

Caderno de Envelhecimento Ativo IPB





Trabalhos desenvolvido no âmbito do
Mestrado em Envelhecimento Ativo, 2012/2013

Prefácio

Este caderno surge no âmbito da disciplina de Programas de Envelhecimento Ativo, do Mestrado em Envelhecimento Ativo, desenvolvido pela Escola Superior de Saúde de Bragança e reúne alguns dos artigos que os alunos escreveram sobre este tema.

Estes artigos abordam diversas áreas. Do desporto à sexualidade, passando pela informática, pretendem ser mais um contributo para o estudo do envelhecimento ativo, num momento em que Portugal começa a sentir os verdadeiros efeitos do aumento da esperança de vida.

[Luís Jacob](mailto:luisjacob@socialgest.pt) (luisjacob@socialgest.pt)

Docente da disciplina e professor com o título de Especialista em “Gerontologia”.

Título: Caderno de Envelhecimento Ativo IPB

Editor: RUTIS

ISBN: 978-989-97524-8-1

Autores: Luis Jacob (Coordenação) et al

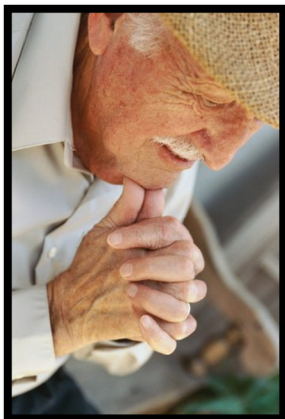
Correção e paginação: Inês Costeira

1ª Edição / 2013

Índice	Pág.
1. Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar	5
2. Cidades amigas das pessoas idosas?	10
3. Enfrentar desafios do Envelhecimento	16
4. Envelhecer...	19
5. Envelhecimento Ativo	23
6. Exploração contemporânea: entendimentos da sexualidade e envelhecimento	27
7. Índice de Envelhecimento Ativo 2012 para 27 Estados-Membros	32
8. MEMO- Inquérito Eurobarómetro sobre o Envelhecimento Ativo	36
9. O Envelhecimento da População – Dependência, Ativação e Qualidade	40
10. Perceções totais das pessoas: envelhecimento e os mais velhos	46
11. Políticas de Empreendedorismo na União Europeia	49
12. Projeções Económicas orçamentais para os 27 Estados-Membros da UE- Educação	54
13. Reformas e Pensões	57
14. Relatório do Envelhecimento na Europa	60
15. Trabalho voluntário e apoio a idosos	63
16. Viver e Morrer bem na velhice	69
Programas de Envelhecimento Ativo	74

Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar

Patrícia da Cruz Mateus¹



¹Licenciada em Educação Social no Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação de Bragança desde Setembro 2009 até Julho 2012. patriciamateus19@live.com.pt

RESUMO: O Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar, oferece aos doentes e aos profissionais de saúde de todas as especialidades, as condições de actividade que os representantes das diversas religiões realizam. Com este instrumento de trabalho, os profissionais de saúde tem a vantagem de desenvolver junto dos doentes a terapia de acompanhamento que é indispensável ao cuidar. O acompanhamento espiritual e religioso é indispensável à cura e ao cuidar do doente.

ABSTRACT: The Handbook of Spiritual and Religious Care Hospital, offers patients and healthcare professionals of all specialties, conditions of operation that representatives of different religions perform. With this tool, healthcare professionals have the advantage of developing the therapy of patients with follow-up is essential to take care of. The spiritual and religious monitoring is essential to healing and caring for the sick.

INTRODUÇÃO

A presença, formal e legalmente enquadrada, de serviços hospitalares destinados a prestar assistência espiritual e religiosa aos doentes internados nas unidades de saúde reflete e, juntamente, contribui para o esforço de humanização e qualidade dos cuidados prestados, cuja amplitude ultrapassa o domínio exclusivo da ciência e da medicina.

Para a prestação da assistência espiritual e religiosa nas unidades de saúde, a prática mostra que é na doença que, muitas vezes, a vivência espiritual e religiosa se fortalece, reforçando a importância das entidades de saúde estarem preparadas para

responder às eventuais necessidades espirituais e religiosas dos seus utentes e familiares.

A implementação, em meio hospitalar, de um serviço de apoio espiritual e religioso que assegure a liberdade religiosa e a igualdade de acesso por parte de doentes das mais diversas confissões religiosas aos cuidados espirituais e religiosos adequados.

A apresentação do Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar, promovida pelo SAER em Fevereiro de 2012, procurou exatamente sensibilizar os profissionais de saúde para as diferenças entre as diversas religiões, cujas crenças e práticas podem condicionar a própria prestação de cuidados de saúde, assumindo este manual um papel facilitador no contacto com os doentes.

Neste manual consta em cada religião, as práticas religiosas e seus textos sagrados, os ritos do nascimento, a alimentação e a prescrição religiosa, o sentido e práticas na doença e no sofrimento e os ritos prescritos perante o mistério da morte.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O processo de envelhecimento exige que o indivíduo se adapte às perdas, mudanças e alterações que dele decorrem. Segundo Novaes (2004), a espiritualidade pode ser entendida como um fator facilitador desse ajustamento.

Segundo Panzini et. al (2007) a espiritualidade tem sido cada vez mais apontada como uma importante dimensão na qualidade de vida. Existe dados sobre o impacto da religião na vida das pessoas.

Para Panzini et. al (2007) os profissionais de saúde tem descoberto a importância da espiritualidade e da participação religiosa na melhoria da saúde física e mental. O termo espiritualidade envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitados a tipos de crenças ou práticas.

De acordo com Panzini et. al (2007) a religião é a “crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual que continua a existir depois da morte do seu corpo”.

A religiosidade é a dimensão na qual um individuo acredita, segue e pratica uma religião. A espiritualidade e a religiosidade é um sistema de adoração, e é uma doutrina específica em que é partilhada com um grupo. As crenças pessoais podem ser quaisquer

crenças e valores em que são suportados por uma pessoa e que caracterizam o seu estilo de vida e comportamento. (Panzini et. al, 2007)

Segundo Panzini et. al (2007) a religião é um sistema de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com Deus. A espiritualidade é como uma busca pessoal de respostas para questões existenciais sobre a vida, seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de rituais religiosos.

Segundo Braghetta (2011) a religiosidade e a espiritualidade são dimensões integrantes da experiência social e cultural humana. A religiosidade de uma pessoa pode ser intrínseca ou extrínseca. Na religiosidade do tipo intrínseca, as pessoas tem na religião seu bem maior. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado pelo indivíduo para obter outros fins ou interesses.

Para Braghetta (2011) a religiosidade e a espiritualidade podem ter efeito protetor sobre a saúde e parecem influenciar a saúde física e mental de variadas maneiras.

Segundo Peres (2005) os pacientes que se encontram internados nos hospitais querem ser tratados como pessoas, e não com doentes, e serem observados como um todo, incluindo-se os aspectos físicos, emocional, social e espiritual. Ao se ignorar qualquer uma dessas partes torna a abordagem do paciente incompleta.

Para Peres (2005) a espiritualidade é entendida como aquilo que traz significado à vida das pessoas. A espiritualidade é como um fator que contribui para a saúde e a qualidade de vida de muitos indivíduos. Este conceito de espiritualidade encontra-se em muitas sociedades, e é exposto como uma busca individual mediante a participação de grupos religiosos que possuem algo em comum, como por exemplo a fé em Deus, naturalismo, família, arte, humanismo.

Segundo Pinto (2009) o Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar, oferece aos doentes e aos profissionais de saúde de todas as especialidades, as condições de actividade que os representantes das diversas religiões realizam.

Para Pinto (2009) no manual encontra-se diferentes religiões como: a Igreja Adventista do 7º dia, Fé Baháí, Budismo, Igreja Católica, Hinduísmo, Islão, Judaísmo, Mormons, Igreja Ortodoxa, Protestantes Evangélicos, Testemunhas de Jeová.

Neste manual consta em cada religião, as práticas religiosas e seus textos sagrados, os ritos do nascimento, a alimentação e a prescrição religiosa, o sentido e

práticas na doença e no sofrimento e os ritos prescritos perante o mistério da morte. (Pinto, 2009)

Com este instrumento de trabalho, os profissionais de saúde tem a vantagem de desenvolver junto dos doentes a terapia de acompanhamento que é indispensável ao cuidar. (Pinto, 2009)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para os idosos, era importante existir um serviço religioso em que tivesse como missão garantir a assistência espiritual a todos os doentes, respeitando as crenças de cada um, qualquer que seja a sua opção religiosa.

O tempo da doença não tem que ser somente um momento mau da vida. Pode ser também uma oportunidade de encontro consigo próprio, de aprofundamento do sentido da própria vida, de redescoberta do amor dos outros, de crescimento na relação com Deus.

Para muitos profissionais de saúde, a intervenção é facilitadora pois, quando todos os cuidados de saúde possíveis já foram prestados e em que a ciência já nada pode fazer, sabem que o doente e a família continua a ser acompanhada e a receber assistência mas agora no plano humano, espiritual e religioso.

É muito importante para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que se encontram nos hospitais, integrar aspetos da espiritualidade, fé e religiosidade com o seu entendimento em diversos aspetos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cupertino, A. P., & Novaes, C. (2004). Espiritualidade e Envelhecimento Saudável. In A.L. Saldanha & C. P. Caldas, Saúde e Idoso: a arte de cuidar (pp. 358 – 368). Rio de Janeiro: Interciência.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D., Fleck, M. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. pp. 105-115. Acedido em 10 de Março de 2013, em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a14v34s1.pdf>
- Braghetta, C., Lucchetti, G., Leão, F., Vallada, C., Vallada, H., Cordeiro, Q. (2011). Aspectos éticos e legais da assistência religiosa em hospitais

psiquiátricos. pp. 189 -193. Acedido em 10 de Março de 2013, em:
<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n5/a04v38n5.pdf>

- Peres, M., Arantes, A., Lessa, P., Caous, C. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. pp. 82-87. Acedido em 12 de Março de 2013, em:
<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>
- Pinto, V. (2009). Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar. Comissão Nacional da Pastoral da Saúde. Pp. 1-31. Acedido em 2 de Março de 2013, em:
<http://esenfsm.pt/wp-content/uploads/2012/01/manualassistireligiosa.pdf>

Cidades amigas das pessoas idosas?

