

Introdução

O envelhecimento é um processo que, a nível individual, remete para múltiplas trajetórias de vida e que, no plano coletivo, sofre a influência de fatores socioculturais como acesso à educação, aos cuidados em saúde, à alimentação e ao lazer e a uma rede de relações estáveis. Na literatura gerontológica, envelhecer é considerada uma situação progressiva e multifatorial, e a velhice uma experiência heterogénea, experienciada com mais ou menos qualidade de vida e potencialmente bem-sucedida (Lima, Silva & Galhardoni, 2008). Analisar a velhice como uma experiência homogénea, não significa apenas minimizar os problemas enfrentados pelos idosos, decorre do fato de a sociedade moderna não ter previsto um papel específico ou uma atividade para os velhos, remetendo-os para uma existência sem significado (Areosa, Bevilacqua & Werner, 2003).

Nas últimas décadas, a par do aumento do envelhecimento populacional, têm surgido múltiplos programas destinados aos idosos, que visam colmatar as falhas de uma sociedade que tem revelado inúmeras dificuldades e inabilidades face a esse mesmo fenómeno. Das universidades seniores, aos centros de dia, aos grupos intergeracionais ou aos centros de convívio, são múltiplas as propostas que se apresentam aos idosos, sempre com um mesmo objetivo que, segundo Debert (1999), é o de permitir a autoexpressão e a exploração de identidades que eram exclusivas da juventude, abrindo novos espaços, para que experiências inovadoras possam ser vividas coletivamente. Estas novas oportunidades dadas aos idosos demonstram que a sociedade está cada vez mais sensível às questões do envelhecimento. Estes programas e espaços, como referem Veras & Camargo (1995), apresentam objetivos, atividades e propostas diferenciados, onde as questões do lazer, das sociabilidades, da cultura e da cidadania ocupam uma centralidade cada vez mais visível. Estes programas que apresentam objetivos e práticas diversificadas, visam contribuir para o desenvolvimento de diferentes formas de inserção social e gerar uma representação social da velhice e da própria cidadania diferenciada (Costa & Campos, 2009).

Muitos dos programas e projetos referidos emergiram a partir de modelos teóricos do envelhecimento, que se foram afirmando socialmente. Um desses

modelos, é o modelo do envelhecimento bem-sucedido. Os seus percursores são Rowe & Kahn (1997) que consideram que o envelhecimento bem-sucedido inclui uma baixa probabilidade de doenças e de incapacidades, uma alta capacidade funcional cognitiva e física e um envolvimento ativo com a vida. Este modelo, assente nas três premissas referidas, tem sido discutido essencialmente sob a perspetiva biomédica e psicossocial, onde se destaca integridade das funções física e mental, que representam o potencial para a realização das atividades sociais (relações interpessoais e atividades produtivas, remuneradas ou não (Glass, 2003).

O modelo de envelhecimento bem-sucedido foi alvo de críticas porque se entendia que a capacidade funcional excecional seria um privilégio de poucos em idosos (nomeadamente de idade mais avançada), para além de gerar equívocos sobre as condições de doença e dependência que representavam marcadores de fracasso. Também do ponto de vista semântico, segundo Depp & Jeste (2006), o termo “bem-sucedido” é problemático porque pressupõe a dicotomia sucesso-fracasso e remete para um contexto competitivo onde há vencedores e perdedores.

Um dos autores do modelo do envelhecimento bem-sucedido, Kahn (2002), considera que a expressão “bem-sucedido” tem o efeito, não intencional, de classificar os idosos como mal sucedidos. Ressalta, no entanto, que o problema não é concetual refletindo antes uma característica da sociedade que preserva uma visão dicotómica da vida (tudo/nada, sucesso/fracasso), não reconhecendo o *continuum* dos processos naturais.

Atualmente, tem sido o modelo de envelhecimento ativo que tem ocupado um lugar cimeiro nas agendas mundiais das diferentes organizações internacionais desde a Organização Mundial de Saúde (OMS), à Comissão Europeia e às entidades de saúde e segurança social dos diferentes estados membros. Neste âmbito têm vindo a ser propostas e acionadas estratégias políticas e desenvolvidas medidas de intervenção social que procuram traduzir uma nova imagem da velhice e promover novas leituras e práticas sobre esta realidade.

A conceção de envelhecimento ativo surgiu nos Estados Unidos, durante os anos 1970 com os Panteras Cinzentas, um movimento que defendia uma nova atitude e uma nova cultura para superar a exclusão, o isolamento e o

paternalismo de que os idosos eram vítimas e rejeitando todos os mitos sobre o envelhecimento e idade (Arber & Ginn, 1993; Sanjek, 2009). Apesar disso, só mais tarde este conceito viria a dominar as agendas mundiais da saúde, aplicadas ao envelhecimento.

