

(ORGANIZADORES)  
JOSÉ LUÍS D'ALMEIDA  
PAULA DE SOUSA  
HÉLDER AFONSO

e

Lúcia Mourão  
Joana Guedes  
Daniela Brandão  
Natália Duarte  
Ignacio Martín  
Carlos Bento  
Diana Rua  
Diana Lopes  
Pedro Gabriel Silva  
Ricardo Vieira  
Marlene Rodrigues  
Maria Irene Carvalho  
Joana Fernandes  
Maria Paula Gonçalves da Mota  
Carla Sandra Carneiro Afonso  
Jorge Frederico Pinto Soares  
Ana Rita Silvestre Bodas



ISBN: 978-972-9008-21-4



VÁRIOS AUTORES

PERSPETIVAS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO

(ORGANIZADORES)  
JOSÉ LUÍS D'ALMEIDA  
PAULA DE SOUSA  
HÉLDER AFONSO

# PERSPETIVAS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO



**PERSPETIVAS SOBRE O  
ENVELHECIMENTO ATIVO**

**(Organizadores)**  
**JOSÉ LUÍS D'ALMEIDA**  
**PAULA DE SOUSA**  
**HÉLDER AFONSO**  
e outros

**Editorial Cáritas**  
**Lisboa, 2014**

**Título:**

Perspetivas sobre o Envelhecimento Ativo

**Autor:**

José Luís d'Almeida

Paula de Sousa

Hélder Afonso

(Organizadores)

e outros

**Capa:**

Rita Martins

**Impressão e acabamento**

Várzea da Rainha

**Editora**

Caritas Portuguesa

**Depósito legal n.º 371276/14**

**ISBN n.º 978-972-9008-21-4**

Todos os direitos reservados de harmonia com a lei em vigor. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida por qualquer processo, incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação, sem autorização prévia e escrita do editor. Os transgressores são passíveis de procedimento judicial

A edição deste livro é uma parceria conjunta entre a Caritas Portuguesa e o Departamento de Economia, Sociologia e Gestão (DESG) da Escola de Ciências Humanas e Sociais (ECHS) da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

**Trajetórias de vida, subjetivação e qualidade de vida de idosos**

**Ricardo Vieira\***

\*Professor Coordenador Principal da ESECS e investigador do CIID-IPLeia. Antropólogo e pós doutor em Serviço Social.

## Trajetórias de vida, subjetivação e qualidade de vida de idosos

### Resumo:

O presente artigo dá conta da mensagem principal que partilhámos, no dia 25 de Maio de 2012, na UTAD, no III Ciclo de Conferências em Serviço Social 2012, sob a coordenação dos Professores Telmo Caria, Fernando Bessa e José Luís Almeida.

A ideia central é de que a qualidade de vida dos idosos não depende exclusivamente das condições objetivas em que vivem mas, dependem, também, e por vezes muito, dos seus projetos de vida que se (re)vivificam ou não, têm sentido, ou não, para si. Em suma, a qualidade de vida dos idosos depende, também, da forma como estes subjetivam o seu quotidiano e os factos vividos no seu eu, enquanto sujeitos, e não meros objetos de cuidado de técnicos e familiares.

### 1. Entre sujeitos e objetos do cuidar: o trabalho interdisciplinar com idosos

É habitual ouvirmos dizer que o serviço social, a animação sociocultural, o trabalho gerontológico e o desenvolvimento pessoal e comunitário, entre outras práticas da pedagogia social (Caride, 2011) deve ser feito com os outros e não para os outros (Vieira, 2011). Nesta linha, é premente entrar no mundo do outro, neste caso o idoso, sua história, seus gostos, seus interesses, sua epistemologia (Vieira e Cozinheiro, 2008; Vieira, 2012). Não se trata de nos tornarmos no outro mas, na medida do possível, compreendê-lo a partir do seu próprio ponto de vista, a designada perspectiva émica (Vieira, 2003), ou do nativo, num vaivém entre o “interior” e “o exterior” (Clifford, 2002) e não interpretá-lo etnocentricamente a partir de modelos ideais decalcados de outros contextos, ainda que suportados por modelos técnicos e racionalistas com provas dadas de sucesso em outros contextos.

Desta forma, trabalhar como assistente social ou técnico de envelhecimento ativo em grupos de idosos ou outros, implica, antes de mais, assumir uma atitude investigativa. Implica uma primeira etapa de escuta, compreensão e aprendizagem da epistemologia do outro, isto é, dos públicos com que se pretende trabalhar. Só depois se poderá passar ao trabalhar com eles duma forma contextualizada. Toda a intervenção social deveria ser, neste sentido, mediadora (Vieira, 2010), capaz de encontrar um terceiro lugar entre o ponto de partida dos animandos e o projeto futuro desenhado em conjunto com o técnico de trabalho social.