Ana Isabel Raposo Martins ¹



¹ Licenciatura em Fisioterapia na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Macedo de Cavaleiros (2004-2008); Atualmente a desempenhar funções na Santa Casa da Misericórdia de Miranda do Douro. amartins29@hotmail.com

RESUMO: A atenção ao desenvolvimento de ambientes urbanos e rurais sensíveis ao processo de envelhecimento, assume-se muito recentemente como prioridade tanto nacional como internacionalmente. Esta construção pública responde, segundo Phillipson (2007), a quatro grandes ordens de pressão: I) das próprias pressões decorrentes do envelhecimento demográfico; II) das alterações nos próprios territórios; III) preocupações com os fatores potenciadores de qualidade de vida; IV) consensualização do que constitui um «bom» processo de envelhecimento.

A Lista de Verificação inclui oito áreas de análise: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; serviços de apoio comunitário e de saúde e serve como instrumento de autoconhecimento, sendo utilizada para detetar lacunas que podem ser aperfeiçoadas à posteriori.

Neste estudo, deu-se voz aos habitantes do espaço para melhor perceção das suas experiências.

ABSTRACT: The attention to the development of urban and rural environments sensitive to the aging process, it is assumed most recently as a priority both nationally and internationally. This public construction responds, according Phillipson (2007), to four major orders of pressure: I) for own pressures of demographic aging II) changes in their own territories; III) concerns with enhancers factors of quality of life; IV) consensus building of what constitutes a "good" aging process.

The Verification List includes eight analysis areas: outside spaces and buildings; transports; houses; social participation; respect and social inclusion; civic participation and employment; communication and information; community support services and health and serves as an instrument of self-knowledge, been used to detect gaps that can be improved in the post.

In this study, we gave voice to habitants of the area for better perception of their experiences.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

PRÉDIOS PÚBLICOS E ESPAÇOS ABERTOS

Espaços abertos e prédios públicos foram adicionados num mesmo ponto. Os resultados obtidos contribuem para melhor percepção acerca da acessibilidade, segurança, limpeza e usabilidade.

Na Lista de Verificação da OMS os indicadores relativos ao espaço público físico podem ser organizados em quatro grandes domínios: espaços verdes exteriores; edifícios públicos; circulação na via pública e equipamentos sanitários públicos. A dimensão vivida de forma mais positiva pelos indivíduos questionados foi relativamente às características dos edifícios públicos, registando um valor médio de 65%. De seguida foi a segurança na circulação, que obteve 50.9%. Os resultados nesta área não são animadores, visto que a questão da segurança e da facilidade na circulação dos mais velhos enquanto peões é uma prioridade. Melhorar a segurança pedestre afirma-se, como um desafio a abraçar de forma generalizada em todo o país. Os espaços exteriores verdes apresentam 34.5%, este item assume um lugar de menor relevo quando colocado ao lado dos restantes itens. Por fim, com valores mais baixos de aprovação aparecem os equipamentos sanitários. Pode-se perceber que não estão a ser apropriados pelos indivíduos mais velhos em condições adequadas às suas expectativas mas não se pode deduzir a inexistência de espaços exteriores em número suficiente, nem sobre as suas características específicas.

Segundo os Municípios, a dispersão geográfica, as barreiras arquitetónicas e estruturais dos edifícios públicos, isoladamente ou conjugados, constituem elementos que condicionam o seu acesso e acessibilidade, em especial por parte das pessoas com

mobilidade reduzida. Apesar de teoricamente estes aspetos estarem na legislação portuguesa na prática nem sempre tal se verifica.

TRANSPORTES

Os transportes públicos contribuem de múltiplas formas para melhorar a mobilidade, independência e qualidade de vida das pessoas.

A Lista de Verificação, analisou a Frequência/Cobertura dos transportes públicos; Paragens e Informações sobre trajetos; Atendimento pelo motorista e Adaptação à mobilidade reduzida. O item a que se refere maior insatisfação é à Frequência e à abrangência territorial dos transportes disponíveis, com 22.6%.

Enquanto dimensões de maior satisfação, encontramos as Paragens e informação disponível sobre trajetos. Nota-se nesta dimensão, que à medida que avança a idade dos inquiridos aumenta o nível de insatisfação.

A Qualidade da interação com os motoristas apresenta um grau de satisfação a nível moderado (55.75%). A adaptação à mobilidade reduzida apresenta uma percentagem de 32.8.

HABITAÇÃO

Envelhecer em casa é a expectativa dominante em todo o mundo, isso implica garantir que as habitações são “amigas do idoso” de forma a que a experiência do espaço doméstico se faça em condições de segurança e independência.

Na Lista de Verificação da OMS há todo um conjunto de indicadores que focam a questão habitacional em geral, e a segurança e conforto habitacional em particular. Na maior parte das vezes as casas são desenhadas de forma facilitadora para quem tem dificuldades de mobilidade, outras são casas degradadas, arrendadas ao abrigo de contratos antigos que desmotivam os proprietários para o investimento, e que não oferecem condições de habitabilidade e conforto.

As áreas prioritárias de intervenção no espaço habitacional são a sua adaptação para prevenção de quedas (remoção de carpetes e tapetes, instalação de corrimões e bases de apoio, boa iluminação e pavimentos antiderrapantes).

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A possibilidade de participar em eventos e momentos culturais é um elemento muito importante quando se fala de inclusão e participação social.

A Lista de verificação privilegiou três dimensões: o acesso propriamente dito a eventos; o acesso a informação de divulgação dos eventos e a possibilidade de participação em condições de mobilidade reduzida.

O acesso à participação de eventos apresenta resultados muito relevantes (71.67%), podendo dizer-se que é uma dimensão onde os indivíduos se sentem incluídos sem discriminação etária. O acesso à informação é a dimensão que apresenta valores mais modestos (50.75%), existência de barreiras de informação que devem ser superadas.

Com uma percentagem de 57.80 a participação com mobilidade reduzida, apenas metade dos inquiridos consideraram que os espaços onde decorrem os eventos se adequam a esse tipo de indivíduos.

RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL

Para a OMS o respeito e a inclusão social dos idosos dependem de outros fatores para além da mudança social como a cultura, género, estado de saúde e situação financeira.

Na Lista de Verificação da OMS foram estudados os indicadores relativamente à intergeracionalidade, discriminação, acesso e serviços e idosos não consultados. A nota mais positiva vai para o sentimento de representação positiva que os indivíduos assinalam ser veiculada, nomeadamente pelos media. Mais modesto é o valor obtido na dimensão relativa à intergeracionalidade, onde se procura avaliar a qualidade dos

processos de interação dentro da comunidade sob a perspectiva da interação entre gerações.

No que respeita ao acesso a serviços, a avaliação fica abaixo do meio da escala, a que deverá suscitar alguma reflexão sobre os motivos que levam a estes valores mais baixos.

Com valores mais inferiores apresenta-se a dimensão que mais diretamente se relaciona com a participação nos processos de decisão – idosos não consultados.

PARTICIPAÇÃO CÍVICA E EMPREGO

Para a OMS “uma comunidade amiga das pessoas idosas proporciona opções para que estes continuem a contribuir para as suas comunidades, através da realização de trabalho remunerado ou de trabalho voluntário, caso assim o decidam, e para que possam envolver-se em questões de natureza política.”

As dimensões de análise incluídas na Lista de Verificação abordam duas expressões de participação: as oportunidades para fazer voluntariado e as oportunidades para participar no mercado de trabalho.

Os resultados obtidos são quase autoexplicativos. Se considerarmos as estruturas dinâmicas do mercado de trabalho português, é bem menor a satisfação dos inquiridos em relação à possibilidade de participação no mercado de trabalho e bem mais positiva a que se refere às oportunidades que se lhes oferecem de participar em voluntariado.

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

O acesso à informação fiável, atempada, regular, comunicada, de modo perceptível através de canais e suportes eficazes é uma forma de garantir a inclusão, diminuir o isolamento, fomentar a participação social e assegurar a igualdade no acesso aos meios e recursos ao dispor na comunidade. Na Lista de Verificação foi possível trabalhar com três aspetos da relação dos idosos com os media: o acesso aos mesmos

avaliado a partir da sua cobertura, a clareza dos conteúdos nomeadamente em termos da sua forma e o acesso à Internet.

Os resultados, em geral, são muito positivos, sendo o acesso aos serviços de comunicação o indicador com resultado mais satisfatório, seguindo-se o acesso à Internet. O indicador com resultado menos positivo é aquele que diz respeito aos conteúdos veiculados e à clareza da decodificação de mensagens.

APOIO COMUNITÁRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE

O apoio comunitário e serviços de saúde não devem centrar-se somente nos cuidados para tratar doenças mas também nos serviços preventivos de reabilitação, conforto e bem-estar pessoal.

A relação dos idosos com os serviços de apoio deve ser discutida a partir de uma abordagem multidimensional. Nessa perspetiva, procedeu-se à definição de quatro esferas de avaliação: existência de serviços, sua localização em relação ao idoso para avaliar acessibilidades; características dos locais onde os serviços se encontram, e interação com os funcionários e acesso à informação.

A dimensão que se destaca com menor grau de satisfação tem a ver com o espaço físico dos serviços no que respeita à facilidade de acesso aos mesmos. A que refere maior satisfação está relacionada com a segurança e adaptação dos serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Pinto, T. e Lopes, A. (2012). Cidades amigas das pessoas idosas?. Associação VIDA – Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Ativo

Enfrentar desafios do Envelhecimento

Edina Cosete Fitas Fernandes ¹



¹ Fisioterapeuta no Lar São João de Deus, no mini Lar de Bruçó e no Serviço de apoio domiciliário, pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Mogadouro.
ec.ff@hotmail.com

RESUMO: A OMS considera o envelhecimento ativo como um processo de vida moldado por vários fatores que, isoladamente ou em conjunto, favorecem a saúde, a participação e a segurança dos idosos. Uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

ABSTRACT: The WHO considers active aging as a process of life shaped by several factors, alone or together, favor health, participation and security of older people. An age-friendly city encourages active aging by optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance the quality of life will as people age.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento da população e a urbanização são duas tendências globais que, em conjunto, constituem forças fundamentais que estão a moldar o século XXI. À medida que as cidades crescem, aumenta a sua percentagem de residentes com idades superiores a 60 anos. ⁽¹⁾

Em termos práticos, uma cidade amiga das pessoas idosas adapta as suas estruturas e serviços de modo a que estes incluam e sejam acessíveis a pessoas mais velhas com diferentes necessidades e capacidades. ⁽¹⁾

Os transportes, incluindo os transportes públicos acessíveis e baratos, são um fator fundamental que influencia o envelhecimento ativo. Este é um tema transversal a muitas outras áreas de debate. Mais concretamente, a capacidade de movimentação na

cidade determina a participação social e cívica e o acesso aos serviços comunitários e de saúde.⁽¹⁾

Os transportes públicos são considerados disponíveis em quase todas as cidades, embora não em todas as áreas. Nas cidades dos países desenvolvidos e nos países com uma economia de transição, é mais provável que os cidadãos refiram que o sistema de transportes públicos é bem desenvolvido ou satisfatório. Existe uma gama variada de transportes públicos em muitas cidades, incluindo autocarros (privados e públicos), comboios, eléctricos, riquexós (privados e públicos), autocarros especiais e mini-autocarros, serviços de transporte comunitários (voluntários), serviços específicos para pessoas portadoras de deficiência ou para pessoas idosas frágeis, táxis e motoristas pessoais.⁽¹⁾

Mais facilidades e melhorias para os transportes públicos são necessários para tornar as áreas como locais “amigas do idoso”.⁽²⁾

Em estudos realizados, embora existam algumas diferenças por idade, as principais diferenças nas respostas estão entre aqueles que vivem em grandes cidades e os que vivem em áreas rurais, com o transporte público ser uma chave preocupação para os respondentes rurais.

