que tem por base o romantismo alemão.

Segundo Landry (1989), o neologismo de formação experiencial foi introduzido em França apenas nos anos oitenta, não se encontrando ainda suficientemente clarificado do ponto de vista teórico-conceptual. Pineau (2001) também se refere a esta questão afirmando que apenas nos anos noventa é que o neologismo de formação, e ou aprendizagem, experiencial começaria a ser reconhecido em França. Apesar da introdução tardia, a que se referem Landry e Pineau, é possível encontrar um vasto conjunto de conceptualizações acerca da formação experiencial que, de um modo geral, conferem a este conceito um entendimento e uma significação muito próxima da elaborada na tradição anglo-saxónica para o conceito de aprendizagem experiencial.

No âmbito da tradição francófona, esta matéria tem, pois, conhecido um assinalável conjunto de teorizações, de que destacaremos, a título ilustrativo, algumas propostas. Assim, por exemplo, Roelens (1989) considera que a formação experiencial está rela-

cionada com a descoberta da capacidade de pensar e de produzir realidade a partir de cada experiência. Pineau (2001), por sua vez, define formação experiencial como sendo aquela que ocorre por contacto direto, ou seja, sem a intervenção dos veículos convencionais tais como programas e conteúdos, que fazem parte da formação institucionalizada, pressupondo a condução de uma reflexão sobre a experiência. Na mesma linha de pensamento, para Landry (1989) a formação experiencial implica a existência de duas condições fundamentais e que são, por um lado, o contacto direto entre quem aprende e o fenómeno experienciado, e por outro lado, a possibilidade de agir, isto é, de poder exercer uma ação sobre a situação. Por seu turno tanto Dominicé (1990) como Josso (1991) teorizaram de forma particular acerca do conceito de experiência e da sua dimensão formadora, sendo que para ambos a experiência para ser formadora tem de ser construída e refletida, precisando de ser pensada e simbolizada. Josso (1991), refletindo acerca da formação experiencial, afirma mesmo que esta tem a ver com aquilo a que designou de experiência existencial e que envolve toda a pessoa, abarcando a presença ativa do seu ser psicossomático e da sua identidade, e implicando, numa verdadeira plasticidade dinâmica, transformações profundas relacionadas com as suas qualidades socioculturais.

Seguindo a tradição francófona, Cavaco refere que “quando se fala de formação experiencial tem-se subjacente o pressuposto de base, de que se aprende com a experiência (...) para aprender é necessário compreender o sentido das experiências, ou seja, refletir e tornar conscientes as experiências de vida e é nesse sentido que se pode falar de formação experiencial” (Cavaco, 2002, p. 33-34).

Perante a situação paradoxal que, no nosso entender, resulta do facto simultâneo de existirem inúmeras conceptualizações descoincidentes acerca do que é possível entender por aprendizagem experiencial e/ou formação experiencial, ao mesmo tempo em que se constata uma expansão e crescente visibilidade pública da centralidade deste conceito no campo das práticas educacionais optamos por destacar aqui, reconhecendo o seu valor heurístico, dois modelos que representam tentativas extensas de sistematização das imensas propostas conceptuais que existem nesta matéria.

Assim, um modelo pertence à tradição francófona e usa o conceito de formação experiencial, e o outro modelo faz parte da tradição anglo-saxónica e utiliza o conceito de aprendizagem experiencial. O primeiro é o modelo de Landry (1989) e segundo é o modelo de Melamed (1989).

O primeiro, portanto, é o modelo de Landry (1989), que procurando sistematizar as diversas abordagens, bem como os vários campos de investigação e de prática relacionados com o conceito de formação experiencial (*formation experencial*), propõe a divisão em dois grandes grupos temáticos.

Num primeiro grupo temático Landry (1989) agrupa as abordagens assentes em práticas de formação experiencial que privilegiam o saber-fazer, a prática e a ação e que se guiam por uma *dimensão institucional*, na medida em que os resultados esperados são previamente definidos por uma instituição que reconhece formalmente o valor dessa formação. Neste modelo, este vasto grupo temático é subdividido, por sua vez, em três subgrupos: um primeiro subgrupo designado de *formação prática*, onde são consideradas as abordagens que se centram na experiência prática e que visam o desenvolvimento de saberes-fazer a aplicar num contexto específico; um segundo subgrupo denomi-

nado de *formação experiencial supervisionada*, no qual estão incluídas as atividades de formação prática integradas em currículos formais e que valorizam de forma particular a ligação entre teoria e prática; e um terceiro subgrupo designado de *reconhecimento de adquiridos*, e que engloba as abordagens que valorizam os resultados das aprendizagens para fins de reconhecimento *a posteriori*, acreditação e certificação sobretudo em contexto de formação e desenvolvimento profissional.

Num segundo grupo temático Landry (1989) coloca, por seu turno, as abordagens que enfatizam a *experiência vivenciada (vécus)* do indivíduo, que compreende todos os acontecimentos que vão surgindo no decorrer da própria vida de uma pessoa e sobre os quais houve reflexão, e cujos objetivos pessoais são determinantes no processo de formação. Neste modelo, este segundo grande grupo temático aparece também subdividido em quatro subgrupos: um primeiro subgrupo designado de *autoformação*, onde estão as abordagens que entendem a formação como um processo de transformação e de integração da experiência pessoal, destacando o papel da comunicação e da linguagem nesse processo; um segundo subgrupo denominado de *formação existencial*, onde estão situadas as teorizações que evidenciam uma visão antropológica da pessoa cujas estruturas bio-cognitivas são vistas como determinantes na capacidade de integrar as experiências; um terceiro subgrupo designado de *formação experiencial em grupo*, constituído pelas abordagens que valorizam sobretudo as experiências vividas no seio de um grupo, considerando que o que se passa no grupo pode mais facilmente favorecer mudanças de atitudes e de comportamentos; e por fim um quarto subgrupo que Landry denomina de *formação experiencial com vista à ação política e social*, e onde são agrupadas as teorizações que defendem que a consciência crítica é adquirida pela análise e reflexão sobre a experiência pessoal e coletiva.

Ora, o modelo proposto por Landry (1989), espelha já a panóplia de possibilidades de entendimento que é possível associar ao conceito de formação experiencial, no âmbito da tradição francófona, e representa simplesmente um esforço para organizar a variedade de teorizações e interpretações existentes na área educacional para este conceito.

Quadro Síntese 1 – Tipologia de Conceptualizações: Formação Experiencial

Modelo de Sistematização de Landry (1989)	
Conceito de Formação Experiencial (Tradição Francófona)	
Grupo Temático A (Dimensão Institucional)	Formação Prática
	Formação Experiencial Supervisionada
	Reconhecimento de Adquiridos
Grupo Temático B (<i>Vécus</i> – Dimensão Individual)	Autoformação
	Formação Existencial
	Formação Experiencial em Grupo
	Formação Experiencial para a Ação Sociopolítica

Fonte: Landry, F. (1989). La Formation Expérientielle: Origines, Définitions et Tendences. *Education Permanente* (100/101), 26-43.

O segundo é, pois, o modelo de Melamed (1989), que compreende dois grandes grupos temáticos segundo os quais as diversas abordagens acerca do entendimento dado ao conceito de aprendizagem experiencial são organizadas. Encontramos neste modelo um primeiro grupo temático que agrupa as abordagens que se guiam por uma *dimensão institucional* (pragmatic-institucional) e um segundo grupo temático que agrupa as abordagens que valorizam sobretudo uma *dimensão existencial* (individual-existencial).

No conjunto de abordagens que tomam a dimensão institucional da aprendizagem experiencial, Melamed (1989) propõe três subgrupos: um primeiro subgrupo que engloba as abordagens que enfatizam a designada *aprendizagem ativa* (learning by doing) no âmbito da qual a única formulação aceitável para o conceito de aprendizagem experiencial é a que concebe a aprendizagem como o resultado da realização de experiências diretas; um segundo subgrupo constituído pelas abordagens que realçam a chamada *aprendizagem colaborativa* (sponsored, guided or cooperative learning) para as quais o foco primário da aprendizagem está na interligação entre a aprendizagem formal das escolas e universidades e as aprendizagens informais das comunidades locais, com a valorização de iniciativas adequadas a adultos-idosos do tipo programa extra-

muros; e um terceiro subgrupo que abarca as abordagens que sublinham a importância da *acreditação* (credit for life experience) para as quais a forma de promover a inclusão social passa pela validação da experiência adquirida na trajetória de vida por exemplo de mulheres, minorias étnicas e classes trabalhadoras.

O segundo grupo temático deste modelo é constituído por abordagens que seguem uma linha de entendimento acerca da aprendizagem experiencial que valoriza a sua dimensão existencial. Neste grupo Melamed (1989) organiza seis subgrupos: um primeiro subgrupo que corresponde às abordagens que trabalham a *problemática metacognitiva* do aprender a aprender (learning how to learn) e que procuram promover nos indivíduos hábitos e práticas de reflexão acerca da forma como eles próprios se adaptam e reagem às diversas situações de aprendizagem; um segundo subgrupo de entendimentos que valoriza sobretudo a aprendizagem individual resultante do próprio *quotidiano* (personal learning from everyday experience) e que vê na aprendizagem experiencial uma deslocação do objeto de aprendizagem de uma aprendizagem centrada nas experiências a partir do mundo exterior (outer-directed world experiences) para uma aprendizagem centrada no impacto interior dessas experiências (inner-directed personal experiences); um terceiro subgrupo constituído pelas conceptualizações que relacionam a aprendizagem experiencial com os processos grupais de *experienciação social* (experiential social group processes), e que procuram o desenvolvimento de atividades especiais (laboratory or human relations training: T-Groups), destinadas a promover competências sociais; um quarto subgrupo que corresponde às abordagens que estudam as implicações da *aprendizagem experiencial em sala de aula* (experiential learning in the classroom) e que enfatizam a importância da realização de atividades didático-práticas para a aprendizagem; um quinto subgrupo de teorizações que considera a aprendizagem experiencial na medida em que a relaciona com a ação política e social (experiential learning for social and political action) e que, na linha da educação popular, estão particularmente vocacionadas para desenvolver atitudes de mudança e transformação de estruturas sociais percebidas pelos indivíduos como opressivas; um sexto subgrupo, o último considerado neste modelo, diz respeito às abordagens que relacionam a aprendizagem experiencial com a *perspetiva crítica do movimento feminista* (re-visioning the world from women's experience) e cuja relevância para a aprendizagem está em explorar as implicações de uma teoria educacional erigida a partir da experiência do papel atribuído ao género feminino.

Toda esta panóplia de desenvolvimentos teóricos variados em torno do conceito de aprendizagem experiencial pode ser explicada segundo Melamed (1989), pelo facto de se tratar de uma formulação conceptual cuja génese data já de meados de noventa, altura em que o *movimento da aprendizagem experiencial* existia sobretudo como um movimento de ação que visava chamar a atenção para a necessidade de redirecionar o balanço entre a abstração da aprendizagem formal e a experiência prática. Isto apesar do facto deste conceito ter sido tomado enquanto problemática de investigação educacional, sob a influência da teoria da experiência pessoal de Dewey (1980) no contexto dos Estados Unidos, apenas nos anos trinta do século XX.

Quadro Síntese – Tipologia de Conceptualizações: Aprendizagem Experiencial

Modelo de Sistematização de Melamed (1989)	
Conceito de Aprendizagem Experiencial (Tradição Anglo-saxónica)	
Grupo Temático A (Dimensão Institucional - Pragmatic - Institutional)	Aprendizagem Ativa <i>(Learning by Doing)</i>
	Aprendizagem Colaborativa <i>(Sponsored, Guided or Cooperative Learning)</i>
	Acreditação <i>(Credit for Life Experience)</i>
Grupo Temático B (Dimensão Existencial - Individual - Existential)	Dimensão Metacognitiva – Aprender a Aprender <i>(Learning How to Learn)</i>
	Dimensão Quotidiana <i>(Personal Learning from Everyday Experience)</i>
	Processos Grupais de Experienciação Social <i>(Experiential Social Group Processes / T-Groups)</i>
	Processos em Sala de Aula <i>(In Classroom)</i>
	Ação Sociopolítica <i>(Social and Political Action)</i>
	Movimento Feminista <i>(Women's Experience)</i>

Fonte: Melamed (1989). *Experiential Learning for Adults*. In Colin J. Titmus (ed). *Life-long Education for Adults - An International Handbook* (pp. 193-195). England: Pergamon.

Ora, estes dois modelos de sistematização que aqui destacamos, mesmo propondo tipologias distintas entre si, são o resultado expresso de uma mesma preocupação: a de identificar e organizar as principais ideias e entendimentos conferidos, ao longo do tempo e em múltiplos contextos, ao conceito de aprendizagem experiencial. Estes e outros

esforços, que visam conferir inteligibilidade a um domínio vasto de construções teóricas e de práticas pedagógicas associadas, permitem perceber que este conceito representa para a educação de adultos-idosos uma construção teórica de particular relevância e que se constitui como central no debate acerca do papel de vinculação entre educação e ‘envelhecimento ativo ao longo da vida’, que a pedagogia-andragogia participativa pode assumir hodiernamente.

2. O DEBATE ENTRE ANDRAGOGIA E PEDAGOGIA E A CENTRALIDADE DO SABER EXPERIENCIAL

Nesta secção do capítulo procuramos revisitare as ideias base, consubstanciadas no saber e na aprendizagem experiencial dos adultos-idosos, de dois autores charneira no património teórico-conceptual da pedagogia-andragogia participativa: Malcolm Knowles (1913-1997) e Paulo Freire (1921-1997). Tendo desenvolvido, neste âmbito, uma análise mais aprofundada noutra lugar (Barros, 2018c), aqui ensaia-se, apenas, uma síntese comparativa no sentido de explicitar os principais pontos convergentes entre as proposições de ambos os autores, tendo em vista convocar fundamentos perenes que a partir desta reflexão possam animar o trabalho dos educadores críticos da contemporaneidade, que pretendam expandir o potencial que o reconhecimento e a valorização do saber experiencial dos adultos-idosos pode comportar para a promoção de um envelhecimento ativo ao longo da vida.

Ora, o modelo andragógico de Knowles, que conheceu ampla divulgação, suscitou um interessante debate no panorama educacional. Este debate surge da tentativa de restringir o domínio teórico da pedagogia, até então entendido em termos globais, contrapondo-lhe o que seria uma especificidade para o adulto e o adulto-idoso: a andragogia.

O auge destas ideias ocorre na década de sessenta do século XX e, do ponto de vista teórico, a questão que dominava na época, influenciada pelas investigações realizadas no âmbito da psicologia, era a de compreender as características individuais dos adultos e adultos-idosos para que, a partir do conhecimento das suas especificidades, fosse possível encontrar as estratégias de ação educativa apropriadas, o que culminou numa clivagem, tanto teórica como cronológica, entre a infância e a adultez, a que corresponderiam abordagens educativas distintas, sendo que para Knowles, uma vez que pedagogia significa, literalmente, ‘a arte e ciência de ensinar crianças’, então a definição de andragogia poderia ser ‘a arte e ciência de ajudar os adultos (e idosos) a aprender’ (Knowles, 1980, p. 40, 42).

Nesta linha de pensamento é possível identificar um conjunto de pressupostos em torno dos quais se estabelece e estrutura o essencial da comparação entre pedagogia e andragogia. Neste texto destacamos apenas a questão que compreende o tipo de papel atribuído à ‘experiência de quem aprende’, considerando-se, no seio daquele debate, que, enquanto no modelo pedagógico parte-se do pressuposto de que a experiência da criança é de pouca utilidade, o que é valorizado é a experiência do professor, a quem cabe transmitir os seus conhecimentos através de um leque de métodos didáticos, no

modelo andragógico parte-se do pressuposto de que a experiência do educando adulto e adulto-idoso pode ser um rico recurso para promover a aprendizagem, através de um conjunto de métodos ativos e experienciais.

No modelo andragógico de aprendizagem dos adultos e adultos-idosos, teorizado por Knowles, estão ainda presentes três ideias fundamentais: primeiro, que a habilidade para aprender permanece intacta ao longo da vida; segundo, que o processo de aprendizagem é um processo interno controlado pelos indivíduos e que implica todas as dimensões da pessoa; terceiro, que existem certos pressupostos que ao serem considerados na aprendizagem podem conduzir mais facilmente ao crescimento e ao desenvolvimento de quem aprende (Knowles, 1960; 1970). A este propósito Krajnc (1989), inspirado nos princípios do modelo andragógico, salienta que, após o desenvolvimento infantil, o ser humano, durante a vida adulta, atravessa ainda um processo de desenvolvimento físico e psicológico, relacionado com o seu *status* e com as suas responsabilidades sociais perante terceiros, bem como com o seu maior reservatório de experiências, que tornam mais particular as suas necessidades de aprendizagem, pelo que enfatiza que “era decisivo organizar as experiências de aprendizagem de forma adequada à vida do adulto-idoso (Krajnc, 1989, p. 19).

É, pois, pertinente, neste texto, salientar que o contributo específico de Knowles está relacionado com a sua proposta de desenho do processo andragógico, que ficaria conhecida como *o ciclo andragógico de Knowles*. Neste modelo existem sete fases sequenciais e progressivas que são: primeiro, a criação de um clima que favoreça a aprendizagem; segundo, o estabelecimento de uma estrutura organizativa que permita a participação do adulto e do adulto-idoso no planeamento; terceiro, o diagnóstico das necessidades de aprendizagem; quarto, a formulação dos objetivos das aprendizagens; quinto, a conceção de um desenho ou roteiro de atividades; sexto, a operacionalidade efetiva das atividades; e sétimo, a reavaliação do diagnóstico de necessidades de aprendizagem, que poderá reconduzir o adulto e o adulto-idoso a um novo ciclo (Knowles, 1980, p. 59).