Eis pois porque começamos por afirmar que o profissional de intervenção social é um investigador. É-o dos outros e é-o, também, de si próprio, quando, ao trabalhar com determinado grupo, racionaliza as suas próprias ideias e práticas a ponto de melhor se consciencializar de quem é e de como está a agir, conhecendo-se, assim, melhor a si próprio (Vieira 2009). Simultaneamente, com o envolvimento tecido com os públicos com quem pretende trabalhar mudanças sociais e comportamentais, o técnico de intervenção coloca os próprios visados da intervenção numa investigação de si próprios, na medida em que percebem que são escutados e que as suas palavras são vistas como descrições de um saber valorizado. Ao mesmo tempo crescem, animam-se (ganham vida) e criam projeto(s), razão do existir com sentido.

Eis, pois, porque urge romper com a exclusividade do paradigma biomédico que faz do idoso um objeto de tratamento e não tanto um sujeito autónomo, vigilante de si, dos seus e dos outros: “*a velhice não é, naturalmente, um estado patológico, como se acreditava em medicina, e nem é um retorno à infância, como se acreditava em psicologia, mas sim um período fisiológico e comportamental normal e distinto do ciclo vital*” (Neri et al., 2004: 15). Eis pois porque urge tratar o idoso com o seu próprio ritmo, entendimento e autonomia. Um sujeito que se pensa e que sabe que se transformou porque tem consciência de si. Uma pessoa que não é, necessariamente, um mero objeto dependente de outrem e sem posição sobre os contextos em que vive e sobre si próprio.

A este propósito, Correia (2003) defende que a assistência ao idoso deve ser orientada no sentido da prevenção, da recuperação e da preservação da independência, dando prioridade às ações que visem manter o idoso no seu próprio domicílio, sempre que isto seja possível, pois esta parece ser a única forma de manter o idoso no seu ambiente natural/social, preservando a sua autoidentidade e autosuficiência.

Na terceira idade, mais cedo ou mais tarde, é expectável que os idosos se venham a cruzar com um assistente social ou com um enfermeiro que os poderá apoiar no seu domicílio, no lar onde se encontram ou no hospital aonde tiveram de recorrer por alguma situação de doença mais delicada. Efetivamente, a fragilidade aumenta com a idade. Como refere Costa (2002: 18) “*os idosos apresentam-se como um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar atual [...]*”.

Mas este trabalho não se trata, apenas, dum trabalho para profissionais da saúde. É, também, muito para assistentes sociais e para educadores sociais, gerontólogos e outros profissionais ligados ao envelhecimento ativo. Mas, mesmo no domínio mais específico da saúde, como é o caso da enfermagem que é considerada como a arte de cuidar, há um crescente afastamento do modelo biomédico que privilegia o tratar e, portanto, a parte em detrimento do todo que é o humano como sujeito. Assim, tal como o assistente social, também a enfermagem deve valorizar o acompanhar, o caminhar lado a lado com aquele que, por uma qualquer razão, está debilitado, vulnerável ou simplesmente pouco informado.

É por isso que defendemos o trabalho social como o processo de ação que acompanha o ser humano nas diferentes fases da sua vida, desde o nascimento até à morte. Em todas as etapas da vida, deve encarar-se a pessoa humana como um ser holístico, ou seja, como um ser biopsicossociocultural, que inclui a dimensão espiritual. Cada sujeito tem a sua história de vida própria e individual que importa conhecer para se poder criar uma relação de empatia indispensável ao sucesso dos cuidados prestados. No entendimento de Pestana (1995: 212) “*Cuidar dos seres humanos é, em primeiro lugar, estabelecer uma relação humana, o que implica considerar o “outro” como diferente, com uma carga social, familiar e cultural que lhe é específica, reconhecendo-o na sua dimensão global*”. O cuidar do outro é, pois, um cuidar “com”, um ato de comunicação. Nesta esteira, Leininger (1998: 32) e defende mesmo que é impossível atingir a eficácia e o sucesso sem conhecer e compreender as pessoas de culturas diferentes: “*um enfermeiro não pode prestar cuidados de forma eficaz e competente se não compreender os valores culturais, crenças e modos de vida das pessoas a quem os cuidados são dirigidos. E um ser humano é mais do que um ser físico e mental. Os seres humanos nascem, vivem e casam-se, trabalham e morrem num contexto cultural. Isto inclui espiritualidade, a religião, as relações de parentesco, a política, a economia e o modo como os indivíduos são educados- isto é, todos os aspetos de cada cultura*”.

