

Margarida
Pedroso de Lima

E

velhecimento(s)

Estado da Arte



(Página deixada propositadamente em branco)

Margarida Pedroso de Lima

Envelhecimento(s)

Estado da Arte

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: imprensauc@ci.uc.pt

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

Vendas online: <http://livrariadaimprensa.com>

CONCEPÇÃO GRÁFICA

António Barros

PRÉ-IMPRESSÃO

António Resende

INFOGRAFIA DA CAPA

Carlos Costa

EXECUÇÃO GRÁFICA

Sereer, soluções editoriais

ISBN

978-989-26-0037-6

ISBN Digital

978-989-26-0355-1

DOI

<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0355-1>

DEPÓSITO LEGAL

308527/10

OBRA PUBLICADA COM O APOIO DE:

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

© MAIO 2010, IMPRENSA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ÍNDICE

Introdução.....	9
Construções, significados e delimitações.....	13
1. Que é envelhecer?.....	13
2. O envelhecimento fascina todas as pessoas?.....	17
3. O meu avô macaense envelhece da mesma forma que o meu pai português?.....	18
4. Ser velho é o mesmo para um antropólogo ou para um médico?.....	20
5. Que é o <i>ageism</i> ?.....	23
6. Envelhecer é adoecer?.....	28
7. Envelhecer é perder e declinar?.....	32
8. Podemos evitar envelhecer e morrer?.....	37
9. Começamos a envelhecer aos 65 anos?.....	39
10. A velhice é uma fase da vida adulta?.....	40
Esboços de caracterização: como somos, como vivemos.....	45
1. Ficamos mais sábios com a idade?.....	45
2. Tornamo-nos mais religiosos com a idade?.....	49
3. Quem são os nossos amigos na velhice?.....	52
4. Os avós fazem sexo?.....	56
5. O que acontece ao avô se a avó morrer?.....	60

6. Sentimo-nos mais sozinhos na velhice?.....	62
7. Todos os avós são resmungões?.....	63
8. Reforma compulsiva?.....	67
9. ‘Burro velho não aprende línguas’?.....	72
10. Mais idade, menos inteligência?.....	73
11. Onde deixei os meus óculos?.....	80
12. E quando os meus avós não se lembrarem de mim?.....	86
Como viver, simplesmente	91
1. Envelhecer, que desafios sociais?	91
2. Institucionalização, sim ou não?.....	99
3. Posso acabar com a calvície?	105
4. Que é o paradoxo do bem-estar?.....	109
5. Como promover o bem-estar?	112
6. Envelhecer, que desafios pessoais?	118
Conclusão.....	127
Bibliografia	133

*“A eternidade é a quietude
do momento presente”**

Hobbes, IV, 46

Para o Nito,
com quem espero partilhar
o resto da minha vida

* *“Eternity is the Standing still of the Present Time”*; Hobbes, T. (1642). *O Leviatã*
Book IV: Of Kingdom of Darkness, cap. 46.

(Página deixada propositadamente em branco)

PREFÁCIO

O objectivo deste livro é o de pôr em causa, de uma forma simples e prática, algumas das crenças que estão na base da discriminação e da exclusão das pessoas mais velhas. Acreditamos que viver bem é simples e, muitas vezes, depende da desconstrução de algumas ideias feitas que nos aprisionam e limitam a nossa capacidade de sermos felizes e livres.

Este livro tem como coluna vertebral um conjunto de perguntas sobre a temática do envelhecimento, que me foram sendo feitas, por várias pessoas (os meus alunos, a minha filha Mimi, o meu grande amigo Paulo), ao longo dos últimos anos, e sintetizam algumas das principais dúvidas, questões e crenças em torno do envelhecimento. As questões estão arrumadas em três categorias. A saber, Construções, significados e delimitações;

Esboços de caracterização: como somos, como vivemos; Como viver, simplesmente. As respostas dadas têm base científica, apesar de serem colocadas de forma acessível, de maneira a serem entendidas por todos os leitores.

Agradeço as correcções e sugestões dos meus mestres e amigos António Simões, José Ferreira-Alves, Emília, João e Patrícia.

INTRODUÇÃO

“Seja o que for que tenha acontecido, já aconteceu. A pergunta importante é: e como é que se vai lidar com isso? Por outras palavras, ‘Então, e agora?’” Kabat-Zinn (1994, 15)¹

Que é envelhecer? Que sabemos sobre este fenómeno complexo? Como podemos preparar-nos para sermos mais felizes e realizados na última fase da nossa vida? Como nos vamos construindo e transformando, de modo a nos tornarmos na pessoa que seremos, na idade adulta avançada?

O desafio deste livro prende-se com algumas questões fundamentais, sobre as quais a nossa sociedade, cada vez mais demograficamente envelhecida, deve reflectir. Tal é imperativo, se

¹ Kabat-Zinn, J. (2000). *Aonde quer que eu vá*. Sinais de fogo. Gradiva. Cascais.

queremos promover uma sociedade com valores mais justos (na aceitação da variabilidade de formas de ser e de estar). A experiência da vida é uma procura constante de desvendar enigmas. E, embora a vida se caracterize como um fenômeno que flui, continuamente, a experiência da velhice na nossa sociedade refere-se a acontecimentos estruturados temporalmente, com rituais de passagem, implicando mudanças várias dos sujeitos na sociedade. Essas mudanças implicam sentidos de estigmatização e fazem-se presentes nos jogos reflexivos de imagens de si mesmo através dos outros (Viegas, 2007).

Apesar do termo ‘envelhecimento’ nos ser familiar, a sua definição e conceptualização não é simples nem linear. Embora seja um fenômeno complexo e multideterminado para a generalidade das pessoas, refere-se a um processo biológico de sentido deletério (o que alguns autores designam de “senescência”). Começamos a envelhecer na altura da concepção e continuamos, dia após dia. Envelhecer é, portanto, um processo constante e previsível que envolve crescimento e desenvolvimento. Consequentemente, não pode ser evitado. Porém, a forma como envelhecemos depende de

muitos factores, como a nossa constituição genética, as influências ambientais e o estilo de vida.

A abordagem integrativa e interdisciplinar sobre o desenvolvimento humano num mundo em mudança, presente neste livro, enquadra-se na tradição conhecida como *psicologia do ciclo de vida* ou do *desenvolvimento coextensivo à duração da vida*. Nesta perspectiva, a concepção da idade adulta e da velhice é caracterizada por mudanças específicas, que podem ter a mesma importância e intensidade que aquelas que pautam os períodos que as precedem. Esta abordagem considera que as mudanças no comportamento individual, ao longo do ciclo de vida, reflectem interacções entre a maturação, a aprendizagem e a senescência. Estas enriquecem-se e limitam-se, mutuamente, ao longo do ciclo de vida e devem ser compreendidas e estudadas como forças interactuantes.

A conceptualização do ciclo de vida integrada dados de diferentes domínios de funcionamento, tempos e níveis de análise, de forma a obter uma perspectiva abrangente do desenvolvimento individual, em que a plasticidade comportamental é uma ferramenta poderosa para optimizar as trajectórias desenvolvimentistas.

(Página deixada propositadamente em branco)

CONSTRUÇÕES, SIGNIFICADOS E DELIMITAÇÕES

1. Que é envelhecer?

Apesar de nos dicionários o substantivo velho/velha seja definido como pessoa com muita idade, o termo velho e todas as suas derivações – velhice, envelhecimento, envelhecer –, na sua utilização corrente, são imprecisos: palavras, cujo sentido é vago, uma realidade difícil de delimitar. Esta imprecisão estende-se a outros sinónimos (como, por exemplo, idoso) e é consequência de se tratar de um fenómeno fisiológico, psicológico e social complexo e, não apenas, de um somar linear de anos. Neste sentido é que autores como Schroots e Birren (1980) distinguem o envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se

denomina senescência; o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo, as mudanças nas funções psicológicas como a memória e a tomada de decisões e a forma de lidar com o processo de senescência; e o envelhecimento social, relativo à forma como a sociedade encara os mais velhos, as expectativas e os papéis sociais que lhes são atribuídos.

Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado de várias perspectivas, trata-se de um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo. Consiste num fenómeno intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, já que nele concorrem a interacção de factores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o sujeito vive. Neste sentido, a principal característica do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual, ou seja, existem padrões de envelhecimento diferentes tanto entre indivíduos com a mesma idade cronológica, como nas distintas funções de um mesmo indivíduo

(fisiológicas, psicológicas, sociais...). Por outro lado, é particularmente difícil separar a variância que corresponde à influência dos factores biológicos, psicológicos ou sociais na determinação de uma mudança específica, visto eles interagirem entre si. Por exemplo, uma mudança no estado de saúde pode levar a uma diminuição do funcionamento mnésico, e uma perda social (reforma, por exemplo) pode causar transtornos emocionais susceptíveis, por sua vez, de comprometer a saúde do indivíduo.

A imprecisão conceptual deve-se, ainda, ao facto de o significado dos termos envelhecer, envelhecimento e velhice, como veremos, variarem em função da época histórica, da perspectiva social e individual e da disciplina científica e das teorias que consideremos.

No entanto, e num sentido geral, podemos dizer que, hoje em dia, é relativamente consensual que o envelhecimento diz respeito a um processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida, desde a concepção até à morte, enquanto a velhice é uma fase da vida, a última, designando-se por idoso, o indivíduo que se encontra neste período da vida.

Existe muita polémica, em torno da designação a utilizar, para nos referirmos aos mais velhos e à última fase do nosso ciclo de vida. A questão resulta dos estereótipos associados à utilização de alguns termos. A linguagem veicula ideias e opiniões em relação a uma determinada realidade. Assim, chamar velho ou caduco a alguém, é diferente de lhe chamar maior² ou sábio.

Finalmente, a verdadeira questão subjacente à imprecisão do conceito advém do pressuposto subjacente ao termo envelhecer que é o de que a idade (a passagem do tempo) é causa de mudanças (é a variável independente). Porém, a maioria das investigações sobre as alterações ao longo da nossa vida são apenas descritivas e não conseguem explicar como é que se produzem tais alterações: qual o peso da degenerescência biológica, do ambiente e da cultura, das crenças pessoais, da inactividade, do desuso...

² As pessoas mais velhas em Espanha são designadas de 'mayores'.

2. O envelhecimento fascina todas as pessoas?

Não, apesar do envelhecimento como um fenómeno bio-psico-social fascinar cada vez mais investigadores. A verdade é que há muitas opiniões e discursos diferentes sobre o envelhecimento.

A conquista do tempo é, sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade. No entanto, convém recordar que o envelhecimento, para além de ser um fenómeno populacional, é uma experiência individual. O processo de envelhecimento e as perspectivas sobre o mesmo revelam profundas disparidades entre os indivíduos, sendo que este se caracteriza por ser um fenómeno amplamente complexo e idiossincrático. Os discursos subjectivos sobre o envelhecimento baseiam-se nas experiências e vivências pessoais dos indivíduos, nomeadamente, o tipo de relacionamento que se tem ou teve com os avós e as experiências mais ou menos gratificantes que se viveram com pessoas mais velhas. Alguns destes discursos são mais negativos do que outros e, muitas vezes, desmoralizantes para quem está nesta fase da vida ou a aproximar-se dela. Porém, podemos falar de

alguns discursos dominantes na nossa sociedade, e que influenciam as perspectivas subjectivas pessoais: o envelhecer como um suceder de perdas; o envelhecer como uma experiência a evitar; o envelhecer como um problema social...

Convém ainda sublinhar que a enorme heterogeneidade interindividual, que se acentua à medida que envelhecemos, fruto de o desenvolvimento, ao longo do ciclo de vida, ser devido à interacção de diferentes contextos bio-psico-sociais, também influencia a nossa percepção sobre o processo de envelhecimento.

3. O meu avô macaense envelhece da mesma forma que o meu pai português?

A velhice é encarada, de formas muito diferentes, em função da sociedade/cultura e da época histórica em consideração, o que torna as perguntas 'como se envelhece' e 'o que é envelhecer' questões intrinsecamente psicossociais. Na perspectiva da teoria da representação social de Moscovici (1988),

os pontos de vista sobre a velhice, numa dada cultura, são uma forma de representação social partilhada. A Grécia clássica³, voltada para a beleza, a força e a juventude, colocava os mais velhos num plano inferior, contrariamente à época helenística que, liberta de um conjunto de convenções, lhes dava um lugar de destaque. No Japão, a influência do Taoísmo e da conseqüente importância dada ao desenvolvimento pessoal ao longo do ciclo de vida, levou a uma maior valorização das pessoas mais velhas. Nas culturas tribais, ao ancião era dado um papel de relevo e de respeito por este ser detentor da memória e da sabedoria colectiva.

As mudanças psicossociais que a velhice acarreta consigo são inúmeras – isto, porque a nossa

³ Salvaguardemos que na Grécia antiga existiam várias cidades com filosofias diferentes. Algumas personagens importantes desta época, desvalorizaram a velhice, entre eles Minermo, sacerdote em Colofos, 630 a.C., o qual cantava os prazeres da juventude, do amor e detestava a velhice, Anacreonte, que cantou o amor e os prazeres do corpo e dizia: “envelhecer é perder tudo que constitui a doçura da vida” e Titon que afirmava: “Prefiro morrer a envelhecer”. No entanto, havia aqueles que tinham opiniões mais positivas sobre a velhice, como Homero, Sólon e o próprio Sócrates.

sociedade está organizada em torno de categorias atributivas, como o género e a idade criando um enorme fosso entre as gerações (no ‘meu tempo’ é que era bom *versus* ‘que seca falar com velhotes’). No entanto, possivelmente, as alterações mais relevantes da sociedade portuguesa na actualidade, no que concerne aos mais velhos, são a perda de poder (associada a acontecimentos de vida como a reforma) e a perda de papéis identitários (ou seja, que nos definem como, por exemplo, ser sexuado).

Em suma, o que para a generalidade da população portuguesa actual é um dado adquirido (como a idade da reforma ou a diminuição das capacidades com a idade) não tem significado noutras culturas e épocas históricas.

4. Ser velho é o mesmo para um antropólogo ou para um médico?

Não, porque o significado do que é envelhecer muda com a perspectiva teórica e as disciplinas científicas consideradas. Apesar das interrogações em torno do fenómeno do envelhecimento terem

sido, desde sempre, motivo de reflexão, a sua conceptualização foi sendo influenciada pelos avanços científicos, pela contribuição das diferentes disciplinas, bem como pelas transformações que vão ocorrendo no seio das sociedades.

No entanto, só no séc. XX e, com maior ênfase, nos anos 80 daquele século, é que ganhou relevo a investigação interdisciplinar nesta área. Apesar do conceito gerontologia (ciência que estuda os gerontes – os idosos – e o processo de envelhecimento) surgir no séc. XIX, o desenvolvimento deste domínio multidisciplinar dá-se como consequência da explosão demográfica, a partir da segunda metade do séc. XX e da preocupação com a qualidade de vida dos mais velhos. A assunção generalizada de que a idade adulta era uma época de estabilidade levou a que esta fase do ciclo de vida tivesse sido negligenciada, durante muito tempo, como objecto de estudo.

O advento da perspectiva do ciclo de vida⁴, ao considerar que o desenvolvimento se processa ao

⁴ Ver Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics

longo de toda a vida, ou seja, do nascimento à morte, é multidireccional (isto é, existem múltiplas vias, pelas quais se concretiza) e é multidimensional (isto é, ocorre em diferentes dimensões: física, intelectual, social), veio enquadrar as múltiplas perspectivas num paradigma compreensivo e mais vasto. Tal modelo considera ainda que o desenvolvimento é contextual (isto é, o contexto exerce um papel determinante, decorrendo o desenvolvimento de complexas interacções entre os sujeitos e os meios em que vivem), e é acompanhado de perdas e, também, de ganhos. Ferreira-Alves (2010, 13) sublinha, a este propósito, que “a vida adulta, a terceira e a quarta idade, não podem ser consideradas meros pontos de chegada de percursos determinados na infância ou na adolescência mas, igualmente, momentos desenvolvimentais particulares, de importância e força idêntica a momentos anteriores na determinação da experiência do ciclo de vida”.

between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.