Interessa, porém, sublinhar que, no contexto da produção teórica crítica que desenvolveu argumentações oponentes à abordagem andragógica, a linha condutora da maioria dessas elaborações vai no sentido de demonstrar o frágil estatuto teórico em que a teoria andragógica se auto-posiciona quando insiste em criar um modelo assente numa base estritamente dicotómica, em lugar de reconhecer as características holísticas inerentes à educação (Leon, 1977). Neste sentido, o modelo andragógico e o modelo pedagógico não seriam, como proclamou Knowles, duas distintas artes ou ciências ‘de ajudar os adultos (e idosos) a aprender’ ou ‘de ensinar crianças’, mas duas perspetivas distintas de abordar a educação de adultos e adultos-idosos e crianças, principalmente porque o pensamento de Knowles foi também inspirado nos princípios da Escola Nova, e nas duas perspetivas sobre educação a que Dewey se refere: a tradicional e a progressista (Barros, 2011). A este mesmo respeito Jarvis afirma que “na verdade, Knowles utiliza o termo “pedagogia” para se referir ao currículo clássico e “andragogia” para se referir ao currículo romântico (...) pedagogia é a “educação desde o topo” enquanto andragogia é a “educação entre iguais” (Jarvis, 1989, p. 74-75).

De modo geral, um dos problemas centrais do pensamento de Knowles, prende-se com o facto de a sua visão estar excessivamente centrada no indivíduo em termos psicológicos, sem levar devidamente em consideração os contextos sociais, políticos,

culturais, económicos, e históricos que influem no campo pedagógico. Efetivamente, a abordagem andragógica pensada numa espécie de vazio social (Canário, 2000), sofre de diversas fragilidades que, de resto, foram sendo reconhecidas pelo próprio Knowles, que afirmou que “na sua origem, defino andragogia (...) em contraste com pedagogia (...) estou agora no ponto de observar que a andragogia é apenas outro modelo de suposições acerca dos aprendentes para ser utilizado lado a lado com o modelo pedagógico de assunções” (Knowles, 1980, p. 43).

É deste modo que ganha centralidade no debate entre andragogia e pedagogia a ideia do saber experiencial, bem como o conceito de aprendizagem experiencial. Ora, segundo Paulo Freire, a aprendizagem experiencial está estruturada em duas categorias fundamentais: as categorias do diálogo e da comunicação, que servem de base para o desenvolvimento dos pressupostos pedagógicos da sua abordagem político-pedagógica (Barros, 2014). Neste âmbito o seu conceito de *dialogicidade* contém as ideias principais com as quais Freire (1968; 1976) elabora uma teoria da educação e da ação cultural que é também uma teoria do conhecimento com fortes implicações para a maneira de perspetivar a importância da experiência e o papel do educador.

Assim, nesta abordagem parte-se do pressuposto epistemológico de que a prática educativa nunca é neutra, e de que o educador tem que estar ciente, quer trabalhe com crianças quer trabalhe com adultos e adultos-idosos, que o processo educativo que operacionaliza na sua prática profissional irá contribuir para incluir ou excluir o educando; como afirma Freire “um educador reacionário opera metodologicamente diferente de um educador revolucionário (...) um caminha com o objeto na mão, o objeto de conhecimento tanto quanto possível possuído por ele e por sua classe; o outro não se considera possuidor do objeto de conhecimento, mas conhecedor de um objeto a ser desvelado e também assumido pelo educando” (Gadotti; Freire & Guimarães, 1995, p. 64-65). Daí a importância concedida, nas práticas pedagógicas freirianas, às experiências de debate e de análise dos problemas reais dos educandos, como ponto de partida do trabalho educacional realizado com adultos e adultos-idosos visando reconhecer e valorizar o seu saber experiencial.

Em termos gerais, a educação, nesta abordagem, é pensada como um conceito dinâmico, que pressupõe uma ação, eminentemente humana, realizada por um sujeito que interatua com outros sujeitos e com o mundo, num processo de construção do conhecimento que é intersubjetivo e dialógico. Trata-se de encarar o diálogo como condição de conhecimento, numa relação pedagógica de cariz participativo e concebida em termos anti-autoritários. É assim que, no âmbito de uma pedagogia-andragogia participativa, o diálogo é uma exigência existencial, pois como sublinha Freire “se é dizendo a palavra com que, ‘pronunciando’ o mundo, os homens o transformam, o diálogo se impõe como caminho pelo qual os homens ganham significação enquanto homens (...) [o diálogo] é um ato de criação” (Freire, 2001, p. 79). Na pedagogia freiriana o *diálogo ético* adquire um valor central mas multiforme, de sentido psicológico, metodológico, epistemológico e político, que lhe é conferido pela dialogicidade do ser humano, visto como ser de comunicação e de relação.

Ora, o princípio fundamental da pedagogia-andragogia participativa assenta na conceção da *relação educador-educandos*. Assim, a superação da clássica assimetria desta relação em simetria ética, ocorre através do *diálogo ético*. Este diálogo ético é também

a ética do método, que assim entendido faz surgir a impossibilidade epistemológica da pura transmissão de conhecimentos, na medida em que, quem aprende já não pode ser visto como absolutamente ignorante e gnoseologicamente passivo. Por isso o diálogo é condição de co-construção de conhecimento (Barros, 2018d). Aqui reside, no nosso entender, a radicalidade crítica e democrática da pedagogia-andragogia participativa, segundo a qual o saber é património de todos, dos excluídos e das classes poderosas, dos educadores e dos educandos, o que implica considerar no processo educativo o “saber de experiência feito” que todo o educando tem, pois, como afirma Freire “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os Homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo” (Freire, 2001, p. 68).

No *método dialógico* que Paulo Freire elabora, propõe e aplica, o essencial da metodologia passa por articular, criticamente, uma *investigação temática* a uma *postura problematizadora*. Em termos genéricos, merece destaque assinalar que, da investigação temática resulta a matéria e conteúdos para elaborar as suas bem conhecidas *codificações*, da postura problematizadora permanente nasce o *processo de descodificação*, e de ambas resulta a percepção crítica do que é a *cultura*, tomada no seu sentido sócio-antropológico (Blaser, 2016). Nesta pedagogia dialógica o trabalho desenrola-se nos termos do que Freire designou como *círculo de cultura*, onde se valorizam os processos culturais concretos e nos quais todos os participantes estão ativos no diálogo, comunicando livre e democraticamente, num ato em que se gera uma maiêutica social e em que se constrói conhecimento (Freire, 2001, p. 68). A relação entre educador e educandos é mediada por formas de discurso e por conteúdos programáticos enraizados no saber experiencial e no capital cultural dos educandos, pelo que estamos, portanto, perante uma pedagogia-andragogia que não se esgota no terreno educativo ou escolar, mas que se projeta sempre no campo social e político, pois os seus referenciais de análise não são apenas os linguísticos e cognitivos, mas são os históricos e sócio-existenciais.

Deste modo, o que se valoriza são os conteúdos que são propostos pelos participantes, pelo que o conhecimento é algo que se produz dinamicamente e em contexto. Esta lógica pressupõe que é necessário levar em conta a relação dialética que existe entre *linguagem* e *pensamento*, na medida em que, para que o conhecimento seja possível, terá de ser em primeiro lugar comunicável. Atendendo ao facto que, como lembra Freire, a linguagem do educador “corre o risco de perder o contacto com o concreto. Quanto mais somos assim, mais distantes estamos da massa das pessoas, cuja linguagem, pelo contrário, é absolutamente ligada ao concreto. Devido a isso, nós, intelectuais, primeiro descrevemos os conceitos, enquanto as pessoas primeiro descrevem a realidade, o concreto” (Freire & Schor, 2000, p. 131), resultam então daqui, pelo menos dois princípios ético-pedagógicos, que são constituintes da própria relação horizontal educador-educandos, já anteriormente referida, por um lado, o princípio segundo o qual se reconhece, aos educandos, o direito de partir de uma atitude curiosa da sua história e do mundo para se envolverem gradualmente numa análise crítica da realidade e do seu saber experiencial; e por outro lado, o princípio segundo o qual se exige, do educador, que parta da realidade dos educandos, respeitando a diferença e o princípio da ‘consciência máxima possível’, em cada momento do movimento de ida e volta entre o abstrato e o concreto, que todo o ato de pensar implica.

As principais convergências entre Knowles e Freire: experiência e participação

É interessante constatar que em ambas as propostas parte-se do pressuposto de que o educando adulto e adulto-idoso é um ser independente, pelo que o trabalho do educador passa, sobretudo, por estimular e alimentar este movimento de autonomia. Neste sentido, quer a andragogia quer a proposta freiriana tratam de uma ‘educação entre iguais’ onde se reconhece a capacidade permanente de qualquer ser humano para aprender.

Outra importante convergência refere-se ao tipo de papel atribuído à ‘experiência de quem aprende’, sendo que no modelo andragógico parte-se do pressuposto de que a experiência do educando adulto e adulto-idoso pode ser um rico recurso para promover a aprendizagem, através de um conjunto de métodos ativos e experienciais, o mesmo acontecendo no modelo freiriano, no qual se considera sempre no processo educativo o ‘saber de experiência feito’ que qualquer educando tem.

Há ainda a referir, de um modo mais focado, que a lógica das sete fases do ciclo andragógico de Knowles tem um aspeto convergente com a lógica da metodologia considerada no método freiriano, nomeadamente no que respeita à valorização da participação do educando adulto e adulto-idoso no processo educacional, atribuindo-lhe voz e permitindo, embora em proporção diferente, que possa participar em decisões e influenciar o processo educacional. É na proposta freiriana, porém, que este entendimento é explorado de forma mais consequente, concentrando-se todo o trabalho educacional em torno da palavra, ou seja, na cultura da palavra que Freire contrapõe à tradicional cultura do silêncio, na qual a participação fica reduzida à mera presença passiva.

NOTA FINAL SOBRE O PAPEL DO EDUCADOR NO ‘ENVELHECIMENTO ATIVO AO LONGO DA VIDA’

Argumentou-se, pois, neste capítulo, que os contributos aqui convocados aportam bases que são pertinentes para alicerçar o trabalho do educador crítico humanista no seio da atual modernidade líquida em que vivemos (Bauman, 2003), desde que a sua missão se dirija a querer refundar para os dias de hoje os pressupostos do reconhecimento e valorização do saber experiencial dos adultos e adultos-idosos. É sobretudo neste âmbito que consideramos, especialmente, a abordagem teórico-pedagógica freiriana como fundamental porque ilumina a importância da autorreflexividade na postura epistemológica dos educadores. Na sua proposta, Freire sublinha que é imprescindível que se clarifiquem opções políticas através de uma reflexão-ação que assuma explicitamente a politicidade da educação e, por conseguinte, a impossibilidade da sua neutralidade (Freire, 1990).

Ora, Paulo Freire desafiou os educadores, de crianças, jovens, adultos e adultos-idosos a que ousassem assumir a *politicidade da educação*, convidando-os a pensar criticamente acerca da sua prática educativa, qualquer que fosse a modalidade da sua ação. Com efeito, ao longo da sua obra, em diversos momentos teorizou sobre: os três tipos

de educadores que podem existir em função da sua própria tomada de consciência, acerca do papel da educação e do papel da sua prática, referindo-se assim, ao educador ingénuo, ao educador astuto e ao educador crítico. Realçamos, ainda, que no contributo da pedagogia freiriana aponta-se algumas das características que um educador, comprometido com a importância de reconhecer e valorizar o saber experiencial como alicerce dos programas educacionais que visam promover um ‘envelhecimento ativo ao longo da vida’, deverá ter, designadamente, a necessidade de ser: *tolerante*, opondo-se a qualquer tipo de discriminação; *amoroso*, promovendo a busca pelo ser mais de todos; *esperançoso*, sabendo encetar uma espera que é pacientemente impaciente; *dialógico*, exercendo a escuta do outro para assim poder falar com ele; *coerente*, que forneça pelo exemplo um testemunho ético dos pressupostos que defende, e *realista*, ciente dos limites existentes num dado momento (Freire, 1997).

Portanto, a *pedagogia-andragogia participativa* é, por conseguinte, uma prática educacional do sujeito e do diálogo. Assim, o educador crítico humanista, que convoque os contributos da pedagogia-andragogia participativa, está vocacionado para exercer uma *praxis* sociopedagógica em que não trabalha *para* o outro, nem *sobre* o outro, mas sim *com* o outro, e nesse sentido é fundamental para si o respeito pela identidade cultural dos educandos, pelo seu saber experiencial e pela sua dignidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, F. & Barros, R. (2019). Janus in governance. Interpellations around an educational policy of community intervention in Portugal, *Education Policy Analysis Archives*, 27(27), 1-24 <http://dx.doi.org/10.14507/epaa.27.2967>

Barros, R. (2020). Educação Permanente e Intergeracionalidade: O Papel Transformador dos Projetos de Animação, *Ser Social*, 46, 2020/1. (no prelo)

Barros, R. (2018a). A ‘Nova Política de Educação e Formação de Adultos’ em Portugal: Crítica à Governação Neoliberal do Sector em Contexto de Europeização. *Ensaio – Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, vol. 26, nº. 100, 573-594 (<https://doi.org/10.1590/S0104-40362018002601050>).

Barros, R. (2018b). Estratégias Intergeracionais de Animação Socioeducativa como contributo para um Envelhecimento Ativo. In Marcelino Lopes (Org.), *A Animação Sociocultural e a Educação Intergeracional - no contexto do envelhecimento no meio rural e urbano: atividades, técnicas, métodos e estratégias para uma vida ativa* (pp. 185-194). Chaves: Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural.

Barros, R. (2018c). Revisitando Knowles e Freire: Andragogia versus pedagogia, - ou o dialógico como essência da mediação sociopedagógica, *Educação e Pesquisa*, Vol. 44, e173244, 1-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201844173244>

Barros, R. (2018d). Transpor Fronteiras como *modus operandi* para uma Educação Social Transformadora. In Rosanna Barros & António Fragoso (Eds). *Investigação em Educação Social – prática e reflexão* (pp. 13-32). Faro: Universidade do Algarve. E-BOOK. URI: <http://hdl.handle.net/10400.1/11020>

Barros, R. (2016). Refletir com (im)pertinência intervir com ousadia: por uma educação transformadora. In Noémia de Carvalho Garrido, Odair Marques da Silva, Paulo Gomes

Lima, e Francisco Evangelista (Eds.). *A Educação de Jovens e Adultos para além dos Muros da Escola: perspectiva da Educação Social* (pp. 253-276). Brasil: Editora Expressão & Arte.

Barros, R. (2014). Vida e Obra de Paulo Freire: a Dialética de um Olhar Fundador para uma Educação Problematizadora que Liberta, Transforma e Emancipa. In Rosanna Barros e Deise Choti (Org.). *Abrindo Caminhos para uma Educação Transformadora - Ensaios em Educação Social, Filosofia Aplicada e Novas Tecnologias*. (pp. 37-94). Lisboa: Chiado Editora.

Barros, R. (2012). From Lifelong Education to Lifelong Learning: Discussion of some effects of today's neoliberal policies. *RELA - European Journal for Research on the Education and Learning of Adults*, Vol. 3, No.2, 2012, 119-134.

<http://www.rela.ep.liu.se/article.asp?DOI=10.3384/rela.2000-7426.rela0071>

Barros, R. (2011). *Genealogia dos Conceitos em Educação de Adultos: Da Educação Permanente à Aprendizagem ao Longo da Vida – Um estudo sobre os fundamentos político-pedagógicos da prática educacional*. Lisboa: Chiado editora.

Barros, R. & Choti, D. (Org.). (2014). *Abrindo Caminhos para uma Educação Transformadora - Ensaios em Educação Social, Filosofia Aplicada e Novas Tecnologias*. Lisboa: Chiado Editora.

Bauman, Z. /2003). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.

Blaser, M. (2016). Is Another Cosmopolitics Possible?, *Cultural Anthropology* 31, no. 4, 545-570.

Canário, R. (2000). *Educação de Adultos – Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa-Formação/Anefa.

Cavaco, C. (2002). *Aprender Fora da Escola - Percursos de Formação Experiencial*. Lisboa: Educa-Formação.

Couceiro, M. L. P. (1995). Experiência e Autoformação. In *Ciências da Educação: Investigação e Acção – Actas do II Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências de Educação*, Vol. II, (pp. 333-337). Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências de Educação.

Courtois, B. (1989). L'Apprentissage Expérientiel: une notion et des pratiques à défricher. *Apprendre par l'Expérience. Education Permanente* (100/101), 64-73.

Dewey, J. (1980). *Experiência e Natureza. Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.

Dominicé, P. (1990). *L'Histoire de Vie Comme Processus de Formation*. Paris: Édition L'Harmattan.

Fenwick, T. J. (2000). Expanding Conceptions of Experiential Learning – A Review of the Five Contemporary Perspectives on Cognition. *Adult Education Quarterly*, 50 (4), 243-272.

Finger, M. (1989). *Apprendre une issue. L'Éducation des Adultes à l'âge de la Transformation de Perspective*. Lausanne: L.E.P.

Freire, P. (1968). *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P. (1976). *Acção Cultural para a Libertação*. Lisboa: Moraes Editores.

Freire, P. (1990). *La Naturaleza Política de la Educación – Cultura, Poder y Liberación*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Freire, P. (1997). *Política e Educação*. São Paulo: Cortez Editora.

Freire, P. (2001). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Freire, P & Schor, I. (2000). *Medo e Ousadia – O Cotidiano do Professor*. Rio de Janeiro:

Paz e Terra.

Gadotti, M., Freire, P. & Guimarães, S. (1995). *Pedagogia: Diálogo e Conflito*. São Paulo: Cortez Editora.

INE (2002). Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos do Instituto Nacional de Estatística*, 32.

Jarvis, P. (1989). *Sociología de la Educación Continua y de Adultos*. Barcelona: Editorial Cooperativa El Roure.

Josso, M.-C. (1991). *Cheminer Vers Soi*. Lausanne: L'Age d'Homme.

Knowles, M. S. (1960). *Handbook of Adult Education in the U.S.A.* New York: Adult Education Association of the U.S.A.

Knowles, M. S. (1970). *The Modern Practice of Adult Education: Andragogy versus Pedagogy*. New York: Association Press.

Knowles, M. S. (1980). *The Modern Practice of Adult Education – From Pedagogy to Andragogy*. Cambridge: Adult Education.

Krajnc, A. (1989). Andragogy. In: Titmus, Colin J. (ed.). *Lifelong Education for Adults – An International Handbook* (pp. 19-21). England: Pergamon.

Kolb, D. (1984). *Experiential Learning – experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall.

Landry, F. (1989). La Formation Expérientielle: Origines, Définitions et Tendences. *Education Permanente* (100/101), 26-43.