Observa-se, assim, na área do trabalho com idosos e na própria área da saúde, uma proximidade grande entre a enfermagem e o serviço social, entre a saúde e o trabalho social, entre a geriatria e a gerontologia (Sá, 2004), áreas que necessitam, assim, de uma forte colaboração interdisciplinar.

Numa sociedade que perpetua e desenvolve tantos preconceitos em relação à pessoa idosa e onde esta passou de sábia a desprovida de conhecimento e utilidade, torna-se fundamental que quem

trabalhe com esta população, de que são exemplo os enfermeiros e os técnicos de trabalho social, a desconstrução desta realidade através da procura do significado da expressão junto dos próprios.

É por isso que é importante ir ao encontro do outro como sujeito, questionando-o sobre o que ele pensa, de forma a libertarmos-nos do que pensamos e do que os que nos rodeiam e que por vezes connosco lado a lado trabalham, pensam. É por isso que, nesta linha, Costa defende que

“É no mundo dos cuidados ao e com o doente que nós temos que entrar, penetrando nele de forma a perceber os idosos como alvo principal dos cuidados de enfermagem, não na perspectiva que construímos na cabeça, aquela que provavelmente nos foi transmitida na escola ou aquela que interiorizamos ao longo da actividade profissional, mas antes a que diz respeito directamente ao idoso que esta na nossa frente, com características muito específicas, as suas, das quais decorrem o que designamos, por vezes abstractamente, cuidados personalizados” (1999: 15).

Esta autora defende que é indispensável dar a palavra aos idosos no planeamento dos cuidados que lhe são prestados. Deve-se acreditar que o idoso tem uma palavra a dizer sobre o que lhe diz respeito. Como ser humano que é, deve ter direito à capacidade de decisão, assunto que, não raras as vezes, quem com ele convive muitas vezes esquece, menosprezando a sua opinião, retirando-lhe o direito de participar no que a ele também diz respeito, infantilizando-o e fazendo com que algumas capacidades já fisiologicamente diminuídas deixem de ser exercitadas diminuindo, ainda mais, as mesmas. Neste sentido, podemos afirmar que, em nome dos bons cuidados com o idoso, muitas vezes ele passa de sujeito a objeto de cuidado, sem qualquer espaço para o exercício da sua autonomia.

“os cuidados aos idosos têm sido pensados sobretudo no sentido vertical. O profissional “dispensa” o pensamento do idoso nos cuidados de que necessita, baseado no princípio de que é o detentor de um saber que legitima as suas execuções. A participação dos idosos sempre que tenham as condições para participar, bem como a das suas famílias e da sua comunidade de

pertença no planeamento, execução e avaliação dos cuidados, são a primeira garantia de sucesso desses mesmos cuidados e das políticas que os determinam” (Costa, 1999: 18).

Em síntese, agora, a pessoa idosa não deveria, pois, ser vista como uma pessoa envelhecida, denegrida e despersonalizada, mas sim como uma pessoa com características próprias e com um manancial de conhecimentos e de experiências que têm de ser conhecidas pelos profissionais do Trabalho Social com idosos para uso no contexto do cuidar.

## 2. Trajetórias sociais de idosos

O envelhecimento demográfico e o envelhecimento humano é, provavelmente, um dos fenómenos mais estudados hoje por cientistas sociais. Assistimos a um grande aumento do número de idosos que recorre aos diferentes serviços de prestação de cuidados de saúde. Esta é uma situação preocupante se pensarmos que o nosso país é um dos menos dotados em estruturas de apoio social, e, sobretudo, em cuidados de saúde para o idoso.

Os números mais recentes sobre a economia portuguesa, o desemprego e o envelhecimento, confirmam o aumento do número de idosos no nosso país e antevêm o fim do Estado Social para 2020<sup>1</sup>.

O progresso tecnológico e a melhoria das condições de vida permitem que se viva mais tempo e no geral com mais condições que em anos passados. Assim, além de um aumento no n.º de idosos, verificamos, também, um aumento no n.º de idosos mais idosos, aqueles a que alguns autores têm vindo a chamar de quarta idade.