5. Que é o *ageism*?

As crenças e estereótipos sobre o envelhecimento designados por alguns autores como *ageism* (discriminação etária, ancianismo ou idadeísmo), e definidos psicossociologicamente, como “uma matriz de opiniões, sentimentos, atitudes e reacções dos membros de um grupo, com as características da rigidez e da homogeneidade” (Simões, 1985, 207), têm, como consequência, o tratamento injusto e padronizado das pessoas mais velhas e, em última análise, impacto nas intervenções políticas e sociais e na crença da sua incapacidade de se desenvolverem. Como têm como base a generalização, a partir da observação do comportamento de alguns idosos, tais crenças são incorrectas, distorcidas ou, pelo menos, imprecisas. Nesta linha de pensamento, as pessoas mais velhas são, por exemplo, muitas vezes, rotuladas de chatas, caducas e assexuadas.

O *ageism* tem uma componente afectiva (sentimentos face à pessoa idosa), uma componente cognitiva (pensamentos, crenças e estereótipos

face à pessoa idosa) e uma componente comportamental (atitudes para com a pessoa idosa).

A categorização das pessoas com base na idade constitui uma organização básica do nosso conhecimento sobre nós próprios e os outros. As expectativas relacionadas com a idade – sobre o que é ser-se idoso, adulto, adolescente, criança – desenvolvem-se, precocemente, no seio da família, estendendo-se a todos os sectores da sociedade e, como todas as ideias que temos sobre a realidade, reflectem-se nas nossas atitudes e opções e ajudam a guiar o nosso comportamento. Consequentemente, a generalidade dos problemas das pessoas idosas, na nossa sociedade, não decorre do processo de envelhecimento biológico, mas sim sociogénico, ou seja, dos papéis impostos pela sociedade, quando as pessoas atingem determinada idade cronológica. Os próprios idosos internalizam estas ideias. E algumas delas geram aquilo que Bunzel (1972)⁵ designou de gerontofobia – o evitar confrontar-se com uma série de

⁵ Bunzel, J. (1972). Note on the history of a concept: gerontophobia. *Gerontologist*, 12, 116.

representações relacionadas com a velhice, como a doença, a inactividade, a depressão, o aborrecimento e a incapacidade.

As atitudes negativas em relação ao envelhecimento nunca tiveram um papel tão central como na sociedade contemporânea. As pessoas idosas ocupam o estatuto sócioeconómico mais baixo, o que aumenta o risco de saúde precária, incapacidade e morte. O confronto e a internalização de atitudes negativas sobre o envelhecer e a velhice minam a confiança dos mais velhos em lidar com o mundo físico e social, tendo-se em menor conta como agentes, e afectando, assim, a sua imagem e auto-imagem e o acesso à participação. Finalmente, o *ageism* institucional limita o acesso aos recursos que promovem a saúde e o bem-estar, incluindo o trabalho e a escola.

Consequentemente, a discriminação afecta económica, social e psicologicamente o bem-estar das pessoas idosas, excluindo-as e denegrindo-as. Os estereótipos negativos influenciam também os investigadores e os teóricos e, consequentemente, os políticos e as políticas sociais. Daí que se explique que, por um lado, se invista em políticas de

integração e de convívio entre as gerações e, por outro lado, na tecnologia e medicina *anti-ageing*.

Muitos mitos⁶ relacionados com o envelhecimento ainda subsistem, apesar da investigação psicogerontológica, recorrentemente, os desconfirmar. Estas crenças ou mitos são propagados, mais ou menos por todos nós, e representam forças poderosas na modelação das nossas experiências relacionadas com o envelhecimento. O conhecimento actualizado e a compreensão dos nossos medos são fundamentais, bem como a investigação e a divulgação/formação para confrontar as ideias feitas, as generalizações abusivas e as crenças que prejudicam a vida das pessoas. É sabido que a melhor forma de enfrentar os nossos medos é confrontá-los, não fugir deles ou fingir que eles não existem. Ao aproximarmo-nos daquilo que receamos, relativizamos a sua importância. De seguida, preconiza-se o “deixar ir, deixar ir os medos, as ideias feitas, as representações sociais, os conceitos...deixar ir...”.

⁶ Usamos a palavra *mito* no sentido de crença não baseada no estudo sistemático.

Ora, se há dado recorrente nas conclusões das investigações gerontológicas é o de que, à medida que as pessoas envelhecem, tendem a tornar-se cada vez menos semelhantes. Por outras palavras, a heterogeneidade aumenta com a idade, fruto das experiências diversas acumuladas, ao longo dos períodos anteriores da vida. Sabe-se também que a insatisfação com a idade é altamente preditiva da mortalidade entre os adultos mais velhos.

O *ageism* tem vindo a ser considerado como uma forma de mau-trato (OMS, 2002), já que os sentimentos e estereótipos negativos encorajam muitos dos comportamentos abusivos praticados sobre os idosos. A crença numa diminuição generalizada das capacidades, motivações e da sua qualidade de vida, permanece como um estigma, podendo induzir as pessoas, à medida que envelhecem, a olharem para si mesmas e a comportarem-se, de acordo com uma imagem estereotipada, em que elas erradamente acreditam. Ao caírem nesta ‘armadilha cultural’, nas palavras de Fonseca (2006, p. 107), correm o risco de se conformarem às expectativas que os outros criam sobre si, negando, e não otimizando, as suas capacidades.

6. Envelhecer é adoecer?

Envelhecer não é sinónimo de adoecer, mas sim de mudar – tal é, de certo modo, a consequência da passagem dos anos. As mudanças implicadas no nosso desenvolvimento iniciam-se com a concepção, existindo uma enorme variabilidade intra-individual, pois cada órgão e sistema se modifica (envelhece), de forma diferente, e interindividual, pois que se verificam diferenças importantes entre os indivíduos.

Muitas das modificações fisiológicas e anatómicas associadas ao processo de envelhecimento têm o seu início muitos anos antes do surgimento de sinais exteriores. Ou seja, o seu começo dá-se cedo, por volta do final da segunda década de vida, perpetuando-se, de forma pouco perceptível, durante a terceira década. Será por volta dos quarenta anos que as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento se tornam mais notórias, continuando, até ao fim da vida, isto é, até que o organismo não consegue mais adaptar-se. Assim, o processo de senescência coloca os indivíduos numa situação de maior

vulnerabilidade à doença, nomeadamente, a problemas crónicos de saúde que os podem limitar na sua vida quotidiana.

Considerar envelhecer como sinónimo de adoecer corresponde à utilização do termo ‘velho’ como sinónimo de doente, incapaz ou limitado. No entanto, a velhice não representa, necessariamente, incapacidade: embora possa, eventualmente, levar a perdas ou reduções da capacidade funcional, estas não impossibilitam a generalidade das pessoas de desenvolver uma vida plena. A velhice como qualquer outra fase possui a sua própria funcionalidade.

A constatação da deterioração de funções corporais e intelectuais levou à necessidade de diferenciar os processos de senilidade (relativos ao envelhecimento patológico) dos de senescência (associados ao processo normal de envelhecimento), que tão frequentemente se sobrepõem, tanto ao nível das representações sociais do envelhecimento como das científicas, ao serem destacadas as perdas e os défices, em detrimento de aspectos relativos aos ganhos. É, neste sentido, que a questão fundamental que ainda não se encontra

completamente resolvida se prende com quais as modificações associadas ao envelhecimento que são típicas ou normais e quais são os processos atípicos ou patológicos (Montorio, & Izal, 1999).

Os investigadores desta área têm sublinhado a distinção entre o envelhecimento primário ou normal (sem ocorrência de doença, que reflecte o limite intrínseco de longevidade celular, possivelmente pré-programado geneticamente) e o envelhecimento secundário ou patológico (com doença associada, que ocorre devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças) (Spar, & La Rue, 2005). Assim, enquanto que o envelhecimento primário parece estar subjacente à longevidade máxima relativamente constante que se observa em todas as espécies animais, o envelhecimento secundário explica muita da variabilidade entre seres de uma mesma espécie. No entanto, apesar de, no seio da comunidade científica, haver um consenso relativo sobre o facto do envelhecimento não implicar, necessariamente, deterioração ou doença, existem dificuldades em estabelecer limites entre o envelhecimento normal e o patológico. Neste sentido

Montorio e Izal (1999) propõe considerar a relação entre envelhecimento normal e patológico como um contínuo. Num extremo, o envelhecimento pode ser claramente separado da doença, já que existem determinadas transformações que jamais poderiam ser consideradas como patológicas, independentemente da sua extensão (por exemplo, as rugas). No extremo oposto, o normal e patológico sobrepõem-se, já que o normal acima de um certo limiar se considera patológico. Assim, por exemplo, um certo grau de descalcificação dos ossos na velhice não se considera doença até alcançar um determinado limite.

Para além do envelhecimento normal e patológico, foi proposto o conceito de “envelhecimento terciário” ou padrão de declínio terminal, caracterizado por mudanças súbitas em diversas capacidades cognitivas e funcionais, ou seja, uma deterioração dos níveis prévios de capacidade diferente das modificações normais associadas à idade (Birren, & Schroots, 1996).

Várias teorias (como as que defendem que as alterações moleculares e celulares levam a perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo)

pretendem explicar as causas do envelhecimento e do aparecimento das perturbações de saúde. Neste sentido, à medida que se avança na idade, as alterações no corpo tornam-se visíveis sendo, no entanto, muitos os factores (como o género, no sentido em que a esperança média de vida da mulher é superior à do homem; e o estilo de vida) que influenciam estas alterações.

7. Envelhecer é perder e declinar?

Durante décadas ou, mais precisamente, até aos anos 70 do século XX, a maior parte dos autores defendia que a vida adulta, embora a mais longa e, porventura, a mais complexa de todas as fases do ciclo de vida se caracterizava por um declínio crescente, universal, e inevitável.

Esta concepção *negativa* do adulto e, sobretudo, do idoso, tem sérios reflexos no modo como as pessoas, em geral, e os profissionais, em particular, com eles interagem. A esta concepção *negativa* do processo de envelhecimento opuseram-se diversos autores, que defendem que, durante a

vida adulta (durante toda a vida), as mudanças no comportamento individual, ao longo do ciclo de vida, reflectem interacções entre a maturação e outros factores ambientais. Assim, na terceira idade, certas dimensões da inteligência e da personalidade podem compensar as que, por estarem mais directamente dependentes da componente biológica, poderão manifestar algum declínio. Para esta concepção da vida adulta e da terceira idade, teve um contributo decisivo a perspectiva psicológica do ciclo de vida referida na introdução deste livro.

Incluem-se nesta abordagem autores como Erikson, que advogam que existem novos estádios de desenvolvimento, além da adolescência, potencialmente mais avançados e integrados do que os precedentes, e autores, como Levinson, que falam de mudanças durante a vida adulta, não significando tais alterações mais maturidade ou maior integridade. Fazem, ainda, parte desta abordagem autores como Baltes que, situando-se numa outra linha de investigação, advogam que o desenvolvimento é acompanhado de perdas e também de ganhos, e culmina, idealmente, na

complexidade hierárquica, no conhecimento, na especialização, na experiência, na espiritualidade e na sabedoria (Marchand, 2005).

À medida que se envelhece, pode verificar-se a impossibilidade de realizar, de forma independente algumas actividades do quotidiano devido a uma ou várias doenças crónicas, ou como reflexo de uma perda geral das funções fisiológicas atribuível ao processo global de senescência (Manton *et al.*, 1997, citado por Marín, & Casasnovas, 2001). No primeiro caso, por exemplo, situam-se todos aqueles indivíduos, cuja incapacidade funcional deriva de processos crónicos fortemente associados à idade: doenças cardiovasculares, tumores malignos, doenças do foro mental, doenças do aparelho músculo-esquelético (artrite, osteoporose) e respiratório. A segunda razão relaciona-se com a perda de vitalidade, experimentada pela maioria dos organismos com a idade.

Não obstante, o importante é perceber que ambas (doenças crónicas e processo de senescência) só surgem e provocam problemas de dependência em algumas pessoas de idade avançada. A explicação para este fenómeno reside numa série

de variáveis de carácter social e ambiental (para além dos factores genéticos), que condicionam o surgimento e o desenvolvimento dos factores precipitantes da dependência, explicando a variabilidade interindividual existente.

No discurso do senso comum e, até, nalguma literatura, prevalece a ideia de que o aumento da esperança de vida deveria ser acompanhado de um aumento da qualidade de vida e de saúde. De facto, a prevalência de doenças crónicas (por exemplo, cardiovasculares, hipertensão, reumatismo, diabetes, doenças mentais) também aumentou substancialmente e as suas consequências incapacitantes reflectem-se mais, quando a população vive mais tempo. A Teoria da Compressão da Morbilidade (Fries, 1983, citado por Marín, & Casanovas, 2001) postula que a adopção de estilos de vida mais saudáveis e os avanços da tecnologia médica levaram ao aumento da esperança de vida, mas também permitiram que as doenças crónicas e as incapacidades funcionais passassem por um processo de “compressão” (isto é, se manifestassem durante períodos de tempo, cada vez mais curtos, antes da morte). Ou seja, devido à melhoria dos

cuidados de saúde, a doença e a incapacidade está a ser adiada para uma fase mais tardia da vida. Esta conclusão decorre da formulação da seguinte premissa: a vida humana tem um limite biológico que ronda os 120 anos de idade, o que significa que teremos um maior período da nossa vida livre de incapacidades, o qual será seguido por um breve período de incapacidades antes da morte.

Num outro sentido, a Teoria da Expansão da Morbilidade (Kramer, 1980, citado por Marín, & Casasnovas, 2001) reconhece que as mudanças nos estilos de vida diminuem o risco de se vir a sofrer de doenças mortais. Deste modo, sustenta que o principal efeito do avanço dos tratamentos médicos é o de prolongar a vida daqueles que sofrem de doenças crónicas, sem que isso resulte em ganhos de saúde consideráveis. Portanto, neste caso, a redução das taxas de mortalidade e o aumento na esperança de vida levará ao prolongamento do tempo, durante o qual as doenças crónicas e a incapacidade funcional se poderão manifestar, ou seja, períodos mais longos de incapacidade e dependência para as pessoas idosas.

Porém, assegurar que, independentemente da quantidade de anos, a qualidade seja mantida não significa abolir completamente a doença, já que esta faz parte integrante da nossa vida.

8. Podemos evitar envelhecer e morrer?

Não podemos evitar envelhecer e morrer, já que viver implica necessariamente mudar e os genes impõem limites à longevidade individual e da espécie.

Assim, todo o organismo multicelular dispõe de um tempo limite de vida, em que as probabilidades de sobreviver vão sendo, cada vez menores, à medida que se avança na idade. No entanto, este dinamismo não é tão linear como se julga. Embora remeta para um processo universal que acarreta, de forma gradual, a deterioração de funções corporais e intelectuais, o envelhecimento tem uma natureza diferencial, ou seja, não atinge todas as funções, nem todos os indivíduos, de maneira uniforme. Assim, duas pessoas não envelhecem exactamente da mesma maneira – envelhecemos como aprendemos a viver, embora as possibili-

dades de nos recriarmos, em qualquer momento sejam inúmeras. Neste sentido é que se deve dar importância relativa à idade cronológica de uma pessoa, devendo antes considerar-se que à mesma podem corresponder idades diferentes, como já vimos, de natureza biológica, psicológica e social: a idade biológica está associada ao envelhecimento orgânico, ou seja, alterações, por exemplo, a nível sensorial, fisiológico; a idade psicológica está relacionada com as dimensões cognitiva, afectiva/emocional e de capacidade funcional; e, por fim, a idade social, que é fortemente determinada pela cultura e contexto histórico do país, refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos do indivíduo, relativamente aos outros membros da sociedade.