Leon, A. (1977). *Psicopedagogia dos Adultos*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Melamed, L. (1989). Experiential Learning for Adults. In Colin J. Titmus (ed.). *Lifelong Education for Adults – An International Handbook* (pp. 193-195). England: Pergamon.

Merrill, B. & Barros, R. & Fernandes, P. & Seixas, A. M. (2016). *Editorial*, Investigar em Educação - II Série, Número 5, 7-10.

Disponível em: <http://pages.ie.uminho.pt/inved/index.php/ie/issue/view/8/showToc>

Ndoye, A. (2003). Experiential Learning, Self-beliefs and Adult Performance in Senegal. *International Journal of Lifelong Education*, 22 (4), 352-366.

Pineau, G. (2001). Experiências de Aprendizagem e Histórias de Vida. In Philippe Carré & Pierre Caspar (Dir.). *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação* (pp. 327-350). Lisboa: Instituto Piaget.

Roelens, N. (1989). Le Metabolisme de l'Expérience en Réalité et en Identité. In *La Formation Expérientielle des Adultes*. Paris: La Documentation Française.

Usher, R. & Bryant, I., & Johnston, R. (1997). *Postmodern Challenge – Learning Beyond The Limits*. London: Routledge.

Tight, M. (2002). *Key Concepts in Adult Education and Training*. London: Routledge/Falmer.

Vermersch, P. (1991). L'Entretien d'Explicitation dans la Formation Expérientielle Organisée. In *La Formation Expérientielle des Adultes*. Paris: La Documentation Française.



16. Promoção de Atitudes Positivas face ao Envelhecimento através da Internet

*Maria Cristina Faria*¹

RESUMO: Na base das atitudes evidenciadas na interação humana quotidiana podemos identificar a existência de uma influência recíproca e dinâmica entre a configuração afetiva e a configuração cognitiva. As atitudes que podemos observar têm por base o conhecimento, representações e tentativas de descoberta do real, sua avaliação e ordenação. A diferenciação da forma de atuação é o espelho da organização da mente de uma personalidade e do modo de pensar de uma sociedade.

Os mais jovens, mais velhos, profissionais envolvidos no processo de envelhecimento, decisores políticos e comunidade têm um papel determinante para tornar o “Ageing in place” uma realidade (OMS, 2015; Fonseca, 2018; Faria, Ramalho, Nunes & Fernandes, 2020). Uma das vertentes a considerar neste processo é uma informação sobre o envelhecimento, que vá ao encontro das necessidades das pessoas mais velhas e dos que estudam este assunto humano, trabalham e decidem nesta área. É preciso organizar a informação de modo a que seja fidedigna, acessível e de proximidade com a comunidade, contribuindo para a construção de visões e atitudes positivas face ao envelhecimento.

O presente estudo, utiliza uma metodologia de trabalho de projeto. São apresentadas as etapas realizadas e os domínios a considerar para levar por diante a construção de um website de proximidade com a comunidade sobre envelhecimento e de como este pode ser uma ferramenta útil em gerontologia, para a formação dos profissionais da área social e da saúde e dos adultos mais velhos da comunidade.

Palavras-Chave: Idosos, Psicogerontologia, Literacia em saúde; Envelhecimento na Comunidade; Gerontotecnologia

INTRODUÇÃO

A capacidade dos humanos se auto-atualizarem positivamente enquanto pessoas em desenvolvimento possibilita-lhes uma gestão harmoniosa das suas vidas. Tomar consciência do seu próprio processo de envelhecimento e compreendê-lo de uma forma positiva permite-lhes estarem abertos a novos desafios, e conseqüentemente, encontram-se mais dispostos a viven-

¹ Instituto Politécnico de Beja, mcfaria@ipbeja.pt

ciarem experiências diferentes e a delinarem um novo projeto de vida. Por isso, os mais velhos da nossa sociedade não só vivem mais tempo do que os seus antepassados como apresentam competências resilientes que lhes permitem fazer face aos problemas da vida, constituindo-se como modelos para as novas gerações (Faria, 2014). Muitos deles são ativos na sociedade, seja ao nível da participação na família, na comunidade, na empresa, na política e no ambiente. Outros apresentam dificuldades na adaptação das suas vidas ao seu próprio processo de envelhecimento (reforma, doenças crónicas, transições, isolamento, solidão). Podemos dizer que cada um tem o seu envelhecimento e que é a forma pessoal de compreender esta fase da vida, o seu conhecimento, a capacitação, a qualidade dos seus relacionamentos, as escolhas e as decisões tomadas em devido tempo que determinam a sua diversidade com mais ou menos bem-estar (Faria, 2018).

Na atualidade as tecnologias dominam a sociedade e são um meio de atualização do conhecimento sobre o mundo contemporâneo. Permitem uma comunicação de proximidade a distância e o acesso dos acontecimentos a um tempo ao minuto da realidade presente. Por conseguinte, como refere Dias (2012) o uso das tecnologias pelos seniores promovem a motivação para os seus interesses e o seu conhecimento e realização:

“Viver e envelhecer são assim fenómenos imbuídos do estado cultural, social, político, económico e tecnológico de uma sociedade. As sociedades do conhecimento ou da informação, como as atuais, definiram novas possibilidades e limites para os idosos. Com a introdução das tecnologias da informação e da comunicação (TIC), mudou o modo de acesso e produção de conhecimento. O uso destas tecnologias tornou-se, nas sociedades em rede, não só num imperativo dos sistemas de ensino-aprendizagem, como condição de inclusão de todos os cidadãos. A educação ao longo da vida surge, para os mais velhos, como forma de acesso à formação e informação (Cardoso e outros, 2005). Estes, por força dos efeitos de geração, correm riscos superiores de exclusão das ditas sociedades.” (Dias, 2012,52)

Neste trabalho mostramos como pode ser possível desenvolver um sítio na internet de acesso rápido de informação, educação e formação sobre o envelhecimento que permita aos mais velhos, aos profissionais e comunidade estarem atualizados com as dinâmicas do envelhecimento contemporâneo.

ATITUDES FACE AO ENVELHECIMENTO

A variabilidade das trajetórias desenvolvimentais ao longo da velhice pode ser explicada através das modificações de natureza biológica e psicológica a que qualquer indivíduo está sujeito à medida que a idade avança (Fonseca, 2010). A adoção consciente de estilos de vida saudáveis ao longo da vida contribui para uma vida mais saudável na velhice e proporciona um benefício potencial para a preservação da saúde e da autonomia dos mais velhos, viabilizando um envelhecimento saudável e gratificante.

A personalidade de cada indivíduo, compreendida a partir do seu temperamento, inteligência e comportamento, tem por base uma sabedoria pessoal desenvolvida ao longo do ciclo de vida. Esta pode construir-se como um recurso pessoal que orienta para vivenciar experiências de vida positivas, de realização pessoal, prevenir riscos e desenvolver estilos de vida saudáveis e de bem-estar. Cada humano constrói-se de forma dinâmica a partir do conhecimento que tem de si próprio(a), dos outros, dos acontecimentos de vida, da sua educação/formação, do ambiente contemporâneo em que vive e das suas tomadas de decisão e ação. Na perspetiva da sabedoria assente na personalidade é considerada uma integração dinâmica de características cognitivas, reflexivas, emocionais, éticas e sociais para fazer face à adversidade e resolver problemas do dia a dia. A propósito da sabedoria e do conhecimento relacionado com o sentido de vida Kunzmann (2009, cit. Mendes, 2018) apresenta cinco critérios:

“O conhecimento rico e objetivo da natureza humana e do curso da vida e um bom conhecimento prático das formas ou estratégias de enfrentar os problemas da vida (*coping*) são considerados dois desses critérios básicos. Os outros três critérios, denominados meta-critérios, considerados exclusivos da sabedoria, são o contextualismo no decurso da vida, o relativismo dos valores e da tolerância e a capacidade para enfrentar a incerteza, aceitando as limitações do próprio conhecimento.” (Mendes, 2018,94).

Numa abordagem psicológica os seres humanos são compreendidos em desenvolvimento ao longo do ciclo de vida e seu o processo de envelhecimento é explicado pelo meta-modelo de seleção, otimização e compensação, pela plasticidade da inteligência na vida adulta e visões multidisciplinares do envelhecimento (Baltes, 1987; Neri, 2006). Em conformidade com esta compreensão do envelhecimento são equacionados estudos, iniciativas, intervenção e serviços de modo a promover o desenvolvimento ao

longo do ciclo de vida e avançar na idade com saúde e bem-estar.

Na sociedade de hoje as pessoas podem esperar viver para além dos 60 anos o que implica organizar e reinventar as políticas sociais e de saúde, os sistemas e serviços de saúde, os orçamentos e a formação das pessoas e de todos os profissionais que se encontram de alguma forma ligados à problemática do envelhecimento.

Investir em “Ageing in place” significa desenvolver a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece (OMS, 2015; Fonseca, 2018; Faria, Ramalho, Nunes & Fernandes, 2020). Esta abordagem remete para a literacia do envelhecimento e para a relevância da qualidade das respostas dos serviços de continuidade dos cuidados de saúde e da formação dos profissionais envolvidos neste processo. O seu papel é determinante na resolução dos problemas, pelo que importa entender a sua visão sobre os idosos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) as cinco principais áreas de intervenção no processo de “Ageing in place” são as seguintes: pessoas, lugares, produtos, serviços personalizados e políticas de apoio social. No Guia de Boas Práticas apresentado por Fonseca (2018) é evidenciado um levantamento de um conjunto de iniciativas de promoção da inclusão social dos cidadãos mais velhos em Portugal, nas respetivas comunidades evidenciando as experiências desta nova abordagem ao envelhecimento.

De acordo com os princípios referidos pela OMS (2015), Fonseca (2018) registou e destacou 80 boas práticas de envelhecimento na comunidade recolhidas em Portugal, em particular, nas categorias de: Apoio aos cuidadores; Combate ao isolamento; Gerotecnologias e investigação; Inovação em apoio domiciliário (ex. Apoio domiciliário noturno; Inovação em centro de dia; Intervenção na vida da comunidade; Lazer, atividade física e aprendizagem ao longo da vida; Melhoria das condições de habitação; Recursos de saúde, animação, nutrição e acompanhamento psicológico (Ex. Cuidados Integrados ao Domicílio; Acompanhamento Psicológico ao Domicílio; Unidades Domiciliárias de Cuidados Paliativos; Hospitalização Domiciliária; Unidade Móvel de Saúde e de Apoio Psicológico e Social; Volunteering Home Care); e Segurança, mobilidade e bem-estar (Exemplos: Centro de Noite; Teleassistência a Pessoas Vulneráveis).

LITERACIA E EMPODERAMENTO DAS PESSOAS MAIS VELHAS COM RECURSO À INTERNET

O acesso a informações confiáveis e adequadas sobre o processo de envelhecimento e suas circunstâncias é crucial para saber lidar com os problemas quotidianos. O acesso às novas tecnologias pode contribuir para

a proximidade da informação e do conhecimento para promover o envelhecimento ativo, saudável e com bem-estar. Investir no acesso universal a meios tecnológicos permite reduzir a infoexclusão e promover uma literacia psicológica e de saúde. Em particular, a desigualdade no acesso às tecnologias de informação e comunicação deve-se a diferenças nos usos que as pessoas dão à informação, nos tipos de ferramentas que utilizam e no nível de intensidade do acesso (Cebrián-Herreros, 2009). Além dessas barreiras, é preciso ser capaz de selecionar informações confiáveis e atuais que sejam úteis e do interesse do seu utilizador.

Na nossa sociedade envelhecida, muitos dos idosos estão cientes de uma perda de controlo sobre suas vidas pessoais e sociais. Para lidar com essa situação, os adultos mais velhos instalam computadores e conectam-se à internet. Os indivíduos que vão à internet adquirem conhecimento, competências e comunicação de proximidade. Empoderam-se e estão continuamente se fortalecendo porque estão a participar com outros numa comunidade e a aumentar o controlo pessoal sobre as suas vidas (Mcmellon & Schiffman, 2002). Analisando os testemunhos de pessoas com mais de 50 anos de idade, verificou-se que surgem temas emergentes de empoderamento (o poder da mudança, informação, culpa, e como a Internet tem enriquecido vidas e expandido visões de mundo). A evidência mostra que os *sites* precisam ser desenvolvidos para empoderar as pessoas idosas, capacitando-as para mais saúde e qualidade de vida.

WEBSITE DE PROXIMIDADE COM A COMUNIDADE DO ODEA-IPBEJA

O Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo do Instituto Politécnico de Beja, designado de ODEA-IPBEJA, criado em 2013, foi construído a partir de uma metodologia de projeto. Surge no âmbito do funcionamento do IPBeja como Comunidade Aberta, Solidária, Participativa e Coerente e do entendimento da relevância da sua Dimensão Social. Assim, o ODEA- IPBeja tem como principal objetivo constituir-se como um centro de investigação, desenvolvimento e intervenção no domínio do envelhecimento, em particular, no Baixo Alentejo e Alentejo Litoral. Apresenta-se com um olhar interdisciplinar sobre o envelhecimento e a longevidade e centra a sua principal preocupação na solidariedade humana, cidadania e promoção de um envelhecimento bem sucedido, com saúde, qualidade de vida e dignidade. Concretiza a sua função realizando a produção de investigação, conhecimento e divulgação sobre o envelhecimento e intervindo ao nível da comunidade, nas vertentes da promoção do desenvolvimento humano e da proteção dos mais pobres e desfavorecidos desta faixa etária a partir dos 65 anos.

É neste sentido de missão de suporte ao envelhecimento ativo e com saúde na comunidade que foi criado o Projeto do Website ODEA-IPBeja

(Faria, Faria & Lozano, 2019), cujo principal objetivo é fornecer informações sobre o envelhecimento e a comunidade que sejam úteis para os profissionais da área, estudiosos do tema e a população em geral, em particular a mais idosa (Figura 1).

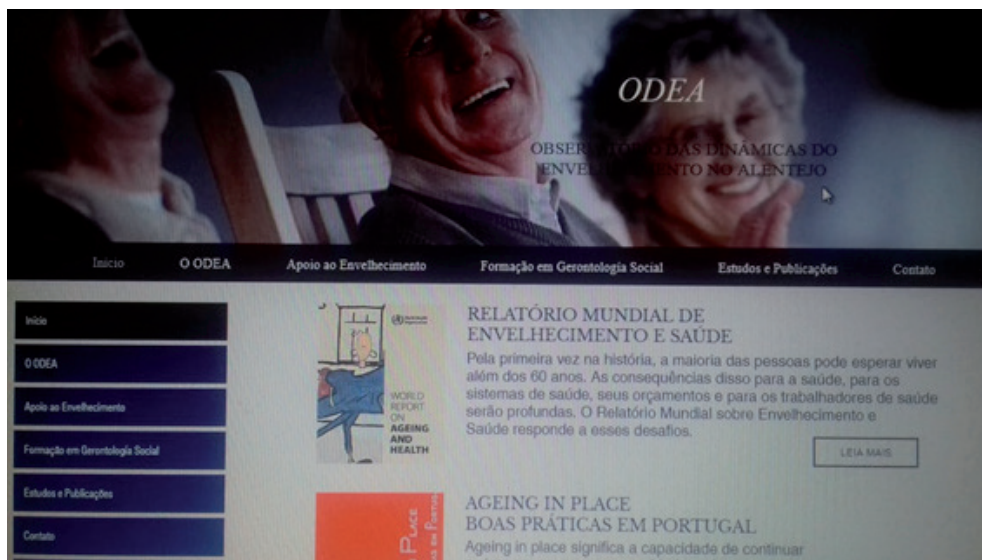


Fig. 1. Imagem da página inicial do ODEA/IPBeja Website. <https://odeaipbeja.wixsite.com/odeaipbeja> (Faria, Faria & Lozano, 2019,21).

O projecto “ODEA-IPBeja Website de Proximidade à Comunidade” foi desenvolvido pelo Observatório da Dinâmica do Envelhecimento do Alentejo com a colaboração da Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja. Foi concebido como um ponto de encontro de sinergias e de informação para todas as pessoas e grupos interessados nos conhecimentos, determinantes, serviços e ações associados ao envelhecimento. Oferece uma perspetiva global para obter respostas às várias oportunidades e problemas associados. Também permite acesso a informações relevantes e contatos e *links* úteis, em particular na área da educação e formação em envelhecimento, saúde e apoio psicológico e social.

Neste *site* podemos encontrar informações e orientações sobre o envelhecimento, em particular, conhecimentos, experiências, problemas de enfrentamento, boas práticas em envelhecimento ativo e saudável e contribuições de redes de cooperação internacional (Figura 2). É uma ferramenta fundamental para ajudar todos os atores (familiares, cuidadores, profissionais de saúde, profissionais de gerontologia). Por isso, através de uma literacia do envelhecimento, propomos o desenvolvimento de atitudes positivas face ao envelhecimento.

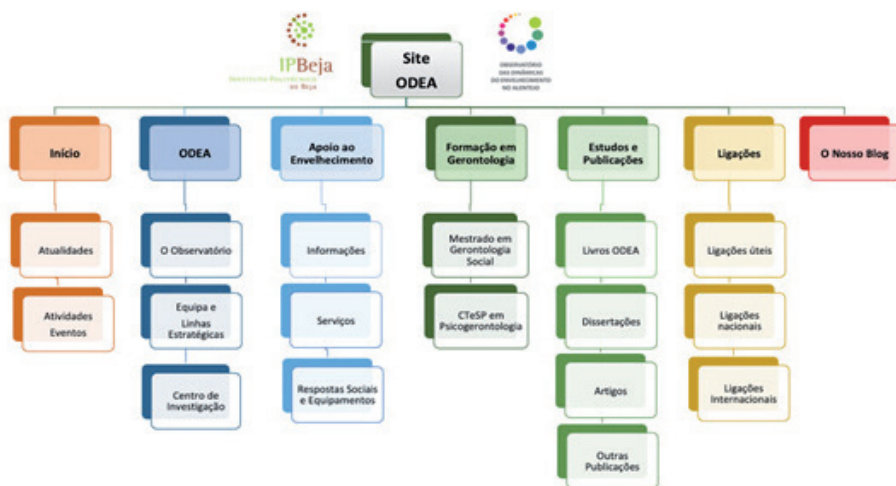


Fig. 2. ODEA/IPBeja Website mapa. <https://odeaipbeja.wixsite.com/odeaipbeja> (Faria, Faria & Lozano, 2019, 21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentámos o desenvolvimento do Projeto ODEA-IBeja, em particular, a construção da estrutura do seu website, evidenciando quatro pilares: conhecimento e apoio ao envelhecimento na comunidade, a promoção da literacia em saúde no envelhecimento e o empoderamento das pessoas idosas na comunidade e seu envolvimento na construção do seu bem-estar. Este projecto procura desmistificar o envelhecimento e promover o seu conhecimento e mais valia contemporânea. Enfatiza os benefícios do conhecimento sobre o ancianidade na saúde e na doença e o contributo das Tecnologias de Informação e Comunicação no envelhecimento e na alfabetização saudável em uma região do sul de Portugal (Alentejo) que é frequentemente descrita como uma comunidade de idosos.