Neste contexto, na última década, algumas aldeias portuguesa viram nascer, no seu território, vários lares, públicos e privados, materialização impensável há 20 anos atrás. Nas cidades emergem novos negócios em torno do cuidado aos idosos, empresas de apoio domiciliário, etc. O Voluntariado ganha novos contornos também em volta desta população. Por outro lado, há uma terceira idade bem capaz não só de viver só como, também, de enveredar pelo turismo sénior (Simões, 2006), pelas universidades de terceira idade e de ajudar filhos e netos monetariamente, na difícil conjuntura portuguesa do início da

<sup>1</sup> Medina Carreira afirmou, com números concretos, a 24 de Outubro de 2012, num programa da TV24, o fim do Estado Social em Portugal até 2020.

segunda década do Sec. XXI. Emerge, também, uma quarta idade (Rosnay *et all*, 2006) que vive só, seja com os outros seja mesmo de forma abandonada, vivendo e morrendo sós em apartamentos há muito não visitados.

Com a aposentação vem o primeiro estigma. Essa imagem de “final da linha” é, ainda muito viva entre nós. Contudo, há gente jovem aposentada. Pessoas com 50 anos que foram convidadas a aposentarem-se, num momento de apelo à diminuição do número de quadros na função pública e num momento em que as empresas encerram a um ritmo assustador. Muitos andam de bicicleta, alguns com muito mais de 80 anos; outros andam em aulas de dança; outros iniciaram novo emprego, nova atividade profissional; novas profissões, mesmo; como forma de construção de novos projetos de vida, fundamentais à vida social, como vimos, atrás, ou como complemento de reformas de aposentação baixas, ou, ainda, para poderem ajudar outros familiares. Claro que há muitos outros, também, que, entretanto, ficaram mais dependentes. E como vivem? de que modo?

Apresentamos, de seguida, de uma forma muito sintética, alguns casos particulares, bem diferenciados, que estudámos no âmbito do pós doutoramento em Serviço Social<sup>2</sup>, que mostram como é possível buscar a qualidade de vida e o envelhecimento ativo com sentido para o próprio idoso, das mais diversas formas. Constituem trajetórias sociais heterogéneas que não pretendem totalizar nomoteticamente os modos de ser idoso em geral mas que podem, contudo, constituir tipologias pra pensar o ser idoso e o viver hoje em Portugal.

Idoso autónomo – muitos casais vivem, de forma autónoma, até muito tarde (90 e mais anos), com a visita regular dos filhos e, apoiando-se um no outro, fazem a comida, tratam da saúde, da higiene, etc. sempre no ambiente do seu lar. Por vezes surgem questões de saúde mais complexas que levam ao acamamento de um deles, ou mesmo de internamento, o que leva à fragilização do outro. Viver é viver “com” e quando o outro parte, simbólica ou realisticamente, a solidão pode instalar-se e provocar o desânimo e pôr em causa o próprio gosto pela vida. Nestes casos, a maior parte das vezes é a mulher que suporta toda a lide doméstica. Quando esta adoce as coisas ficam mais complicadas.

<sup>2</sup> Pós doc realizado no ISCTE-IUL, orientado pelo Professor Doutor Juna Mozzicafredo, e terminado em Dezembro de 2008.

### O Apoio domiciliário

Quando um dos membros do casal já não está capaz de trabalhar, cozinhar, tratar da limpeza, das roupas, etc., é possível, em muitas comunidades, ter um apoio domiciliário diário: equipas com experiência que se deslocam a casa das pessoas, levando-lhes comida e ajudando na higiene diária. A este nível, o voluntariado tem um bom espaço de intervenção no cuidar e “estar com”: ir às compras, ao médico, pagar algo nos correios, etc. numa família que não pode sair de casa. E, também, falar, ouvir, ajudar a construir soluções e projetos que alimentam a qualidade de vida e seu sentido.

### O Centro de dia

Pessoas que tiveram uma vida social bastante ativa, que gostam de falar, de jogar, de estar com outros, podem fazer do Centro de Dia onde ingressam, o seu dia-a-dia com amigos, por vezes, da infância agora reencontrada. Alguns voltam à noite a casa para dormir no seu leito.

### A transição para o Lar

Alguns dos utentes do Centro de dia podem vir a identificar-se com o novo espaço, com os profissionais e, às vezes, podem acabar por preferir ficar no lar porque em casa se está mais só. Pode haver uma reconfiguração de si e um processo quase de adoção da instituição como casa e dos profissionais e outros utentes como uma segunda família.

### Lar como última instância

Muitas vezes, há, como sabemos, o recurso imediato ao lar, por parte de uma família que não pode cuidar dos seus ascendentes ou de um dos membro do casal. Nestes casos, há também experiências de sucesso, de o(s) novo(s) residente(s) encontrarem no lar referências que levem à metamorfose da sua identidade (Vieira, 2009) e a identificarem a instituição como a sua nova casa.