No entanto, “toda a gente sabe que vai morrer, (...) (mas) ninguém acredita nisso” (Albom⁷, 1997, 103). Na realidade, vivemos na ilusão de que será sempre assim, de que nada muda porque “se acreditássemos fazíamos as coisas de um modo diferente” (Albom, 1997, 103).

⁷ Albom, M. (1997). *As Terças com Morrie*. Sinais de Fogo.

9. Começamos a envelhecer aos 65 anos?

Segundo a OMS, a terceira idade tem início entre os 60 e os 65 anos. No entanto, atribui-se, erradamente, a Otto von Bismarck a responsabilidade da fixação dos 65 anos, como data de entrada na velhice. Este chanceler alemão foi o primeiro a desenhar, em 1889, um programa de segurança social para os mais velhos, com o objectivo de promover o bem-estar dos trabalhadores idosos e manter a economia alemã no seu máximo. Nessa altura, foi estabelecida, como idade da reforma, os 70 anos (Bismarck tinha 74 anos) e só 27 anos mais tarde (em 1916) é que se baixou para os 65. Bismarck, nessa altura, já estava morto, há 18 anos. A velhice cronológica, definida de acordo com o facto de ter cumprido os sessenta e cinco anos, tem a vantagem de ser objectiva na sua medição, pois que todas as pessoas nascidas no mesmo ano têm a mesma idade cronológica e constituem uma unidade de análise social (coorte).

Embora a idade cronológica seja um critério para organizar socialmente o nosso ciclo de vida e os acontecimentos que vão ocorrendo, é impor-

tante recordar que não há nada de especial que esteja programado para acontecer precisamente aos 65 anos. O nosso desenvolvimento faz-se, de forma contínua. É certo que os acontecimentos de vida de origem biológica (como o aparecimento da menopausa) ou cultural (a reforma compulsória) marcam o nosso ciclo de vida. Porém, mais importante do que o tempo em si mesmo, é compreender como é que o comportamento humano é afectado por experiências que ocorrem, durante a passagem do mesmo. A idade, só por si, não explica muito (Birren, & Schroots, 1996). Nas palavras de Simões, “a idade é uma variável vazia”. Recordemos que a velhice não é mais do que um conceito, e os anos nada mais são do que a Terra a dar a volta ao Sol.

10. A velhice é uma fase da vida adulta?

Para a generalidade dos autores, a velhice é, efectivamente, uma fase da idade adulta. Embora muitos tenham alertado para os perigos das compartimentações, o longo período da vida adulta

é, usualmente, dividido em fases. Porém, dada a complexidade do desenvolvimento na vida adulta, a maior parte dos autores propõe que, na entrada e na delimitação das diferentes fases, se tenha em consideração não apenas um, mas vários critérios, nomeadamente, o critério cronológico, o critério biológico, o critério funcional, o critério psicológico (emocional e cognitivo) e o critério social. Alguns autores, foram ainda mais longe propondo a subdivisão da última fase da vida adulta. Assim, por exemplo, Riley (1988) delimitou três tipos de categorias de idade: entre os 65 e os 74 (jovens idosos), entre os 75 e os 85 anos (idosos) e os acima dos 85 anos (muito idosos).

Legalmente, adulto significa um indivíduo que pode ser parte num contrato, que é imputável e responsável. A definição legal de entrada na idade adulta varia em função da região e da época histórica (13 anos – nalgumas culturas africanas; 19 – Coreia do Sul; 15 – Japão; 16 – nalguns estados dos Estados Unidos da América). Os 18 anos são, no entanto, a idade mais consensual entre os diferentes países. Casar, votar, entrar na vida militar, conduzir automóveis, viajar sozinho para o

estrangeiro, consumir bebidas alcoólicas, fumar, ter relações sexuais, ser prostituto(a) – se for legal –, recorrer a serviços de prostituição, ser modelo ou actor (actriz) pornográfico(a), são exemplos de actividades que podem ser, na perspectiva legal, reservadas a adultos.

Um exemplo de teoria de desenvolvimento do adulto é a de Levinson (1990)⁸, que subdividiu a idade adulta em jovem adultez (período entre os 20 e os 40 anos); meia-idade (entre os 40 e os 60 anos) e a fase final da vida adulta (a partir dos 65-70 anos). Cada uma destas fases é marcada pelo desempenho de papéis traduzidos em diversas tarefas mais ou menos estruturadas – familiares, profissionais, sociais, políticas.

Para Levinson, a fase de jovem adulto é uma época de muitas possibilidades e, simultaneamente, de compromissos, em que é necessário fazer opções. Isto constitui a própria estrutura desta fase

⁸ Levinson, D. (1990). A theory of life structure development in adulthood. In C. Alexander & E. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 35-53). New York: Oxford University Press.

de vida, caracterizada por muitas contradições e tensões pessoais.

Na fase seguinte, da *meia-idade*, embora se comece a verificar uma gradual diminuição das capacidades biológicas, estas são suficientes para permitirem uma vida enérgica, socialmente produtiva, podendo proporcionar um período de elevada satisfação pessoal. Porém, as estruturas de vida que emergem na meia-idade variam muito na satisfação que proporcionam. Para os adultos que não conseguem construir uma estrutura de vida adequada, a meia-idade pode representar constrição e declínio. Para os que formam uma boa estrutura de vida, em termos sociais, mas com pouco desenvolvimento pessoal, podem sentir que têm uma vida interior pobre e sem sentido. Para outros, a meia-idade pode ser o período mais criativo do ciclo de vida. Neste último caso, as pessoas sentem-se menos tiranizadas pelas paixões, ambições e ilusões da juventude, mais ligadas aos outros e, simultaneamente, em contacto consigo próprias.

Quer vivam, ou não, uma crise, os adultos de meia-idade, reforçam geralmente o sentimento da

sua individualidade e identidade, e adquirem uma visão mais sofisticada do mundo – o que é, o que lhes oferece, e o que lhes exige – estabelecendo elos de ligação, simultaneamente, mais independentes e mais intensos, com esse mesmo mundo (Marchand, 2005).

A partir dos 65 anos, entra-se na última era da vida adulta, *a idade adulta tardia*. As principais tarefas com que os sujeitos desta “estação” da vida têm que se confrontar dizem respeito, de acordo com Levinson (1990), sobretudo, à adaptação ao declínio físico e aos problemas psicológicos decorrentes da perda de juventude.

Não envelhecemos, num único dia, apesar de existirem momentos/dias da nossa vida em que nos sentimos mais ‘envelhecidos’... Com mais anos? Não! Mas, talvez, mais cansados, mais pesados... mas é isto envelhecer?

ESBOÇOS DE CARACTERIZAÇÃO:
COMO SOMOS, COMO VIVEMOS

1. Ficamos mais sábios com a idade?

Não ficamos mais sábios/sages com a idade, no entanto, a fase da vida onde há mais pessoas sábias é na velhice. No entanto, a idade não é o único critério para que se aceda à sabedoria/sageza. É apenas uma condição importante, embora não suficiente, de sabedoria. Sabemos que a vivência de experiências múltiplas, ao longo da vida, é outro dos factores que contribui para a sabedoria (daí que haja mais respostas de sabedoria em pessoas que desempenham profissões de inter-ajuda), estando associado à prática de mentor e de tutor e à motivação para transmitir algo às novas gerações (*ripling*).

De acordo com Kramer (1990), o conceito de sabedoria é amplo e complexo, na medida em que pressupõe que as pessoas se encontrem em elevados níveis de desenvolvimento das dimensões cognitiva, afectiva e motivacional.

As teorias da sabedoria diferenciam-se pelo peso que os autores atribuem à cognição e à afectividade. Em algumas teorias, a sabedoria é associada a competências predominantemente cognitivas, noutras, depende de uma intensa integração da cognição e da afectividade.

Na perspectiva cognitiva, a sabedoria apela a juízos sobre problemas particularmente complexos e deficientemente estruturados, sobre si próprio ou sobre os outros. “Os problemas deficientemente estruturados pressupõem a utilização de uma lógica que possibilite a sua inserção numa realidade concreta, contextualizada, e que facilite a tomada de consciência da natureza fluida, contraditória e paradoxal dessa mesma realidade. Para que possa utilizar uma tal lógica, a pessoa deverá aceder aos mais elevados níveis de reflexividade” (Marchand, 2005, 51).

Do ponto de vista afectivo, a sabedoria apela a elevados níveis de descentração⁹ e de sensibilidade emocional que possibilitem a compreensão empática das intenções dos outros e a tolerância em relação à ambiguidade, isto é, apela a elevados níveis de desenvolvimento do eu. Nas palavras de Vandenplas-Holper (1998, 4), “a maturidade aparece como integridade moral, como empenhamento social responsável, como orientação autónoma e controlada da vida”.

Do ponto de vista motivacional, a sabedoria pressupõe, sobretudo, o sentimento de generatividade, ou seja, a preocupação em relação à formação e orientação dos outros, em geral, e das novas gerações, em particular.

A multidimensionalidade da sabedoria é, ainda, visível nas características que diversos autores¹⁰ atribuem a pessoas que manifestam sabedoria, tais como: o elevado conhecimento sobre assuntos e problemas do quotidiano; as aptidões reflexivas;

⁹ Por descentração entende-se o sair do centro e colocar-se no ponto de vista do outro.

¹⁰ Baltes (2004), entre outros.

a capacidade para compreender e para gerir a incerteza; a capacidade de dar conselhos adequados; a “abertura a novas experiências”; e a participação social activa sob a forma, por exemplo, de voluntariado (Marchand, 2005). As pessoas ditas sábias são socialmente inteligentes, boas ouvintes e boas observadoras, aprendem com os seus próprios erros, e com os erros dos outros, e possuem elevadas competências interpessoais.

Tendo em consideração as características acima descritas, não surpreende que sejam raras as pessoas que manifestam sabedoria. Sendo assim, a sabedoria é um objectivo “ideal” do desenvolvimento humano, uma das ‘forças de carácter’ do comportamento humano (Peterson, & Seligman, 2004). A sabedoria seria o nível mais elevado de compreensão da vida, dos outros e de si próprio, integrando, de forma exemplar o conhecimento e o carácter, a mente e a virtude (Baltes, 2004).

Para desenvolver a sabedoria, é necessária uma atmosfera de reflexão e de questionamento, em relação a atitudes e a afirmações de carácter absolutista. Tal atmosfera é rara e muito difícil de

desenvolver. Porém, Sternberg e colaboradores (2001) adiantam algumas sugestões no sentido de a promover. A título de exemplo: ler júzos e decisões sábias; balancear os seus próprios interesses com os das outras pessoas; ter em consideração os meios e não apenas os fins; tentar alcançar o bem que beneficie a todos.

2. Tornamo-nos mais religiosos com a idade?

Apesar da religiosidade¹¹ ser comum entre os adultos mais velhos, não existem provas de que as pessoas fiquem mais religiosas com a idade. A geração actual das pessoas mais velhas era já mais religiosa na sua juventude e, uma grande percenta-

¹¹ O termo religiosidade é complexo e ambíguo. Neste contexto vamos utilizá-lo na sua concepção mais abrangente, ou seja, na relação do homem com o transcendente. Porém, existem muitas definições possíveis e muitas delimitações, nomeadamente, em relação ao termo espiritualidade. Outras clarificações seriam também relevantes, numa análise mais aprofundada, nomeadamente, entre ser praticante ou não, frequentar ou não a igreja.

gem manterá esse interesse. Outros, naturalmente, não, como pessoas de qualquer outra fase da idade adulta que são independentes e livres.

Algumas pessoas idosas podem tornar-se mais inclinadas à espiritualidade ou virar-se para a religião, quando experienciam acontecimentos de vida perturbadores visto isso as ajudar a lidar com as eventuais perdas e dificuldades. Porém, o acesso ao apoio religioso é mais difícil (devido a saúde mais frágil, imobilidade ou falta de transporte), quando as pessoas idosas mais dele necessitam.

Alguns autores como James Fowler (teoria do desenvolvimento da fé; 1981¹²) e Fritz Oser (teoria do desenvolvimento da religiosidade; Oser, & Gmunder, 1991) analisaram, numa perspectiva psicológica, o desenvolvimento da espiritualidade na vida adulta. Ambos consideraram que este desenvolvimento se faz por estádios. Fowler defende que qualquer pessoa tem *uma fé*, isto é, uma orientação que dá sentido aos seus desejos,

¹² Fowler, J. (1981). *Stages of faith: The psychology of human development and quest for meaning*. San Francisco: Harper & Row.

pensamentos e acções, quer esteja, ou não, filiada numa religião ou numa organização de natureza espiritual. Oser, por seu lado, nos seus estudos sobre o desenvolvimento do juízo religioso, não considera a religiosidade como um compromisso institucional mas, sobretudo, como interrogações respeitantes ao sentido da vida. Ou seja, é de opinião que todas as pessoas colocam a questão de saber para onde vão, donde vêm, qual o sentido da vida, o que acontece após a morte (Oser, & Gmunder, 1991). Este autor considera ainda que as pessoas passam de uma orientação de religiosidade heterónoma, na qual Deus é visto como Todo-Poderoso, activo e mesmo caprichoso, actuando de modo relativamente independente da vontade ou da acção humana, até à rejeição da religião tradicional, ou de outras autoridades “externas”, a uma orientação de autonomia e intersubjectividade, até, na última fase, a um sentimento de religiosidade universal e incondicional.

Finalmente, convém sublinhar que a religiosidade e a espiritualidade têm sido relacionadas com várias consequências positivas do desenvolvimento, como o bem-estar, o sentido da vida e a saúde física.

3. Quem são os nossos amigos na velhice?

Contrariamente ao estereótipo, os nossos amigos chegados são mais ou menos os mesmos, ao longo de toda a nossa vida adulta. A investigação confirma que o número de amigos também se mantém relativamente estável. No entanto, para muitos idosos, a sua rede social é sinónimo de família, sendo os seus vínculos constituídos, essencialmente, por familiares de várias gerações. Por norma, os membros da família são quem providencia a maioria do apoio aos adultos mais velhos, enquanto os outros elementos da rede diversificam e ampliam o suporte, em função das suas possibilidades e capacidades. Assim, por exemplo, os familiares podem prestar apoio emocional, a longo prazo, enquanto os vizinhos podem ajudar, no que toca às questões práticas que requerem atenção imediata. Existem também idosos cujas redes sociais não contemplam qualquer familiar, seja porque nunca casaram, ou porque nunca tiveram filhos ou irmãos, ou em resultado de conflitos e separações que podem marcar as relações familiares. Nestes casos, as redes sociais são pautadas por relações

de não-parentesco (amigos, vizinhos e conhecidos). Obviamente, alguns idosos têm redes sociais mais diversificadas, onde os familiares coexistem a par de outro tipo de vínculos (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

O tamanho da rede social, ao longo do tempo, é importante, porque as pessoas com redes mais alargadas obtêm mais apoio, nos momentos mais difíceis. Em geral, observa-se que o tamanho das redes sociais e as ajudas mútuas diminuem com a idade. No entanto, actualmente, questiona-se esta ideia, pelo seu carácter demasiado simplista, já que, como foi referido, anteriormente, a investigação revela que o número de relações sociais próximas (que são as que proporcionam maior bem-estar e a quantidade de suporte emocional) são relativamente estáveis, até uma idade muito avançada (Due *et al.*, 1999).

Algumas relações familiares, como as fraternais, parecem intensificar-se na velhice. A maior disponibilidade de tempo, a aproximação do *fim* e a valorização das memórias da vida, facilitam este reencontro entre os irmãos (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). A relação será mais próxima, se

associada à proximidade geográfica, boa saúde e, especialmente, quando envolve irmãs. Saliente-se que as relações positivas entre irmãos, no fim da vida, aumentam o bem-estar, e os níveis de contacto mais íntimos encontram-se associados à diminuição da incidência de depressão (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

Na perspectiva de Carstensen (1992), à medida que as pessoas envelhecem, o estreitamento da rede social pode verificar-se, por um lado, porque as pessoas tendem a desinvestir nas relações menos significativas e, por outro lado, porque as relações mais íntimas, próximas e longevas dificilmente serão substituídas, à medida que se vão perdendo.