Os idosos querem oportunidades para socializarem e se integrarem noutros grupos etários e noutras culturas nas respetivas comunidades, atividades e famílias. As atividades intergeracionais são consideradas mais desejáveis do que as atividades só para idosos.⁽¹⁾

As oportunidades intergeracionais são um fator de enriquecimento da experiência em todas as idades. Os idosos transmitem costumes e conhecimentos tradicionais e as suas experiências, enquanto os jovens têm para oferecer informação sobre novos hábitos e ajudam os idosos para que estes possam orientar-se numa sociedade em constante mudança.⁽¹⁾

Em estudos realizados verifica-se que oito em cada dez visualizam o uso da tecnologia para interagir com clientes como um obstáculo para as pessoas mais velhas.⁽²⁾

Pouco mais da metade dos cidadãos da UE (53%) sente que o uso da tecnologia em vez de meios tradicionais é um grande obstáculo para as pessoas mais velhas. Apenas 13% acreditam que a utilização de tecnologia não é um obstáculo para as pessoas mais velhas.⁽²⁾

Existem algumas diferenças por Estado-Membro, com os cidadãos, na Suécia, na Holanda, Dinamarca e República Checa vêem a tecnologia como um obstáculo. Uma proporção elevada semelhante pode ser observada na Islândia. Por outro lado, os entrevistados na Roménia são os menos propensos a sentir que a tecnologia é um obstáculo (51% no total). ⁽²⁾

As pessoas mais velhas são mais propensas a sentir que a tecnologia constitui um grande obstáculo: 56% das pessoas com 55 anos ou mais. Aqueles que deixaram a educação numa idade mais tarde, aqueles que vivem em áreas urbanas, estudantes são menos propensos a considerá-lo um grande obstáculo. Enquanto uma proporção similar de homens e as mulheres a consideram um obstáculo geral, os homens são mais propensos a descrevê-lo como um obstáculo "menor".

Sugere-se a criação de oportunidades na área da criação de pequenas empresas para idosos. ⁽¹⁾

Oito em cada dez acham que seria útil ter comissões especiais de idosos. A maioria dos cidadãos (80%) acham que seria útil para as autoridades locais a criação de comissões especiais de idosos para consultar antes de tomar decisões sobre questões que se relacionam com eles na comunidade local. Apenas cerca de um em cada dez cidadãos sente que as comissões de pessoas mais velhas não seriam úteis (13%).

Cidadãos em Chipre (71%) descreveram o uso de comissões especiais de pessoas mais velhas como "muito útil". Os entrevistados em Malta (64%) também acharam que seria muito útil. Na Holanda, a maior proporção de entrevistados que são contra as comissões podem ser observados (28%), mas a maioria ainda vê-los positivamente. Fora dos países da UE, pessoas na Islândia foram os mais positivos sobre comissões, 72% sentiram que seria muito útil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, Impresso em Portugal – Guide Artes Gráficas, Lda. • ISBN 978-989-95568-6-7 • Depósito Legal 292186/09
- (2) Special Eurobarometer 378/ Wave EB76.2 – *TNS opinion & social*

Envelhecer...

Nuno Miguel Martins Geraldès¹



¹ Desde Março de 2011 - Técnico Superior de Educação Social/Animador Sócio-Cultural – Santa Casa da Misericórdia de Santulhão;

•Junho 2008 – Junho 2009 – Relator do Concelho Fiscal e Fundador do Projeto “Academia de Sons” – AAIPB (Associação Académica do Instituto Politécnico de Bragança);

•Setembro 2007 – Julho 2010 – Licenciatura Educação Social – Escola Superior de Educação de Bragança – Instituto Politécnico de Bragança. nunogeraldès-89@hotmail.com

RESUMO: A população mundial está a envelhecer de uma forma acentuada. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade são alguns dos principais fatores que levaram a esta conjuntura. É importante aferir que o envelhecimento da população é um facto, cada vez mais preocupante em toda a sociedade.

ABSTRACT: The world population is aging in a way sharply. Increased life expectancy and declining birth rates are among the main factors that led to this situation. It is important to ascertain that population aging is a fact of growing concern throughout society.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento varia de comunidade para comunidade e ocorre de diferentes formas de indivíduo para indivíduo, é um processo normal pois todos nós com o avançar da idade vamos envelhecendo, permanecendo associado a este existem fatores exteriores e interiores, exemplo destes são o estilo de vida, o código genético e o estado de saúde do indivíduo (Berger & Poirier, 1995, citado por Ferreira, 2009).

Cada vez mais a população idosa assume um papel fundamental na sociedade contemporânea. Afirmando-se o envelhecimento como que uma problemática diária. Cada vez mais assistimos a alterações políticas, sociais, económicas e culturais. Estas medidas tendem-se, quer a nível do bem-estar e a defesa do bem comum. Registamos a cada dia que passa mudanças no institucional e nas práticas sociais, isto porque os idosos constituem um dos grupos de maior risco no que concerne à pobreza e exclusão social (Cruz, 2008).

O alargamento do topo da pirâmide etária deve-se e muito ao aumento da esperança média de vida. Com os avanços biomédicos, tecnológicos e científicos regista-mos cada vez mais a um atraso no processo natural da morte (Carvalho, Carvalho & Pereira, 2012).

De acordo com os mesmos autores, é necessário e cada vez mais não atuar junto dos idosos, mas envolver toda uma comunidade, no ambiente onde estes estão inseridos, anexando assim condições para o seu desenvolvimento. Heterogeneidade, dinâmica e intersubjetividade em cooperação com o processo de desenvolvimento tem indiscutivelmente que servir para uma base de investigação com objectivo de obter um envelhecimento activo.

Envelhecimento activo é definido pela Organização Mundial de Saúde “como o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de reforçar a qualidade de vida à medida que as pessoas forem envelhecendo” (OMS, 2007 cit. in Cruz, 2008).

Emerge a necessidade de criar modelos teóricos explicativos do processo de envelhecimento e toda a envolvente ao que o envelhecimento activo diz respeito. A promoção da saúde, educação e adoção de estilos de vida saudável são máximas para um envelhecimento retardado. A promoção do envelhecimento activo fomentam ambientes favoráveis de funcionamento positivo, ou seja, no ciclo de vida como um todo, havendo cada vez mais políticas de promoção de envelhecimento activo (Carvalho, Carvalho & Pereira, 2012).

Carvalho, Carvalho & Pereira, (2012), a investigação vasta que se tem feito neste campo permite amplificar os programas de intervenção, havendo uma maior amplitude no conhecimento no que diz respeito, às alterações físicas, psicológicas e sociais articuladas ao envelhecimento. O envelhecimento não é universal, há perdas e ganhos, a seleção, optimização, compensação e plasticidade existem e avocam

condições fundamentais para o envelhecimento activo. Segundo Cruz (2007), o ser humano é um ser bio-psico-social e acima de tudo um agente activo na construção de si próprio enquanto indivíduo.

De acordo com Fonseca (2008), a velhice passa a ser mais um estágio da vida das populações cada vez mais envelhecidas, sendo a continuidade dos estágios anteriores. É encarada a “anciania” como um fenómeno vulgar, isto deve-se ao avanço das ciências médicas, sociais e psicológicas. Na sociedade contemporânea ainda são muitos os mitos e os estereótipos em relação a esta classe social, ao longo dos tempos todas as crenças têm sido minorizadas. Surgindo no seio da população uma representação norma litaria no que concerne ao ato de envelhecer, representada pela autonomia, actividade e capacidade de realização.

Segundo Jacob (2008), existem três vertentes primordiais de intervenção do envelhecimento activo, biológica, emocional e intelectual. Nesta última vertente tem por base estimular as funções cognitivas, como por exemplo a memória, o raciocínio e a atenção. Para uma melhor cognição a manutenção dos hábitos de leitura e jogos estimulantes são essenciais para que se desenvolvam e consolidem. Contudo o emocional reque grandes níveis de motivação e racionalização.

“Envelhecer ou a vida a inventar, como propõe Christian Lalive D’Epinay, será o contributo para (re)inventar a sociedade do século XXI, na solidariedade e no conhecimento que procure o que nos pode juntar e unir num projecto comum.” (Quaresma, 2008, p.41)

Cada vez mais é necessário pensar e repensar nos projectos consentâneos para a população idosa, quer a nível de qualificação de recursos humanos, de meios físicos e tecnológicos, na adaptabilidade de espaços no que diz respeito às barreiras arquitetónicas, nas respostas sociais e acima de tudo haver uma maior respeito por esta faixa etária...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ferreira, C. (2009). Envelhecimento e Lazer;

REAPN. (Novembro de 2008). Rediteia 41;

Social, A. A. (2012). *Qual seria a sua idade se não soubesse quantos anos tem?* A Educação Social em Portugal – Boletim Informativo da Associação Promotora da educação Social. Boletim Informativo N°2.

ESSA/IPB

Envelhecimento Ativo

Flávia Marisa Ramalho Rebelo ¹



¹ Licenciatura em Educação Social. Estagiária em Educação Social, de Outubro de 2011 a Junho de 2012, no Núcleo Distrital de Bragança da EAPN Portugal/ Rede Europeia Anti- Pobreza, Bragança. Estagiária em Educação Social, de Outubro de 2010 a Junho de 2011, na Universidade Sénior de Bragança..

flavia_rebelo@hotmail.com

RESUMO: O presente artigo aborda o tema Envelhecimento Ativo, bem como a sua definição e objetivos.