O conceito precursor foi o de envelhecimento saudável – dominado pelo modelo biomédico e psicológico do processo de envelhecimento e operacionalizável a partir das perspectivas de saúde. O envelhecimento saudável pretendia identificar os determinantes da saúde física e habilidade funcional dos idosos e centrava-se numa abordagem individual, onde a subjetividade e a experiência dos idosos, estava ausente (Gardner, 2006). Segundo Phelan, Anderson, LaCroix & Larson,(2004), a principal característica do envelhecimento saudável é a capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas decorrentes da idade¹.

Esta designação (envelhecimento saudável) viria a ser preterida, pela OMS, dando lugar ao envelhecimento ativo, através do qual se visava transmitir “uma mensagem mais inclusiva... e reconhecer os fatores que, para lá dos cuidados de saúde, afetam a forma como os indivíduos e as populações envelhecem” (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002, p.13). Nesta aceção a palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não apenas à capacidade de o indivíduo estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho, o que pressupõe, necessariamente intervenções políticas intersectoriais capazes de atuar sobre esses mesmos determinantes. Esta nova conceção propõe-se responder a algumas das principais falhas apontadas ao primeiro modelo apresentado, nomeadamente adotando uma natureza pluridimensional, procurando respeitar a individualidade de cada um e o seu enquadramento sociocultural.

O atual modelo do envelhecimento ativo preconiza a integração plena dos idosos na sociedade, considerada a única forma de estes poderem exercer o seu direito de cidadania. Como salienta Ribeiro & Paúl (2011), este modelo

¹A conceção de envelhecimento saudável viria também a ser criticada, pois tal como o envelhecimento bem-sucedido, remetia para opostos com conotações pejorativas - saudável-doente, como afirmam Teixeira e Neri (2008).

para além dos aspetos de manutenção da autonomia física e psicológica, implica a participação e envolvimento em assuntos sociais, culturais, económicos, civis e espirituais. De acordo com as referidas autoras, a expectativa de vida saudável (que se traduz no tempo de vida que se pode esperar sem necessitar de cuidados de saúde especiais) e a qualidade de vida (termo subjetivo que engloba a saúde física, psicológica, nível de dependência, relações sociais, crenças e o ambiente em que cada um se encontra inserido) são conceitos centrais à operacionalização deste modelo. Segundo a lógica subjacente ao envelhecimento ativo, o objetivo é que o envelhecimento ocorra com qualidade de vida e manutenção da autonomia dos indivíduos, de forma a preservar as oportunidades dos idosos de continuarem a participar da sociedade e, simultaneamente, minimizar as possibilidades de exclusão social (Teixeira & Neri, 2008; Holstein & Minkler, 2003).

Os serviços sociais e de saúde, as características comportamentais e pessoais, o ambiente físico, social e económico são os determinantes do processo de envelhecimento, que interagem continuamente. A atuação sobre estes determinantes visa contribuir para a satisfação e qualidade de vida dos idosos através da “otimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar” e da “opção de estilos de vida saudáveis, incluindo a manutenção de atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, de acordo com interesses e capacidades pessoais” de cada idoso (Ribeiro & Paúl, 2011, p.112).

De acordo com a OMS (2002) a estrutura política para o envelhecimento ativo inclui três pilares – a saúde, a participação social e a segurança. A saúde ancora-se em diagnósticos médicos ou percebidos pelo próprio. A participação social refere-se às relações estabelecidas com os diversos subsistemas, como é o caso da família, dos amigos e do exercício da cidadania. A segurança está relacionada com as questões da proteção, habitação e meio social.

Embora o modelo do envelhecimento ativo tenha sido, muitas vezes, reduzido às práticas de ativação, ele pretende muito mais do que manter o corpo ou a mente ativos, como já foi referido. Como salienta Assis (2005),

apesar de ser uma meta complexa, o envelhecimento ativo é desejável como condição que permite desfrutar da longevidade. Como tal, salienta a mesma autora, a promoção do envelhecimento ativo “(...) deve estar articulada ao processo de construção da cidadania e de viabilização prática dos direitos sociais dos idosos” (p. 12). O que exige necessariamente que se criem condições e práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar e ainda que se garantam os direitos humanos básicos, traduzidos na inserção social e ocupação dotadas de significado; na alimentação equilibrada e na atividade física; no uso do corpo e lazer gratificantes; no apoio e satisfação nas relações familiares e sociais; no acesso a ações preventivas e no acompanhamento assistencial (Assis, 2005).

De fato, a OMS tem vindo a propor um entendimento sobre o envelhecimento ativo que integre os vários domínios da vida pessoal e social e que contrarie a tendência para uma visão redutora, direcionada unicamente para a vertente da empregabilidade ou produtiva. A proposta sugere que a atividade implica uma participação ao longo da vida, nos domínios sociais, económicos, culturais, espirituais e cívicos e não apenas a capacidade para a pessoa permanecer fisicamente ativa ou participar no mercado de trabalho. A ênfase desta análise é colocada no domínio da participação total e abertamente contrária às perspectivas centradas no mercado laboral, numa ótica de dever social.