Mas também há experiências de insucesso e de subjetivação da solidão em contextos mesmo de muita população conjunta. Para muitos, a institucionalização traz a descontextualização, a falta de referências, o desinteresse; muitos que não sabem ler ou não têm hábitos de leitura, quer de livros quer da vida social, não encontram forma de construir a qualidade de vida em ambientes, por vezes, com muito mais condições objetivas de vida que a própria casa onde viveram. A falta de rituais e a

perda da noção espaço-temporal produz, assim, a tristeza, o sentimento de solidão e o envelhecimento precoce. Com efeito, dificilmente o idoso vai fazer atribuição de sentidos às coisas se não se revê nelas. Nem a pessoalização do quarto, com fotos da família, apelo à memória, lembranças, etc. são bastante para construir uma nova identificação (Vieira, 2011).

#### A Família com o idoso acamado em casa

Filhos únicos, ou quando os outros estão ausentes, como estudei no caso de uma filha que ficou em casa quando a irmã emigrou para França, podem optar ou ter de construir projetos de vida entregando-se ao cuidar dos pais. É preciso vontade, determinação e dinheiro acumulado para viver sem um emprego fora de casa. No caso da senhora que estudei, foram 20 anos a tratar da mãe em casa, de uma forma que se foi profissionalizando. Médicos, enfermeiros e outros ficavam espantados com os resultados: limpa, cuidada, sem qualquer ferida, a levar as injeções da filha, etc.

Os netos que vinham de França, nas férias, sempre conheceram a avó assim: acamada e incapaz de andar. Quanto ao resto tudo estava perfeito: memória, agenda, lembranças de nomes, de acontecimentos, etc. De tal forma era encarado com naturalidade o estado da avó que se deitavam junto dela, na mesma cama, no Inverno, e falavam e ouviam histórias da casa e do país dos seus pais e avós.

#### A rotação dos pais por casa dos filhos

Há, ainda, em muitos casos, a rotação dos pais por casa dos filhos, quando há forma de alguém da família conjugal poder ficar em casa com o(s) idoso(s). Na minha investigação conheci um caso estruturalmente semelhante mas considerado ao contrário: Cada um dos 5 filhos vinha ficar a casa da mãe, durante o “seu tempo”, durante uma semana. A senhora, que faleceu aos 93 anos, conseguiu ser lúcida, matriarca e orientadora dos filhos e netos, até aos 90 anos. De dia passava o tempo deitada no sofá, vendo todos os programas de televisão, com um telefone ao pé, que usava para ligar diversas vezes ao dia aos filhos, dando informações sobre os quotidianos mediáticos. Quando teve de ser institucionalizada por motivos de maior fragilidade médica, foi-se desinteressando e, de acordo com as próprias palavras da diretora técnica do lar, “começou a morrer aos poucos”.

### **3. Lembranças: de sujeito a objeto**

Nos pontos seguintes deste texto, dialogo, essencialmente, ainda que superficialmente, com a investigação de Machado Pais (2005), desocultando e mostrando algumas dimensões que a minha etnografia com idosos também me tem mostrado da vida dentro de alguns lares.

O idoso de hoje, fruto, muitas vezes, de conceções científicas, como vimos no início do texto, acaba por ser alguém a quem não se concedem instrumentos de manutenção da sua própria autonomia.

A partir de determinada idade, o idoso deixa de poder comandar a sua vida e torna-se objeto de uma gestão específica que lhe é imposta numa clara menorização cívica.

Sob o discurso da “melhoria de condições de vida”, inúmeras medidas são tomadas sem a sua coparticipação. O seu modo de vida passa a ser regulado pela ação da ciência, das instituições sociais, do lazer, dos especialistas, que se traduzem em instrumentos de dominação, como solução para uma “problemática”.

Toda a rede de solidariedade tecida durante a vida, no seio familiar, no círculo de amigos e antigos companheiros de trabalho, lazer, de atividades culturais, políticas ou até mesmo religiosas, transforma-se apenas em lembranças que, no melhor dos casos, será alimentada por espaçadas visitas, não restando outra alternativa do que o isolamento, a solidão e as recordações.

À medida que se envelhece, vai-se pertencendo cada vez mais ao passado e é, talvez, por isso que os idosos gostam e necessitam de voltar aos factos relevantes há muito vividos.

A rememoração permite reconstruir a pessoa, favorece o sentimento de identidade e de continuidade com o seu passado. O velho precisa de se sentir reconhecido por si próprio e por quem o escuta.