No âmbito de várias pesquisas realizadas pode-se verificar que pessoas reformadas ainda se sentem aptas para trabalhar, bem como podem dar o seu contributo para a sociedade.

ABSTRACT: This article discusses Active Aging, as well as its definition and objectives.

Within several surveys can verify that retired people still feel fit for work, and can make a contribution to society.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS), definiu o termo envelhecimento ativo como um “ processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida com a idade”.

O principal objetivo do envelhecimento ativo é desenvolver cada vez mais as oportunidades disponíveis para as pessoas mais velhas, para que estas possam executar as suas habilidades e posteriormente transmitir às gerações futuras o conhecimento e experiencia que possuem. As pessoas mais velhas ao terem uma vida mais ativa e saudável podem contribuir para o crescimento do seu país, bem como para o desenvolvimento da própria sociedade.

Em 2012 a Comissão Europeia (CE) definiu que seria o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade Social entre Gerações, tendo como principal objectivo sensibilizar os idosos quanto ao contributo que estes podem dar para a sociedade, de modo a que haja uma rápida mudança demográfica. Assim a CE destina-se também a incentivar a ação a todos os níveis, bem como a definição de metas para promover o envelhecimento ativo, focando-se em três pontos, tais como: criação de melhores oportunidades de emprego, assim como melhores condições de trabalho; ajudar as pessoas mais velhas a desempenhar um papel ativo na sociedade e incentivar o envelhecimento saudável, para que possa ser uma pessoa autónoma.

A maioria das pessoas com 50 anos ou mais tendem a comprometerem-se com as comunidades e sociedades em que vivem, por exemplo são mais propensos a votar em eleições em todos os níveis.

De acordo com um levantamento em Maio de 2011, verificou-se que a nível local, nacional e europeu, os assuntos políticos são discutidos maioritariamente por pessoas mais velhas do que por jovens.

Assim, as pessoas reformadas têm mais tempo e energia para refletir quanto a esses assuntos, podendo também continuar a dar um contributo importante para a sociedade, como por exemplo: como cidadãos responsáveis e ativos que realizam trabalho voluntários nas suas comunidades; prestadores de cuidados a familiares, ou até mesmo a jovens e como consumidores, a partir das atividades e interesses pessoais, os consumidores criaram uma demanda económica para novos produtos e serviços.

A maior parte das pessoas reformadas, poderá ter uma papel ativos nos três papéis anteriormente referidos.

Em alguns Estados-Membros as tradições de voluntariado para o serviço social são mais estabelecidas do que em outros, no entanto o voluntariado é fundamental aumentar todo o território da União Europeia, como o aumentos do custo de serviços públicos. Ao mesmo tempo, o voluntariado não pode ser um substituto para a prestação de serviços sociais: formas inovadoras e de baixo custo precisam ser encontradas para garantir a prestação adequada de cuidados, a inclusão social, formação de capital humano e outros serviços. Novas formas de emprego para pessoas mais velhas na área dos serviços sociais poderiam ser desenvolvidos.

As pessoas mais velhas podem contribuir para a prestação de serviços, com o seu conhecimento e experiência. O trabalho voluntário pode ser igualmente gratificantes

para estas pessoas, pois é-lhes dada a oportunidade para trabalharem, de forma a “fazerem a diferença” para as comunidades onde vivem.

A população europeia não só vive mais tempo, como também é mais apta e saudável por mais tempo do que era no caso com as gerações anteriores.

Há varias evidências de que um estilo de vida ativo promove a boa saúde, podendo contribuir e beneficiar, o envelhecimento saudável. Uma vida independente depende mais de uma boa saúde. O ambiente em que vivem - habitação, transporte, acesso a serviços públicos - tem um impacto importante na capacidade dos idosos para cuidar de si e levar uma vida autónoma. Embora uma pesquisa recente indicou que a maioria das pessoas mais velhas acreditam que é fundamental viver em um ambiente amigo do idoso, no entanto é necessários fazer muito mais.

A partir de pesquisas recentes verifica-se que atitudes para a reforma mudaram de forma significativa, pois através de um inquérito Eurobarómetro realizado em Setembro e Outubro de 2011, descobriu-se que 33% da população com 15 anos ou mais gostaria de continuar a trabalhar depois da reforma, no entanto o número aumentou para 41% para aqueles que tinham 55 anos ou mais. Ainda referente à mesma pesquisa verificou-se também que os jovens de 15 anos e mais, acreditam que as pessoas são capazes de continuar a trabalhar. Um dos efeitos do envelhecimento ativo é criar condições nas quais a idade da reforma tenha efeitos positivos na longevidade.

Deve-se relevar que muitos dos idosos não necessita de tratamento especial para conseguir manter um emprego. Em muitos casos, as suas necessidades e capacidades não são diferentes de pessoas mais jovens.

O principal objetivo da aprendizagem é para evitar a erosão das qualificações e da obsolescência das mesmas que foram adquiridas no início da vida profissional. Assim, é importante que haja uma atualização das habilidades em todas as idades, mas ao longo da vida, ou seja, não se deve parar no meio da carreira.

Há uma ligação direta e positiva entre uma vida útil mais longa, em linha com os objectivos do envelhecimento ativo e de investimento na aprendizagem ao longo da vida: quanto mais tarde a pessoa se reforma maior será o conhecimento adquirido. A aprendizagem ao longo da vida, é mais cativante para os trabalhadores mais velhos se os métodos de ensino e os conteúdos forem adaptados às suas necessidades.

É de salientar que o ambiente onde os idosos vivem e trabalham é fundamental para desempenharem a promoção do envelhecimento ativo, bem como melhorar a sua qualidade de vida.

Ainda no inquérito Eurobarómetro 2011 perguntou a opinião de pessoas mais velhas relativamente ao seu ambiente local, em que 65% dessas mesmas pessoas responderam que a sua área local estava adaptada para as suas necessidades. Foi também perguntado quais seriam as melhorias mais importantes, os três primeiros a serem mencionados foram: instalações para as pessoas permanecerem, o transporte público (autocarro e comboios), e estradas e segurança das mesmas.

Uma vez que a população idosa está a aumentar cada vez mais, nas próximas décadas vai haver novos mercados para bens e serviços e novas oportunidades de crescimento económico, através da inovação e desenvolvimento de produtos específicos para os idosos. Assim, foi realizada uma pesquisa em Março de 2009 a fim de mostrar que 66% da população com idade entre 40 e 64 anos pensam que o desenvolvimento de produtos e serviços que atendem às necessidades dos idosos será um fator fundamental para a economia europeia.

A internet transformou a vida das pessoas mais velhas de hoje, em comparação às gerações anteriores. Através da internet as pessoas podem ter acesso a uma vasta riqueza de conhecimentos e informações, bem como o acesso a notícias e até mesmo a entretenimento. A internet pode ser um recurso que permite às pessoas mais velhas para continuarem a ter uma vida autónoma, bem como lhes fornece um meio de realizar as atividades da vida diária, entre outras tarefas.

Em suma, o envelhecimento ativo tem como objetivo reforçar a solidariedade entre gerações, permitindo às pessoas mais velhas a contribuírem para a sociedade durante mais tempo.

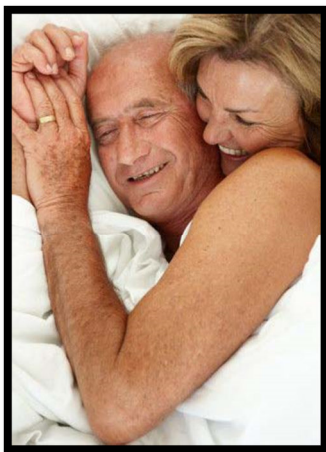
O envelhecimento ativo permite ainda que qualquer pessoa tenha o direito a uma vida digna e segura, promovendo ao mesmo tempo a integração de pessoas mais velhas no mercado de trabalho, que essas mesmas pessoas tenham uma vida independente por mais tempo, sendo um benefício para si mesmas, para a economia e até mesmo para a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Commission, E. (2012, May). Demography, active ageing and pensions, Social Europe guide Volume 3.

Exploração contemporânea: entendimentos da sexualidade e envelhecimento

Marita Adelaide Guimarães Gonçalves ¹



¹ Setembro de 2009 – Julho de 2012: Licenciatura em Educação Social no Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Educação. magg07@hotmail.com

RESUMO: O que representa a velhice como um tempo de dependência contribui para a ideia de que esta é uma fase da vida onde a vida adulta está em dúvida. A sexualidade pode ser mais bem compreendida como uma construção social ", que reúne uma série de diferentes possibilidades biológicas e mentais. Finalmente, é importante reconhecer que cada vez é mais subjacente a tendência como a sexualidade é entendida e vivida.

ABSTRACT: What is old age as a time of dependency contributes to the idea that this is a stage of life where adulthood is in doubt. Sexuality can be best understood as a social construct ", which brings together a number of different biological and mental possibilities. Finally, it is important to recognize that it is increasingly underlying trend as sexuality is understood and experienced.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A velhice é aceite como um estágio "natural" do curso de vida e, como tal, gerontologistas críticos (Phillipson 1998) têm cada vez mais reconhecimento do papel dos factores sociais na determinação de como esta fase da vida é actualmente entendida.

Katz (1996) argumenta que "fazer parte de uma população de idosos requer que a pessoa seja absorvida num discurso específico de diferenciação ". Isto, obviamente, leva em a questões de como e por que idade o envelhecimento e idosos estão actualmente entendidos nas maneiras que eles são, pelo que têm sido explorados em detalhe em um número crescente de publicações (Minkler e Estes, 1991; Featherstone e

Wernick 1995; Katz, 1996; Phillipson 1998; Biggs, 1999; Blaikie 1999; Gilleard e Higgs 2000).

É, portanto, surpreendente que as imagens da velhice estão intrinsecamente ligadas com noções de dependência. Na verdade, como Phillipson (1998) afirma, a própria definição de velhice é, em si colação de dependência financeira. Ele destaca que a ideia de “o velho” constituindo um grupo separado na sociedade, só surgiu no início do século XX, com a introdução da pensão de velhice no Reino Unido e EUA, distribuídos de acordo com a norma cronológica idade de reforma.