Assim, entende-se que a atividade dos mais velhos passa pela promoção da sua participação nos mais diversos domínios da vida pessoal e social, ao mesmo tempo que se deve respeitar as preferências e capacidades de cada um, nomeadamente na sua vontade de não participar, se for o caso. De acordo com esta conceção, a cidadania ativa, deve implicar, antes de mais, o exercício de poder, capacidade de decisão, participação no exercício de governação das comunidades e voz ativa sobre os mais variados domínios económicos, sociais e políticos.

Ao nível da cidadania ativa, na sociedade atual, impera a necessidade de dinâmicas que promovam mudanças nas situações de redução de informação, de passividade e dependência face à decisão, de produção e partilha de conhecimentos e de promoção da autonomia e independência, dos idosos, por tanto tempo quanto possível (Ramos & Gonçalves, 2010).

Também ao nível dos papéis desempenhados se exigem novas abordagens e segundo Martin, Gonçalves, Paúl & Pinto(2006), estes podem ser estruturados a partir de várias categorias de que se destacam o meio familiar, onde o apoio na educação dos netos ou o apoio monetário assumem lugar de destaque (Bromer & Henly, 2004), e a promoção social, através dos programas de voluntariado (Bullock & Osborne, 1999) ou dos programas intergeracionais que surgem igualmente como novos papéis desempenhados pelos idosos e a merecerem a atenção da sociedade.

De fato, a participação em grupos constitui-se como uma estratégia para o envelhecimento ativo ao promover a autodeterminação, a independência, a autonomia e a autoestima, permitindo diminuir a vulnerabilidade a que os idosos estão sujeitos (Souza & Lautert, 2008). A OMS (2002) aponta precisamente o trabalho voluntário como uma alternativa para a promoção de um envelhecimento ativo. Salaria ainda, que todas as medidas que ajudem os idosos a manterem-se saudáveis e ativos (como é o caso do trabalho voluntário) devem ser implementadas e fomentadas, para aumentar a expectativa de uma vida saudável e com qualidade.

O modelo subjacente ao envelhecimento ativo conceptualiza o envelhecimento sob uma perspectiva positiva, refutando estereótipos e valorizando o papel desempenhado pelos idosos tal como os contributos que prestam à sociedade. A saúde, o bem-estar e a autonomia não só são possíveis e desejáveis, como se opõem à incapacidade e dependência. O idoso deixa de ser um personagem vulnerável e passivo, para se assumir como um agente ativo e decisor no seu processo de envelhecimento, (Rozario, Morrow-Howell & Hinterlong, 2004).

O envelhecimento ativo, centrado na ideologia da atividade e jovialidade desafia os idosos para a necessidade de uma reinvenção pessoal através da criatividade na reconstrução de um novo projeto de identidade e de ocupação na aposentação, que promova a sua participação social e que contrarie a ideia de dependência dos incentivos sociais e das iniciativas públicas (Silva, 2009). Nesta perspetiva, pretende-se que o envelhecimento ocorra com qualidade e manutenção da autonomia dos indivíduos, criando e preservando oportunidades de os mais velhos continuarem a participar da sociedade, minimizando assim as possibilidades de exclusão social (Lima et al., 2008).

Como salientam Guerra & Caldas (2010) a discussão sobre a problemática do envelhecimento pela sociedade e os seus ecos nos meios de comunicação, modela uma visão da comunidade em relação aos idosos e ao envelhecimento, que tende a desencadear insegurança nos idosos, a alimentar o preconceito entre as gerações e a gerar o medo de envelhecer devido à incerteza de como será o processo de envelhecimento. De fato, a representação social do idoso passou por uma série de modificações ao longo do tempo, uma vez que as mudanças sociais reclamavam políticas sociais para a velhice, as quais exigiam novas categorias classificatórias capazes de construir o que significa ser idoso na sociedade atual.

Se têm sido realizados muitos estudos sobre os impactos e os custos sociais e de saúde do envelhecimento, poucos se têm dedicado a analisar a autopercepção dos idosos sobre o processo que encetaram e sobre o período da vida em que se encontram, numa perspetiva representacional, em que os ganhos e perdas e as mudanças percebidas no ambiente social, emocional e ao nível do corpo, assumem lugar de destaque.

Ao estudar as representações sociais do envelhecimento e envelhecimento ativo, pretende-se identificar as diferentes visões e interpretações de realidade social que estão em constante mudança. Neste estudo, analisamos como se constrói a experiência do envelhecimento, segundo a percepção dos próprios idosos, protagonistas de intervenções e dotados de julgamentos e dos profissionais de saúde, também atores centrais neste processo. Neste contexto, pretende-se analisar como é que o envelhecimento ativo é representado pelos idosos e pelos profissionais de saúde. Assim, o objetivo deste estudo visou identificar a estrutura das representações sociais do envelhecimento e do envelhecimento ativo de um grupo de idosos e de um grupo de profissionais de saúde, do concelho de Évora.