No fim da vida, os filhos adultos constituem o principal apoio para a maior parte dos idosos. Talvez por isso, a aproximação se sinta mais do lado dos progenitores, que sentem esta necessidade e têm mais tempo disponível, enquanto os filhos acumulam as responsabilidades profissionais e de criar e educar os seus descendentes (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Apesar do contacto inter-geracional ser, por norma, sólido e próximo, especialmente entre mulheres (mães

e filhas), a reciprocidade do apoio encontra-se presente, especialmente, em situações de doença. No entanto, também não podemos esquecer que os filhos são os abusadores mais frequentes dos seus pais idosos. Neste sentido, é importante a criação de uma relação familiar sólida, ao longo da vida, ou, ao invés, colocar limites e aceitar que a realidade é diferente da idealizada.

Os filhos apresentam-se, junto dos pais idosos, como fonte de apoio emocional e instrumental, sendo o inverso, em muitos casos, também verdadeiro. Por outro lado, os idosos manifestam a disponibilidade para cuidar das gerações mais novas, assumindo o papel de avô. Ser avô é um dos sonhos da maioria das pessoas que se encontra na fase da velhice, expresso como a concretização do desejo de continuidade, o que incita a desempenhar uma multiplicidade de papéis e a estabelecer interações significativas. Na verdade, avós e netos podem usufruir de uma relação, que não é complicada por responsabilidades, obrigações e conflitos (como acontece, muitas vezes, entre pais e filhos). De entre a multiplicidade de papéis desempenhados pelos avôs, destacamos a

categorização clássica dos estilos de comportamentos dos avós proposta por Neugarten e Weinstein (1964): o *formal*, o brincalhão, o pai alternativo, o sábio e o distante.

O manter as antigas amizades e o cultivar novas é, para a generalidade das pessoas, uma fonte de gratificação. Uma rede social extensa e forte está relacionado com a satisfação com a vida.

4. Os avós fazem sexo?

Sim, fazem. Porém, as ideias sobre a sexualidade, na última fase do ciclo de vida, resumidas, de acordo com Gomes (1987), a três categorias de estereótipos que estão, também, generalizados em anedotas e ditos do senso comum, têm um grande impacto na forma como pensamos a sexualidade dos mais velhos. A cessação da sexualidade com a idade (“a maioria dos idosos perde o desejo e a capacidade de ter relações sexuais”), as influências nefastas que a sexualidade pode ter na saúde (“os doentes não devem ter relações sexuais”) e a conotação perversa, se as actividades sexuais

continuarem (“os idosos são particularmente vulneráveis a desvios sexuais, como o exibicionismo e as parafilias”) são as três categorias acima referidas. As generalizações abusivas, porque aplicadas, de maneira uniforme, extremada e, tendencialmente negativas, sobre a sexualidade dos adultos e dos idosos escondem que esta é consequência de uma enorme diversidade de aspectos biológicos, psicológicos, históricos e sociais, que se prendem com as formas múltiplas de experimentar e de viver a idade adulta. Os factores psicossociais têm um papel fundamental para compreender a sexualidade, ao longo da vida, mascarando e tornando difíceis de avaliar as mudanças biológicas relacionadas com a idade e o seu impacto na capacidade sexual. Recorde-se, a título de exemplo, a predominância, até ao lançamento da pílula contraceptiva no mercado, em 1959, de um modelo sexual reprodutivo que marginalizava todas as sexualidades que se afastassem do coito com fins reprodutivos e, conseqüentemente, dessexualizava a mulher mais velha (Gomes, 1987). Tenha-se ainda presente um marketing em que a relação entre sexo e publicidade contribui para

vender uma imagem da sexualidade como privilégio único e exclusivo da juventude. Finalmente, há que ter em conta os tabus relacionados com a sexualidade dos pais e dos avós e, por acréscimo, a sexualidade dos adultos.

Embora a capacidade reprodutiva decline e, no caso da mulher, cesse, a capacidade de ter prazer e uma vida sexual activa mantêm-se, ao longo de toda a vida adulta. No entanto, se a capacidade de ter e dar prazer se mantém, mesmo em idades mais avançadas, quais são os factores que levam ao declínio da actividade sexual com a idade, referidos na literatura e pelo senso comum (Lima, 2003)? Com a idade, aumenta a viuvez e como, em muitos casos, por razões culturais, as hipóteses de contactos sexuais estão restritas ao casamento, esta condição compromete a vida sexual dos mais velhos. Por outro lado, o mito da beleza física jovem traz como consequência a baixa auto-imagem das pessoas, que não encaixam nesse padrão, dificultando, conseqüentemente, as relações interpessoais. Algumas doenças, que têm maior probabilidade de ocorrer com o avançar da idade, também afectam a performance sexual.

Finalmente, as atitudes dos filhos e pessoal técnico, que desvalorizam a sexualidade dos mais velhos, bem como, os conceitos restritivos de sexualidade, contribuem para justificar o declínio da actividade sexual com a idade.

Sanchez e Glacia (1998) consideram que todas as designadas 'limitações' da sexualidade, na terceira idade, são psicossociais e podem ser controladas, ou tomadas de modo a não serem impedimentos, mas novas condições em que se pode viver a sexualidade (Pacheco, & Gamito, 1993). Existem, aliás, inúmeras vantagens para o incremento da sexualidade entre as pessoas idosas que estes autores apontam, como, por exemplo, a maior lentidão de todos os processos, o que proporciona mais tempo para o prazer e mais tranquilidade, a flexibilidade dos papéis de género, que faz com que se interessem por coisas comuns, a ausência de receios de engravidar e das eventuais consequências nefastas dos meios contraceptivos, o interesse por uma sexualidade mais global, envolvendo os afectos e o corpo todo (Lima, 2003).

Finalmente, convém sublinhar que os níveis de actividade sexual e de satisfação sexual, ao longo da vida, são os maiores preditores da sexualidade e da satisfação sexual na terceira idade.

O acesso à informação e à educação sexual ao longo da vida permitiria o confronto das crenças referidas, contribuindo para o bem-estar dos mais velhos, e para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis que têm aumentado na terceira idade.

5. O que acontece ao avô se a avó morrer?

A doença e a morte do cônjuge são motivos de mudança, que obrigam a uma reestruturação profunda da vida da pessoa idosa. A verdade é que a taxa de viuvez aumenta com a idade, sendo este aumento mais acelerado entre as mulheres, sobretudo, por volta dos 70 anos de idade. Aumenta também o tempo de luto e de recuperação depois da perda do cônjuge.

No fim da vida, a família volta a ter a composição inicial: o casal sozinho (Relvas, 1996).

Nesta fase, os objectivos modificam-se, passando a valorizar-se aspectos mais expressivos como dar cuidados e atenção, enquanto se exacerbam aspectos como a dependência e a proximidade entre os membros do casal (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Os casais constituídos há muito tempo e que referem ter uma relação de qualidade com os pares salientam, na generalidade dos estudos, que o seu cônjuge é o seu melhor amigo e que se sentem gratos pelo companheiro que têm. Neste sentido é que a reacção emocional perante a morte do cônjuge é complexa, podendo incluir sentimentos de revolta e negação, mas, também, de alívio e culpa; frequentemente, tem lugar uma sintomatologia depressiva que, não obstante, tende a desaparecer no prazo de 1 a 2 anos. Uma morte na família aumenta também, significativamente, as taxas de mortalidade nos familiares chegados, sobretudo, no cônjuge sobrevivente.

A literatura refere que, em casais longevos, é, geralmente, o homem que tem mais dificuldade em se adaptar a viver sozinho e a levar a cabo todas as tarefas anteriormente desempenhadas pela esposa.

Se o avô morrer a avó vai ficar muito triste. Mas a avó, como a generalidade das pessoas mais velhas é mais madura do que nós, compreendendo a perda como componente incontornável da vida.

6. Sentimo-nos mais sozinhos na velhice?

Apesar da associação entre a solidão e a velhice ser frequente, na nossa cultura, a verdade é que a investigação não confirma esta crença. A razão desta associação é a ligação e a confusão frequente entre solidão, isolamento social e viver só (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Na realidade, a presença de uma vasta rede social não significa, necessariamente, a existência de relações próximas ou a ausência de solidão; viver sozinho não é sinónimo de estar sozinho ou de solidão; nem todos os que vivem sozinhos estão isolados, embora a maioria dos isolados vivam sós. Victor e colaboradores (2000)¹³ definiram quatro com-

¹³ Victor, *et al.* (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.

binações entre isolamento social e solidão: nem solitário nem isolado; isolado mas não solitário; solitário mas não isolado; isolado e solitário. Além disso, relacionaram solidão e isolamento social com os recursos do idoso e os acontecimentos de vida. Por exemplo, as pessoas que vivem sós são mais vulneráveis à solidão; solidão e isolamento são mais comuns entre os muito idosos (devido a factores como a deterioração da saúde); as mulheres tendem a sentir mais solidão e isolamento (talvez por terem maior facilidade em assumi-la).

Apesar do que foi referido, não devemos descurar aquelas pessoas idosas que, efectivamente, se sentem sozinhas, ou aquelas que gostariam de ampliar a quantidade e a qualidade das suas relações interpessoais.

7. Todos os avós são resmungões?

É claro que nem todos os avós são resmungões e, por outro lado, a verdade é que a ‘resmunguice’ e outras características, como a intolerância e o

conservadorismo, também não aumentam com a idade. A investigação tem, aliás, revelado uma enorme estabilidade dos traços de personalidade, ao longo da idade adulta. Por outras palavras, características como a sociabilidade, a amabilidade, a impulsividade, a estabilidade emocional, a abertura à experiência, o altruísmo e a auto-disciplina, tendem a permanecer estáveis, apesar do avanço da idade. Estes dados explicariam, aliás, a relativa constância do bem-estar subjectivo, com o tempo já que este constructo é mais influenciado por variáveis de personalidade, como a confiança, a estabilidade emocional e as emoções positivas, do que por variáveis sociodemográficas, como a idade ou o género. A auto-estima¹⁴ é, aliás, a variável de personalidade que maior impacto tem sobre o nosso bem-estar e sobre a forma como lidamos e experienciamos o nosso processo de envelhecimento.

¹⁴ Rosenberg (1965) refere-se à auto-estima como “uma atitude positiva ou negativa que o indivíduo apresenta, em relação a si próprio” (p. 30).

Assim, mais do que tentar perceber como as nossas características de personalidade mudam, ao longo do tempo, deveríamos debruçar-nos sobre a forma como a nossa personalidade influencia o processo de envelhecimento e como as nossas percepções sobre a personalidade influenciam esse mesmo processo (Loeckenhoff *et al.*, 2009). A este propósito recordo o diálogo entre Sócrates e Céfalo, sobre a velhice, descrito por Beauvoir (1990, p. 135):

“Céfalo convidou Sócrates para visitá-lo, desculpando-se por não ir procurá-lo, pelo facto de estar velho e ser difícil sair de casa. Queria conversar com o amigo, pois para Céfalo: ‘quanto mais amortecidos ficam os prazeres do corpo, mais crescem o deleite e o prazer da conversação’. Sócrates aceitou o convite, respondendo que lhe agrada muito conversar com pessoas de mais idade, que já tinham percorrido um caminho que ele teria que percorrer. Assim, deu-se o início da conversa, quando Sócrates perguntou a Céfalo, como ele, já velho, se sentia ao atingir a fase que os poetas chamavam de ‘o limiar da velhice’. Céfalo respondeu

que muito bem, pois a triste cantilena, evocada por muitos, responsabilizando a velhice por todos os males, para ele era decorrente da própria vida e não da idade avançada.” Por outras palavras, as queixas não devem ser atribuídas à velhice mas à personalidade, pois aquele que é tranquilo e bem humorado, não sentirá o peso dos anos e aquele que não apresenta estas características, não só a velhice, mas a própria juventude lhe parecerá um fardo bastante pesado.

Neste enquadramento, o que nos parece frutuoso é a descrição e a compreensão do contexto e dos aspectos mais maleáveis do *self* (como os objectivos, valores e as crenças) que tenderão a mudar ao longo da vida (Ryff, 1991). O curso da vida passa a ser concebido como um texto, que está aberto para revisão e reinterpretação (Dannefer, 1989), e cada um pode, mais facilmente tomar as rédeas da sua vida. O desafio está em integrar, da melhor maneira, os diferentes níveis e aspectos da nossa personalidade, de forma a atingir um funcionamento óptimo (Sheldon, 2004) e o designado envelhecimento bem sucedido.

8. Reforma compulsiva?

O envelhecimento da população obriga-nos a considerar questões, como a idade da reforma e a obrigatoriedade da mesma, o lugar dos idosos dentro da sociedade, a empatia intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e também a qualidade de vida das pessoas idosas (Diener, & Suh, 1998). Ora, o reconhecimento da grande variabilidade entre os adultos, nomeadamente, entre os idosos, tem vindo a acentuar a necessidade que se faça a distinção entre a *idade cronológica* e a *idade funcional*. Para Birren e Schaie (1996), a idade funcional é um critério mais correcto para caracterizar as diferentes fases da vida adulta do que a idade cronológica. A consideração desta distinção conduziu a alterações na legislação de alguns países, quanto à idade da reforma obrigatória, tendo, por exemplo, os Estados Unidos, suprimido, desde o início de 1994, a reforma obrigatória aos 65 anos. No Reino Unido, não há uma idade fixa obrigatória para a reforma, podendo-se continuar a trabalhar o tempo que se quiser.

A reforma marca a perda de determinados papéis sociais activos (principalmente, o profissional) e apresenta-se como um marco de entrada na velhice, sobretudo, porque o estatuto de reformado é associado à perda de importância social e de poder, em sociedades fortemente marcadas por regras económicas e orientadas para e pelo produtivismo, onde quem não produz não é considerado como socialmente útil. A reforma implica, ainda, a diminuição dos rendimentos económicos, a perda de oportunidade de contactos sociais (diminuindo a rede social), e uma maior quantidade de tempo livre (Montorio & Izal, 1999). Todas estas situações são sentidas como pressões para o indivíduo se reinventar, reformulando valores, rotinas, objectivos. O grande desafio consiste, então, em reorganizar o quotidiano, descentrar-se da profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de identidade e de mais-valia pessoal (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

Uma sólida rede social, rendimentos económicos suficientes e um bom estado de saúde são factores que favorecem a edificação desta nova fase.

Todavia, o sucesso da adaptação pode ser ameaçado, se a reforma for involuntária, ou se coincidir com um acontecimento negativo (por exemplo, a morte do cônjuge) (Schaie, & Willis, 2002). Atchley (1976, citado por Schaie, & Willis, 2002) propõe um conjunto de fases do processo de reforma: A primeira fase é a *da lua-de-mel*, e caracteriza-se pela euforia, com que a pessoa deseja fazer tudo aquilo que não teve oportunidade de realizar, quando estava a trabalhar. Segue-se o *período de descanso e relaxamento*, durante o qual o reformado decide viver, calmamente, a nova condição. Depois, poderá, seguir-se um *período de desencantamento*, sobretudo, se as expectativas em relação à reforma não correrem como planeado, ou se os planos forem interrompidos por um acontecimento inesperado (por exemplo, uma doença). Durante o *período de reorientação*, enfrenta-se e aceita-se a nova condição e exploram-se alternativas para viver esta nova etapa, com o objectivo de desenvolver um conjunto real de opções, que confirmem estrutura e rotina à reforma. A etapa final no processo de adaptação à reforma consiste, por

consequente, no desenvolvimento de uma rotina estável e satisfatória.