Fundamentalmente, o que representa a velhice como um tempo de dependência contribui para a ideia de que esta é uma fase da vida onde a vida adulta está em dúvida. Para Featherstone e Hepworth estado (1990), a perda de controlo corporal associado com o envelhecimento, e, mais importante, intrinsecamente ligada às imagens da velhice, prejudica a capacidade para ser tratado como um adulto competente. A ideia de que as pessoas mais velhas podem reverter para uma "segunda infância", devido à perda de material e, talvez principalmente, função cognitiva não é apenas evidente no imaginário visual e verbal de velho idade, mas também pode levar a pessoas mais velhas sejam tratados como crianças e, em última instância, pessoalidade negado (Hockey e James, 1993).

Um meio pelo qual a velhice se tornou invisível e excluída na sociedade predominante é através da patologização do corpo velho. Como Öberg (1996) identificou, velhos corpos nos são conhecidos apenas através doo corpo medicalizado e mau funcionamento do corpo - não há imagens positivas dos corpos das pessoas idosas e aquelas imagens de corpos mais velhos que não são medicamente enquadrado pode ser chocante. Na verdade, nossas atitudes em relação velhos corpos têm pouco avançada, já que um dos livros primeiros Medicina Geriátrica, publicado em 1914, listou os seguintes 'decadentes' características do velho corpo: “Cabelo fino, unhas quebradiças, a pele seca e solta, textura muscular desigual, diminuiu perda da mandíbula, dos dentes, e slouching postura” (Katz, 1996: 85).

A Sexualidade é definida aqui como um termo amplamente baseado que indica qualquer combinação de comportamento sexual, actividade sensual, intimidade emocional, ou senso de identidade sexual. O desejo de qualquer indivíduo em exercer qualquer destas actividades também pode ser considerado um aspecto da sexualidade. Sexualidade pode envolver a actividade sexual com o objectivo explícito de obter prazer

ou clímax (por exemplo, o beijo), a actividade sensual com ou sem o objectivo explícito de obter prazer sexual (por exemplo, usando o corpo loção de se sentir atraente ou feminina), ou a experiência de intimidade emocional dentro do contexto de um relacionamento romântico. Assim, a sexualidade incorpora um grande número de questões, incluindo a masturbação do corpo, imagem, amor, a libido sexual, homofobia, satisfação com o relacionamento, satisfação conjugal, desejos de experiência sexual e sensual, e participação em comportamentos de alto risco.

A sexualidade pode ser mais bem compreendida como uma construção social ", que reúne uma série de diferentes possibilidades biológicas e mentais - identidade de gênero, diferenças corporais, capacidades reprodutivas, necessidades, desejos e fantasias (Weeks 1986). No entanto, estudos da "história" da sexualidade têm identificado que o conceito de sexualidade em si é relativamente moderno.

Mesmo dentro da sociedade contemporânea, apesar de o desacoplamento da reprodução do sexo através de "bebés de proveta, mães de aluguer, e clonagem" (Longstaff Mackay 2001), é evidente julgamentos sobre normal e anormal sexualidade continuam a ser feitas contra a norma reprodutiva fixo dentro Tradição cristã ocidental e cimentado pelos escritos dos primeiros sexólogos.

Na verdade, atitudes contemporâneas e comportamentos sexuais ainda pagar primazia e, criticamente, a legitimidade desses comportamentos sexuais que pelo menos têm o potencial de causar a reprodução - coito heterossexual nomeadamente entre as pessoas mais jovens (Tiefer 2000). A justificativa para este pensamento leva nos de volta à natureza novamente – potencialmente comportamentos reprodutivos sexuais são vistos como "natural", pedra de toque para a "normalidade" e geral da sociedade aprovação.

Por exemplo, Stuart e Sundeen (1979) argumentam que "Em grande medida, sexualidade humana determina quem somos. É um factor fundamental na singularidade de cada pessoa " (citado Kessel 2001). Essas ideias são particularmente aparentes dentro de escritos sobre a sexualidade e envelhecimento, e, em particular, usado como um argumento a respeito de porque é importante para "profissionais" de prestar atenção à sexualidade em pessoas mais velhas. Como argumenta Sherman, sexualidade "e fazer amor faz parte do tecido de nossas vidas; parte da própria essência do ser humano - até mesmo para as pessoas mais velhas". A lógica extensão deste argumento para alguns foi que, para ser um "ser vivo" (não até mesmo um ser humano), é necessário, não só

reconhecer a sua inerente sexualidade, mas activamente expressá-la, qualquer que seja a sua idade. MacNab, por exemplo, argumenta que: "Ambos os sexos à medida que atingem seus anos idosos raramente usam jurosexuais como um factor em sua aparência e comportamento, sem qualquer consciência de que o que eles estão a fazer, assim, está a negar ou a reprimir uma grande parte do que é ser um ser vivo" (1994).

Visualizando a sexualidade como um importante marcador de maturidade psicológica e, crucialmente, de maturidade psicológica adulto, tem implicações óbvias para atitudes em relação à sexualidade e envelhecimento. A crença de que o envelhecimento constitui um processo de inevitável física e mental declínio levou a velhice ser caracterizada como uma "segunda infância".

No entanto, como todos sabemos, "sexualidade" e "infância" não se encaixa facilmente ao lado uns aos outros. Com efeito, em última análise, o sexo é definida como uma actividade de adultos e certamente não algo que é relevante para aqueles cuja maturidade mental, está na duvida, se isso é porque eles são muito jovens ou muito velhos.

Hawkes identifica através de uma análise de artigos sobre sexo em revistas femininas na década de 1990, que o sexo coital é considerado como "o ápice da experiência sexual" (1996). Adolescentes são exortados a "agradar" ao seu homem através encontrar a mais gratificante "posição" para a relação sexual. Crença de Bill Clinton de que "relações sexuais", o termo abrange apenas relação sexual (sexo e crucialmente não oral) serviu para reflectir e reforçar, crenças populares que a relação sexual é a única expressão "verdadeira" da sexualidade.

Como Gavey et al. (1999) estadual, "a possibilidade de que a relação sexual pode ser uma escolha para heterossexuais sexualmente activos raramente é exibido em público". Hawkes (1996) argumenta que a primazia conferida a relação heterossexual reflecte um viés machista, já conhecidas diferenças entre homens e mulheres em prazer derivadas de relações sexuais.

Altos graus de diferença individual são ignoradas e a velhice, torna-se caracterizada como um momento em que a relação sexual ocorre com menos frequência. Isto, obviamente, torna as pessoas mais velhas "assexuada", dado que relação sexual é um importante marcador de "sexualidade" na sociedade contemporânea. Muitos dos escritos sobre sexualidade e envelhecimento implicitamente levam a bordo esta mensagem que a relação sexual é "melhor" sexo, através de

considerações de como as pessoas mais velhas podem “compensar” para uma capacidade potencialmente reduzida a ter relações sexuais à luz da disfunção erétil, secura vaginal ou outros problemas de saúde. Hendricks e Hendricks (1978), por exemplo, apesar de começarem a argumentar que a relação sexual não deve ser vista como a única forma de expressão sexual, trair a sua crença de que é o mais satisfatório, ou talvez a única, forma de sexo na frase final: “Em todas as idades é o coito, mas um único elemento na comunicação do amor... Para casais de idosos estar fisicamente ou espiritualmente próximo, mostrando ternura e respeito pode ser valorizado de tal forma que a relação sexual dificilmente é perdida”.

A importância crucial conferida a relação sexual como o único sexo “verdadeiro” é também evidente na doutrina sobre a sexualidade, a grande maioria das pesquisas concentra-se sobre as taxas de identificação sexual - as outras formas de sexualidade são muitas vezes ignoradas, sem dúvida, em parte porque eles são tão difíceis de definir.

Outra crença fundamental sobre a sexualidade é que essa característica supostamente inerente pode ser representada externamente, não apenas através do comportamento, mas também através da aparência. Na verdade, "sensualidade" externa é cada vez mais vista como um marcador de "interior" da sexualidade, reflectindo uma tendência geral nas últimas décadas para os nossos corpos para assumir significado social sem precedentes. Para Featherstone (1991) argumenta, personalidade interior ou "eu" se tornou cada vez mais confundida com o corpo externo.

Finalmente, é importante reconhecer que cada vez é mais subjacente a tendência como a sexualidade é entendida, discutida e vivida, ou seja, medicalização. De fato, enquanto a medicina historicamente tem desempenhado um importante papel na formação e até mesmo definir o que queremos dizer com a sexualidade (Weeks, 1989), Nos últimos anos, o interesse da medicina nesta área alargada de modo a que o desejo sexual é desempenho são agora considerados graves problemas de saúde pública (Laumann et al. 1999). Um resultado disto tem sido o de que, até relativamente pouco tempo, o imperativo era de contenção e moderação em questões sexuais, agora é de mais e melhor gratificação sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Merryn Gott (2005), *Sexuality, Sexual Health e Ageing*, Open University Press

Índice de Envelhecimento Ativo 2012 para 27 Estados-MembrosJoana Amaro de Carvalho ¹

¹ Licenciada em Gerontologia pelo Instituto Politécnico de Bragança; Mestranda em Envelhecimento Activo pelo Instituto Politécnico de Bragança.
joana.a_carvalho@hotmail.com

RESUMO: O Índice de Envelhecimento Activo consagra pontos políticos para medir e promover o potencial inexplorado da população mais velha. A pesquisa do artigo foi realizada por uma equipa de investigação multidisciplinar Centro Europeu de Viena. O índice mede o desempenho de envelhecimento activo em quatro distintos domínios que capturam o potencial inexplorado das pessoas mais velhas em Estados Membros da UE: o emprego dos trabalhadores mais velhos, a actividade social e participação das pessoas idosas, uma vida independente e autónoma de pessoas mais velhas e a capacidade e ambiente propício para o envelhecimento activo.

ABSTRACT: The Active Ageing Index enshrines political points to measure and promote the untapped potential of older population. Article research was conducted by a multidisciplinary research team European Centre Vienna. The index measures the performance of active aging in four distinct domains that capture the untapped potential of older people in EU Member States: employment of older workers, social activity and participation of older people, autonomous and independent life of older people and the capacity and enabling environment for active aging.

1 – RESULTADOS

Três países nórdicos, nomeadamente a Suécia, Finlândia e Dinamarca, bem como os Países Baixos, Irlanda e Reino Unido estão no topo do ranking em toda a UE no Índice de Envelhecimento Activo. Em contraste, a maioria dos países Europa Central

e Oriental, como bem como Malta e a Grécia, estão na parte inferior da classificação. Portugal posiciona-se no 15º lugar do ranking do Índice de Envelhecimento Activo.