### **4. Viver só...**

A qualidade de vida na velhice, como em qualquer fase da nossa vida, é influenciada pela forma como interagimos com os outros e pela perceção que temos do nosso papel nas redes relacionais a que pertencemos. Sentir a presença das pessoas que nos rodeiam e que nos são significativas, é uma necessidade humana; que os espaços nos sejam familiares. Quando isto não acontece passamos a viver sós; sem contextos pessoais; instala-se a solidão. Contudo, nem sempre este assunto é linear. Uma pessoa que viva sozinha pode não experimentar qualquer sentimento de solidão e sentir-se até realizada e mesmo ligada,

de diversas formas, às suas redes relacionais; por outro lado, outras que vivam com a família, ou numa instituição, podem sentir-se completamente sós. A institucionalização de um idoso pode interferir na sua dinâmica de redes sociais e pode levá-lo a uma percepção negativa da sua qualidade de vida.

Quando vão para um lar, alguns idosos tentam adaptar-se a uma nova comunidade, a uma nova família alargada. Em muitos lares é habitual o partilhar de gestos de solidariedade. É comum entre os residentes de lares, por exemplo, a ajuda para levantar um(a) colega de quarto ou ajudar a calçar as meias do outro, etc. Cruzam-se, assim, relações onde há préstimos que são interdependentes e complementares, tal como numa família nuclear.

Mas encontramos, também, relacionamentos distanciados. O “não dar “muita confiança”, por exemplo, é uma estratégia defensiva contra possíveis rumores que, por vezes, fabricam namoros que são fruto da “imaginação” ou da “má-língua”. Outras vezes, os rumores são mesmo fumo que indicia paixões reais que a “má-língua” não perdoa essencialmente às “viúvas-alegres.

A animação sociocultural pode ser uma forma de combate à solidão. Os bailes que se realizam em alguns lares, ou os passeios organizados pelas instituições, parecem não ser, por vezes, tantos quantos os desejados por alguns idosos.

Segundo José Machado Pais (2005), há lares que são rigidamente disciplinados; têm horários fixos para refeições; saídas controladas; janelas que só podem ser abertas por funcionárias e risos silenciados. Deteriora-se, assim, a identidade do idoso, algumas vezes infantilizando-o ou despersonalizando-o.

A institucionalização é um acontecimento que marca a trajetória de uma vida. Muitas vezes isto acontece de forma brusca, quando os familiares dos idosos assim o decidem. Outras vezes ocorre através de negociação, quando os idosos não querem ser um fardo para os familiares, ou porque estes não lhes podem, de facto, prestar a ajuda de que necessitam.

Nos lares, por vezes, discute-se sobre os familiares que os visitam. Faz-se mesmo, por vezes, contabilidade de quem tem mais apoio dos filhos. De quem tem mais visitas. Muitos têm vergonha ao reconhecer a sua situação de abandono familiar. Outros vitimizam-se ou tentam obter prestígio por não quererem ser um “fardo” para os familiares. No entanto, o “fardo” é carregado pelos idosos ao darem-se

conta da rutura com a sua vida passada; da falta de sentimento de utilidade e do seu debilitamento físico ou isolamento social.

Muitas vezes, as ligações com a família fazem-se à distância, tendo o telefone, para quem ainda o consegue escutar, um papel fundamental. Alguns idosos sabem bem que poderiam ser visitados com mais assiduidade pelos filhos, ou que estes lhes pudessem telefonar mais vezes. Contudo, se se queixam disso, poderão estar a alimentar tensões desnecessárias que mais depressa os levariam ao abandono.

Nos lares há quem combata a solidão rezando, pois o pensamento reconstrói-se e o futuro afigura-se como possível e melhor. A fé e a oração podem ser grandes consolos e a devoção pode ser invocada como distração, mas há também quem a transforme em obrigação que se cumpre religiosamente.

Outros utentes prendem-se à televisão cujos apresentadores acabam por ser como que a própria família: dão-lhes notícias, novidades e imagens coloridas, fazendo-os esquecer o mundo presente e a solidão interior em que vivem.

Muitos idosos sonham morrer na sua própria casa com a família por perto. Quando antes se esperava pelo apoio dos filhos na velhice, agora desespera-se. O que antes era um dever dos filhos é agora uma eleição. Os nossos idosos receiam ficar dependentes e têm medo de ser rejeitados. Não querem perder a sua dignidade. Em contrapartida, os filhos, ansiosos, temem que o que fazem fique aquém do que deviam fazer.

## **5. Velhice e transformações do *self***

Não há dúvidas que a velhice constitui um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações interpessoais, essencialmente nas mais ligadas ao exterior. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida, tratando-se de um momento de adaptação para a reconfiguração identitária (Viegas e Gomes, 2007; Vieira, 2009a) e bem-estar social.