No que se refere, especificamente, às consequências da reforma, contrariamente àquilo que parece ser um mito, a generalidade das pessoas não morrem, quando se reformam, nem padecem de uma grave depressão. Schaie e Willis (2002) referem, inclusivamente, alguns estudos onde não se encontrou qualquer efeito negativo da reforma sobre a saúde dos indivíduos, nem um aumento do risco de morte. “Várias investigações têm demonstrado que a reforma acarreta mais melhorias de saúde que decréscimos, precisamente porque constitui uma oportunidade para abandonar as exigências e o stress do trabalho” (Kalish, 1975; cit. in Ramos, 2001). De acordo com Ramos (2001) apenas um em cinco trabalhadores sofre de stress com a reforma.

Resta acrescentar que algumas mudanças sociais e demográficas estão a alterar o contexto da reforma, em Portugal, o que, associado ao aumento de tempo de vida autónoma e independente implica que as pessoas vivam mais anos após a reforma, activas e de boa saúde funcional. Deste modo, é cada vez maior o número de reformados que

voltam ao mercado de trabalho remunerado, ou arranjam outra ocupação a tempo parcial (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Simões (2006, 156) sublinha que é impressionante “a multidão de tarefas, de enorme valor económico, que eles (os idosos) efectivamente desempenham e que não são reconhecidas, e a quantidade imensa de outras que poderiam ainda desempenhar e que na realidade não exercem, por negligência ou rejeição da sociedade”.

A reforma pode ser uma oportunidade para a adopção de um estilo de vida mais saudável, compreendendo, possivelmente, actividades físicas, lazer, passatempos, voluntariado, amizades, intensificação do convívio familiar, e uma actividade laboral a tempo parcial. As atitudes dos trabalhadores e da sociedade frente à reforma determinam, em grande parte, como eles viverão esta transição, e são importantes dados a serem tratados pelas políticas e directrizes dos governos e das organizações. Contribuindo para que as sociedades encontrem saídas que resultem numa vida mais criativa e em maior bem-estar para as pessoas mais velhas.

9. ‘Burro velho não aprende línguas’?

Até à década de 60 do séc. xx, admitia-se um declínio significativo na capacidade de aprender, associado à idade avançada. Porém, até aí, não se prestava atenção a dois aspectos fundamentais que influenciam a aprendizagem: o conteúdo da aprendizagem e os factores não cognitivos (Simões, 2006). Assim, uma fraca *performance*, neste domínio, pode dever-se a factores não cognitivos, como a falta de motivação ou de auto-confiança. Efectivamente, parecem existir barreiras disposicionais, associadas a atitudes e a auto percepções das pessoas, enquanto educandos, que têm fortes implicações nos seus desempenhos. Uma dessas barreiras é a interiorização do estereótipo que associa a idade adulta e, sobretudo, a velhice, a declínio nas capacidades cognitivas, conduzindo a profecias de baixa realização que, em certos casos, se concretizam. Segundo esta perspectiva, as pessoas idosas podem aprender tão bem como os jovens mas, devido a factores não cognitivos, são incapazes ou sentem-se relutantes em demonstrar o que aprenderam (Walsh, 1983). No entanto, estes

factores só explicariam, em parte, as diferenças na aprendizagem entre jovens e idosos, uma vez que os resultados destes (controlando os factores não cognitivos) continuam inferiores aos dos mais jovens. Saliente-se, ainda, que estas experiências de aprendizagem se realizaram em laboratório, num ambiente diferente da vida real. Nesta óptica, é sustentável a hipótese de que as diferenças na *aprendizagem* se atenuariam, ou talvez mesmo se invertessem, se as tarefas de aprendizagem tivessem mais significado para os idosos.

Independentemente do facto da capacidade de aprendizagem diminuir ou não com a idade, a verdade é que como dizia Sólon (citado por Coménio, trad. Port., 1966, 209) “Envelheço, mas aprendo sempre muitas coisas”.

10. Mais idade, menos inteligência?

A crença de que a inteligência decresce com a idade tem subjacente o estereótipo que associa o envelhecimento às perdas, e fundamentou-se nos resultados de estudos, a maior parte publi-

cados entre 1920 e 1950, que mostravam que os desempenhos de adultos mais velhos, em diversas provas psicológicas, eram inferiores aos dos jovens adultos. Terman (1916) indicava os dezasseis anos como representando o pico do desenvolvimento da inteligência, ao passo que Wechsler (1939) o situava, entre os 18 e os 24 anos, declinando a partir daí. Tendo em consideração os resultados destes estudos, as capacidades mais afectadas pela idade (Simões, 2006) eram variáveis como o tempo de reacção, a agilidade mental, a concentração da atenção e a adaptação a novas situações.

A partir dos anos 60, esta concepção *negativa* da vida adulta e da terceira idade começou a ser posta em causa, como consequência dos resultados de estudos, que mostravam que o declínio intelectual com a idade não era inevitável, permanecendo a inteligência relativamente estável, durante a vida adulta. Por exemplo, nos estudos de Horn e Cattell (1966)¹⁵, autores que propuseram um modelo de

¹⁵ Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1966). Refinement and test of the theory of fluid and crystallized intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 57, 253-270.

inteligência composto por duas dimensões – a *inteligência fluida* e a *inteligência cristalizada* – foi encontrado um declínio na *inteligência fluida* (isto é, na dimensão da inteligência que depende mais das influências biológicas e fisiológicas do que da escolaridade formal) e estabilidade e, em certos casos, aumento na *inteligência cristalizada* (isto é, na dimensão da inteligência que depende da aculturação, ou do conhecimento adquirido) (Simões, 1992, 2006). Por outras palavras, do simples declínio linear da inteligência com a idade foram, nestes estudos, postas em evidência relações múltiplas entre a idade e inteligência, com algumas funções cognitivas a aumentar com a idade, outras a diminuir, e outras a permanecerem estáveis. De acordo com Simões (2006), podemos dizer que o desenvolvimento intelectual não é homogéneo, pois, as diversas aptidões seguem trajectórias de desenvolvimento diversas; em particular, algumas delas atingem, na jovem adultez, o seu pico mais elevado, enquanto outras (a maioria) só o fazem, por altura da meia-idade; a partir daqui, entra-se, geralmente, numa fase de patamar, até que, pelos finais da década dos 60, se evidenciam os declí-

nios, os quais se tornam significativos, na oitava década da vida; há, porém, grandes diferenças, não só a nível individual, mas também no plano geracional (de corte para corte). Porém, na maior parte das pessoas mais idosas (para lá dos 80-90 anos), verifica-se, em geral, uma redução no nível intelectual, sem que isso implique uma performance pobre, nas circunstâncias familiares ao indivíduo.

Resultados de estudos posteriores, em que foram analisados os efeitos, e a amplitude, de intervenções, com vista à activação do desenvolvimento de sujeitos idosos, mostraram, por seu lado, que a prática e o treino aumentavam significativamente os desempenhos dos adultos mais velhos: todos os sujeitos treinados melhoravam nas tarefas em que se empenhavam; o treino cognitivo transferia-se para testes semelhantes; os ganhos mantinham-se passados 6 meses. Os efeitos positivos da estimulação da inteligência tiveram uma importância fundamental na mudança de perspectiva em relação ao declínio da inteligência. Com efeito, ao mostrarem que este não é irreversível e resulta, em grande parte, do desuso,

podendo, conseqüentemente, ser remediado através de intervenções educacionais; ao salientarem que a inteligência do adulto é muito mais plástica do que se supunha; e que o declínio intelectual reflecte mais diferenças de desempenho do que diferenças de competência, deram fundamento a uma concepção de inteligência caracterizada por uma maior complexidade e plasticidade do que até então se pensava.

As razões que subjazem ao declínio de algumas capacidades mentais com a idade ainda não são claras. Todavia, parecem relacionar-se com três aspectos do processamento cognitivo: a diminuição da velocidade de processamento da informação, o déficit na memória de trabalho (ou operatória) e os decréscimos na acuidade visual e auditiva (La Rue, 1992). Outros factores, como os problemas de saúde (por exemplo, doenças crónicas, como as cardiovasculares), variáveis de tipo social (nomeadamente, isolamento social, nível educacional, nível de estimulação ambiental, rendimento económico), e a personalidade (por exemplo, auto-conceito e flexibilidade), têm demonstrado uma grande influência nas pontuações dos sujeitos em testes de

inteligência (Schaie, & Willis, 2002). Acrescente-se as expectativas quanto ao seu desempenho, a percepção das suas capacidades cognitivas, a falta de confiança, as atribuições causais (com prevalência, sobretudo, nos idosos, à imputação do insucesso a causas estáveis, internas e associadas à idade) e a motivação (Simões, 2006).

No entanto, a maioria dos adultos mais idosos são de opinião que, à medida que avançam em idade, aumenta a sua capacidade para resolver problemas que encontram no dia-a-dia (La Rue, 1992). Este tipo de inteligência designa-se como sendo prática¹⁶ e refere-se aos processos intelectuais necessários à resolução de problemas da vida real, onde também se incluem o contexto e os factores não cognitivos, como as crenças, a motivação, a eficácia, as emoções e os contextos físico e social (Willis, 1996).

¹⁶ Outras alternativas de inteligência, cuja trajectória de desenvolvimento difere, também, de modo significativo, da tradicional são as defendidas pela teoria da inteligência múltipla de Gardner (1993), e pela teoria da inteligência emocional de Goleman (1995).

Quanto à inteligência prática, os conhecimentos de que dispomos são ainda escassos. Reconhece-se que não se pode compreender a resolução de problemas práticos, fora do contexto em que se situam. Deste modo, a complexidade da tarefa revela ser um factor que influencia a resolução de problemas práticos. E outro tanto se pode dizer da familiaridade ou da experiência com o problema, no sentido em que a performance tende a melhorar, quando se trata de materiais conhecidos, ou são dadas ao sujeito oportunidades de praticar, no âmbito do referido problema.

Está, hoje, razoavelmente bem estabelecida, a trajectória de desenvolvimento da chamada inteligência académica, ao longo da idade adulta: ela segue uma orientação ascendente, durante a primeira adultez para, depois, apresentar uma dupla configuração – a inteligência fluida inicia o seu declínio, no termo da meia-idade, e acentua-o na extrema velhice; a inteligência cristalizada continua o seu crescimento até à velhice, e só no final da mesma apresenta declínios fidedignos e generalizados. Porém, no que concerne à inteligência prática, não é possível apontar para uma trajectória

tão bem delineada, atendendo a que a investigação nesse domínio dá, ainda, os primeiros passos. Consequentemente, a resposta à questão – ‘Mais idade, menos inteligência?’ – não é de todo linear, dada a complexidade e multidimensionalidade do conceito inteligência.

11. Onde deixei os meus óculos?

“A nossa mente é porosa para o esquecimento; eu próprio começo a falsear, sob a trágica erosão dos anos, os traços de Beatriz.”

Jorge Luís Borges (1988, 67)¹⁷

Esquecer onde colocámos os óculos, o nome de um vizinho, o que vínhamos fazer à cozinha... são pequenos esquecimentos do dia-a-dia, queixas habituais das pessoas com idade avançada. É, aliás, generalizada a crença de que o envelhecimento acarreta, inevitavelmente, uma perda da

¹⁷ Borges, J.L. (1988). *O Aleph*. Lisboa: Editorial Estampa.

capacidade para recordar. A maioria das pessoas idosas também acredita que a sua memória piorou com a passagem do tempo. Estas expectativas e crenças generalizadas (o que pensamos sobre a nossa memória – ou metamemória) têm um peso grande na capacidade das pessoas recordarem. Os estudos neste âmbito indicam que os adultos idosos acreditam ter mais problemas de memória do que os mais jovens, consideram-se menos eficazes e manifestam uma menor confiança relativamente às suas possibilidades para a melhorar.

Confirmando as crenças, a generalidade dos estudos têm assinalado o declínio da memória com a idade como fazendo parte do processo normal de envelhecimento. Todavia, também se observa que nem todas as capacidades mnésicas se alteram, da mesma forma. Enquanto algumas tarefas de memória revelam grandes diferenças com a idade (por exemplo, a nível da memória episódica ou de trabalho), outras revelam poucos efeitos desta (nomeadamente, a memória procedimental ou a semântica). Por outro lado, problemas graves de memória estão relacionados

com determinadas doenças como, por exemplo, a demência de Alzheimer.

Normalmente, a memória humana é perspectivada como um processo que envolve três etapas: codificação, armazenamento e recordação da informação (Schaie, & Willis, 2002). A aprendizagem corresponde à fase de aquisição ou codificação da informação.

A informação pode ser codificada e armazenada em três sistemas de memória: a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. Normalmente, o que distingue estes três tipos de memória é a capacidade de armazenamento e o tempo de duração da informação armazenada. A memória sensorial retém os estímulos do meio durante décimas de segundo e a maioria dos poucos resultados existentes não revela diferenças significativas associadas à idade neste sistema mnésico (Figueiredo, 2007).

A memória a curto prazo retém um conjunto limitado de unidades de informação por um período de tempo ligeiramente superior ao da memória sensorial e é geralmente dividida em memória primária e memória de trabalho. A memória primária

envolve a retenção de uma pequena quantidade de informação e a sua recordação imediata (por exemplo, reter um número de telefone, até o escrevermos num papel) e tem demonstrado pouco declínio com a idade. A memória de trabalho envolve, simultaneamente, a retenção da informação e a sua manipulação para resolver problemas ou tomar uma decisão, e é negativamente afectada pela passagem do tempo (Figueiredo, 2007).

O último sistema – a memória a longo prazo – tem uma larga capacidade de armazenamento da informação podendo esta ser retida, durante muito tempo. As suas subdivisões mais conhecidas são a memória procedimental, semântica e episódica. A memória procedimental (ou não-declarativa) refere-se à recordação do processo, ou seja, como algo se faz (por exemplo, escrever à máquina). A memória semântica envolve o conhecimento geral e informação factual (por exemplo, lembrarmo-nos quem foi o Adão e a Eva ou qual é a capital de Espanha). A episódica refere-se à memória de acontecimentos e experiências específicas (por exemplo, recordar o que jantámos no dia anterior ou o nosso vigésimo aniversário).

A memória episódica tem sido considerada como o sistema mais frágil, na medida em que é mais vulnerável à passagem do tempo. Assim, a título de exemplo, dentro de um mês saberemos conduzir um automóvel, quem foi Vasco da Gama, mas muito provavelmente não nos recordaremos do que almoçámos hoje. E esta dificuldade tende a agudizar-se nas pessoas idosas.

Um outro tipo de memória a longo prazo é a memória prospectiva (conhecida como memória de agenda), que envolve a recordação de informação para acções futuras (por exemplo, lembrar-se, de tomar os medicamentos, à noite, ou de tirar o bolo do forno a tempo). Normalmente, as pessoas mais velhas tendem a revelar desempenhos inferiores às mais jovens em tarefas de memória prospectiva desenvolvidas em laboratório, mas estes resultados não tendem a ser tão discrepantes, quando a memória prospectiva é analisada no meio natural da pessoa idosa.

O facto das pessoas idosas revelarem piores desempenhos que os mais jovens, em tarefas de memória a curto e a longo prazo, parece estar relacionado com as estratégias que utilizam para

codificar e recuperar a informação. A investigação tem indicado que muitos adultos mais velhos não empregam espontaneamente estratégias como as mnemónicas para facilitar a codificação e processamento da informação, contrariamente aos mais jovens. Todavia, quando lhes são dadas instruções e formação neste sentido, as diferenças entre jovens e pessoas idosas esbatem-se.