No momento estamos no processo de fornecer informações úteis sobre o envelhecimento. O próximo passo será avaliar o impacto dessa ferramenta sobre idosos, profissionais em envelhecimento e a comunidade.

REFERÊNCIAS

- Baltes, M., & Carstensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16 (4), 397-421. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>.
- Cebrián-Herreros, M. (2009). *Nuevas formas de comunicación: cibermedios y medios móviles. Comunicar*, 33:10-13.doi:10.3916/c33-2009-01-001.
- Dias, I. (2012). O uso das tecnologias digitais entre os seniores. Motivação e interesses. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 68, 2012, pp. 51-77, DOI: 10.7458/SPP201268693
- Faria, M.C. (2014). Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo. J.Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses & Isabel Leal, *Atas do 10º Congresso de Psicologia da Saúde*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, (pp.229-236). ISBN: 978-989-98855-0.
- Faria, M.C. (2018). Florescimento, Bem-estar e Envelhecimento Saudável. Leal, I., Humboldt, S., Ramos, C., Valente, A., & Ribeiro, J. (Eds.). *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, (pp. 543-551). ISBN: 978-972-8384-47-8. URI: <http://hdl.handle.net/10400.12/6113>.
- Faria, M.C., Faria, M.I. & Lozano, S. (2019). Website do ODEA-IPBeja de Proximidade com a Comunidade, Livro de Resumos do IX Seminário Ibérico de Psicogerontologia, Instituto Politécnico de Beja,(pp.21), ISBN:978-989-8008-38-1.
- Faria, M.C., Ramalho, J., Nunes, A. & Fernandes, A. (Coord.). (2020). *Visões sobre o Envelhecimento*. [e-book]. (pp320). Beja: IPBeja Editorial. ISBN: 978-989-8008-41-1. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>.
- Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2):124-131.
- Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place.Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Lisboa:Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.
- Mcmellon, C. A., & Schiffman, L. G. (2002). Cybersenior Empowerment: How Some Older Individuals Are Taking Control of Their Lives. *Journal of Applied Gerontology*, 21(2): 157-175. doi:10.1177/07364802021002002.
- Mendes, F. (2018).Sabedoria e envelhecimento: a arte de sobreviver em diferentes mundos. In Antónia Silva & Brigido Camargo (Orgs.). *Representações Sociais do Envelhecimento e da Saúde*. (pp91-106). Natal, Brasil: EDUFRN. ISBN: 978-85-425-0784-3.
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Silva,I.;Veloso, A.& Keating, J. (20014). Focus group:Considerações teóricas e metodológicas..*Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. Acedida em 8 de janeiro 2018 em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n26/n26a12.pdf>.

Stephoe, A, Deaton A, & Stone, A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. Feb 14;385(9968):640-8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0).

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015). *Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde.



17. El Aula de la Experiencia de la Universidad de Huelva: la Educación Permanente a lo largo de la vida

*M^a Carmen Azaustre Lorenzo*¹

*Juan Manuel Méndez Garrido*²

RESUMEN: La vejez constituye la última etapa de los seres humanos. En nuestra sociedad se ha venido marcando su inicio con el comienzo de la edad de jubilación siendo una etapa de la vida que ofrece posibilidades para el crecimiento y desarrollo personal. Es por ello, que en este trabajo se dé a conocer la incorporación de los adultos mayores en los Programas Universitarios para Mayores. Los objetivos que el Aula de la Experiencia de la Universidad de Huelva (AEUHU) lleva a cabo, entre otros, son: facilitar el acceso de personas mayores de 55 años a una formación universitaria permanente e integral que promueva el envejecimiento activo y fomentar la investigación con personas mayores. La metodología es activa y dinámica teniendo en cuenta los intereses del alumnado. Esta investigación presenta resultados descriptivos obtenidos del análisis de los documentos aportados por el AEUHU fundamentándose en el concepto de Aprendizaje Permanente o Educación a lo largo de la vida y del curso Estrategias para la autoorientación personal y familiar. A finalidad es que el alumnado mayor tenga la oportunidad de activar su propia capacidad de autoorientación adquiriendo una serie de habilidades que faciliten su integración y desarrollo en la sociedad, en la familia y en el grupo de iguales abordando temáticas orientadoras. Las conclusiones que se derivan de este trabajo, entre otras, están la importancia de favorecer políticas de envejecimiento activo y la necesidad de un servicio de orientación.

Palabras-Clave: envejecimiento activo, educación permanente, aula de la experiencia, programa universitario para mayores.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se va a dar a conocer la incorporación de los adultos mayores en los Programas Universitarios para Mayores siendo la finalidad que el alumnado mayor tenga la oportunidad de activar su propia capacidad de autoorientación adquiriendo una serie

¹ Universidad de Huelva (España), carmen.azaustre@dedu.uhu.es

² Universidad de Huelva (España), jmendez@dedu.uhu.es

de habilidades que faciliten su integración y desarrollo en la sociedad, en la familia y en el grupo de iguales abordando temáticas orientadoras.

El ser humano como un ser complejo en constante desarrollo a nivel bio-psicosocial, podemos "desglosar" la existencia de tres dimensiones importantes para definir la vejez (Ramos, Vera y Cárdenas, 2009):

1. La biológica.

2. La psicológica. Ésta incluye dos dimensiones: la psicobiológica, que hace referencia a los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que éstos presentan y la psicológica estructural, referida al estudio de la personalidad y sus cambios.

3. La social. Incluye tres dimensiones: la sociodemográfica, dedicada al crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos. La sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social y la económica-política, que estudia los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en esta etapa vital.

El entorno social, político y económico, así como el bienestar de los propios adultos mayores, se ven afectados por el envejecimiento demográfico. Por lo tanto, vivir más tiempo incide en la necesidad de potenciar el aprendizaje a lo largo de toda la vida (Chang y Lin, 2011; Nasreen, 2016).

La incorporación de los mayores en el ámbito universitario viene dada por la creación y desarrollo de los Programas Universitarios para Mayores (PUM). El primer enfoque educativo en esta línea se inicia en Francia (Toulouse) en 1973 cuando el profesor Pierre Vellas desarrolla una experiencia destinada a las personas mayores en el contexto de la Universidad convencional dando respuesta al enfoque de educación permanente. Esta primera iniciativa se extiende al resto de Europa: en Francia surge el primer modelo desarrollado y se corresponde propiamente con los llamados "Programas Universitarios para Mayores". Son programas creados y tutelados por las propias universidades e impartidos por los profesores de dicha institución; en España esta experiencia se inaugura con la creación en 1978 de las Aulas de la Tercera Edad no consintiéndose su denominación como universidades hasta los años 90 del siglo XX, pero se consigue su constitución como una serie de centros en red dependientes del Ministerio de Cultura de entonces; en Inglaterra la denominación "Universidad" se refiere a una comunidad de sabios/eruditos que buscan el conocimiento y la verdad en sí mismos y son los propios miembros de esta Universidad, las personas mayores, las que desarrollan tanto el rol de alumno como el de profesor. Este modelo parece tener una mayor difusión en Norteamérica que en Europa.

El enfoque fundamental en España en el desarrollo de programas universitarios para mayores viene caracterizado por el diseño de programas formales que se implementan bajo distintas denominaciones: Universidad de la Tercera Edad, Aula Permanente, Universidad de la Experiencia, Universidad para Mayores, etc. Los primeros programas se desarrollaron en las Universidades de Lérida y Gerona (1982), Alcalá de Henares (1990) y Salamanca (1993), aunque no fue hasta el año 1999, nombrado Año Internacional de las Personas Mayores, cuando comenzaron a proliferar los programas universitarios para mayores (Vilaplana, 2010, p. 4).

EL AULA DE LA EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

Son diversos los estudios que señalan que la percepción de las personas adultas mayores en relación a los Programas Universitarios para Mayores en los que participan son positivos, junto con el sentimiento de satisfacción que reconocen (Cuenca, 2013; Fernández-García, García-Llamas y Pérez-Serrano, 2016; Pérez-Serrano, 2013).

Por tanto, analizaremos el caso del Aula de la Experiencia de la Universidad de Huelva ya que consideramos que reúne la versatilidad suficiente para adaptarse a las necesidades socioeducativas de los adultos mayores poniendo en marcha en el año 1999, un Programa de Formación para Personas Mayores con la colaboración de la Junta de Andalucía cuyo propósito es promover la integración social, cultural y científica de las personas mayores de 55 años de Huelva y su provincia.

En la actualidad participan con la Universidad de Huelva: la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad, Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; los Ayuntamientos de Isla Cristina, Lepe, La Palma del Condado, Moguer, Puebla de Guzmán, Minas de Río Tinto, Jabugo y Ayamonte, San Bartolomé de la Torre y Villarrasa.

OBJETIVOS

- Aprovechar la riqueza cultural de las personas mayores para potenciar su autovaloración y autoestima.
- Favorecer un envejecimiento activo y satisfactorio.
- Propiciar actividades artísticas y creativas que propicien el uso del tiempo libre.
- Promover las relaciones intergeneracionales.
- Favorecer la colaboración entre la Universidad y las instituciones municipales y provinciales de Huelva.
- Ofrecer actividades socioeducativas partiendo de los intereses del alumnado.
- Facilitar un debate científico, social y cultural.
- Promover y favorecer la formación continua y permanente, con el fin de que las personas mayores puedan desarrollarse plenamente.

METODOLOGÍA

La metodología llevada a cabo es activa, participativa y dinámica teniendo en cuenta los intereses del alumnado





PLAN DE ESTUDIOS

El programa universitario para personas mayores de la Universidad de Huelva se compone de un Primer Ciclo formativo destinado al estudiante que inicia su participación en el programa formativo del AEUHU. Comprende tres cursos académicos (1º, 2º y 3º), cada uno de los cuales consta de cuatro asignaturas troncales, impartidas dos en cada cuatrimestre y de un Segundo Ciclo destinado al alumnado que ha completado el Primer Ciclo. Comprende dos cursos académicos (4º y 5º), cada uno de los cuales consta de cuatro asignaturas troncales, impartidas dos en cada cuatrimestre.

Como complemento al Plan de Estudios, el Aula de la Experiencia oferta un amplio abanico de asignaturas optativas, cursos. El conjunto de materias que se imparten en este Plan de Estudios abarca las siguientes áreas de conocimiento:

- Humanidades y Ciencias Sociales. Ciencias Jurídicas y Económicas.
- Ciencias de la Tierra y del Medioambiente.
- Ciencias Biosanitarias.
- Ciencias Tecnológicas.
- Políticas de Personas Mayores impulsadas por la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social.
- Consumo.

El alumnado que complete 12 asignaturas troncales, obtiene el certificado de Diplomado o Diplomada en el Aula de la Experiencia.

Se ofertan una serie de talleres y seminarios que son conjuntos breves de sesiones de trabajo en torno a un ámbito específico relacionado con las áreas temáticas centrales

del Programa Formativo o bien con otras áreas relevantes cultural y/o socialmente. Son presenciales en su totalidad y se llevan a cabo en aulas de docencia convencionales, salas de informática, laboratorios, salas de usos múltiples, instalaciones deportivas, salones de actos, zonas al aire libre.

PROFESORADO

El alumnado del Aula de la Experiencia tendrá como máximo dos profesores y podrán ser de alguno de los siguientes grupos:

- Personal PDI o PAS de la Universidad de Huelva.
- Personal externo de la Universidad de Huelva, avalado por un profesor de la misma.

La figura de los docentes en estos programas adquiere un papel muy determinante, ya que se requiere que el profesorado sea plenamente conocedor de las características principales del colectivo con el que va a estar trabajando. De esta forma podrá adecuar los contenidos a esta modalidad de aprendizaje, dotándolos de dinamismo y facilitando la participación.

MATRÍCULA

Durante el curso 2018-2019 el alumnado matriculado en el Aula de la Experiencia de la Universidad de Huelva ha llegado a cifras cercanas a los 1000 estudiantes entre la capital y 10 municipios de la provincia de Huelva.



CONCLUSIÓN

Los datos se han obtenido del análisis de los documentos aportados por el AEUHU fundamentándose en el concepto de Aprendizaje Permanente o Educación a lo largo de la vida y del curso *Estrategias para la autoorientación personal y familiar*.

Los Programas Universitarios para Mayores, favorecen el acercamiento de las personas adultas mayores que poseen algún tipo de inquietud sociocultural y educativa, al ámbito universitario. Hay que tener presentes sus intereses académicos, sociales y participativos para realizar las programaciones que sostendrán los planes de estudios ofertados. De este modo, es natural que cada Universidad ofrezca una planificación adaptada a las características de la población con la que trabaja.

Debemos ser conscientes de la importancia de favorecer políticas de envejecimiento activo teniendo en cuenta la necesidad y relevancia que este colectivo posee que cada vez está adquiriendo una mayor representación en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

Chang, D. y Lin, S. (2011). Motivation to Learn Among Older Adults in Taiwan. *Educational Gerontology*, 37(7), 574-592.

Cuenca, M.E. (2013). *Evaluación del Programa Universitario para Mayores UNED-Senior*. Madrid: UNED.

Fernández-García, A., García-Llamas, J.L. y Pérez-Serrano, G. (2016). Grado de Satisfacción de los adultos con los Programas Universitarios. *Revista Complutense de educación*, 3(27), 1021-1040.

Nasreen, V. (2016). Motivation for Pursuing Further Education amongst Adult Learners. *Ariadna: cultura, educación y tecnología*, 3, 61-69.

Pérez-Serrano, G. (2013). *Promoción del Envejecimiento Activo a través de las Universidades de Mayores: UNED Senior*. Madrid: Libertad Digital.

Ramos, M.A., Vera, D. y Cárdenas, M.K. (2009). *Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*. Lima: UNFPA.

Vilaplana, C. (2010). Relación entre los programas universitarios para Mayores, la satisfacción durante la jubilación y la calidad de vida. *Revista de Investigación Educativa*, 7(28), 195-216.



18. Comunicación para el ocio: propuestas de los estudiantes para el envejecimiento activo y la participación social

ANA MARÍA BELMONTE JIMÉNEZ¹

RESUMEN: En una sociedad cada día más orientada al ocio, la gente mayor representa un segmento de mercado atractivo para la industria turística, destacando su enorme potencial de crecimiento. “Comunicación para el ocio” es una asignatura optativa del grado “Publicidad y RR.PP” de la facultad Ciencias de la Comunicación da UMA. La asignatura se divide en varios bloques temáticos, entre los cuales, está el bloque denominado “La era del ocio. Nuevos escenarios de ocio y nuevos públicos”; en dicho bloque temático, se ha introducido el estado de la cuestión sobre el envejecimiento activo, la participación social y su relación con el ocio.

Los alumnos debían realizar propuestas de ocio para el envejecimiento activo y participación social, teniendo en cuenta el marco teórico sobre el estado de la cuestión expuesto en clase. Gracias a la introducción del estado de la cuestión en la asignatura, los alumnos, en primera instancia, no han visto como algo tan lejano al sector de la tercera edad; sin duda, también para ellos ha sido importante conocer y proponer diversas actividades de ocio que se pueden realizar para tener un envejecimiento activo y desarrollar una mayor participación social. Por ello, han tenido en cuenta las principales dimensiones propuestas en clase sobre el ocio y el envejecimiento activo, tales como el aspecto recreativo, el de sociabilidad, el de género, el de identidad y el de bienestar. En el aspecto recreativo, las visitas a museos, acudir al teatro, la lectura y las nuevas tecnologías fueron las actividades más propuestas; en el aspecto de sociabilidad, la asistencia a talleres de formación presenciales y a actividades recreativas en grupo. Por último, en el aspecto de bienestar, el yoga, la gimnasia, los talleres de cocina sana y los spas, fueron las actividades más propuestas.

Palabras-Clave: Comunicación, ocio, envejecimiento activo, participación social.

¹ Universidad de Málaga, España. Email: anabelmonte@uma.es

INTRODUCCIÓN

Se estima que para el año 2020, en España una de cada cuatro personas del total de la población será mayor de 60 años. Además, en los países más desarrollados del planeta, la esperanza de vida se sitúa en las últimas décadas, en una media de 75 años (Garau, 1998). Por todo ello, en una sociedad como la nuestra cada día más orientada al ocio (Goytia, 1998), la gente mayor representa un segmento de mercado atractivo para la industria turística, destacando su enorme potencial de crecimiento (Martin y Guido, 1997; Brewer, et al., 1995).

“Comunicación para el ocio” es una asignatura optativa del grado “Publicidad y RR.PP” de la facultad Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Málaga. La asignatura se divide en varios bloques temáticos, entre lo cuales, está el bloque denominado “La era del ocio. Nuevos escenarios de ocio y nuevos públicos”; en dicho bloque temático, se ha introducido el estado de la cuestión sobre el envejecimiento activo, la participación social y su relación con el ocio, y los alumnos han realizado y propuesto actividades para dicho sector.

MARCO TEÓRICO

En la actualidad, el ocio goza de gran importancia, y nunca hubo tantos y tan diferentes escenarios para desarrollarlo: talleres, gimnasios, museos, asociaciones, infinidad de dispositivos electrónicos con sus múltiples ofertas de ocio (series, películas, videojuegos) ... Sin embargo, a medida que se envejece, según Moragas (1995) “las actividades pasan de ser obligatorias a voluntarias, de sociales a individuales o en pareja, de externas al hogar a dentro del hogar”. Por ello, antes se tenía el estereotipo de las personas mayores como personas “pasivas” con tiempo libre, pero que no se implicaban en actividades de ocio que conllevaran una participación social. En la actualidad, todo eso ha cambiado y resulta de gran importancia el poder construir un modelo de envejecimiento activo y de ocio para poder integrar a este importante sector de la sociedad, que en España se considera a los mayores de 65 años. Un ocio más bien pasivo e individual puede llegar a ser la antesala de la soledad y el aislamiento social, así como de un deterioro físico y psíquico prematuro.