As diferenças entre os 27 Estados-Membros podem ser atribuídas a resultados diversos em todos os quatro domínios do envelhecimento activo abrangidos pelo Índice. Por exemplo, os mais baixos resultados de envelhecimento activo em muitos dos países Europa Central e Oriental são, em parte devido às suas pontuações mais baixas no domínio da "capacidade e ambiente propício para o envelhecimento activo".

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CORRELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS DA IEA E DO PIB

Uma alta correlação do Índice de Envelhecimento Activo com o PIB per capita mostra que os Estados-Membros da UE com riqueza relativamente superior e padrões de vida melhor, desempenham melhores experiências de envelhecimento activo.

ANÁLISE DA IEA NOS SEUS QUATRO DOMÍNIOS

A decomposição da IEA mostra o quão importante é a contribuição de cada domínio para o IEA global no grupo diversificado de países da EU.

Por exemplo, Luxemburgo, Bélgica, França e Bulgária têm um desempenho relativamente melhor no domínio da capacidade e ambiente propício para o envelhecimento activo. Chipre e Portugal, Estónia e a Bulgária, destacam-se entre os países com maior contribuição relativa do domínio do emprego, enquanto a França, Itália e Espanha estão mais atrasados na contribuição do mesmo domínio. França, Espanha e Itália, por outro lado, têm melhor no domínio no campo da participação social, enquanto a Estónia, Portugal e Reino Unido têm alguns pontos de atraso.

Portugal, Estónia e Reino Unido são mencionados como fracos no domínio da participação social, no entanto, eles não são os países com desempenho pior no domínio participação social: Bulgária, Letónia e Polónia são os piores desempenhos nesta matéria.

Os países que realizam mais contribuição da taxa de emprego na faixa etária 55-59 e 60-64 são: Suécia, Finlândia e Dinamarca. Portugal destaca-se bem em termos de emprego na taxa de idades entre 65-59 e 70-74 assim como a Roménia. A Suécia, e

também a Alemanha, oferecem bons exemplos de maior resultado em termos de taxa de emprego para a faixa etária 60-64.

ANÁLISE DO ÍNDICE DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A análise do Índice de participação revela onde existe apoio às pessoas idosas e onde tem havido negligência. O indicador revela que uma elevada percentagem da população idosa tende a prestar cuidados a filhos e netos, reflectindo o grau de apoio intergeracional nos diferentes países. O indicador varia de 18% (na Alemanha) a 54% (em Itália). Este capta a prestação de cuidados por pessoas mais velhas para os seus filhos e netos. O Chipre, Eslovénia, Letónia e Itália, tem valores particularmente altos mas é comparativamente baixo na Alemanha, Finlândia e Áustria.

No que respeita ao indicador sobre a prestação de cuidados a idosos, a gama do indicador é de 6% (Dinamarca) a 17% (Finlândia). Na maioria dos países da UE, mais de 10% da população idosa presta serviços de cuidados a outros adultos mais velhos, vivendo dentro ou fora de suas próprias famílias.

Finlândia, Suécia e Dinamarca, bem como a Áustria e a Alemanha, mostram uma contribuição muito maior em relação ao índice de participação social de actividades de voluntariado. Portugal apresenta aproximadamente 10% da população idosa a praticar voluntariado. Há pequenas diferenças entre os países sobre política participação de idosos: abaixo de 1% (na Letónia e Portugal) a ligeiramente acima de 5% (na Áustria, Alemanha, Espanha e Luxemburgo).

DIFERENÇAS DE GÉNERO

O IEA calculado separadamente para homens e mulheres oferece novas perspectivas sobre as acções políticas necessárias para reduzir a desigualdade de género. O Chipre e Malta são dos países onde existem mais diferenças de género.

Letónia e Lituânia, por outro lado, oferecem exemplos de boas práticas na manutenção de um bom equilíbrio de género na actividade de emprego dos trabalhadores mais velhos.

CONCLUSÕES FINAIS

O IEA ajudará a aumentar a consciência da contribuição das pessoas mais velhas para a sociedade e também incentivar o diálogo sobre questões de política e pesquisa sobre envelhecimento activo e da solidariedade entre as gerações.

A pesquisa realizada durante 2012 mostra que o IEA também vai ajudar Na investigação futura e influenciar como os actuais grandes conjuntos de dados são desenvolvidos para lidar com o impacto do envelhecimento da população, seguindo o discurso político do envelhecimento activo e da solidariedade entre as gerações

A cobertura do IEA deve ser alargado à Comissão Económica das Nações Unidas para os Estados Europa (UNECE), membros que não fazem parte da UE27.

A investigação deve ser realizada para mostrar ligação de envelhecimento activo, a resultados positivos, por exemplo a relação entre o envelhecimento activo e a qualidade de vida dos indivíduos, qual o impacto do discurso envelhecimento activo sobre a sustentabilidade dos sistemas financeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Zaidia., Gasior K., Hofmarcher, M., Orsolya , Marin, B.,Rodrigues, R., Schmidt A., Vanhuyse, P., Zólyomi, E. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, Affiliated to the United Nations.

MEMO – Inquérito Eurobarómetro sobre o Envelhecimento AtivoCatarina Andreia Nunes dos Santos ¹

¹ Licenciatura Professores do 1º Ciclo do Ensino Básico (2007) e Pós-Graduação em Educação Especial no Instituto Politécnico de Bragança, frequência do Mestrado em Envelhecimento Ativo. Atualmente exerço funções de Animadora Sociocultural no Centro Social Paroquial de Izeda e de professora de EMRC, na Escola EBI/JI de Izeda. catarina_santos_4@hotmail.com

RESUMO: O inquérito Eurobarómetro revelou que a população Europeia está a envelhecer rapidamente em resultado das baixas taxas de natalidade e do aumento da esperança de vida. Esta alteração demográfica poderá ser um sucesso se a considerarmos como uma abordagem positiva que se centre nos potenciais dos grupos idosos, promovendo o envelhecimento activo. Para tal, é necessário que permaneçamos empregados durante mais tempo, tenhamos uma cidadania ativa e mantenhamos boa saúde enquanto envelhecemos.

ABSTRACT: The Eurobarometer survey revealed that the European population are aging rapidly as a result of low birth rates and increased life expectancy. This demographic change could be a success if we considered that as a positive approach that focuses on potential groups of seniors, promoting the active aging. For this it is necessary to remain employed longer, having an active citizenry; maintaining good health while we age.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A esperança média de vida na Europa, desde 1960, tem vindo a aumentar e as projeções preveem um aumento de cinco anos, nas próximas quatro a cinco décadas. Tendo em conta o aumento da esperança média de vida e as baixas taxas de natalidade, a população da Europeia está a envelhecer rapidamente, algo que acontece praticamente em todo o mundo, exceto nos países mais pobres.

O envelhecimento da população apresenta, assim, uma série de desafios para os sistemas de Saúde, Segurança Social e Finanças dos Estados Membros da União Europeia, que gastam, em média, mais de um quarto do seu PIB com pensões, saúde e cuidados de longo prazo para com os mais velhos, sendo, para eles, o envelhecimento demográfico um desafio crucial

O envelhecimento ativo prevê que as pessoas com mais de 65 anos continuem a ter participação ativa no mercado de trabalho; na sociedade, através do trabalho voluntário, inclusive como cuidadores familiares; que possam viver de forma autónoma nas suas moradias adaptadas ou infraestruturas de apoio.

Para 2020, a Europa tem como objetivo criar estratégias e esforços para atingir 75% de empregabilidade, para que se possa reduzir o número de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social.

O inquérito Eurobarómetro abrangeu cinco áreas, nomeadamente, as perceções globais da idade e das pessoas mais velhas; as pessoas mais velhas no local de trabalho, reforma e pensões; trabalho voluntário e apoio às pessoas mais velhas num ambiente que lhes seja propício.

Os principais resultados do inquérito Eurobarómetro sobre o envelhecimento ativo demonstraram que a maioria dos europeus (71%) estão cientes de que a população está a envelhecer, mas esta é uma preocupação para apenas 42%. Atestou que as definições de «jovem» e «velho» diferem significativamente consoante o país. Em Malta, Portugal e na Suécia, as pessoas com menos de 37 anos são consideradas jovens, enquanto que no Chipre e na Grécia as pessoas são assim vistas até aos 50 anos.

Em média, os europeus acreditam que começamos a ser considerados velhos pouco antes dos 64 anos e deixamos de ser considerados jovens por volta dos 41,8 anos. As perceções variam igualmente com a idade e o sexo – as mulheres acham que a velhice começa ligeiramente mais tarde do que os homens (65 contra 62,7 anos, respetivamente).

A maioria dos europeus considera que os idosos desempenham um papel importante na sociedade e especialmente dentro nas suas famílias (82%), na política (71%), na comunidade local (70%), ou na economia (67%).

Apenas um em cada três europeus concorda que a idade oficial da reforma deva aumentar até 2030, apesar de ser, atualmente, uma prioridade política para muitos Estados-Membros. Não obstante à idade da reforma, habitual, ser aos 65 anos, em 2009,

a média de idade em que as pessoas abandonavam a vida ativa era de cerca de 61,5 anos. A grande maioria dos entrevistados na Roménia (87%), Letónia (86%), Eslováquia (83%) e Croácia (81%) discordam que a idade de reforma deva aumentar no futuro. Por outro lado, os entrevistados na Dinamarca (58%), Holanda (55%), Irlanda (53%), Reino Unido (51%) e Áustria (49%) reconhecem a necessidade da idade oficial da reforma aumentar.

Os europeus, 42%, acreditam ser capazes de continuar a exercer a mesma atividade que exercem na atualidade, após os 65 anos, ao passo que 17% acham que não serão capazes de continuar no seu emprego atual até aos 60 anos. Um terço dos europeus afirmaram que gostariam de continuar a trabalhar após a idade de reforma e quase dois terços considerou que a ideia de conjugar trabalho a tempo parcial e uma pensão também parcial seria mais atrativo do que a reforma completa.

Cerca de um quarto dos europeus (incluindo os que têm mais de 55 anos) declararam exercer um trabalho voluntário. Nos países onde a tradição de voluntariado está menos enraizada, uma elevada proporção de pessoas declararam ter já ajudado ou prestado apoio a outras pessoas fora do seu agregado familiar. Uma percentagem de 36% dos europeus, com mais de 55 anos, prestaram um apoio de voluntariado e, 15% dos inquiridos, com mais de 55 anos, referiram tomar conta de um familiar mais velho, sendo que 42% já o fizeram no passado.