Existe a crença comum de que as pessoas idosas têm dificuldades em se recordarem de acontecimentos recentes, mas não de eventos do seu passado. Por exemplo, considera-se que as pessoas idosas tendem a recordar coisas que sucederam, durante a sua adolescência e juventude com mais frequência e intensidade do que acontecimentos que tiveram lugar na meia-idade ou mais recentemente. É o denominado ponto alto das recordações ou “*reminiscence bump*” – tendência dos seniores para recordar mais os acontecimentos que ocorreram, quando tinham entre 10 e 30 anos de idade. As explicações para este facto residem em que essa é a altura em que ocorrem algumas das vivências mais marcantes e significativas da vida dos indivíduos (as primeiras relações amorosas,

a saída de casa dos pais, a constituição de uma nova família, a entrada no mercado de trabalho). É sabido que, qualquer acontecimento emotivo e pessoalmente significativo mais facilmente é retido na nossa memória. Por outro lado, esses acontecimentos também são aqueles que são mais vezes recordados (repetidos), ao longo da vida, e, conseqüentemente, mais facilmente permanecem na memória

12. E quando os meus avós não se lembrarem de mim?

A generalidade dos avós lembram-se dos netos. De acordo com estimativas actuais, constata-se que a demência é pouco comum, até cerca dos sessenta anos (Marques, Firmino, & Ferreira, 2006)¹⁸. No entanto, esses valores atingem perto de metade das pessoas com mais de 90 anos. A demência é talvez

¹⁸ Marques, L., Firminino, H., Ferreira L. (2006). Diagnóstico Diferencial dos síndromes demenciais. In H. Firmino (Ed.). *Psicogeriatría* (pp. 357-375) Coimbra: Psiquiatria Clínica.

o lado mais visível e conhecido do envelhecimento patológico visto causar reacções emocionais ambivalentes e confusas, nos familiares das vítimas desta doença. É complicado conviver com alguém fisicamente parecido com um familiar querido que, outrora, se conheceu, mas que numa perspectiva relacional é completamente diferente e perdeu a capacidade de realizar as mais simples tarefas. Todas as situações do quotidiano podem levar a um combinação complexa de sentimentos de amor e raiva, ternura e rejeição, por parte dos familiares que, para além de irem assistindo à deterioração cognitiva, emocional e física do doente, às suas dificuldades comunicacionais, ao seu comportamento perturbador e imprevisível (por si só, emocionalmente esgotante), têm de introduzir alterações nos papéis e nos estilos de vida, à medida que vão assumindo cada vez mais responsabilidades.

A demência é definida como uma síndrome evidenciada na deterioração global das funções cognitivas, que origina uma desadaptação social do indivíduo, sem alteração do nível de consciência (Baztán, & Rexach, 2002). As funções cognitivas alteradas são: a memória, a linguagem, as praxias

(capacidade de realizar movimentos voluntários, actividade gestual), as gnosias (capacidade de compreensão das percepções sensoriais), a orientação temporal e espacial, a atenção, o cálculo, a capacidade executiva, o pensamento e a capacidade de juízo e abstracção (Baztán, & Rexach, 2002). Para serem definidas como demência, estas alterações devem ser persistentes no tempo e revestirem-se de gravidade suficiente, de forma a interferir na funcionalidade geral do indivíduo (Baztán, & Rexach, 2002).

Cuidar de um idoso com demência tem sido reconhecido como uma das maiores fontes de stress para os prestadores informais de cuidados, podendo ser mais difícil do que cuidar de um idoso com dependência física ou com cancro, já que implica a supervisão constante das actividades diárias e ajuda no processo de tomada de decisões e no planeamento da sua vida.

O medo de esquecer, de perder a identidade, a história pessoal, as recordações leva a que, as demências, sejam as mais temidas das doenças associadas ao envelhecimento. Consequentemente, temos de ter em atenção alguns dos factores

considerados protectores das mesmas. A saber, ingerir suplementos vitamínicos antioxidantes, praticar exercício físico, participar em actividades de lazer e de aprendizagem, não fumar...

(Página deixada propositadamente em branco)

COMO VIVER, SIMPLEMENTE

1. Envelhecer, que desafios sociais?

Os desafios sociais resultantes do aumento da proporção de idosos na sociedade são um fenómeno relativamente recente ao qual se estão a tentar adaptar, mesmo os países mais desenvolvidos. O característico destes desafios sociais é que eles vão mudando, em virtude da enorme heterogeneidade interpessoal na idade adulta avançada e do facto de que as pessoas, que chegam à velhice, vão sendo sempre diferentes de geração em geração. Tendo isto presente, a capacidade de darmos resposta (e alternativas) às necessidades da população idosa depende da nossa aptidão para lidarmos de forma criativa com os novos e os velhos desafios.

As alterações na estrutura da população não se devem, unicamente, ao aumento da esperança

de vida, mas ao declínio da mortalidade entre os jovens e os adultos de meia-idade. A melhoria da saúde pública, graças à educação para a saúde e à promoção da saúde, a melhoria das condições sociais, da nutrição e, mais recentemente, os avanços da medicina preventiva e curativa têm também contribuído para a redução da taxa de mortalidade. Paralelamente ao declínio da mortalidade, verifica-se também o declínio da fecundidade no período pós-*baby boom*, que fez acentuar o processo de envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido, em geral, e na Europa em particular.

A população mundial está, com efeito, a experimentar uma profunda alteração demográfica, na qual se assiste, quer ao aumento do número de pessoas idosas, quer ao aumento da esperança de vida. Na verdade, aquilo que constituía, no passado, uma característica de poucos países, tais como a China, o Japão, os países da Europa e da América do Norte, passou a ser uma experiência crescente, em todo o mundo (Veras, 2000, *cit. in* Trentini, Chachamovich, & Fleck, 2008). Ou seja, os indivíduos de idade mais avançada (i.e., com 80 ou mais anos) constituem-se como o grupo etário

de maior crescimento (OMS, 2001), estimando-se um aumento mundial de, aproximadamente, 69 milhões, no ano 2000, para 377 milhões em 2050 (Chachamovich, Fleck, Trentini, & Power, 2008). Na EU-27 (União Europeia a 27) a previsão é que a proporção de pessoas muito idosas (com 80 ou mais anos) triplique: passe de 4 %, em 2005, para 12 %, em 2060. Quer isto dizer, que se assiste a um aumento do número de idosos mas, sobretudo, de idosos mais velhos.

O envelhecimento da população refere-se ao aumento de efectivos dos grupos com mais idade, em comparação com os de menos idade.

O incremento da taxa das pessoas idosas verificou-se, ao longo do século XX, sendo a Europa o continente mais envelhecido do mundo, nos primórdios do século XXI, com uma esperança média de vida, ao nascer, de aproximadamente 77 anos, no ano 2000, a qual aumentará, no ano 2025, para os 81 anos. Em 2006, havia cerca de 83 milhões de pessoas com mais de 65 anos na EU-27, comparativamente aos 38 milhões de 1960. Hoje, há uma pessoa idosa para cada 4 indivíduos na idade activa (15-64). Em 2060, espera-se que

o ratio seja de um idoso para duas pessoas na idade activa (Eurostat, 2009).

Portugal não é excepção a este fenómeno. Em 2006, no nosso país, os idosos (considerando como tais os indivíduos com 65 e mais anos de idade) representavam já 17.3% da população total, estando a esperança média de vida situada nos 78.5 anos (81.8 anos para as mulheres e 72.2, anos para os homens). Nos próximos 25 anos, estima-se que o número de idosos seja o dobro do número de jovens. Se em 1990, por cada 100 jovens, residiam em Portugal cerca de 68 idosos, este valor ascendeu a 112 idosos por cada 100 jovens, em 2006 (INE¹⁹, 2007).

Perante este panorama, a Comissão Europeia recomenda²⁰, entre várias directivas, fazer uso do potencial dos recursos humanos europeus, nomeadamente, através do envelhecimento activo, e impulsionar a produtividade, facilitando a adap-

¹⁹ Instituto Nacional de Estatística. *Dados sobre o envelhecimento da população* <http://www.ine.pt/>.

²⁰ “*The demographic future of Europe – from challenge to opportunity*”. Comunicação da comissão europeia (2006).

tação da economia às necessidades em mudança de uma sociedade a envelhecer.

Atendendo a este cenário demográfico, reconhece-se a velhice como uma etapa significativa do ciclo de vida, à qual estão associadas especificidades de várias ordens (biológica, social e psicológica), que importa, cada vez mais conhecer. Porém, o desafio, que o envelhecimento da população acarreta, não procede das taxas da população idosa mas das taxas de *incapacidade*. Aumentar a esperança de vida livre de *incapacidade*, implicará reduzir o custo social e produzir um maior bem-estar e qualidade de vida no indivíduo.

Os avanços das ciências biomédicas, da educação e, em particular, da educação sanitária e das políticas públicas têm inegavelmente contribuído para uma melhoria da qualidade de vida na velhice.

Porém, o fenómeno dos maus-tratos contra a pessoa idosa, embora não se possa considerar como uma realidade nova, foi-se tornando mais visível e preocupante, com o aumento da componente idosa da população. Foi, apenas em 1975, em Inglaterra, que se desencadearam as primeiras descrições deste complexo fenómeno, então ape-

lidade de *granny battering*²¹. A revelação de que é no contexto familiar e/ou na “unidade onde se efectuam os cuidados” que ocorre a maioria dos casos de abuso, contra as pessoas idosas, abalou o mito da família como espaço e segurança e de afecto. O facto de ser frequentemente perpetrado contra pessoas vulneráveis, muitas delas com diminuição da memória e do estado de consciência e que apresentam relações de dependência com o agressor, proporcionou que este crime ficasse, muitas vezes, oculto na sociedade.

Mas não basta identificar os casos de abuso, sendo que cabe a cada país a responsabilidade de desenvolver estruturas, que permitam o acesso a serviços de saúde, sociais, protecção legal e policial, entre outros, para responder de forma adequada e, idealmente, prevenir o problema.

Referindo-se à prevenção do abuso na pessoa idosa, a INPEA (*International Network for the Prevention of Elder Abuse*) relembra que é preciso conhecer os desafios que se colocam na velhice,

²¹ Burston, G. R. (1975). *Granny-battering*. *British Medical Journal*, 3, 592.

nomeadamente, a crescente urbanização das sociedades, as mudanças nos núcleos familiares e desigualdades sociais associadas a situações de pobreza. Alega também que não basta uma atitude de solidariedade passiva, perante o conhecimento desta realidade, mas é necessário o envolvimento de toda a sociedade. A este nível, a educação e a transmissão de informação são vitais, tanto no sector da formação (educação de profissionais), como através dos meios de comunicação (combater o estigma e eliminando estereótipos sobre a velhice). Pretende-se, igualmente, veicular a informação referente à existência de grupos de risco, tendo em conta que existem pessoas idosas que, pelas suas condições, são particularmente vulneráveis (como os muito idosos, os demenciados, os que sofrem de incapacidades funcionais, as mulheres e os pobres). Além disso, são tópicos familiares frequentes ou recorrentes, que interferem com a felicidade dos idosos e das suas famílias os seguintes: os sentimentos de abandono e de tristeza, devido ao facto dos filhos não os visitarem ou não lhes prestarem a atenção que eles desejavam; a inversão de papéis parentais, no qual a situação de

poder se altera e os filhos acreditam que podem decidir sobre o “bem-estar dos seus pais”, por eles e para o seu próprio bem; a falta de diálogo sobre questões preocupantes que implicam o idoso; os sentimentos de culpa, de injustiça, de ingratidão, de raiva e de vingança por parte dos filhos, bem como, por parte dos pais; os problemas familiares, que vêm desde a infância, até ao momento presente; os problemas transgeracionais, a rivalidade entre irmãos; os problemas de autonomia e de dependência.

Sabemos que a família e o suporte social são a garantia para uma melhor saúde física e mental e para um melhor bem-estar. Compreende-se, então, que se assuma como essencial a existência de uma cultura facilitadora da solidariedade intergeracional, para uma prevenção eficaz dos casos de abuso a pessoas idosas. A sociedade tem uma atitude ambivalente em relação à terceira idade, pois, se, por um lado, permanece um sentimento negativo face a este período da vida, encarando os idosos como um peso para os demais, existe, por outro lado, uma preocupação social com o seu bem-estar. Esquecemo-nos, facilmente que, ao

contrário de outras categorias, como o género ou a raça, a idade não é exclusiva, no sentido em que todos nós, se vivermos tempo suficiente, faremos parte de outros grupos etários.

Em suma, numa era em que, concomitantemente ao aumento das doenças de carácter crónico, se assiste a uma diminuição simultânea das taxas de natalidade e de mortalidade, com uma ascendência expressiva do peso dos idosos no conjunto da população mundial total, o desafio de como promover a qualidade de vida dos adultos mais velhos é conceptualmente simples, mas complexo na prática. A resposta é diversificar as possibilidades e as ofertas (a todos os níveis).

2. Institucionalização, sim ou não?

A questão da institucionalização prende-se com a reflexão sobre onde é que a pessoa idosa é mais feliz – em casa ou no lar? A viver com a família, sozinha, ou numa instituição? A institucionalização é mesmo para o ‘bem’ do pai idoso?

Não há muito tempo, as gerações mais velhas viviam com a família, integradas num sistema social e económico produtivo praticamente até à morte. As famílias eram reconhecidas como a principal entidade de suporte em situações de dependência dos seus elementos. Embora, nos dias de hoje, a família ainda tenha um papel importante no cuidar dos idosos, as transformações sofridas ao longo do tempo levaram à diluição do seu papel.

Deste modo, as condições de habitabilidade, a presença da mulher no mercado de trabalho (sendo ela, anteriormente, vista como a principal cuidadora dos pais e dos sogros); a diminuição da taxa de nascimentos, o que reduz as famílias e a disponibilidade de cuidadores familiares; os novos tipos de famílias – mães/pais solteiros, mãe solteira, casais divorciados ou sem filhos, e filhos que deixam as suas casas cedo – tornam difíceis as oportunidades de experienciar o envelhecimento num ambiente familiar seguro. Consequentemente, o aumento das taxas de institucionalização reflectem, não só o aumento do tempo de vida, mas também, o aumento do número de idosos, o aumento do número de idosos com incapacidades

e as dificuldades crescentes das famílias em dar suporte aos seus membros idosos. Efectivamente, a maioria das pessoas com 65 anos de idade ou mais padecem, pelo menos, de uma doença crónica, significando, muitas vezes, a perda de independência e, muitas vezes, da própria autonomia²². A percentagem de indivíduos com limitações funcionais aumenta nos grupos populacionais mais idosos podendo, no entanto, ocorrer em qualquer momento da vida.

No que se refere aos efeitos da institucionalização, os dados são aparentemente contraditórios, dando conta da complexidade do fenómeno. Os efeitos negativos ou positivos da institucionalização são função das influências do contexto e da instituição, por um lado, e das diferenças individuais na capacidade de adaptação por outro. Muitas das investigações que encontraram aspectos negativos

²² Autonomia refere-se à capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão, ao passo que dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória, sem a ajuda de outrem. Por fim, a incapacidade não implica necessariamente dependência.

da vida institucional detiveram-se nas influências ambientais adversas. Em contraste, o foco dos estudos, que documentam resultados positivos da institucionalização fixaram-se, por exemplo, na resiliência e na adaptabilidade humana (Kahana, 2001). Enquanto as investigações iniciais tinham a tendência para olhar para as instituições como se tivessem um efeito global ou unitário nos residentes, os esforços mais recentes de investigação direccionam-se para a identificação das condições do indivíduo e do ambiente que maximizam o bem-estar (Kahana, 2001).

Kane (2003), por exemplo, sugere onze indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: autonomia, dignidade, privacidade, individualidade, segurança, conforto físico, relações interpessoais, actividades com significado, competência funcional, diversão e bem-estar espiritual. Outros autores têm enfatizado a importância da preparação e acompanhamento na transição para a instituição. A perspectiva da ida para a instituição como uma 'morte social' sublinha o seu papel na exclusão social dos mais velhos ao invés de uma alternativa social.

Por outro lado, é necessário frisar que o que constitui uma boa qualidade de vida numa instituição para idosos pode variar de cultura para cultura, de país para país, e de pessoa para pessoa.