Os gerontólogos defendem que a velhice vive-se, primeiro que tudo, no corpo, com o aparecimento dos cabelos brancos, as rugas, as dificuldades de visão e audição, a lentidão dos reflexos, entre outras (Silva, 2005). Estas transformações significam um desafio para quem envelhece: a aceitação de um novo *self*. Com a possível perda da autonomia funcional, outro desafio é colocado: o ficar dependente.

Os idosos são uma espécie de sobreviventes do passado. Os idosos tiveram que vencer muitas etapas de vida para chegarem à velhice que é o seu presente. Ser velho significa que se teve sucesso, que se sobreviveu e venceu desafios específicos das outras fases anteriores (Silva, 2005). Viver muitos anos significa ter passado por muitas experiências, com impactos diferentes, ocupando diversas posições no ciclo de vida da família.

A velhice é sem dúvida uma etapa da vida marcada por profundas transformações identitárias (Viegas e Gomes, 2007) e, também, e por perdas físicas, psíquicas e sociais.

A pessoa vai dando conta de uma decadência física (Vieira e Cozinheiro, 2008), com perda da resistência cardiorrespiratória, da destreza, do equilíbrio, da força muscular e da flexibilidade, redução da capacidade erétil, diminuição das acuidades auditivas e visuais, além da inevitável perda estética. Quanto mais o equilíbrio da pessoa estiver baseado nesses fatores físicos, tanto maior serão a tristeza e certa inveja hostil contra os mais jovens.

Por outro lado, o idoso dá conta do aparecimento de pequenas falhas da memória, diminuição da atenção e da concentração que são entendidas como o início do declínio e isso vai deteriorando a imagem de si, sentida, direta ou disfarçadamente, por meio de posturas compensatórias, como a racionalização.

Em termos sociais, o afastamento das suas funções profissionais e a perda da sua posição dominante na família provocam um certo vazio e levam à perda de certas manifestações de respeito, admiração e estima, às a que a pessoa estava habituada a receber dos outros.

A perda do estatuto social é comum nos idosos inativos; a aposentação e a inatividade podem despoletar no idoso sentimentos de inutilidade e de perda da autoidentidade.

Assim, a velhice é entendida como sinal de debilidade e de patologia. Na velhice, a tristeza torna-se desespero, não somente por nostalgia do passado mas, também, por ausência de um futuro, de um projeto para o dia de amanhã.

Nos lares que estudei, tal como o fez José Machado Pais (Pais, 2005), também os dias dos idosos são preenchidos por momentos de oração, queixumes de doença, partilha de queixumes, mas também por momentos de silêncio e de profunda solidão. Os idosos refugiam-se na solidão, observando a sua existência entre um passado que já não existe,

para além da nostalgia, e um futuro que acaba por ser a negação da própria alegria (Vieira e Cozinheiro, 2008), que emerge com a falta de projetos de vida (Pimentel, 2004; Vieira, 2009b).

O que os idosos mais desejam é um tempo de companhia, atenção e carinho, mas, por vezes, a solidão e o silêncio que preenchem os seus dias atiram-nos para a depressão e o isolamento, sendo inundados, por vezes, por pensamentos negativos como, por exemplo, o desejo da própria morte.

Recordo bem a Tia Cristina, que atingiu quase 100 anos e me dizia, neste caso com um discurso sereno e racionalista: “Oh menino, eu tenho quase um século... Já não estou aqui a fazer nada. Eu já não aguento as dores nas pernas. Já está na hora de eu me ir embora”.

Finalmente, nem todos os idosos subjetivam da mesma forma as condições objetivas das suas vidas (Vieira, 2008). As diferentes trajetórias de vida constroem em cada idoso diferentes resiliências e diferentes ideais de vida e qualidade de vida, sendo que as condições objetivas são apenas parte do ingrediente do envelhecimento ativo e dessa qualidade de vida à medida de cada idoso, idoso que urge conhecer e cuidar de forma holista.