A pesquisa demonstrou que 63,9 é a idade média em que uma pessoa começa a ser considerada como velha, no entanto, existe uma diferença de mais de 10 anos entre países - 70,4 anos na Holanda e 57,7 anos na Eslováquia. As perceções da velhice também variaram de acordo com a idade dos inquiridos. Dos 15-24 anos de idade acreditam que idade da velhice começa aos 59,1, enquanto que os inquiridos com de 55 anos de idade consideraram que a velhice começa na idade de 67,1. As mulheres sentem a velhice começa um pouco mais tarde do que os homens (65 anos versus 62,7 anos).

Muitos europeus acreditam que os governos podem fazer mais para apoiar os cuidadores de idosos, nomeadamente ajudando-os financeiramente (44%), oferecendo a possibilidade de trabalhar em horários flexíveis (38%), através da licença do cuidador (35%) e pela oferta de créditos de pensão para o tempo de cuidado (33%).

A remuneração dos cuidadores foi mais relatada na Eslováquia (65%) e Suécia (61%). O horário de trabalho flexível foi referido por mais de metade dos entrevistados na Islândia (57%), Dinamarca (56%), Chipre (53%) e Holanda (52%). A maioria das

peessoas, na Dinamarca, sentiu que seria, útil, deixar um trabalho de temporariamente (55%).

Mais de metade dos europeus (57%) sentem que o seu país é "amigo do idoso". Os inquiridos referiram, que nos seus países, as melhorias que mais se evidenciam para o envelhecimento ativo são nas instalações/infraestruturas para pessoas mais velhas (42%); a melhoria nos transportes públicos (40%), estradas e segurança rodoviária (31%). Espaços públicos, como parques (25%); lojas comerciais (17%) e edifícios públicos (15%) foram considerados como os menos problemáticos.

O uso de tecnologias de informação, de serviços públicos e empresas para interagir com o público foi considerado um grande obstáculo para os idosos, de acordo com 53% dos europeus.

Nove em cada dez cidadãos, na Suécia, na Holanda, na Dinamarca e na República Checa compreendem a tecnologia como um obstáculo, enquanto que, apenas cinco em 10 inquiridos, sentem o mesmo na Roménia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf

http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-12-10_en.htm

http://www.ugt.pt/newslettersst_3.pdf

O Envelhecimento da População – Dependência, Ativação e QualidadeJoão Carlos Lopes Pires Genésio ¹joaogenesio@portugalmail.pt

¹ Técnico Superior de Apoio a Gestão na Santa Casa da Misericórdia de Bragança Pós graduação em Gestão da Qualidade e Auditoria em Saúde Licenciatura em Psicologia Organizacional Vertente Recursos Humanos Técnico Superior de Apoio a Gestão na Santa Casa da Misericórdia de Bragança. Pós graduação em Gestão da Qualidade e Auditoria em Saúde. Licenciatura em Psicologia Organizacional Vertente Recursos Humanos.

RESUMO: As definições de envelhecimento saudável, ativo, robusto e bem-sucedido não encontram sustentação nos estudos que consideram apenas a longevidade como critério. No nordeste transmontano a população é na sua maioria envelhecida, sendo assim imperativo o estudo e análise deste tema, o objectivo deste trabalho é a análise de estudos já efectuados sobre esta temática, a pertinência deste estudo vai de encontro ao aumento da esperança média de vida em Portugal e em particular no nordeste transmontano.

ABSTRACT: There is no consensual definition of successful aging. The adjectives healthy, active, robust and successful aging is used, without discrimination, to tentatively explain a way of aging in a positive manner. In northeastern transmontane the population is mostly aged, so is imperative to study and analyze this issue, the aim of this work is the analysis of studies already carried out on this subject, the relevance of this study goes against the increase in life expectancy in Portugal and in particular the northeast Montes.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo e universal, no qual se podem reconhecer aspectos físicos e fisiológicos inerentes, tornando-se assim imperativo reflectir e estudar o estado funcional do idoso, o declínio da fecundidade, associado ao declínio da mortalidade e aumento da esperança de vida, é um dos binómios responsáveis pelo processo de envelhecimento, Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. (Pascoa, 2008)

A evolução demográfica em Portugal no passado recente caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. Esta dinâmica populacional aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história, o aumento da esperança média de vida em Portugal e no nordeste transmontano a população é na sua maioria envelhecida. (Araujo, 2004)

A população residente em Portugal tem envelhecido de uma forma contínua nas últimas 4 décadas, e em particular na faixa etária superior a 85 anos, enquanto o número de jovens baixou fortemente, (Pinto, 2006), sendo assim imperativo o estudo e análise deste tema, com este cenário deve-se pensar o envelhecimento como um estágio normal na vida e pensar em estratégias para diminuir a dependência, e criar condições para esta população viver de forma autónoma, para isso e devido ao aumento da esperança média de vida em Portugal a actividade física na manutenção da independência, da autonomia e da qualidade de vida do idoso na realização das suas actividades diárias, deste ponto de vista a actividade física é importante para melhorar a qualidade de vida e uma melhor saúde nesta população. (Pascoa, 2008)

O objectivo deste trabalho é a análise de estudos já efectuados sobre esta temática, a pertinência deste estudo vai de encontro ao aumento da esperança média de vida em Portugal e em particular no nordeste transmontano.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

I. ENVELHECIMENTO

Envelhecer bem é um processo heterogéneo e diferenciado, na medida em que cada um(a) vive em contextos físicos, sociais e humanos diferentes e é portador(a) de vivências e projetos de vida idiossincráticos. Os especialistas argumentam que a qualidade de vida inclui um alargado espectro de áreas da vida. Os modelos de

qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas e até dimensões menos tangíveis, tais como o sentido de segurança, a dignidade pessoal, as oportunidades de atingir objetivos pessoais, a satisfação com a vida, a alegria, o sentido positivo de si. (chau et al, 2012)

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo e universal, no qual se podem reconhecer aspetos físicos e fisiológicos inerentes, essas mudanças próprias do envelhecimento com alterações anatómicas e funcionais, não são produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo. (Pascoa, 2008)

Tornando-se assim imperativo refletir e estudar o estado funcional do idoso, o declínio da fecundidade, associado ao declínio da mortalidade e aumento da esperança de vida, é um dos binómios responsáveis pelo processo de envelhecimento, Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. (Pinto, 2006).

Um aspeto relevante é a questão da dependência que pode afetar os idosos, nomeadamente no nível psicológico, social e de capacidade de decisão e controlo da sua vida, constituindo uma voz ativa no seio da comunidade e família; por outras palavras, satisfação (e qualidade) de vida e bem-estar psicológico e físico. (Azevedo, 2010)

II. PANORAMA DEMOGRÁFICO PORTUGUÊS

Em Portugal, à semelhança de outros países a população idosa tem vindo a aumentar ao longo dos anos, esta transição demográfica deve-se sobretudo à diminuição da taxa de natalidade, ao decréscimo progressivo das taxas de mortalidade e ao aumento da esperança média de vida. (Pinto, 2006)

A população residente em Portugal tem envelhecido de uma forma contínua nas últimas 4 décadas, e em particular na faixa etária superior a 85 anos, enquanto o número de jovens baixou fortemente, (Pinto, 2006), a evolução demográfica em Portugal no passado recente caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. Esta dinâmica populacional aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história, o aumento da esperança média de vida em Portugal e no nordeste transmontano a população é na sua maioria envelhecida. (Chau et al, 2012)

Para um melhor entendimento deste panorama colocamos um quadro explicativo de acordo como os censos 2011.

Quadro I caracterização da população portuguesa.

(%)	2001	2011
0-14 anos	16,0	14,9
15-64 anos	67,6	66,0
65+ anos	16,4	19,1

Fonte: INE, Censos 2001 e Censos 2011

Observou-se uma redução do peso dos jovens, de 16% para 14,9% (com menos de 15 anos de idade), um aumento do peso dos idosos de 16,4% para 19,1% (65 e mais anos de idade) e uma redução da população ativa de 67,6% para 66% (dos 15 aos 64 anos de idade).

Para uma melhor perceção da importância do estudo desta temática coloca-se abaixo um quadro explicativo daquilo que se espera para a população portuguesa nos próximos anos.

Quadro II caracterização da população portuguesa.

Grupo populacional/Ano	2010&	2011	2020	2030	2040	2050
POP 15+ anos	9 025 171	8 989 068	9 331 052	9 534 828	9 544 218	9 397 885
POP 15-64	7 115 660	6 966 564	7 101 513	6 899 739	6 465 062	5 982 350
POP 65-79	1 432 063	2 022 504*	1 598 627	1 879 975	2 128 201	2 251 967
Pm: Mulheres	807 253	1 173 316*	884 261	1 025 215	1 142 348	1 194 790
POP +80	477 448		630 912	755 114	950 955	1 163 568
Pm: Mulheres	312 252		406 150	478 990	590 852	710 703
POP 65+/Total (%)	18,0%	19,2%	20,6%	24,2%	28,3%	32,0%

Fonte: INE, Censos 2011, Estatísticas demográficas e projeções demográficas.
& estimativa; * +65 anos de idade.

A população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040 mas a população ativa deverá diminuir na década de 20; a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050; por outro lado, a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período de projeção. O quadro seguinte apresenta os pesos de cada grupo etário do cenário central das projeções do INE.

III. ATIVIDADE FÍSICA

Na verdade, não é necessário seguir um esquema de exercícios para conseguir manter uma boa forma física, muitas atividades tais como caminhar dançar, jardinar constituem um exercício agradável de movimentos variados, com ritmos suaves. (Pascoa, 2008)

A atividade física, na suas variadas expressões, desde atividades utilitárias como por exemplo andar ou subir escadas, até às atividades desportivas, é um meio importante que contribui para o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e também para aquisição e manutenção da sua saúde. (Pascoa, 2008).

O exercício físico reveste-se assim de uma crescente importância para a aquisição, conservação e restituição da saúde do ser humano, contribuindo decisivamente para a promoção e manutenção da saúde, podendo assim reconhecer-se a atividade física como uma necessidade do ser humano. (Pascoa, 2008)

Os benefícios do exercício físico nos idosos estão bem documentados, a manutenção de um nível moderado de atividade física proporciona uma maior longevidade, uma maior capacidade funcional e a continuação de uma vida independente, o exercício físico melhora a qualidade de vida em todas as fases da vida. (Pascoa, 2008)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise deste estudo percebe-se que a população portuguesa é já envelhecida e que a tendência é para que esse envelhecimento vai aumentar com o decorrer das próximas décadas, podemos verificar também que o exercício físico é um aliado “poderoso” para um “bem envelhecer” e que a prática de exercício físico contribui para uma maior qualidade de vida e autonomia na população idosa.