De facto, a mudança para uma nova situação não é, necessariamente, vivenciada, de maneira uniforme entre os indivíduos. Características como o narcisismo, a desconfiança e a agressividade dificultam a integração, enquanto um nível elevado de actividade, facilita.

Por outro lado, muitos dos cuidadores são mulheres. E embora muitas delas tenham assumido voluntariamente esse papel, as exigências severas de que são alvo implicam pagar um preço elevado para a sua vida. Algumas são ‘cuidadoras em série’. Muitas experienciam depressão (Figueiredo, 2007) e doenças relacionadas com o stress. O preço da sobrecarga é enorme, quer para os cuidadores, quer para os seus pais idosos. Ironicamente, o *burnout* é a principal razão apontada pelos cuidadores, quando estes, eventualmente, colocam os seus entes queridos numa instituição. As famílias devidamente apoiadas, em geral, não negligenciam os seus idosos. Mas existem também consequências

positivas por se ser um cuidador familiar, como a satisfação de poder contribuir para o bem-estar do seu familiar e retribuir o que este, anteriormente, já fez, a intimidade verdadeira e o renascimento espiritual. No entanto, cuidar do cuidador não deve nunca ser subvalorizado.

Em suma, o sucesso da institucionalização depende de uma enorme diversidade de factores, que é sempre necessário equacionar. A ida para uma instituição deverá ser um recurso, quando é encarada e vivida pelos intervenientes como um bem e uma fonte de promoção de qualidade de vida. Mas esta supõe a importância da participação, que implique o exercício das capacidades intelectuais dos mais velhos, o que não acontece no ambiente desestimulante de muitos lares, em que os *hobbies* quase se reduzem ao jogo das cartas e à televisão e pouca ou nenhuma oportunidade é dada para a participação no governo da instituição.

Convém, no entanto, advertir que estamos muito agarrados aos equipamentos tradicionais, como os lares e os centros de dia... quando há muitas mais possibilidades, como os condomínios fechados, o apoio à residência, as comunidades

de auto-gestão, as vilas, os orçamentos para prestação de cuidados ao domicílio... Neste sentido, independentemente do tipo de proposta e resposta social às necessidades das pessoas mais velhas, a reflexão sobre a nossa capacidade de construir alternativas criativas é fundamental. Tratar os adultos mais velhos como pares e como clientes (e não dependentes e incapacitados) implica mudar os serviços, colocando a ênfase não no apoio, mas na promoção e na educação.

3. Posso acabar com a calvície?

A calvície caracteriza-se por uma gradual e progressiva perda de cabelos devido a factores hereditários, podendo outros factores contribuir para a sua progressão. Ocorre em aproximadamente 50% dos homens e, embora existam muitas propostas de tratamento, que podem atenuar o seu desenvolvimento, o implante capilar é o que se revela mais eficaz. A calvície está associada ao ‘envelhecimento cosmético’ masculino, a par do aparecimento das rugas e dos cabelos brancos. A crença corrente é

que, com a idade, ficamos ‘mais feios’ o que motivou, desde sempre, a procura da fonte da eterna juventude. Esta crença, que se agudiza no género feminino, não é universalmente aceite (a palavra Japonesa *shibui* significa precisamente a beleza que resulta do acumular dos anos). O interessante é que não há uma correspondência linear entre o ‘envelhecimento cosmético’ e o envelhecimento dos principais sistemas fisiológicos (Reynolds, 2003). Assim, num mesmo indivíduo, as mudanças que se produzem, com a passagem do tempo, numa determinada função ou capacidade psicológica ou fisiológica, não predizem, necessariamente, modificações noutras características psicológicas ou sistemas fisiológicos, havendo, portanto, uma cadência diferenciada na ocorrência dos diferentes tipos de envelhecimento.

O envelhecimento biológico não é sinónimo de doença: é antes um processo normal de deterioração geral que aumenta a susceptibilidade do indivíduo à doença e à morte e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.

Parte da informação relacionada com o envelhecimento está contida no nosso DNA (factores de hereditariedade, tipo de pele, estados hormonais, etc.), sendo que os restantes factores são ambientais (como a poluição e as radiações UV, a ingestão de álcool, o tabagismo, a má alimentação, o sedentarismo, o stress, etc.) e, conseqüentemente, susceptíveis de alteração. A exposição às radiações ultravioletas manifesta-se, por exemplo, no aparecimento das rugas, nas alterações de pigmentação e no aparecimento de lesões cancerosas cutâneas. Uma dieta pouco equilibrada contribui para o envelhecimento da pele e para o processo de envelhecimento, nomeadamente, quando não são ingeridos líquidos e alimentos que contenham as vitaminas, proteínas e fibras necessárias ao organismo e que ajudem a prevenir os radicais livres. A falta de actividade física conduz a uma perda progressiva da força muscular e da flexibilidade, originando um risco acrescido de desenvolver doenças como a osteoporose e a artrose.

Se os factores ambientais são susceptíveis de alteração é, fundamental, investir na educação para a saúde. Esta compreende, inevitavelmente,

o estabelecimento de uma dieta alimentar racional, que previna a obesidade, à qual estão associadas a hipertensão, a trombose, as doenças coronárias e certos tipos de cancro. Contribui também para combater a osteoporose, embora outros factores sejam responsáveis por ela, tais como o fumar, a diminuição do nível de estrogénios, a seguir à menopausa, a falta de exercício físico (Rowe, & Kahn, 1999). A educação para a saúde compreende, também, a prática do exercício e da actividade física, cujos benefícios são a redução dos riscos de diabetes e do cancro do cólon, a prevenção da tensão arterial, o aumento da força muscular e da resistência óssea, para não falar nos efeitos psicológicos, tais como a melhoria do auto conceito e da auto-estima e a prevenção do declínio da memória.

Dado que o nosso desenvolvimento, da infância à velhice, resulta de interacções recíprocas entre factores biológicos, experienciais e ambientais, a preservação da saúde, na velhice, prepara-se, a longo termo, com a adopção de estilos de vida saudáveis, que incluem, como acaba de sugerir-se, os comportamentos alimentares racionais, as práticas de actividade física regulares, o evitar os conflitos

desgastantes e o manter-se intelectualmente activo através de actividades de carácter educativo, recreativo e cultural. Por outras palavras, o envelhecimento é resultado de um conjunto de factores, de entre os quais convém salientar a forma como vivemos e nos desenvolvemos na vida adulta.

A verdade é que a maioria dos indivíduos envelhece de forma satisfatória e é possível otimizar a saúde e a competência, mantendo a qualidade de vida e confrontando e vencendo as ideias que criámos acerca da beleza. Esta perspectiva salutogénica deu lugar ao conceito de envelhecimento bem-sucedido.

4. Que é o paradoxo do bem-estar?

Este paradoxo refere-se ao facto de que os estudos, contrariamente às crenças e às expectativas correntes, não encontraram uma diminuição do bem-estar subjectivo²³ com a idade. Alguns

²³ Tem sido descrito como felicidade subjectiva e é uma entidade que integra uma dimensão cognitiva, relativa à

estudos, inclusivamente, encontraram um aumento do bem-estar nas idades mais avançadas. Igualmente, ao estudar-se a relação entre as variáveis sociodemográficas como o género, o rendimento, o estado civil, a educação, etc. e o grau de bem-estar subjectivo experimentado pelos indivíduos, encontrou-se que estas variáveis tendem a explicar uma percentagem relativamente diminuta da variância do bem-estar subjectivo.

Em suma, sabemos, a partir destas investigações, que a tendência para se considerar feliz existe, em todas as idades, em ambos os sexos e em todas as culturas.

Neste sentido é que o interesse dos investigadores se redireccionou para o estudo da relação entre as variáveis de personalidade e o bem-estar subjectivo e, muito em particular, a satisfação com a vida (Simões *et al.*, 2003). Os dados das investigações têm revelado, de forma consistente, que a

avaliação da satisfação com a vida, e uma dimensão afectiva que remete para as reacções emocionais, sejam elas positivas ou negativas, face à referida avaliação (Simões *et al.*, 2003; Diener, 2000).

personalidade é um dos determinantes principais do bem-estar subjectivo. Nomeadamente, que existe uma relação estreita entre a afectividade positiva e a extroversão e o neuroticismo e a afectividade negativa. Um outro factor psicológico, que tudo leva a crer que está ligado ao bem-estar é a percepção de controlo pessoal.

Podemos, então, dizer que a qualidade de vida abrange, para além de aspectos circunstanciais e ambientais objectivos (variáveis sociodemográficas, acontecimentos e situações externas como ter água quente e saneamento), dimensões internas a cada pessoa. O bem-estar subjectivo fundamenta-se na ideia de que os indivíduos reagem, diferentemente, perante conjunturas semelhantes, de acordo com as suas expectativas, valores e experiências de vida (Diener *et al.*, 1999). O bem-estar psicológico²⁴,

²⁴ É perspectivado como um constructo multidimensional que alberga seis dimensões, que enquadram diferentes desafios, relativas ao funcionamento psicológico positivo na idade adulta: autonomia, domínio do meio, crescimento pessoal, objectivos de vida, relações positivas com outros, aceitação de si (Ryff, 1989).

por seu lado, assume o bem-estar como realização do potencial humano, encontrando-se associado ao ser em mudança e à procura do crescimento, desenvolvimento pessoal e realização do nosso verdadeiro potencial.

Assim, ao falarmos da promoção da qualidade de vida é incontornável sublinhar a importância da promoção do bem-estar (a referir na questão seguinte). Subjacente está a nossa crença nas possibilidades de florescimento humano (Little *et al.*, 2007)²⁵.

5. Como promover o bem-estar?

“Vive agora. Ocupa-te do presente.
Vive aqui, não te preocupes com o ausente.
Experimenta a realidade, não a imagines.
Aprecia e observa em vez de racionalizar.
Exprime em vez de manipular, explicar, justificar
ou julgar.

²⁵ Little, B. R., Salmela-Aro, K., & Phillips, S. (2007). *Personal project pursuit: Goals, action, and human flourishing*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Não limites a tua consciência – entrega-te à dor
da mesma forma que ao prazer.
Não aceites mais ‘deves’ que os teus próprios.
Assume a plena responsabilidade pelas tuas
acções, sentimentos e pensamentos.
Aceita-te como és, aqui e agora.”

Naranjo (1993, 66)²⁶

De um modo geral são inúmeros os factores que promovem o bem-estar das pessoas. Grande parte destes factores são importantes, em todas as fases da nossa vida, como as relações interpessoais positivas, a saúde, o prazer sensorial, aprendizagem de coisas novas, o contacto com a natureza e o movimento. No entanto, ao responder a esta questão, vamos apenas fazer referência a alguns factores que, pela sua especificidade, são de extrema relevância para as pessoas que estão na idade adulta avançada.

De acordo com alguns estudos, estes factores são as metas pessoais, as crenças de controlo do

²⁶ Naranjo, C. (1989). *La vieja y la novísima gestalt*. Ed. Cuatro Vientos. Santiago de Chile.

ambiente e a qualidade do tempo de lazer, os quais, de certo modo, estão subjacentes às atitudes promotoras do bem-estar implícitas na gestaltterapia, e presentes na síntese de Naranjo (1993), no início deste capítulo.

A palavra lazer deriva do latim *licere*, ou seja, “ser lícito”, “ser permitido”. Existem inúmeras actividades passíveis de serem realizadas como lazer ou passatempo. No entanto, não é o simples facto de participar em actividades de lazer que garante a promoção do bem-estar dos idosos: é ainda necessário considerar a qualidade e o significado que tais actividades têm para os mesmos. De qualquer maneira, os tipos de actividades, significativamente relacionados com a satisfação com a vida, variam com a idade dos adultos mais velhos. Há, no entanto, alguns indícios de que entre elas figuram as actividades sociais, nomeadamente, as de voluntariado, e as desportivas. Pelo contrário, se o indivíduo se descompromete com a comunidade envolvente, reduzindo as suas relações sociais e comunitárias, isso pode redundar na diminuição do bem-estar.

O lazer confere, de facto, identidade e estatuto social, estrutura o tempo disponível e dá azo aos contactos sociais (Argyle, 2001). Certas investigações sugerem mesmo que o nível de participação em actividades de lazer é melhor preditor da satisfação com a vida, por parte dos adultos mais idosos, do que a saúde ou o rendimento (Mannell, 1999).

Outro factor, que influencia, positivamente, a satisfação com a vida são as crenças de controlo pessoal e do ambiente (Argyle, 2001). Assim, as pessoas mais satisfeitas com a vida e mais felizes tendem a acreditar que têm poder, que conseguem influenciar os acontecimentos do seu dia-a-dia (Bandura, 1997), são propensas a perceber, de maneira positiva, as circunstâncias da vida (DeNeve e Cooper, 1998) e a confiar nas suas capacidades e competências. Neste sentido é que possibilitar às pessoas mais velhas controlar (decidir, participar) nas actividades das instituições a que pertencem é fundamental na promoção do seu bem-estar.

Finalmente, verificou-se que a satisfação com a vida e a felicidade tendem a aumentar, quando as metas pessoais são congruentes entre si e se

coadunam com as nossas motivações e necessidades, quando são viáveis e realistas (Diener, & Fujita, 1995), quando os sujeitos se dão conta de que estão a fazer progressos, no sentido das mesmas e quando se empenham, profundamente, na sua prossecução (Cantor, & Sanderson, 1999; Simões *et al.*, 2003).

Efectivamente, o bem-estar subjectivo está relacionado com o facto de as pessoas se envolverem em projectos que valem a pena; que são geridos com eficácia; que são apoiados por outros; que têm probabilidade de sucesso; e não são exageradamente exigentes. Seguir objectivos que são para nós fundamentais, sem os quais os sujeitos seriam levados a questionar-se sobre se vale a pena empenhar-se, leva à melhoria da nossa qualidade de vida. Contrariamente, quando se põe em causa tais objectivos, encontramos dificuldades em negociar as transições de vida e resistimos à mudança.

Baltes e Mayer (1999), por outro lado, apresentam dados que sustentam que os idosos não vivem apenas no passado como alguns estereótipos faziam crer mas, também, e sobretudo, no presente

e no futuro. Kahana (2001) propõem um modelo em que as pessoas mais velhas que se envolvem em comportamentos proactivos específicos (promoção da saúde como fazer exercício e ter uma boa alimentação; planificação do futuro; ajudar os outros) adiam o declínio físico e desenvolvem recursos sociais. Estas características relacionam-se com o compromisso com a vida – com a consciência de que ela é valiosa porque finita.

Os sujeitos mais velhos, sobretudo os escolarizados e com boa saúde mental, tendem a listar mais esforços relacionados com a generatividade e integridade do eu, podendo, assim, ser, efectivamente, mais maduros do que os mais novos e, em consequência, mais felizes. Perspectivas mais “positivas” sobre o processo de envelhecimento, que realçam o potencial cognitivo e emocional dos indivíduos, abrem caminho à concepção do envelhecimento bem sucedido. Este, segundo Freire (2000, *cit. in* Sousa, & Figueiredo, 2003), é uma competência adaptativa, relativa à capacidade generalizada para responder de forma flexível aos desafios (ambientais, físicos, socioeconómicos, relacionais, entre outros), abarcando, simulta-

neamente, as dimensões emocional (estratégia para lidar com os factores de stress), cognitiva (capacidade de resolução de problemas) e comportamental (desempenho e competência social). Na perspectiva de Baltes (2004), o envelhecimento bem sucedido refere-se à capacidade de, ao longo do tempo, ir seleccionando em que actividades investir, ao mesmo tempo, que se vai optimizando essas actividades/aptidões e compensando alguma perda ou limitação.