Como propuesta de modelo de ocio activo, Marín Sánchez, M., García González, A.J. y Troyano Rodríguez, Y. (2006) establecen aspectos principales que debería de tener una propuesta de ocio y envejecimiento activo: el aspecto recreativo, el de sociabilidad, el de género, el de identidad y el de bienestar.

“Aspecto recreativo: todo espacio de ocio activo debe concebirse como un lugar de diversión y entretenimiento en un tiempo diferente y novedoso de lo cotidiano, privilegiando prácticas con fines lúdicos y terapéuticos. Asimismo, que potencie la creación y la expresión personal, artística y cultural de las personas; un espacio para crear y recrearse, de libre capacidad para la creatividad.

Aspecto de sociabilidad: el contexto social es un espacio de participación social y comunitario. Se trata de un espacio de participación y ocio para las personas mayores que rompa con aquel cariz paternalista y asistencialista —propio de numerosas entidades recreativas y de caridad asociadas con la tercera edad, o de algunas instituciones que trabajan con personas ancianas, pero que no necesariamente están integradas y dirigidas por personas de la tercera edad.

Aspecto de género: es necesario detenerse un poco para analizar la jubilación en las mujeres, en comparación con la de los hombres. En el caso de la mujer mayor, el trabajo y la jubilación presenta particularidades. Se constata que el potencial económico y social de funcionalidad de la mujer mayor es superior a la del hombre mayor, ya que el perfil ocupacional del hombre es más rígido; en las sociedades industrializadas éste está “programado” para proveer a la familia. El hombre, al perder los roles que formaban parte de su identidad social, pierde también la repercusión que puede tener en el ámbito de lo público.”

Aspecto de identidad: por medio de la participación se va tejiendo una determinada identidad de personas mayores, además de identificación con actividades y espacios de ocio. Al facilitar la interacción social se fomenta la realización de actividades diferentes a las domésticas, a la vez que permite ir creando y abriendo espacios extra-domésticos de identificación.

Aspecto de bienestar: el espacio de ocio activo debe abordar y privilegiar las necesidades humanas y su desarrollo, y permitir “recuperar” aquello que —simbólica y socialmente— se niega a las personas de la tercera edad: salud (autocuidado), actividad, energía, ánimo, relaciones sociales, amistad y el ser personas activas, útiles, con seguridad y confianza en sí mismas y en la etapa del ciclo vital que están viviendo. Debe enfatizar, además, maximizar la salud física, pues la práctica física es muy importante en la tercera edad.”

METODOLOGÍA

Los alumnos realizaron una práctica en la cual debían realizar propuestas de ocio para el envejecimiento activo y participación social, teniendo en cuenta el marco teórico sobre el estado de la cuestión expuesto en clase. Para ello, se empleó metodología cualitativa; la técnica empleada fue “investigación-acción”, porque tal y como Stringer (1999) señala “la investigación-acción es: a) democrática, puesto que habilita a todos los miembros de un grupo o comunidad para participar, b) equitativa, las contribuciones de cualquier persona son valoradas y las soluciones incluyen a todo el grupo o comunidad, c) es liberadora, una de sus finalidades reside en combatir la opresión e injusticia social, y d) mejora las condiciones de vida de los participantes, al habilitar el potencial de desarrollo humano”. Las tres fases esenciales de los diseños de investigación-acción son: observar {construir un bosquejo del problema y recolectar datos), pensar (analizar e interpretar) y actuar (resolver problemas e implementar mejoras), las cuales se dan de manera cíclica, una y otra vez, hasta que el problema es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente (Stringer, 1999).

RESULTADOS

Los alumnos han propuesto diferentes actividades que se enmarcan en los diversos aspectos del ocio activo, enfatizando tanto los aspectos mentales como los físicos:

“Considero muy importante que, para frenar o, por lo menos, disminuir el deterioro mental y físico del que hablaba antes, el jubilado mantenga activa tanto la mente como el cuerpo. Y una de las formas es aprendiendo: “nunca es tarde para aprender cosas nuevas””.

“(…) recomendaría realizar alguna actividad recreativa (y que fomenten las actividades grupales) como juegos de mesas para reforzar el uso de la lógica y actividades físicas como el yoga para cuidar su estado físico”.

También han propuesto diversos organismos y espacios para que los mayores desarrollen actividades de ocio activo, teniendo en cuenta también los espacios de ocio que no son muy costosos:

“En la página del Ayuntamiento de Málaga podemos encontrar actividades relacionadas con el cine, también en las ciudades y los pueblos se ponen en marcha actividades para la inclusión social en las redes sociales, así como talleres para entenderse con las nuevas tecnologías y para los que no les interesen este tipo de cosas actividades sobre pintura, escritura, cocina y jardinería. Las empresas privadas también hacer actividades para que los jubilados puedan participar, como circuitos por spas con cargos económicos y otros talleres y cursos gratuitos como los talleres de manualidades, cursos de cocina, de pintura, de literatura, de teatro, de idiomas, de gimnasia, de guitarra, de informática y musicoterapia”.

“Distintas actividades de arte, para despertar la creatividad en ellos, apuntarse a talleres de centros cívicos, ir a charlas y conciertos.”

Han tenido en cuenta también la inclusión de las nuevas tecnologías en el ocio de los mayores: “(…) sobre todo de las nuevas tecnologías, de manera que estén lo más actualizados posible, ya que la tecnología avanza rápido, y todo va a encaminado a ser tecnológico y esto podría suponer un factor de exclusión para cierta población superior a los 60 años”.

En cuanto a las actividades físicas, el yoga y la gimnasia, sobre todo en grupo, fueron las más citadas: “estos ejercicios podrían realizarse en grupos de personas, haciendo que se eliminen ciertos aspectos de soledad que algunas personas mayores pueden sentir”.

El aspecto cultural ha sido tenido muy en cuenta, y por ello, no son pocos los alumnos que hacen las siguientes recomendaciones:

“Las actividades culturales también pueden ser una gran propuesta para su tiempo libre, ya que las visitas a museos, acudir al teatro, y la lectura entre otras actividades les ayudan a mantenerse ocupados y a disfrutar de su tiempo de ocio”.

“Actualmente, existen muchos talleres o clases dedicados y/o adaptados a las personas mayores. Además, hay talleres de todo tipo, desde el manejo informático hasta para aprender nuevas lenguas o clases de cocina. Otra opción, ya más avanzada, sería las aulas universitarias de formación abiertas que ofrecen algunas universidades”.

“Me he decantado por actividades educativas porque no todo el mundo se puede permitir realizar viajes u otras actividades que suponen un mayor esfuerzo económico. Y de esta forma, no solo se activan, sino que también se divierten, sociabilizan, etc.”.

“Por último, mi recomendación para los jubilados es que dediquen su tiempo a hacer todo aquello que no pudieron hacer en otro momento por haber estado trabajando. Algo que me parece muy beneficioso es retomar los estudios, o incluso empezarlos si nunca tuvieron la oportunidad de hacerlo. De esta forma entrenas tu cerebro y además te culturizas”.

“Pienso que la actual tercera edad en España, por norma general, no ha tenido la oportunidad de culturizarse al mismo nivel que mi generación, por ejemplo, sobre todo debido a la dictadura franquista que hizo tantas restricciones en este ámbito. Por eso, y como nunca es tarde para aprender, deberían de aprovechar esta época más relajada para realizar todo este tipo de actividades”.

CONCLUSIONES

Gracias a la introducción del estado de la cuestión sobre “el envejecimiento activo, la participación social y su relación con el ocio” en la asignatura “Comunicación para el ocio”, los alumnos, en primera instancia, no han visto como algo tan lejano al sector de la tercera edad; sin duda, también para ellos ha sido importante conocer y proponer diversas actividades de ocio que se pueden realizar para tener un envejecimiento activo y desarrollar una mayor participación social. Por ello, han tenido en cuenta las principales dimensiones propuestas en clase sobre el ocio y el envejecimiento activo, tales como el aspecto recreativo, el de sociabilidad, el de género, el de identidad y el de bienestar.

De estos aspectos y según las actividades propuestas por los alumnos, los aspectos recreativos, de sociabilidad y de bienestar han sido los más citados.

En el aspecto recreativo, las visitas a museos, acudir al teatro, la lectura y las nuevas tecnologías fueron las actividades más propuestas; en el aspecto de sociabilidad, la asistencia a talleres de formación presenciales y a actividades recreativas en grupo.

Por último, en el aspecto de bienestar, el yoga, la gimnasia, los talleres de cocina sana y los spas, fueron las actividades más propuestas.

Resulta de gran importancia la visibilización de estas temáticas en los jóvenes, que, a su vez, serán las personas mayores del futuro, más aun teniendo en cuenta la gran esperanza de vida que existe en países como España y el gran ahorro de coste sanitario que habría si se tuviera un envejecimiento activo y una mayor participación social de las personas mayores en todos los ámbitos de la sociedad.



19. Educación y envejecimiento activo: Vivir en plenitud y aprender a lo largo de la vida

*María José Alcalá del Olmo Fernández*¹

*María Jesús Santos Villalba*²

*Juan José Leiva Olivencia*³

*Antonio Matas Terrón*⁴

RESUMEN: La educación con personas adultas constituye un espacio emergente de reflexión e intervención pedagógica. Cada vez son más las propuestas educativas que abogan por convertir a lo mayores en aprendices estratégicos, activos y autónomos, identificando en los procesos de envejecimiento momentos de la vida que no solo hay que definir atendiendo a las limitaciones, sino más bien como una etapa vital que merece ser vivida en plenitud y con oportunidades para seguir aprendiendo. Además, se ha ido configurando un marco disciplinar que ha hecho emerger conceptos fundamentales en el trabajo con las personas mayores, sugiriendo nuevos retos para los profesionales de la educación. Nos referimos a los términos de envejecimiento activo, empoderamiento o educación intergeneracional, que cada vez cobran más protagonismo en los discursos y prácticas pedagógicas.

Siguiendo una metodología de revisión bibliográfica, se presenta este trabajo, cuyos objetivos son justificar la necesidad de hacer realidad una educación con personas mayores, delimitar las características de los programas socioeducativos, así como analizar las bases en las que debe sustentarse la Pedagogía Gerontológica. Entre las conclusiones desprendidas, cabe destacar la necesidad de implementar modelos educativos que apuesten por la autorrealización, a fin de optimizar las capacidades de los mayores y ofrecer respuesta a sus necesidades y expectativas.

Palabras-Clave: Pedagogía Gerontológica; Personas Mayores; Programas Socioeducativos; Educación Intergeneracional; Aprendizaje a lo largo de la vida.

1 Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga. E-mail: mjalcaladelolmo@uma.es

2 Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Internacional de La Rioja. E-mail: mariajesus.santos@unir.net

3 Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga. E-mail: juanleiva@uma.es

4 Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga. E-mail: amatas@uma.es

INTRODUCCIÓN

La educación con personas mayores ha ido suscitando un interés creciente a lo largo de los últimos años y es que estamos asistiendo a una serie de cambios sociales que evidencian un aumento de la esperanza de vida y el índice de envejecimiento de la población (Filgueira & Hernández, 2016). Cada vez son más las iniciativas educativas (Cambero & Díaz, 2019; Escarbajal, Martínez de Miguel, & Salmerón 2015; Urrutia, 2018) que abogan por promover en los mayores un envejecimiento activo, ofreciendo herramientas pedagógicas que no solo consigan incrementar su calidad de vida y su participación social, sino que originen el diseño, desarrollo e implementación de programas socioeducativos que sean capaces de responder a las inquietudes formativas de las personas mayores.

En estos tiempos de incertidumbre social, se han aunado los esfuerzos para hacer realidad una educación permanente (Oliveira, Marescotti, & Formicuzzi, 2014), predominando durante mucho tiempo una educación centrada principalmente en la formación y el perfeccionamiento profesional, como modo de responder a los cambios sociales y los avances tecnológicos generados.

Actualmente, sin embargo, cobra gran protagonismo el concepto de aprendizaje a lo largo de la vida, identificando en la educación un instrumento capaz de velar por el desarrollo integral de las personas, así como una posibilidad con la que descubrirse a uno mismo y a su entorno. Se trata, al mismo tiempo, de reconocer que el periodo de aprendizaje abarca todo el ciclo vital, nutriéndose dicho periodo de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes que propician un constante enriquecimiento. El acto educativo, bajo esta consideración, se identifica como aquel en el que no solo se atiende a la dimensión cognitiva, sino también emocional, en tanto que esta contribuye de forma notable al desarrollo integral del individuo y su bienestar (Fernández, García, & Pérez, 2014). Es precisamente al amparo de esta concepción de la educación en la que encuentra pleno sentido y coherencia la educación proporcionada a las personas mayores.

Desde hace muchos años, la educación destinada a las personas mayores se ha convertido en un escenario de reflexión pedagógica y de intervención didáctica muy consolidado. Se trata, fundamentalmente, de vincular el concepto de educación con el de envejecimiento, subrayando la necesidad de promover un aprendizaje activo en las personas mayores.

Las personas que envejecen son hoy consideradas protagonistas de una nueva cultura de la vejez (Gil, 2003, citado en Serdio, Díaz & Cifuentes, 2013), lo que, sumado a los profundos cambios de orden social, cultural y económico, unido a los matices de la Era Digital en la que nos hallamos inmersos, hace que se identifique en el envejecimiento un momento de la vida en el que se apuesta por dotar al individuo de aquellas herramientas que incrementen su bienestar y con las que tenga la posibilidad de seguir aprendiendo. Con todo ello se apuesta por fomentar el establecimiento de relaciones con las generaciones más jóvenes e incluso de emprender nuevos proyectos vitales, para envejecer desde una mirada más positiva y hacer de la propia vejez un momento de superación personal.

La finalidad de estudio de revisión consiste en analizar las principales características de los programas de intervención socioeducativa a seguir con las personas mayores,

buscando además definir las bases de la Pedagogía Gerontológica, justificar la necesidad de hacer realidad una verdadera educación para las personas mayores y describir el concepto de envejecimiento activo, al ser el pilar o referente fundamental en el que se sustentan todos los planteamientos expuestos.

A lo largo de nuestro discurso, dejaremos clara la importancia de trabajar bajo un planteamiento constructivista del aprendizaje, que permite al educando convertirse en protagonista de su propio proceso formativo, encargándose el educador de promover su autonomía y dotar de coherencia a la actuación pedagógica, para llevar a cabo un seguimiento planificado de los conocimientos que, en este caso, las personas mayores, van consiguiendo construir de forma progresiva.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO: ANÁLISIS Y APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La sociedad que nos rodea ha experimentado cambios de grandes dimensiones en los últimos años. Uno de esos cambios se refleja en el aumento de la esperanza de vida, lo que hace que nos encontremos con un alto porcentaje de personas mayores (Urrutia, 2018). Es a este colectivo a los que deben ofrecerse una amplia gama de posibilidades para seguir formándose y aprendiendo, identificando en dicha formación una herramienta al servicio de una plena inserción social, así como un modo de optimizar las capacidades para enfrentarse a los retos que la vida plantea.

En este contexto y atendiendo a la realidad que nos envuelve, el término de envejecimiento activo adquiere verdadero sentido y relevancia. Cuando hablamos de envejecimiento activo estamos haciendo referencia a todo proceso que va destinado a incrementar la expectativa de vida en óptimas condiciones de salud y de productividad, al tiempo que se trata de mejorar las diferentes posibilidades de comodidad y bienestar tanto físico, como social, cognitivo y emocional. Se asienta, por ello, en tres pilares fundamentales: Participación, salud y seguridad (OMS, 2002).

El envejecimiento activo lleva consigo importantes transformaciones ideológicas, en la medida en que supone transitar de un modelo deficitario de vejez a un modelo de desarrollo, percibiéndose en el envejecimiento una etapa más de la vida, repleta de nuevas experiencias y actividades por realizar, en la que existen nuevas posibilidades y horizontes vitales y en la que, lejos de la decadencia, se logra una plena humanización (Limón & Ortega, 2011).

Entre algunos de los elementos definitorios de este concepto, debemos destacar los siguientes:

Importancia concedida a la constante participación e implicación de las personas mayores en todas aquellas cuestiones de índole social, económico y cultural, tratando de superarse la tendencia tradicional de definir a los mayores atendiendo a sus capacidades físicas, para concederles un activo protagonismo en la vida social y en las decisiones que llegaran a adoptarse.

Responsabilidad de la sociedad en ofrecer a las personas mayores todo un elenco de posibilidades formativas al servicio de una educación a lo largo de la vida, así como información constante de todo aquello que acontece en la realidad, como personas de pleno

derecho y con capacidades. Se trata, pues, de percibir el aprendizaje como un fenómeno no exclusivo de las jóvenes generaciones, sino algo que puede tener lugar a lo largo de todo el ciclo vital.

Necesidad de adoptar un enfoque intergeneracional, reconociendo de forma explícita los beneficios derivados de las relaciones interpersonales establecidas entre personas de diferentes rangos de edad.

Identificación del envejecimiento como un proceso que requiere intervenciones de carácter holístico o global (Fernández, García, & Pérez, 2014).

Atendiendo a las características más destacadas del concepto, podemos reconocer que el envejecimiento activo constituye un modo de trascender o superar toda situación de dependencia, ya sea física, psíquica, social, funcional y educacional, buscando ofrecer a los mayores aquellas situaciones que contribuyan de forma decidida a un óptimo desarrollo tanto físico como psicológico y social (IMSERSO, 2011).