**Bibliografia:**

- CLIFFORD, James (2002). *A Experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*, Rio de Janeiro: UFRL.
- CORREIA, J. Martins (2003). *Introdução à Gerontologia*, Lisboa: Universidade Aberta.
- COSTA, M. Arminda (2002). *Cuidar Idosos – Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*, Coimbra e Lisboa: Formasau e Educa.
- COSTA, M. Arminda, (1999), “O idoso: Problemas e realidades”, Coimbra, Formasau.
- GOMEZ, José Caride (2011). “As Identidades da Animação Sociocultural nas Fronteiras da Sociedade Globalizada”, in PEREIRA, José e LOPES, Marcelino (Coords.). *As Fronteiras da Animação Sociocultural*, Chaves: Intervenção, pp. 17-32.
- NERI, Anita et all (2004). “Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social”, in DIOGO, M; NERI, A. CACHIONI (Orgs.). *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*, Campinas-SP: Editora Alínea, pp. 11-37.
- PAIS, José Machado (2005). *Nos rastros da solidão: deambulações sociológicas*, Porto: Âmbar.
- PESTANA, M. Teresa (1996). “A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde num contexto multicultural”. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Cacém, Julho/Agosto/Setembro, Ano I, Número 1, pg.183-297.
- PIMENTEL, Luísa (2004). O Idoso e a Família: Vidas com Projectos, *Futurando* n° 11/12/13, Dezembro.
- ROSNAY, J., SERVAN-SCHREIBER, J.-L., CLOSETS, F.e SIMONET, D. (2006). *Viver mais e melhor. Uma longevidade activa na sociedade actual*, Lisboa: Editorial Presença.
- SÁ, Jeanete (2004). “Gerontologia e Interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos”, in NERI, Anita e DEBERT, Guita (Orgs.). *Velhice e Sociedade*, Campinas-SP: Papyrus, pp. 223-332.
- SILVA, M. E. Duarte (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspetiva abrangente. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi Editores, pp.137-156.
- SIMÕES, António (2006). *A Nova Velhice – um novo público a educar*, Porto; Ambar – Ideias no Papel, S.A.
- VIEIRA, Ana (2010). “Mediação Sociopedagógica: um estudo comparativo entre GAAF e TEIP”, in PERES, Américo Nunes e

VIEIRA, Ricardo (Orgs.). *Educação, Justiça e Solidariedade na Construção da Paz*, Chaves e Leiria: APAP e CIID-IPL, pp. 296-318.

VIEIRA, Ricardo e COZINHEIRO, Sofia (2008). “A entrevista biográfica na (re)construção de cinco histórias de ser e se tornar idoso(a)”, in CRUZ, Fernando (Org.) *Actas do III Congresso Internacional de Etnografia*, Cabeceiras de Basto: AGIR, DVD – ISBN 978-989-8170-00-2.

VIEIRA, Ricardo (2003). “Vidas revividas: etnografia, biografias e a descoberta de novos sentidos”, in CARIA, Telmo (Org.) (2003). *Metodologias Etnográficas em Ciências Sociais*, Porto: Afrontamento, pp. 77-96.

VIEIRA, Ricardo (2008). “As histórias de vida como instrumento de investigação e (auto)formação de professores, imigrantes e idosos”, in PASSEGGI, M.C. e SOUZA, E. (Org.) (2008). *(Auto)Biografia: Formação, Territórios e Saberes*, Natal /RN: EDUFRRN e Paulus.

VIEIRA, Ricardo (2009a). *Identidades Pessoais*, Lisboa: Colibri.

VIEIRA, Ricardo *et al* (2009b). “Envelhecimento e Autonomia”, in

VIEIRA, R.; MARGARIDO, C. MENDES, M. (2009) (Orgs.). *Diferenças, Desigualdades, Exclusões e Inclusões*, Porto: Afrontamento.

VIEIRA, Ricardo (2011). *Educação e Diversidade Cultural*, Porto: Afrontamento.

## As múltiplas faces da violência contra os idosos Cartografia da violência em Portugal e na Europa

**Marlene Rodrigues\***

**Maria Irene Carvalho\*\***

\*Marlene Rodrigues - Assistente Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL), Mestre e Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de S. Paulo (PUC-SP) e Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa (ISSSL). É Técnica Superior de Serviço Social na Administração Pública, no Serviço de Clínica Forense na Delegação Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal (INML). Exerceu funções na Associação Portuguesa de Apoio à Vítima e no antigo Instituto de Reinserção Social de Lisboa (IRS). Atualmente é docente universitária, investigadora, supervisora e formadora. É diretora do Mestrado Riscos e Violências nas Sociedades Atuais (especialização: Crianças e Jovens em Risco/Perigo e Violência no Idoso e nas Relações de Intimidade) e coordenadora da Supervisão em Serviço Social a Equipas de Técnicos no âmbito da Direcção de Acção Social da SCML desde 2008.

\*\*Maria Irene Carvalho - Doutorada em Serviço Social pelo ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, sendo também Licenciada, Mestre pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. É especialista em educação de adultos pela FPCS da Universidade de Lisboa e pós-graduada em família e Sociedade pelo ISCTE. Exerceu funções de Assistente social em IPSS, na Segurança Social e no Serviço Social num hospital central de Lisboa. Actualmente é docente Universitária, investigadora, formadora e supervisora de práticas profissionais.