6. Envelhecer, que desafios pessoais?

Em termos gerais os principais desafios do envelhecimento (da velhice) são o reconhecimento da inevitabilidade da mudança, da imprevisibilidade da nossa vida, e o confronto com a morte. Claro que poderíamos escolher desafios mais 'banais', como as doenças, a perda de familiares, a diminuição de poder ou a ida para uma instituição... mas creio, com base na literatura e na minha experiência terapêutica com pessoas mais velhas, que os desafios do final da vida são essencialmente filo-

sóficos. Platão²⁷ condensou, magistralmente, esta ideia dizendo que “filosofar é aprender a morrer mas primeiro viver e depois filosofar”. Montaigne num dos seus mais célebres textos (capítulo xx do livro I dos Ensaaios), retorna a esta ideia. Nele, a morte aparece como finalidade da vida, enquanto a filosofia surge como o remédio que nos permite enfrentá-la. Refere ainda que “quero (...) que a morte me encontre plantando minhas couves, mas despreocupado dela, e mais ainda de meu jardim imperfeito”.

Mais recentemente Yalom (2008²⁸, 13), ao defender a importância do nosso confronto com a morte, refere: “O auto-conhecimento é um presente supremo, um tesouro tão precioso como a própria vida. É ele que nos torna humanos. Mas o preço a pagar é alto: a ferida da mortalidade. A nossa existência será sempre assombrada pelo conhecimento de que iremos crescer, florescer e, inevitavelmente, murchar e morrer”.

²⁷ No livro III de ‘A República’.

²⁸ Yalom, I. D. (2008). *De olhos fixos no sol*. Parede: Saída de Emergência.

O nosso mundo é assim um local muito especial, porque todos aqueles que o habitamos somos (sentimo-nos) o seu 'centro', como se tudo orbita-se à nossa volta. Somos (sentimo-nos) especiais e únicos. E, apesar de sermos dotados da extraordinária capacidade de crescer e de nos desenvolvermos angustia-nos o facto de vivermos na dimensão tempo, de nos darmos conta que somos perecíveis. Como se acreditássemos que somos imortais.

Ora, tem sido referido que o que dá, paradoxalmente, sentido à nossa vida, aos acontecimentos que marcam o desenrolar das nossas vidas, é um propósito unificador e, numa perspectiva mais existencialista, a consciência (e a aceitação) da inevitabilidade da própria morte.

Quais são, então, os factores que permitem que algumas pessoas lidem melhor com os referidos desafios do que outras?

A enorme resiliência e plasticidade do ser humano leva a que muitas pessoas idosas consigam compensar as disfunções menores do processo normal de envelhecimento e levar uma vida

caracterizada pela auto-actualização e pelo progresso na maturação. Tem sido defendido que o envelhecimento bem sucedido, ou óptimo, envolve selectividade nos nossos esforços e a utilização de estratégias e actividades alternativas para compensar as perdas concomitantes.

De igual relevância, foi o reconhecimento da importância de outras variáveis, para além da idade, no enfrentar da adversidade, nomeadamente, as variáveis de personalidade, a escolaridade e o nível sócioeconómico mais elevado. Por outro lado, de acordo com Birren e Schaie (1996, 143), a doença crónica na velhice é mais habitual, conseqüentemente, menos perturbadora do que nas idades mais jovens; as pessoas mais velhas tiveram mais tempo para desenvolver mecanismos para lidar com as limitações de saúde; as pessoas mais susceptíveis às conseqüências negativas das doenças já morreram; e as gerações mais velhas podem ser mais tolerantes para com os problemas de saúde do que as gerações mais novas.

Efectivamente, os estudos indicam menor prevalência de depressão e de outras doenças mentais

nos idosos mais velhos²⁹ e que as pessoas mais novas se deprimem por problemas muito menores³⁰, por vezes, sem mesmo terem qualquer razão aparente. Por outro lado, muitos pacientes idosos revelam melhor saúde mental do que pacientes mais novos com doenças semelhantes (Birren & Schaie, 1996). Outros autores defenderam também a perspectiva de que os idosos podem ser vistos como adultos fortes e maduros, que são colocados perante desafios específicos.

Recentemente, algumas investigações começaram a interessar-se, cada vez mais, pelo perdão e

²⁹ Os dados empíricos encontrados no *Berlin Aging Study* (BASE, 2001) sobre os tipos e frequência das doenças psiquiátricas, na terceira idade, são os seguintes: 44% dos sujeitos de Berlim Oeste com 70 ou mais anos não apresentavam perturbações psiquiátricas; menos que um quarto (24%) estavam doentes psiquiatricamente (com um diagnóstico específico da DSM-III-R1). O terço restante apresentava sintomas psicopatológicos com mais ou menos valor que se poderiam incluir, de acordo com os autores, num “subdiagnóstico de morbidade psiquiátrica”. A esquizofrenia e o alcoolismo são muito superiores nos mais jovens.

³⁰ Pennington (2002) refere que as gerações mais novas têm níveis mais elevados de depressão.

pelo seu potencial para melhorar o bem-estar e as relações interpessoais das pessoas mais velhas. O perdão é visto como uma força fundamental a utilizar para lidar eficazmente com os desafios da vida, estando associado a traços de personalidade como a estabilidade emocional.

A palavra perdoar (em inglês *forgive*) deriva do verbo “dar” (*to give*), o que indica que o perdão é uma acção que tem a sua origem na pessoa, conseqüentemente, é uma acção da “nossa responsabilidade” e que está sob o nosso controlo. Implica entrar em contacto com as nossas próprias emoções acerca do incidente e “trabalhar através” delas, até as esgotar.

O perdão genuíno não é um acontecimento isolado: é um processo, que necessita de tempo e de trabalho pessoal. É um acto voluntário que dá significado ao dano, desliga o ofendido do ofensor e liberta a pessoa injuriada da amargura e do ressentimento. O perdão não necessita de estar conectado com o arrependimento do infractor. Quando nós dizemos: “Eu perdoo-te”, estamos a dizer “Esquece isso”, o que transmite uma mudança relativamente aos pensamentos e ao comportamen-

to de quem perdoa, ou seja, no sentido de que se assume a responsabilidade de parar de despender tempo em pensamentos e acções relacionadas com essa questão. Para Gilbert (2000), o perdão permite-nos, efectivamente, mudar, levando-nos a estar abertos aos nossos erros e a aprender com eles. Contudo, aprender a perdoar, não é fácil, uma vez que a nossa autocrítica é, muitas vezes, implacável, e irá sempre considerar o “não perder” uma oportunidade de atacar e condenar.

Muitas pessoas feridas dependem muita energia na vingança ou na validação do acontecimento, numa busca contínua de uma garantia de que a ofensa aconteceu, realmente, e de que têm o direito de se sentirem magoadas, considerando que as suas vidas estão em suspenso, enquanto esperam por justiça. Interrogam-se: “Porquê a mim?”. E a energia gasta a tentar responder a esta questão é imensa.

Quando alguém foi profundamente magoado, não há nenhuma forma de perdoar, genuinamente, sem experienciar um grande crescimento pessoal. Talvez o valor do perdão seja, por vezes, incompreendido, porque nós subestimamos quão difícil

é perdoar, genuinamente, de uma forma que fortaleça e enriqueça o significado da vida. É uma jornada que implica compaixão, a aceitação da dor e o desenvolvimento de uma nova filosofia sobre as pessoas.

Quando nos sentimos vítimas, encerramos a nossa capacidade de comunicar, porque temos, agora, uma questão com a pessoa ou pessoas que nos vitimizaram. Quando nos sentimos melhores connosco mesmos, e quando sentimos que temos controlo sobre as nossas vidas, perdoamos, com mais facilidade. Neste sentido, dar poder e controlo às pessoas idosas é uma das ferramentas mais eficazes contra o abuso e o mau trato.

No final das nossas vidas, há, muitas vezes, necessidade de expressar sentimentos mal resolvidos, de profunda dor pessoal causada por sentimentos de injustiça, em relação ao passado. O perdão, nestas situações, propicia uma sensação de bem-estar consigo mesmo e com os outros, possibilitando uma oportunidade de readquirir um sentido para a nossa vida.

Antes de vencidos, não nos devemos dar por vencidos. O convite é o de viver a realidade, e não

apenas na nossa cabeça, nos nossos pensamentos, em abstracções, fantasias e preocupações. Podemos prevenir a adversidade, podemos esforçar-nos ao máximo nesse sentido, dar o nosso melhor, mas depois deixar, simplesmente, ‘que o universo decida’ (provérbio Indiano).

CONCLUSÃO

Cada sociedade tem a sua perspectiva sobre o ciclo da vida. Nalgumas mitologias a vida do ser humano é retratada como uma cobra a morder a sua própria cauda. Na lenda do rei Édipo o homem é descrito como uma criatura que rasteja em quatro patas, depois anda sobre duas pernas e, finalmente, três. Estas diferentes imagens apelam ao processo, ao curso da vida, ao ciclo, às repetições das estações e dos ritmos circadianos. Envelhecer não é um problema, mas um aspecto essencial da experiência humana. Não lhe podemos fugir, já que este processo se refere à passagem do tempo, ou melhor, às transformações que vão ocorrendo à medida que o tempo passa.

Diz-se, frequentemente, que vivemos numa época de constante mudança o que aparentemente

contrasta com o desejo de ‘parecer/ser sempre jovem’, de não querer envelhecer. Muitos, ao envelhecerem, parecem repetir a frase do conto da Branca de Neve, proferida pela amargurada madrasta má: “Existe alguém mais bonito do que eu?”. Dando, deste modo, ao corpo e às modificações a ele associadas, o papel pivot da nossa relação com a velhice. Num conhecido dito espanhol pergunta-se “non tienes abuelos?” (não tens avós?) – já que, de acordo com esta perspectiva, é a eles que cabe elogiar os seus netos, aceitando-os incondicionalmente.

Apesar das investigações sublinharem a impressionante resiliência e plasticidade do ser humano, ao declínio na velhice é dado um relevo que esconde que a experiência de continuidade é um aspecto chave no nosso diálogo com o curso progressivo do tempo, em que o passado se torna apenas um contexto (eventual) a partir do qual a pessoa dá sentido ao seu presente. Na nossa sociedade, apesar do género ter vindo a perder o seu peso como factor explicativo na assunção de papéis, a maioria destes continua a estar organizada em função de fronteiras etárias. A idade

é assim uma forma explícita de controlo social e uma forma de manipulação e de regulação em todas as áreas da vida. Como se não tivéssemos ainda acordado para a nova realidade das pessoas mais velhas – mais idosas, com uma esperança de vida bem mais longa do que há umas décadas atrás e com gerações sucessivas a mostrarem ganhos ao nível físico e mental – continuamos a julgá-las com base em crenças e preconceitos ultrapassados. Crenças essas que nos prejudicam impedindo-nos de ver todas as potencialidades das pessoas mais velhas e, conseqüentemente, de as aproveitar para o bem comum. Milchaux advertiu que “Le mal rouge, le bien inonde” (o mal róí, o bem inunda). Conseqüentemente, se queremos pessoas felizes temos de mudar os sistemas, as leis, as instituições, os espaços de trabalho, de lazer e de aprendizagem no sentido de edificar uma sociedade com um sentido mais forte de conexão e de intergeracionalidade.

Perante este cenário há que propor soluções, inventar, abrir portas a práticas transformadoras, desafiar, provocar, promover, emancipar, dar voz,

estimular a acção, mudar padrões de poder, ou seja, um encontro com a última fase da vida, permitindo aos indivíduos e às sociedades desenvolverem-se verdadeiramente.

O desafio do envelhecimento não se restringe à compreensão do fenómeno mas e, sobretudo, à possibilidade de participar na sua construção social, em vez de apenas o experienciar como uma realidade natural. Participar implica envolvimento, motivação, alegria. A verdade é que ainda não conhecemos os nossos limites. Baltes já há alguns anos recomendava, para um envelhecimento bem-sucedido: um estilo de vida saudável, para diminuir a probabilidade de condições patológicas; evitar as soluções simplistas, dada a considerável heterogeneidade, direcção e diversidade de formas de envelhecer; aumentar a nossa reserva pessoal através da educação, da motivação, do aumento das nossas redes sociais; fomentar ambientes e contextos proactivos e desenvolvimentistas. Em suma, promover o bem-estar dos mais velhos implica uma sociedade com mais reforços disponíveis e com um maior número de escolhas possíveis –

envelhecimento(s). Implica ainda aceitar que a vida não é só um jogo em que podemos ganhar. Como disse um dia M. T. de Calcutá “Se perdes muito tempo a julgar/avaliar não tens tempo para amar”.

(Página deixada propositadamente em branco)

BIBLIOGRAFIA

- Argyle, M., (1999). Causes and correlates of happiness. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Baltes, P. B. (2004). *Wisdom as orchestration of mind and virtue*. Berlin: Max Planck Institute.
- Baztán, F. B., & Rexach, J. S. (2002). Orientación y tratamiento del anciano com demencia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26 (3), 65-77.
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (1996). *Handbook of psychology of aging* (4th Ed.). San Diego: Academic Press.
- Cantor, N., & Sanderson, C. A. (1999). Life task participation and well-being: The importance of taking part in daily life. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 230-243). New York: Russell Sage Foundation.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124 (2), 197-229.
- Diener, E., & Suh, M. E. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science and Medicine*, 48, 661-673.
- Ferreira-Alves, J. (2010). Prática psicológica com pessoas idosas. Uma leitura substanciada das orientações da APA. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Cadernos Climepsi de Saúde nº 4. Lisboa: CLIMEPSI.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: internal 'social' conflicts & the role of inner-warmth & compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Gomes, F. A., Albuquerque, A., & Nunes, J. S. (1987). *A sexologia em Portugal*. Lisboa: Texto Editora.
- Kahana, E. (2001). Institutionalization. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Kane, R. A. (2003). Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 43, 28-36.
- Kramer, D. A. (1990). Conceptualizing wisdom: The primacy of cognition relations. In R. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins and development* (pp. 279-309). Cambridge: Cambridge University Press.
- La Rue, A. (1992). Adult development and aging. In A. E. Puente e R. J. McCaffrey (Eds.), *Handbook of neuropsychological assessment. A biopsychosocial perspective* (pp. 81-119). New York: Plenum Press.
- Lima, P. L. (2003). Sexualidade na terceira idade. In E. Sá, et al. (Eds.). *Quero-te – Psicologia da sexualidade* (pp. 109-111). Coleção Saúde e Sociedade. Coimbra: Quarteto.

- Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., Costa, P. T. Jr., and 45 members of the Adolescent Personality Profiles of Cultures Project (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging, 24*(4), 941-954.
- Marchand, H.(2005). *A idade da sabedoria: Maturidade e envelhecimento*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.
- Marín, D. C., & Casasnovas, G. L. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Madrid: Fundación “la Caixa”.
- Montorio, I., & Izal, M. (1999). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. In M. Izal & I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 33-66). Madrid: Editorial Síntesis.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio: Prevenção do stress no trabalho*. Porto: Editora RH.
- Relvas A. P.(1996). *Por detrás do Espelho: Da teoria à terapia com a família*. Coleção Psicologia e Saúde nº 3. Coimbra: Quarteto.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1999). *Successful aging*. New York: Dell Publishing.
- Sanchez, F. L., & Glacia, J. C. O. (1998). *Sexualidade en la vejez*. Psicología. Madrid: Pirámide.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2002). *Adult development and aging*. (5ª Ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Sheldon, K. M. (2004). *Optimal human being: An integrated multi-level perspective*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com os idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, XIX*.
- Simões, A. (2006). Factos e factores do desenvolvimento intelectual do adulto. *Psychologica, 42*, 25-43.

- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (2003). O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Sousa L., Figueiredo D., & Cerqueira M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Sternberg, R. J., Grigorenko, E. L., & Oh, S. (2001). The development of intelligence at midlife. In M. E. Lachman (Ed.). *Handbook of midlife development* (pp. 217-247). New York: John Wiley and Sons.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice: Maturidade e sabedoria*. Porto: Edições ASA.
- Viegas, S. & Gomes, C. (2007). *A Identidade na velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.

(Página deixada propositadamente em branco)

Estado da Arte

6

Imprensa da Universidade de Coimbra
Coimbra University Press
2010