La tercera edad constituye un periodo de la vida en el que el trabajo deja de ocupar un lugar determinante en la vida de las personas, convirtiéndose el ocio en algo a lo que se concede una importancia significativa, dado que ayuda a afrontar con cierto optimismo y satisfacción la nueva situación social y personal (Cuenca & San Salvador, 2016). Se trata de conformar una nueva manera de entender a las personas mayores, buscando superar todos los estereotipos negativos asociados a ellas, de la misma forma que implica vincular los procesos de envejecimiento con las prácticas pedagógicas. Siguiendo a Morón-Marchena (2014), se trata de identificar aquellas que consigan promover el aprendizaje a lo largo de la vida, al tiempo que alentar el desarrollo de investigaciones con las que se puedan esclarecer aquellas competencias que deben reunir los profesionales de la educación que trabajen con este colectivo, quienes deben llegar a ser capaces de liderar de forma óptima los procesos de aprendizaje más significativos y enriquecedores para las personas mayores.

En este sentido, cabe citar que existen diferentes encuentros de índole mundial que han influido de forma positiva en la conformación de diferentes programas socioeducativos destinados a ofrecer a las personas mayores diversas experiencias y oportunidades de aprendizaje con las que adaptarse a las demandas de la sociedad científica y tecnológica que nos envuelve (Fernández, García, & Pérez, 2014).

En concreto, debemos hacer alusión a dos Asambleas Mundiales del Envejecimiento, celebradas en Viena en 1982 y en Madrid en el año 2002, respectivamente. En la primera de ellas, se reconocería por vez primera la necesidad de conceder a la vejez una dimensión educativa, a partir del diseño de programas destinados al incremento de la calidad de vida de las personas mayores. Para ello, se subraya la importancia de impulsar medidas de prevención para la tercera edad y reforzar actuaciones socio-culturales para las personas jubiladas.

La II Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en 2002 en Madrid, se celebraría con un claro propósito de orientar la formulación de políticas hacia el desarrollo de actuaciones adaptadas a los intereses y necesidades de las personas mayores.

A iniciativa del gobierno español, en el año 2011 se publicaría el llamado *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*, con el fin de orientar las políticas destinadas a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Lejos de considerar el envejecimiento como un periodo vital marcado por los déficits y declives, en él se recogen aquellos determinantes

que deben tenerse en consideración a la hora de delimitar los pilares básicos del envejecimiento activo, esto es, salud, economía, actividad física, participación e implicación social, educación a lo largo de la vida, etc. (Causapié, Balbontín, Porras, & Mateo, 2011). Se trata, pues, de definir el envejecimiento como un periodo de plena actividad, plenitud y empoderamiento, cumpliendo la educación y la participación social un destacado papel.

Bajo el título *Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Europa 2020*, la Comisión Europea (2012) publicaría un documento en el que se pondría de manifiesto de forma explícita la relevancia del envejecimiento activo como elemento clave del desarrollo de la ciudadanía, llegando a ser el año 2012 declarado como “Año europeo del envejecimiento activo y de la solidaridad intergeneracional”, reconociéndose la necesidad de promover la creación en los diferentes países europeos de iniciativas destinadas a hacer realidad un envejecimiento saludable en el contexto de una sociedad para todas las edades (Escarbajal, Martínez, & Salmerón, 2015).

Ese mismo año, en Viena, tendría lugar una conferencia de carácter ministerial en la que volvería a reiterarse la importancia de promover un aprendizaje a lo largo de la vida para los mayores, buscando su total implicación social, configurando espacios capaces de generar independencia, salud y envejecimiento en las mejores condiciones posibles, reforzando el diálogo, la responsabilidad intergeneracional y buscando extender y ampliar la vida laboral.

En la misma línea, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) presentaría en el año 2013 el documento *Good Life in Old Age* (2013), proponiendo la necesidad de analizar y revisar las decisiones y acuerdos políticos para poder medir los criterios de calidad en el marco del envejecimiento activo.

El paradigma del envejecimiento activo se vincula con los llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que fundamentarán las estrategias educativas establecidas por la ONU para el horizonte temporal del 2030 (Urrutia, 2018).

Para finalizar, una vez analizado el concepto de envejecimiento activo, es importante reiterar que bajo tal denominación nos encontramos con personas mayores que son artífices de su propia vida y de su propia historia, no siendo así definida la vejez como un momento vital estático, sino más bien marcado por el dinamismo y la actividad, con posibilidades de adquirir capacidades para permanecer abiertos a nuevas experiencias y oportunidades que la vida pueda ofrecerles (Escotorin & Roche, 2011). Este dinamismo se concibe, actualmente, como una oportunidad de enriquecimiento social y cultural en una sociedad del conocimiento donde el valor y consideración cultural y económica de esta población está *in crescendo*, debido a los propios cambios demográficos y de salud que aumenta la esperanza de vida. El debate ya no se sitúa en la ampliación de cuidados asistenciales o sanitarios para alargar la vida, sino en la construcción de diseños educativos y de salud pública que potencien la calidad de vida y el aprendizaje permanente a lo largo de toda la vida a un grupo heterogéneo de personas que demandan mayores y mejores actividades formativas para su propio desarrollo integral.

LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON LAS PERSONAS MAYORES: RASGOS DEFINITORIOS DE LOS PROGRAMAS SOCIOEDUCATIVOS

El trabajo educativo emprendido con las personas mayores ha ido evolucionando de forma significativa. De iniciativas de gran calado asistencial, hemos pasado a la proliferación de experiencias y proyectos de naturaleza pedagógica, en las que se plantean nuevos objetivos que van destinados fundamentalmente a generar conocimiento, promover un aprendizaje activo y experiencial, además de querer hacer realidad un aprendizaje a lo largo de la vida (Limón, 2018).

En la necesidad de vincular la educación con el envejecimiento, vislumbramos la necesidad de conformación de una nueva disciplina, a la que podemos denominar Pedagogía Gerontológica, que no solo trata de favorecer que las personas mayores adquieran un cúmulo de conocimientos, sino más bien aquellas estrategias que les vayan a permitir acceder al conocimiento en óptimas condiciones y que tengan una actitud favorable para ello (Doll, 2014).

Se trata, pues, de hacer realidad una pedagogía al servicio de las personas mayores; una pedagogía que no busca la instrucción, sino la educación, y que se fundamenta en los principios siguientes (Bermejo, 2012):

Una pedagogía para la vida, esto es, que sea capaz de llevar a los mayores a la adquisición de aquellos conocimientos y aquella información con la que participar decididamente en la sociedad, tomar decisiones, asumir compromisos y responsabilidad.

Se trata de una *pedagogía apoyada en el diálogo*, en la que se tienen en cuenta las aportaciones de todos los educandos y el conocimiento se construye de forma compartida y en interacción.

Es una *forma de contribuir al empoderamiento*, de manera que los mayores sean los artífices y protagonistas de su propio proceso formativo, que, al mismo tiempo, les permitirá tomar las riendas de su propia vida de forma autónoma al tiempo que, poder apoyarse en recursos grupales.

Siguiendo a Serdio (2015), se proceden a revisar las características principales que presentan los diferentes elementos curriculares que conforma la práctica educativa llevada a cabo con las personas mayores, esto es, lo referente a los objetivos que sustentan la intervención, los contenidos de aprendizaje, las propuestas metodológicas y los procesos de evaluación.

En primer lugar, en relación con los objetivos en los que debe fundamentarse la atención educativa proporcionada a las personas mayores, debe destacarse que estos se formulan al amparo de un modelo crítico, lo que supone plantear todo un conjunto de iniciativas que consigan estimular el desarrollo personal y el compromiso del mayor con el entorno del que forma parte, convirtiéndose así la intervención educativa, en una apuesta al servicio de la liberación y la transformación del individuo.

Se trata, fundamentalmente, de ofrecer experiencias educativas dirigidas a la consecución de tres propósitos fundamentales (Martín & Requejo, 2005):

Prevenir aquellos declives que se originan a consecuencia del proceso mismo de envejecimiento, dotando a las personas mayores de patrones de actividad cognitiva que consigan incrementar sus niveles de actividad cerebral y autoeficacia, ofreciéndole espa-

cios de relación interpersonal más complejos y gratificantes.

Ofrecer nuevos roles a las personas mayores, a fin de garantizar una integración social normalizada y aumentar su autonomía personal, reduciendo la dependencia socio-familiar y contribuyendo así a la reconstrucción de la identidad.

Impulsar un desarrollo integral en los espacios afectivos, mentales y físicos, incitando el surgimiento de procesos implicados en la curiosidad intelectual, el autoconocimiento y el ocio creativo, como modo de promover una dimensión de la vida más expresiva y experiencial.

En relación con los contenidos trabajados con las personas mayores, debe destacarse la proliferación de temáticas en coherencia a las transformaciones sociales y buscando siempre ofrecer respuesta a los intereses y demandas de los educandos. Si bien en principio el énfasis residía en cuestiones vinculadas con la preparación para la jubilación, diferentes alternativas de ocio e incluso aspectos relacionados con las pensiones y la salud, en la actualidad se advierte la necesidad de trabajar contenidos de marcado carácter actitudinal y procedimental, con los que permitir el desarrollo de espacios de encuentro intergeneracionales, en los que el peso de las nuevas tecnologías encuentra su máximo exponente (Román, Almansa, & Cruz, 2016).

Se trata, al mismo tiempo, de potenciar todas aquellas cuestiones que consigan contribuir al desarrollo tanto cognitivo como social y personal de las personas mayores, lo que, además de incitar al manejo de las TIC, sugiere la importancia de plantear actividades que consigan en cierta medida prevenir posibles déficits o dificultades posteriores, así como favorecer el establecimiento de vínculos estables, positivos y significativos entre ellas.

Todo profesional de la educación que desarrolle propuestas de intervención educativa con personas mayores, además, debe tener en cuenta que a la hora de seleccionar los contenidos de enseñanza- aprendizaje, es fundamental partir de los conocimientos previos, propiciar una construcción activa del conocimiento y fomentar experiencias de aprendizaje compartido, a partir de debates, grupos de trabajo, vídeos e incluso análisis de recortes de prensa (Lirio & Calvo, 2012).

La metodología, por su parte, se asienta en una concepción constructivista del aprendizaje, destacando la necesidad de poner en marcha todo un conjunto de metodologías activas que favorezcan el desarrollo de procesos de observación e indagación, la curiosidad y el interés así como la combinación del aprendizaje autónomo con el aprendizaje en colaboración, buscando que las personas mayores sean artífices de su propia construcción de conocimientos pero que al mismo tiempo enriquezcan a otros y se dejen nutrir de sus aportaciones.

De la misma forma, resulta necesario propiciar el desarrollo de estrategias metacognitivas y la autorregulación de los procesos de aprendizaje, que permita a las personas mayores tomar conciencia de aquellos conocimientos que van adquiriendo y construyendo de forma progresiva (Serdio, Díaz, & Cifuentes, 2013).

En este contexto, el rol del docente es el de facilitador, guía, apoyo y acompañante de los mayores, que ha de ofrecer experiencias estimulantes de aprendizaje capaces de generar la adquisición de aprendizajes significativos.

Como uno de los recursos o estrategias metodológicas que se consideran beneficiosas y enriquecedoras trabajando con personas mayores debemos destacar el aprendi-

zaje basado en problemas (ABP), que, además de favorecer la adquisición de competencias clave, estimula la búsqueda de diferentes soluciones a problemas planteados de una forma interdisciplinar, teniendo en cuenta las aportaciones de los compañeros y los criterios propios (Soria, 2012).

En cuanto a la evaluación debemos destacar que se trata, fundamentalmente, de analizar la calidad de las intervenciones emprendidas, convirtiéndose así en un recurso al servicio de la mejora, la innovación y la transformación. Se trata de proporcionar la máxima información a las personas destinatarias de los programas de intervención, con el fin de contribuir a la mejora de los procesos, replantear los objetivos formulados, revisar planes, programas, métodos y recursos. A lo que se le une el poderles facilitar la máxima ayuda y orientación en caso de que sea necesario (Castillo & Cabrerizo, 2011).

Existen diferentes modelos en los que podemos apoyarnos a la hora de evaluar los programas socioeducativos, si bien nos decantamos por hacer alusión al llamado modelo CIPP de Stufflebean (2003).

Su principal finalidad es optimizar al máximo cada uno de los recursos puestos en marcha en el desarrollo de los programas socioeducativos, centrando la propia actividad evaluadora en cuatro dimensiones concretas:

Evaluación del contexto con carácter previo a la implementación del programa, llevando a cabo un diagnóstico con el que poder identificar debilidades y puntos fuertes del mismo. En esta evaluación, además, se plantean los principales objetivos hacia los que se dirigirá la intervención y las prioridades fundamentales.

Evaluación de entrada, es decir, la guía del programa y su calidad técnica, tratando de dilucidar la metodología más conveniente y las posibles limitaciones.

Evaluación del proceso, en el que la atención se centra en la forma en la que el programa se está llevando a cabo, el uso de los recursos, el trabajo emprendido por los diferentes profesionales y la posibilidad del programa para dar respuesta a las expectativas y planteamientos delimitados al inicio.

Evaluación del producto, en la que son evaluados los resultados, tomando en consideración aspectos tanto positivos como negativos, siendo todos ellos determinantes para el diseño de nuevas propuestas de intervención. A lo largo de esta fase, se hace imprescindible contar con las valoraciones de las personas implicadas en el programa de intervención, quienes habrán de delimitar aquello que este les haya aportado, así como también posibles aspectos a mejorar.

Debemos destacar, a su vez, la necesaria interdisciplinariedad que debe sustentar la evaluación de los programas de intervención, contando con la colaboración de diferentes profesionales, que, con sus aportaciones, podrán contribuir de forma decidida a que la evaluación sea verdaderamente válida y fiable.

En el diseño e implementación de programas de intervención socioeducativa a llevar a cabo con las personas mayores, es necesario atender a una serie de variables, que en cierta forma contribuyen a optimizar los diseños educativos y a mejorar todas aquellas cuestiones que guardan relación con las secuencias didácticas, la conformación de los ambientes de aprendizaje y la selección de materiales curriculares de apoyo a la actuación pedagógica.

En concreto, queremos hacer alusión a las siguientes (Bermejo, 2010; Sáez & Sánchez, 2006):

Resulta necesario crear un adecuado y positivo clima de aprendizaje, en el que la persona mayor tenga la posibilidad de expresarse libremente y atender a las aportaciones de sus compañeros.

Es fundamental respetar el ritmo de aprendizaje de cada educando, así como tener en cuenta el tiempo necesario para procesar la información que se transmite.

Debe asegurarse la construcción de aprendizajes significativos y funcionales, vinculados a la experiencia y cotidianeidad de las personas mayores.

La escucha activa, el diálogo, la retroalimentación resultan determinantes en las prácticas pedagógicas llevadas a cabo.

Es fundamental optar por metodologías activas, que inciten al desarrollo de un trabajo en equipo, un aprendizaje por descubrimiento y una constante reflexión y cuestionamiento de cada uno de los aspectos abordados.

Las prácticas educativas deben ser capaces de optimizar las competencias de los mayores, susceptibles de ser valoradas de forma continua para constatar su eficacia, flexibles y por ello con posibilidad de adaptarse a los intereses y necesidades de las personas mayores y potencialmente significativas para que estas puedan tener mayor posibilidad de participación en el contexto que les rodea.

En definitiva, a la luz de los diferentes planteamientos expuestos, somos conscientes de la necesidad de hacer realidad el desarrollo de buenas prácticas en el trabajo emprendido con las personas mayores, buscando establecer nexos de unión entre envejecimiento y educación, posibilitando la selección de objetivos y contenidos diversificados que consigan ofrecer respuesta a la amplia variedad de intereses y expectativas de los mayores, así como impulsando el desarrollo de metodologías u estrategias de evaluación al servicio de la calidad educativa.

CONCLUSIONES

El envejecimiento activo supone una propuesta de sumo interés y de relevancia en una sociedad que se transforma a ritmos vertiginosos. La imagen de la vejez que se tiene hoy día, es diferente a la concebida años atrás. Estamos asistiendo a un cambio de realidad en las personas mayores y se necesita un nuevo paradigma para hacerle frente, el envejecimiento activo. Este no solo afecta al periodo que contempla la vejez, sino que pretende dar respuesta de manera integral a lo largo del ciclo vida de las personas, es decir, siguiendo cuatro pilares clave: “salud, participación, seguridad y aprendizaje a lo largo de la vida” (Urrutia, 2018, p. 35).

Este envejecimiento activo se vislumbra como una oportunidad y como un paradigma innovador, en el que se conciben situaciones de participación en la sociedad, la aplicación de propuestas psicoeducativas, fomentar oportunidades de empleo y sobre todo favorecer la puesta en marcha de programas para lograr que las personas mayores vivan en plenitud, con independencia, así como favorecer el aprendizaje a lo largo de la vida.

Este aprendizaje no sólo les va a dotar de conocimientos, sino que va a tener una repercusión a nivel cognitivo, emocional, psicológico, fisiológico y funcional, y es que se quiere promover un cambio social que impregne no sólo a esta generación sino también

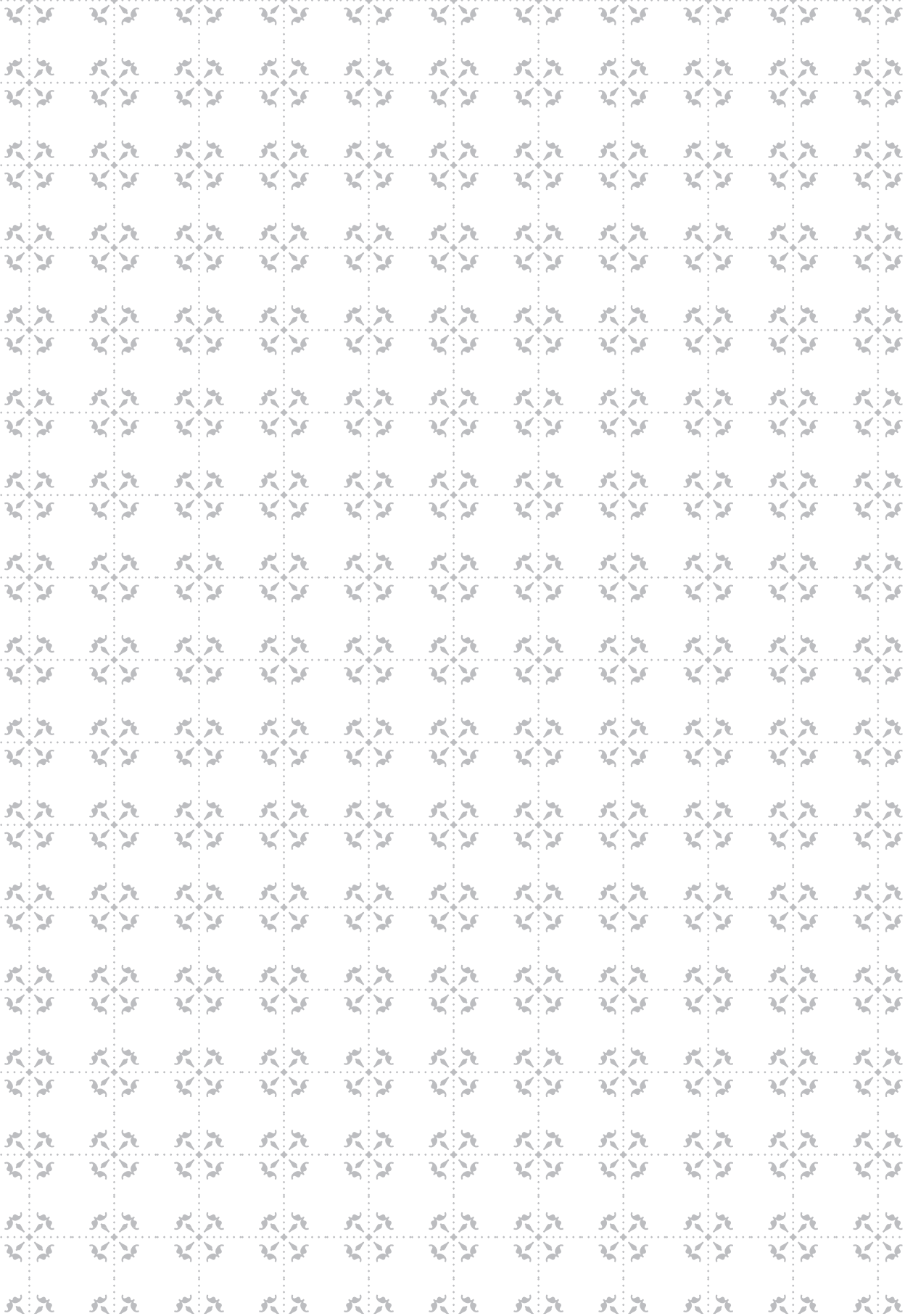
a las futuras (Cambero & Díaz, 2019).

Los programas de corte pedagógico deben ir encaminados a potenciar entornos de aprendizaje intergeneracional y fomentar la importancia de un aprendizaje innovador, basado en experiencias, que permitan lograr comunidades de aprendizaje inclusivas, diversas y democráticas, capaces de impulsar una sociedad basada en el aprendizaje a lo largo de la vida en todas las etapas. Este reto no es baladí, sino que debe incorporar de forma reflexiva y crítica las aportaciones y la participación de todo tipo de instancias formativas y asociativas que faciliten esas comunidades intergeneracionales de aprendizaje que pongan en valor la convivencia y el aprendizaje compartido entre jóvenes y mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid. Editorial Panamericana.
- Bermejo, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas mayores. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, 27-44.
- Cambero, S. & Díaz, D. (2019). Aprendizaje a lo largo de la vida como estrategia de envejecimiento activo. Caso de estudio de la Universidad de Mayores de Extremadura. *Revista de Sociología de la Educación*, 12(1), 104-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.12.1.13227>.
- Castillo, S. & Cabrerizo, J. (2011). *Evaluación de la intervención socioeducativa. Agentes, ámbitos y proyectos*. Madrid. Pearson.
- Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., & Mateo, A. (Coords) (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
- Cuenca, M. & San Salvador, R. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 79-84.
- Comisión Europea (2012). *Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador. Europa 2020*. Luxemburgo. Oficina de Publicaciones de la UE, recuperado de <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Aem0028>
- Doll, J. (2014). Educação e Envelhecimento: Desafios no mundo contemporâneo. En A. Anica, A. Fragoso, C. Ribeiro & C. de Sousa (Coords). *Envelhecimento Activo e Educação* (pp. 5-17). Universidades do Algarve.
- Escarbajal, A., Martínez de Miguel, S.M., & Salmerón, J.A. (2015). La percepción de la calidad de vida en las mujeres mayores y su envejecimiento activo a través de actividades socioeducativas en los centros sociales. *Revista de Investigación Educativa*, 33(2), 471-488. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.33.2.213211>
- Escotorin, P. & Roche, R. (Eds) (2011). *Cómo y por qué prosocializar la atención sanitaria. Reflexiones, desafíos y propuestas*. Barcelona. Fundació Universitaria Martí L`humá.
- Fernández-García, A., García-Llamas, J.L., & Pérez-Serrano, G. (2014). Los Programas

- Universitarios de Mayores y su contribución al aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*, 25(2), 521-540.
- Filgueira, C. & Hernández, M. M. (2016). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Internacional de Formación Profesional, Adultos y Comunidad*, 3(1), 1-7.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco sobre el Envejecimiento Activo*. Madrid, IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Limón, M.R. & Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 6, 225-238.
- Limón, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula abierta*, 47(1), 45-54. DOI: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>.
- Lirio, J. & Calvo, S. (2012). El reto de la formación del profesorado para una enseñanza de calidad en las universidades de mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 19, 155-166.
- Martín, A.V. & Requejo, A. (2005). Fundamentos y propuestas de la educación no formal con personas mayores. *Revista de Educación*, 338, 45-66.
- Morón-Marchena, J.A. (2014). Educación y personas mayores. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 17(1), 107-121, doi: <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.17.1.198871>
- OECD & European Commission (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Paris: OECD Publishing, recuperado de <https://www.oecd.org/els/health-systems/a-good-life-in-old-age-9789264194564-en.htm>
- Oliveira, J.G., Marescotti, E., & Formicuzzi, M. (2014). Educação permanente e certificação das aprendizagens não-formais e informais: o contexto italiano (Europa) e brasileiro. *Revista Pedagógica, Chapecó*, 16(33), 23-48.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(2), 74-105
- Román, S., Almansa, A., & Cruz, M.R. (2016). Adultos y mayores frente a las TIC. La competencia mediática de los inmigrantes digitales. *Comunicar*, 49, 101-109.
- Sáez, J. & Sánchez, M. (2006). La educación de personas mayores en la sociedad de la información y el conocimiento. En C. Orte (Coord) *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores* (pp. 73-134). Madrid: Dykinson.
- Serdío, C., Díaz, B., & Cifuentes, P. (2013). Envejecer activamente, aprender activamente. Apuntes para una propuesta educativa en el ámbito universitario. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 91-98
- Serdío, C. (2015). Educación y envejecimiento: Una relación dinámica y en constante transformación. *Educación XX1*, 18(2), 237-255. DOI: [10.5944/educXX1.14017](https://doi.org/10.5944/educXX1.14017)
- Soria, V. (2012). El aprendizaje basado en problemas (ABP). Una propuesta metodológica para la formación de adultos/as. *Diálogos*, 70, 43-50
- Stufflebeam, D. L. (2003). The CIPP model for evaluation. En T. Kellaghan y D. L. Stufflebeam (eds.), *International Handbook of Educational Evaluation* (pp. 31-62). Doortrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Urrutia, A. (2018). Envejecimiento activo: un paradigma para comprender y gobernar. *Aula Abierta*, 47(1), 29-36. DOI: <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.29-36>.



Abstracts

1. PSYCHOLOGICAL AND EXISTENTIAL DIMENSIONS IN ACTIVE AGEING

There is a known need for our culture to promote an active and healthy way of ageing, which will allow the elderly to have access to the economy, work, education, housing, transportation, etc. In this work I want to show that the activity is not only externally directed, but is also inherent in the ageing process. There are psychological and existential factors that demonstrate that the activity emerges naturally in the elderly. Phenomena that are driven from within the individual. Examples such as the need to understand a changing world, the active inclination towards knowledge, the tendency to self-development and self-transcendence, the need for love or the motivation towards self-realization. In conclusion, it would be necessary to achieve environments that favour these inclinations.

Keywords: Activity in old age, tendency to knowledge, self-transcendence, self-development, self-realization.

2. SUCCESSFUL AGEING: BIOMEDICAL MODEL VERSUS PSYCHOSOCIAL APPROACHES

The conceptualization of successful ageing (SA) over the past few decades is strongly associated with the development of a new scientific paradigm less centred on decline and more positive and comprehensive in the way it addresses ageing, thus appearing in clear opposition to the biomedical model, which is still the dominant paradigm.

This is the basic theoretical framework of this chapter, which focuses on what unites and separates these two perspectives from successful ageing and on the potential represented by holistic approaches to reconfigure the integration of the two models, thus contributing to the development of this important field of study in gerontology. In this sense, are presented analyses and conclusions of a critical and non-systematic review of the literature centred on the different formalizations and dimensions or factors that characterize SA.

The results indicate that the biomedical inspired ageing model is, in essence, a “deficit model” in which the almost exclusive focus of the investigation is directed at losses, diseases and decline as characteristics considered dominant in older adults. In a different way, in the emerging paradigm the research focus is multidimensional, covering psychological, social and environmental aspects of the lives of older people who end up

being decisive in order to achieve a true understanding of what it means and how can be promoted successful ageing.

Keywords: successful ageing; biomedical model of successful ageing; psychosocial approaches; multidimensional models

3.FLOURISH AND GOOD PRACTICES OF ACTIVE AGEING IN THE COMMUNITY

Giving more life each year from the age of 65 implies creating support and empowerment structures for the elderly in society, preparing the youngest and the technicians to know how to deal efficiently with the ageing of their community. The goal of generating wealth only makes sense if it generates human flourishing and happiness for all.

Seligman (2012) in his book “Flourish”, comes up with a new understanding of happiness and well-being and presents us as the objective of positive psychology to increase the amount of flowering in the lives of humans and the planet. Investing in “Ageing in place” means developing the ability to continue to live at home and in the community over time, safely and independently, as you get older (WHO, 2015; Fonseca, 2018). This approach points to the relevance of the quality of the responses from the continuity of care services and the training of professionals involved in this process.

In the area of active ageing and education, a systematic review is an opportunity to integrate the existing information, generating data that assist in the decision-making of strategies that lead to good practices. In this study, a meta-analysis was carried out on flowering and good practices of active ageing, with health and well-being.

The results made it possible to outline training strategies on “Ageing in place” at three levels, for actors on the ground, future professionals and for older adults in the community.

Keywords: Elderly, Psychogerontology, Flourish, Well-being, Ageing in the Community.

4. QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN THE MUNICIPALITY OF ALCOUTIM

Alcoutim is one of the oldest rural municipalities in Portugal. an investigation was carried out in order to answer the question of departure: Does ageing in the municipality of Alcoutim provide good quality of life for the elderly? We aimed to examine the reality of ageing in the municipality of Alcoutim, analyzing the quality of life perceived by the elderly and provided by social care networks.

In the design of this descriptive and exploratory study, we opted for a mixed methodology. Through the method of purposive sampling of the population over 65 years old in the county, which corresponds to 44% of the total population, a sample of about 5% was selected, which means 76 people were surveyed. The instruments used were a sociodemographic questionnaire and the WHOQOL-BREF and data analysis was performed using the SPSS-IBM program²⁵. The qualitative methodology was used in the semi-structured interviews,

as well as in the analysis and interpretation of the latter, which were conducted with the municipal authorities of the municipality.

From the analysis of the results, there was a statistically significant relationship between: the Quality of Life (QoL) of elderly people and their relationship with their neighbours; between the QoL and the environment; between the QoL and the ease of locomotion in the county; between QoL and participation in events; between QoS and existing health services.

Based on the results of this study, we concluded that the perceptions of elderly people, as well as the perceptions of the municipal authorities, reveal that the ageing process in the Municipality of Alcoutim provides quality of life to its residents. This quality of life is positively associated to the variables: neighbour relations, environment, accessibility, social participation and health services.

Keywords: Ageing, quality of life, social networks, elderly people.

5. AGEING BETWEEN TWO WORLDS: QUALITY OF LIFE AND RIGHTS IN RESIDENTIAL STRUCTURES

Despite old age being a moment of the life cycle than entails gains, vulnerabilities also appear, whose answers rely on the acquisition of care by others or by the entry in residential structures. The vision on appropriate answers evolved from an assisting character into the need to enable an active ageing and, more recently, a successful ageing. In this perspective, the concept of quality of life becomes very pertinent. The concept of quality of life is multidimensional and includes the perception of the subject on its own well-being.

In Portugal, a strategy for the Promotion of the Elderly was approved in 2015, incorporating the notion of quality of life. However, its application in residential institutions may imply its limitation. Therefore, this study aims to know the realities, quality of life and rights experienced by the elderly in institutional contexts. Data were collected using semi-structured interviews to 20 elders aged between 80 and 91 years old. These interviews were analysed through content analysis. The results show frailties in several dimensions of quality of life, participation, rights severely conditioned and the domain of merely care practices. Several implications are presented, regarding the need for change of the representations of the elderly, the role, leadership, and organization of the residential structures, as well as the introduction of practices founded on the concepts of quality of life.

Keywords: Ageing, Quality of life, Rights, Residential Structures.

6. THE DEVELOPMENT OF SKILLS OF FORMAL CAREGIVERS: THE CASE OF ELDERLY CARE INSTITUTIONS IN THE ALGARVE REGION

We live longer, which has contributed to new needs, with regard to how we deal with the elderly population and the care it requires. In Portugal, the elderly residential institutions sought to improve their services, but there is still little intervention with regard to formal caregivers. We mention workers who, without specific training, care for the elderly on a daily basis, and are recruited mainly on the basis of their availability in the labour market. In this sense, it is essential that institutions have skills development policies. This descriptive study aimed to characterize the training given to formal caregivers in institutions in the Algarve region. Data were collected from the heads of 18 institutions, covering a total of 529 formal caregivers and 1083 beds, in relation to the 1-year time space. The results show that training is considered fundamental by those responsible, but that it is significantly more frequent in the functional area (e.g., elderly health, rehabilitation, medication administration) when compared to training in personal development (e.g., how to deal with grief) and professional development (e.g., teamwork). The results suggest the need to reflect and implement new management strategies for these Human Resources.

Keywords: Human resources; Formal caregivers; Training; Skills.

7. PHYSICAL ACTIVITY, MEDITERRANEAN DIET AND QUALITY OF LIFE PERCEPTION IN ELDERLY WITH DIABETES MELLITUS

Ageing is a continuous, individual and irreversible process, characterized by being a bio-psycho-social phenomenon that is experienced individually. Introduction: Associated with population ageing, there is a higher risk of chronic diseases, namely Diabetes mellitus (DM), which has been reported as one of the main public health problems, whose prevalence is largely due to the adopted lifestyles. Theoretical Framework: Regular practice of aerobic and strength exercises, combined with a healthy and balanced diet, contribute to the control of DM. The present study aims to identify the habits of physical activity (ATF), adherence to the Mediterranean Diet (MD) and the perception of quality of life (QOL) of institutionalized elderly with DM. Methodology: Cross-sectional, exploratory quantitative research, consisting of a population of 80 users. The sample, not probabilistic by accessibility, is composed of 27 elderly with type 2 DM, referred by the institution's medical team. Of these, 12 were excluded because they had dementia, thus participating a total of 15 elderly (7 men, 20% practicing ATF and 8 women, 33% practicing ATF), aged between 63 and 89 years (average age 81.7). The used data collection instruments were IPAQ - Version 8 (short form), PREDIMED and the WHOQOL-OLD questionnaires, all of which were normalized and validated for the Portuguese population. Data analysis and interpretation used SPSS - Version 25.0 program, and consisted of descriptive statistics, namely the Mann-Whitney non-parametric test. Results: A large proportion of respondents (93%) are considered "irregularly active A" and all respondents were found

to have good adherence to the Mediterranean Diet. Regarding quality of life, the majority of female respondents perceive themselves as autonomous (53% of women) as well as 47% of male respondents. Conclusions: We found low levels of regular ATF and of quality of life perception, but good adherence to the Mediterranean Diet. Thus, it is important that the institutions that integrate the elderly and all their responsible professionals, know the results of these studies in order to offer daily services and practices that promote regular ATF habits.

Keywords: Diabetes Mellitus, Elderly, Mediterranean Diet, Physical Activity, Quality of Life.

8. CHARACTERIZATION OF THE NUTRITIONAL STATUS OF USERS OF A RESIDENTIAL STRUCTURE FOR THE ELDERLY AND A DAY CENTER

Introduction: Residential Structures for the Elderly (RSE) and Day Care Centers (DCC) provide health, personal hygiene, and well-being and food services to the elderly, in order to provide them with a suitable environment. Theoretical framework: Nutritional status has a huge impact on health and well-being, being a conditioning factor in the quality of life of the elderly. The prevalence of malnutrition in this population can reach significant levels (15-60%). According to scientific literature, institutionalized elderly people have a higher prevalence of malnutrition than non-institutionalized ones. Therefore, it was intended to characterize the nutritional status of an elderly population using this type of social responses. Methodology: Epidemiological, observational and cross-sectional study. The data were collected in an RSE and on a DCC, in the Algarve, through the application of the Portuguese version of the Mini Nutritional Assessment (MNA®), a tool that allows determining the nutritional risk of the elderly population. Results: The sample consisted of 322 individuals and the assessment of nutritional status showed that 19.6% are malnourished, 50.9% are at risk of malnutrition and 29.5% have normal nutritional status. Conclusion: About 70% of the studied population is malnourished or at risk of malnutrition. This situation is more prevalent in Residential Structures for the Elderly (RSE). The regular assessment of the nutritional status of users of ERPI and DCC is crucial to identify elderly people at risk of malnutrition and early intervention with them.

Keywords: nutritional status, nutritional risk; elderly; Mini Nutritional Assessment.

9. PHYSICAL ACTIVITY AND ADHERENCE TO THE MEDITERRANEAN DIET: A STUDY IN HYPERTENSIVE ELDERLY WOMEN

The present work aims to contribute for the understanding of the benefits of Mediterranean Diet (DM) associated with Physical Activity (ATF) in elderly. IPAQ (International Questionnaire of Physical Activity) and PREDIMED (Evaluation of adherence to the Mediterranean Food Standard) were applied among students from the Senior University, Polo de Olhão. The sample consisted of 16 elderly women, aged between 65 and 80 years, with several clinical pathologies, and the one chosen for the present study was Systemic Arterial Hypertension (SAH). The results show that of the total sample (16 elderly) 9 were hypertensive, corresponding to 56% of the sample. However, referring to Diabetes we counted 5, which corresponded to 31% of respondents.

Regarding the physical activity adherence, it was observed that only 4 presented Irregularly Active B pattern, 2 Irregularly Active A pattern, while 10 scored Active. We concluded that this group presents overall positive values of autonomy, mobility and independence, especially with regard to activity at home.

Regarding DM adherence, 5 scored good, while 11 showed reduced adherence. The results show that small changes in some of the behavioural items were needed to move their adherence result to good, so this became the focus of future interventions

However, we found the need to clarify and / or offer more information, in order to improve the knowledge regarding the optimal values to achieve to age well, and in a healthier way, ensuring greater longevity and wellbeing through DM based food intake and physical activity.

Keywords: ageing; elderly; hypertension; mediterranean diet; physical activity.

10. BETWEEN THE EXPECTED AND THE LIVED - A SOCIOLOGICAL APPROACH TO THE “PROOF” OF THE CRISIS AND AUSTERITY IN THE ELDERLY

The imposition of austerity policies in Portugal and in many other European Union countries has been a consequence of the economic crisis and its responses. This paper aims to answer one of the main questions of a doctoral program in Sociology: How can we characterize the “trial/challenge” (épreuve) of the crisis and austerity from the perspectives of older adults? The notion of “trial” is borrowed from sociologist Danilo Martuccelli, because it allows us a better understanding of how older people responded (and the outcomes they achieved) to a set of challenges imposed by the circumstances of the economic crisis and austerity. Currently the knowledge about this topic from a sociological perspective is scarce, especially in Portugal.

Our research used a biographical/narrative approach. Twenty-eight interviews were conducted with older adults, of both sexes, aged 69 to 92 years old, living in Faro municipality and belonging to different social classes and family structures. The interviews took place between October 2016 and March 2017.

Our key findings reveal that older people's narratives show a dominant social construction of ageing strongly linked with the notions of active ageing and successful ageing. Our findings also suggest that the "trial" of the crisis and austerity faced by older people can be characterized by a contradiction between the social construction of ageing and the reality as experienced. It is a conflict between the expected and the experienced that biographically sums up the austerity and crisis consequences in the lives and family practices of our interviewees.

Keywords: Crisis, Austerity, Older people, "Trial".

11. MUSICAL MEMORIES OF THE ELDERLY. A CASE STUDY

Music is strongly intertwined with memory and its related to the cognitive and perceptual operations of brain mechanisms. These musical memories, filled with emotional and affective aspects, influence the way of life. The research challenge is to study this problem in the senior person: "What are the musical memories in the life course of the elderly and what meanings do they assume?" This study focuses on the musical memories of people over 64 years' old who attend the University of Algarve for the Elderly (UATI). The research paradigm of this study is predominantly qualitative. We applied the ethnographic method and a methodological strategy, that assumed an exploratory, descriptive and interpretative character. The techniques and instruments used for the data collection were: questionnaires, semi structured interview in video-recording and documentary analysis. For the statistical analysis we used the Excel® program. The phenomenological method of Max Van Manen was used in the interpretation of the interviews. The study included twenty-six participants, of whom twenty participated in the questionnaires and six in the interviews. The data collection took place during six months in the physical space of the UATI.

The musical memories present different meanings according to the life course of the participants. Factors such as education, culture, traditions and personal experiences are decisive in this matter. Memories are marked positively or negatively, according to the life events to which the musical memories are associated. The data collection process acted as a cognitive-emotional stimulus for the participants, allowing them to recover memories and relive the past, which suggests the use of strategies based on the concrete knowledge of the musical memories of the participants in the cognitive and emotional activation programs and in music therapy for the elderly.

Keywords: Elderly, Memoirs, Music, Musical Memoirs.

12. FROM MUSIC TO MUSIC THERAPY. ORIGIN, EVOLUTION AND APPLICATIONS IN MAJORS IN THE PENINSULAR TERRITORY

This study aims to summarize through a systematic review the origins of music therapy to date in the Iberian Peninsula. Specifically, the type of music therapy of oriental origin that took place at the time of Al-Andalus, in southern Portugal and Spain, is explored. Music therapy of oriental origin is characterized by its instruments such as the Turkish ney or the lute. Currently these instruments are playing again in therapies for adults for the relaxing benefits that this type of music inspires.

Keywords: music, music therapy, associations and active ageing.

13. APPLICATION OF MUSIC IN SOCIAL LEISURE ACTIVITIES IN ASSOCIATIONS FOR THE MAJORS OF THE ALGARVE REGION

This study analyses the presence of music in social activities of leisure and entertainment programs organized by associations for the elderly in the Algarve region that have participated in this study in a disinterested way, during the months of June and July 2019. A qualitative methodology is used and as a study technique the interview that we carry out with directors, workers who use music in their classes and / or sessions, and also, the elderly people who use these recreational activities. All of them have participated voluntarily showing great interest in the initiative of this study. Among the results it can be seen that the activities with music have a very good acceptance in the programming of activities in all the associations and are highly valued by the entire community.

Keywords: music, musical activities, social centres, seniors.

14. «DE PEQUENOTA SE TORCE A VELHOTA» - SOCIAL REPRESENTATIONS OF (IN)ACTIVE AGEING IN THE LITERATURE FOR CHILDHOOD

Elaine Showalter, Professor and literary critic, responsible for the concept of gynocritics, claims that coming out as an aged person is difficult, in general, and it is even more so for women. After a brief consideration about ageing, in a personal tone - and starting from the conviction that ageing far exceeds the biological factor - we intend to verify the extent to which children's literature prepares them for the acceptance of active ageing. Narratives were analyzed, as well as illustrations since these play a very important role in this literary genre. As a result, we tend to consider that active ageing is an absent topic in children's literature; also, older characters play almost exclusively the role of grandparents; furthermore, these representations generally replicate gender and age stereotypes. Finally, we present some picturebooks that break with these stereotypes.

Keywords: active ageing, children's literature, illustration, stereotypes.

15. RECOGNIZING AND VALUING THE EXPERIENTIAL KNOWLEDGE OF ADULTS-ELDERLY: CONTRIBUTIONS OF PARTICIPATORY PEDAGOGY-ANDRAGOGY

From the various sociocultural characteristics in the presence of a given group of elderly adults, synergies and content must be taken away for educational activities, that harbour shared meanings and interests able to expand what is known, to produce, from there, new learning. This chapter, of an essayistic character, addresses the importance, for this desiderate, of contextualize educational action for 'active ageing throughout life', by valuing the participation and critical reflexivity about experience. To this end, knowledge is convened of the field of adult and adult-elderly education, as perennial authors of educational theory, highlighting the fundamentals of participatory pedagogy-andragogy.

Keywords: wisdom and experiential learning; participatory pedagogy-andragogy; lifelong active ageing; educator of adults and elderly adults.

16. PROMOTION OF POSITIVE ATTITUDES TOWARDS AGEING THROUGH THE INTERNET

Based on the attitudes evidenced in daily human interaction, we can identify the existence of a reciprocal and dynamic influence between the affective configuration and the cognitive configuration. The attitudes we can observe are based on knowledge, representations and attempts to discover the real, its evaluation and ordering. The differentiation of the way of acting is the mirror of the organization of the mind of a personality and the way of thinking of a society.

Younger, older, professionals involved in the ageing process, policy makers and the community have a decisive role in making "Ageing in place" a reality (WHO, 2015; Fonseca, 2018; Faria, Ramalho, Nunes & Fernandes, 2020). One of the aspects to consider in this process is information on ageing, which meets the needs of older people and those who study this human subject, work and decide in this area. It is necessary to organize information so that it is reliable, accessible and close to the community, contributing to the construction of positive visions and attitudes towards ageing.

The present study uses a project work methodology. The steps taken and the domains to be considered to carry out the construction of a website with proximity to the community on ageing and how this can be a useful tool in gerontology, for the training of professionals in the social and health fields are presented. older adults in the community.

Keywords: Elderly, Psychogerontology, Health literacy; Ageing in Place; Gerontotechnology

17. THE CLASSROOM OF EXPERIENCE AT THE UNIVERSITY OF HUELVA: LIFELONG PERMANENT EDUCATION

Old age is the last stage of human beings. In our society it has been starting with the beginning of the retirement age being a stage of life that offers possibilities for personal growth and development. That is why this work makes known the incorporation of older adults in the University Programs for The Elderly. The objectives that the Experience Classroom of the University of Huelva (AEUHU) carries out, among others, are: to facilitate the access of people over 55 years of age to a permanent and comprehensive university education that promotes active ageing and promote research with older people. The methodology is active and dynamic taking into account the interests of the students. This research presents descriptive results obtained from the analysis of the documents provided by the AEUHU based on the concept of Lifelong Learning or Education throughout life and the course Strategies for personal and family self-building. The purpose is that the eldest students have the opportunity to activate their own capacity of self-attractiveness, acquiring a series of skills that facilitate their integration and development in society, in the family and in the peer group addressing guiding themes. The conclusions derived from this work, among others, are the importance of promoting active ageing policies and the need for an orientation service.

Keywords: active ageing, lifelong education, classroom experience, college program for seniors.

18. COMMUNICATION FOR LEISURE: STUDENT PROPOSALS FOR ACTIVE AGEING AND SOCIAL PARTICIPATION

In an increasingly leisure-oriented society, older people represent an attractive market segment for the tourism industry, highlighting its enormous growth potential. "Communication for leisure" is an optional subject of the degree "Advertising and Public Relations" of the Faculty of Communication Sciences of UMA. The subject is divided into several thematic blocks, among which is the block called "The era of leisure. New leisure scenarios and new audiences"; In this thematic block, the status of the issue on active ageing, social participation and its relationship with leisure has been introduced.

Students had to make leisure proposals for active ageing and social participation, taking into account the theoretical framework on the state of the matter presented in class. Thanks to the introduction of the state of the matter in the subject, the students, in the first instance, have not seen as something so distant to the sector of the third age; Undoubtedly, it has also been important for them to know and propose various leisure activities that can be carried out to have active ageing and develop greater social participation. Therefore, they have taken into account the main dimensions proposed in class on leisure and active ageing, such as the recreational, sociability, gender, identity

and welfare aspects. In the recreational aspect, visits to museums, going to the theatre, reading and new technologies were the most proposed activities; in the aspect of sociability, attendance at face-to-face training workshops and recreational activities in groups. Finally, in the aspect of well-being, yoga, gymnastics, healthy cooking workshops and spas, were the most proposed activities.

Keywords: Communication, leisure, active ageing, social participation.

19. ACTIVE EDUCATION AND AGEING: LIVING IN FULLNESS AND LEARNING THROUGHOUT LIFE

Adult education is an emerging space for reflection and pedagogical intervention. An increasing number of educational proposals advocate converting the elderly into strategic, active and autonomous learners, identifying in the processes of ageing moments of life that must not only be defined in terms of limitations, but rather as a vital stage that deserves to be lived in fullness and with opportunities to continue learning. In addition, a disciplinary framework has been formed that has led to the emergence of fundamental concepts in work with the elderly, suggesting new challenges for education professionals. We refer to the terms of active ageing, empowerment or intergenerational education, which are becoming more and more prominent in pedagogical discourses and practices. Following a methodology of bibliographic review, we propose this work, whose objectives are to justify the need to make education with older people a reality, to delimit the characteristics of socio-educational programs, as well as to analyze the bases on which the Gerontological Pedagogy must be sustained. Among the conclusions reached, we highlight the need to implement educational models that are committed to self-realization, in order to optimize the capacities of the elderly and offer a response to their needs and expectations.

Keywords: Gerontological Pedagogy; Elderly People; Socio-Educational Programs; Intergenerational Education; Lifelong Learning.



Considerações finais

*Carolina de Sousa*¹

Como se pode constatar através de uma leitura atenta à introdução deste livro, o mesmo tem como objetivo contribuir para aprofundar o debate sobre as questões relacionadas com o envelhecimento, a partir de uma constelação teórica proveniente de estudos realizados na área de confluência das ciências sociais, da saúde e da educação.

E com a sua publicação pretende-se, desta maneira, não apenas refletir e dar visibilidade a alguns dos novos conhecimentos que emergem nas pesquisas sobre a temática - e que são moldados em cada um dos dezanove capítulos constituintes do livro - mas também para entender e aprofundar a importância do envelhecer saudável e com qualidade de vida.

Efetivamente a leitura que esta obra nos proporciona, identifica-nos com a ideia de um novo humanismo, reencontrado no avesso da história, socialmente construído e que mergulha as suas raízes nos valores que a modernidade prometeu, mas que as sociedades tardam a fazer cumprir (Sá-Chaves, 2012). Por outro lado, encaminha-nos igualmente para a cadeia humanística de Educação, Psicologia, Saúde, Medicina, Direito, Sociologia, etc., que defende que é possível constituir um corpo científico de conhecimento sobre o ser humano com base na maneira como a pessoa se vê, ou seja, privilegiando os significados que atribui aos contextos, tão ou mais importantes que a experiência que lhe corresponde objetivamente. Por outro lado, a mesma leitura leva-nos a entender que, nos últimos anos, pesquisas psicológicas, marcadas pela confluência de abordagens cognitivas, construtivistas, ecológicas, sistémicas e fenomenológicas, entre outras, orientam-nos para que perspetivemos os contributos da psicologia como algo que deve ajudar o ser humano a ser pessoa, deve ajudá-lo a uma certa qualidade na tarefa de existir e intervir na sociedade.

Não é por acaso que um olhar atento à trajetória narrativa deste livro, fruto de um trabalho coletivo intenso e de muita qualidade, nos ajuda a afirmar que, apesar das múltiplas mudanças sociais e de todos os esforços para promover um desenvolvimento do idoso saudável, bem sucedido, capacitado, apesar das múltiplas mudanças sociais que têm ocorrido, buscando transformar os idosos em cidadãos com qualidade de vida, ainda se verifica, mesmo nas sociedades consideradas desenvolvidas, que um número considerável de idosos enfrenta situações de extrema pobreza e vulnerabilidade (Sousa, 2015).

¹ Centro de Investigação em Educação e Psicologia da Universidade de Évora (CIEP) e Universidade do Algarve. E-mail: csousa@ualg.pt

E não é por demais realçar a importância da Educação enquadrada no paradigma de aprendizagem da formação ao longo da vida – por este se poder apresentar como algo que poderá constituir concretamente para os idosos, por exemplo, satisfação de necessidades de enriquecimento pessoal e de convivência e participação social, assumindo estes melhor e mais congruentemente o seu próprio desenvolvimento, com qualidade de vida, beneficiando a sociedade com a sua experiência. Até porque como todos bem sabemos, para desenvolver um país é indispensável investir nos seus recursos humanos. Até porque o nível de vida e o desenvolvimento de um país está cada vez mais dependente da qualidade da educação que se pratica nesse país. Só um desenvolvimento centrado no ser humano e uma sociedade de participação baseada no pleno respeito pelos direitos humanos pode conduzir a um desenvolvimento sustentável e equitativo (*idem*).

Por outro lado, a conceptualização sobre a educação aponta que a integração social, por exemplo, do idoso é uma das vias para lhes maximizar a autoconfiança, a maturidade, a competência, o bem-estar físico, emocional e social, e contribuir de forma positiva para um envelhecimento com uma vida participativa bem-sucedida em todos os contextos relacionais. Todavia, todos estamos conscientes que a gestão das políticas sociais está ancorada em parcerias entre Estado, Sociedade civil e Iniciativa privada e num valor social – Solidariedade. E as opções políticas requerem a arte de contemplar as exigências das minorias ou problemáticas mais em foco, esperando-se dos programas do governo mais eficiência nos gastos e mais eficácia e efetividade nos resultados, sobretudo quando falamos de envelhecimento bem-sucedido, isto é, do envelhecimento ativo, capacitado, saudável, resiliente e com sucesso (*idem*).

E a este propósito recordamos as palavras de Sá-Chaves (2012) ao defender a ideia de um contributo que gostaríamos de aduzir à nossa reflexão final que sempre se adivinha e espera na leitura de uma obra como esta que nos surge, afinal, formatada por três ideias (*celebrar, continuar e progredir*) aqui entendidas como organizadores quer da própria reflexão, quer da sua partilha e quiçá abrir caminho ao futuro e a novas *visões sobre o idoso*, na Universidade do Algarve, no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social, com novas dinâmicas a implementar para um desenvolvimento sustentável, equitativo, bem sucedido, saudável e resiliente e não deixando de considerar os fatores que podem promovê-lo, as dificuldades que emergem, as ideias, os recursos, as forças e os saberes que mobilizamos (ou não) para as vencer. Até porque nenhuma conquista é para sempre e porque a incerteza, e a imprevisibilidade dos tempos é uma constante e, ainda, porque o risco e a vulnerabilidade são reconhecidos, o que pode ampliar o nosso sentido de pertença, no labirinto das ansiedades e do desalento com que uma visão fixada no imediatismo do presente, sempre nos confronta e nos limita (*idem*).

Por último, e partindo-se da conceção de que não existe uma realidade acabada e única e que o conhecimento é uma construção que se faz e refaz continuamente, entendendo que a presente obra não é certamente um trabalho completo, contudo, acredito que esta pode servir de alento para próximas investigações e reflexões, e, assim, contribuir e suscitar interesse ao nível da implementação de novos projetos sobre a qualidade de vida do idoso e, concomitantemente, incrementar a compreensão sobre a forma como se deverá otimizar - em tempos de tanta incerteza e tanta mudança - o seu desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sá-Chaves, I. (2012). Ensino Superior na Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa celebrar, continuar, progredir - Conferência de abertura in *Livro de Atas do II Seminário Internacional sobre Ensino Superior na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa - CPLP: Qualidade do Ensino Superior: Isomorfismo, Diversidade e Equidade*. Faro: Universidade do Algarve, novembro de 2012 (ISBN: 978-989-8472-24-3).

Sousa, Carolina S., Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. *“Educação e Envelhecimento”*. Revista Educação & Realidade. - ISSN 0100-3143 (impresso) e 2175-6236 (online). Brasil: Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 33-51, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade/