Cabe, então, aos profissionais da saúde, gestores públicos, empenharem-se de maneira efetiva e eficaz na mobilização de recursos, na construção e viabilização de projetos, que atinjam a meta de uma população idosa cada vez mais ativa e consequentemente com maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araujo, L. F. e Carvalho, V. A. M. L. - Velhices: estudo comparativo das representações sociais entre idosos de grupos de convivência. Textos sobre Envelhecimento, 2004.

Azevedo, C.; Raquel, F. C. e Menezes, J. W. (coords) - Gestão de Organizações sem fins Lucrativos – *O Desafio da Inovação Social*. Porto: Imo edições, 2010.

Chau , F., Soares, C., Fialho, J., Sacadura, M., (2012). O Envelhecimento da População, Dependência, Ativação e Qualidade.

Pascoa, P., (2008). A importância do Envelhecimento Ativo no Idoso.

Pinto, A., (2006). Reflexão sobre o Envelhecimento em Portugal.

Instituto Nacional de Estatística, Lisboa: INE, 2011.

Instituto Nacional de Estatística - Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socioeconómica recente das pessoas idosas. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP, 2002.

Percepções totais das pessoas, envelhecimento e os mais velhosEmília Rosa Sardinha Fernandes ¹

¹ Licenciatura em curso na área de Educação Social, Estagiária no Arquivo distrital de Bragança, Estagiária no Museu do Abade de Baçal. Formação nas novas TIC, com diploma de competências, empregada de balcão em regime part-time. milasda90@gmail.com

RESUMO: O artigo aborda as percepções totais das pessoas, o envelhecimento e os mais velhos, a definição de velhice, as atitudes subjectivas à idade e bem-estar, a forma como as pessoas mais velhas são percebidos, o envelhecimento da população e a expectativa de vida e a discriminação de idade.

ABSTRACT: The article addresses the overall perceptions of people, aging and older, the definition of old age, attitudes to age and subjective well-being, the way older people are perceived, the aging population and life expectancy and age discrimination.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**DEFINIÇÃO DE VELHICE**

As pessoas passam a ser consideradas de “velhas” com 63.9 anos (em média), na União Europeia a 27.

A percepção da velhice poderá variar de acordo com a idade. E além disso, as mulheres sentem que a velhice, para elas, começa um pouco mais tarde que nos homens.

ATITUDES SUBJECTIVAS À IDADE E BEM-ESTAR

A maioria das pessoas vê-se como sendo jovens ou que se encontram na meia-idade, ou “meio-envelhecidos”. As pessoas que se encontram mais propensas a se

denominarem como velhos, estão localizadas na Hungria, República checa, Portugal, Áustria, Alemanha e Roménia.

Os que se descrevem como sendo jovens, localizam-se no Chipre, Grécia e Irlanda. Existe uma ligação entre a satisfação das pessoas e a forma como estas se sentem.

A nível sociodemográfico, foi revelado que existe pouca diferença por outros factores, como a idade e a riqueza, demonstrando um padrão no qual os cidadãos mais velhos e menos ricos se sentem melhor com os componentes do bem-estar.

COMO AS PESSOAS MAIS VELHAS SÃO PERCEBIDOS

Os cidadãos da União Europeia consideram que as pessoas com 55 anos ou mais são mais positivas (a nível social).

Os que sofreram ou testemunharam a discriminação a nível do factor idade, sentem-se que as pessoas com mais de 55 anos tem uma percepção mais negativa no seu país, e os que nunca sofreram ou testemunharam tem uma visão mais positiva.

A maioria dos cidadãos vêem as pessoas mais velhas como tendo um papel importante no seio familiar.

A DISCRIMINAÇÃO DE IDADE

Um em cada cinco cidadãos testemunhou ou foi alvo de discriminação no seu local de trabalho, sendo esta o tipo de discriminação mais frequente e presente nos relatos relativos à discriminação.

A discriminação dirigida à idade, relativa à discriminação em termos de acesso a produtos e serviços financeiros e de saúde, é no acesso à saúde que se verifica a maior discriminação. A menos discriminação regista-se a nível do acesso à educação, formação e lazer.

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E A EXPECTATIVA DE VIDA

A maioria dos cidadãos pensa que a proporção de pessoas com 65 anos irá registar um maior aumento nos próximos 20 anos, nos quais oito em cada dez países da União Europeia afirmam que a proporção de pessoas com mais de 65 anos aumenta.

A preocupação com o envelhecimento da população é o maior em Portugal, Grécia e Bulgária, e os níveis mais baixos de preocupação são, na Suécia e na Islândia.

O nível de preocupação com o envelhecimento da população é maior entre:

- Aqueles com idade entre 25-39 anos e 40-54 anos;
- O bem-educado;
- Aqueles que estão insatisfeitos com sua vida;
- Aqueles que têm uma percepção negativa das pessoas com 55 anos ou mais;
- Aqueles que tenham sofrido ou testemunhado discriminação por idade.

A maioria dos cidadãos são da opinião de que a expectativa de vida aumentou no últimos 30 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eurobarometer, S. (September – November de 2011). Active Ageing.

Políticas de Empreendedorismo na União Europeia

Catarina Andreia Martins Lopes ¹



¹ Licenciatura em Fisioterapia pelo Instituto Jean Piaget do Nordeste. Pós-Graduação em Saúde Gerontológica e Gestão. Frequento o Mestrado em Envelhecimento Ativo, no Instituto Politécnico de Bragança. Atualmente exerço funções de Fisioterapeuta no Centro Social e Paroquial de Izeda e Centro Social e Paroquial de Santo António- Coelhoso. caml_9@hotmail.com

RESUMO: O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial com particular destaque na Europa. Envelhecer com saúde, independência e autonomia torna-se atualmente um desafio para a sociedade. Desta forma promover o envelhecimento ativo é o grande desafio do presente e do futuro, cabe a cada país promover políticas de empreendedorismo, auxiliar na criação de empresas, garantir o acesso a financiamento, assegurar que os sistemas fiscais e segurança social não detêm desincentivos ao empreendedorismo para pessoas mais velhas.

ABSTRACT: The population aging it's a worldwide reality, specially in Europe. Nowadays aging with health, independence and autonomy became a challenge for society. This way, promoting active aging it's the present and future big challenge. It's the individual countries' responsibility to promote the entrepreneurship, support the enterprise creation, provide the access to finance and ensure that social security and tax doesn't retain the entrepreneurship incentives for the elderly people.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento populacional é uma realidade na europa. A proporção da população da UE-27 que tem 55 anos e mais aumentou de 25% em 1990 para 30% em 2010, estima-se que chegue a 37% em 2030 (Eurostat, 2012). Consequentemente, a

força de trabalho também está envelhecendo, a proporção da força de trabalho entre 55 e 69 anos aumentou 26,5% entre 1987 e 2010. Esta alteração demográfica deve-se ao declínio das taxas de fertilidade na Europa e ao aumento da esperança de vida. Estas alterações vão provocar impactos diversos sobre os sistemas de cada país, nomeadamente, sistemas de segurança social, incluindo pensões públicas e sistemas de saúde.

O padrão de envelhecimento não é constante em toda a Europa e com a saída da "geração baby boom" do mercado de trabalho pode resultar em incompatibilidades, em certas regiões e setores de trabalho onde o conhecimento e experiência necessários para substituir aqueles que se reformam não estão disponíveis nas gerações mais jovens. (Martinez-Fernandez, Kubo, Noya e Weyman, 2012). A promoção do empreendedorismo nos segmentos etários mais velhos é uma opção política para prolongar a vida de trabalho das pessoas mais velhas, reduzir a idade avançada-desemprego e aumentar a inclusão social de pessoas idosas (Kautonen et al, 2008 citados por Halabisky, David 2012).

Permanecer ativo e contribuir para a sociedade tem a vantagem adicional de melhorar a qualidade da pessoa mais velha e reduzir o risco de pobreza (Jayo, González e Conzett, 2010 citados por Halabisky, David 2012). Há uma crescente população de idosos saudáveis com habilidades, recursos financeiros e tempo disponíveis que podem contribuir para atividade económica. Através da sua permanência no mercado de trabalho, compensam a escassez de competências e facilitam a transferência de capital humano entre as gerações.

As taxas de participação no mercado têm aumentando em todas as faixas etárias, exceto com menos de 25 anos, a participação das mulheres é menor que os homens, estes são mais propensos ao empreendedorismo, porque mantêm uma forte ligação ao mercado de trabalho. No entanto, poucas pessoas mais velhas estão envolvidas no empreendedorismo, as empresas geridas por estas, tendem a ser menos orientadas para o crescimento do que as empresas de empreendedores mais jovens.

EMPREENDEDORISMO NA EUROPA

Segundo os dados do Eurobarómetro, alguns idosos, consideram o empreendedorismo como alternativa de fim de carreira. Há pouca diferença nas taxas de atividade empreendedora entre as pessoas de meia-idade e mais velhos na Islândia,

Estados Unidos, Roménia e Eslováquia, enquanto as pessoas mais velhas em países como a Áustria, França, Bélgica e China são consideravelmente menos propensas a seguir a opção de carreira empresarial. No entanto há uma variação acentuada do nível de empreendedorismo dentro da faixa etária entre os 35 países.

As taxas de atividade em fase inicial entre os indivíduos mais velhos são maiores que as taxas de indivíduos mais velhos que apenas pensam em começar um negócio. Alguns dos motivos que levam as pessoas mais velhas a iniciar um negócio são a oportunidade de acumular riqueza, autonomia no trabalho, flexibilidade no horário de trabalho e independência (Karoly e Zissimopoulos, 2004, Webster e Walker, 2005, citados por Halabisky, David 2012).

Segundo, o Global Entrepreneurship Monitor, os empresários mais velhos são movidos pela oportunidade e não pela necessidade, a saúde nestes casos tem um papel determinante, como as pessoas envelhecem, o risco da sua saúde se deteriorar aumenta, afetando o seu estilo de vida e o desejo de começar um negócio (Curran e Blackburn, 2001 citados por Halabisky, David 2012). No que respeita ao auto emprego, o nível de participação dos mais velhos é baixo.

Segundo o Eurostat o crescimento médio de emprego de empresas que sobreviveram, as empresas dirigidas por pessoas com mais de 40 têm em média menos crescimento do que as empresas dirigidas por pessoas com menos de 30 anos, à exceção da Dinamarca.

Como todos os empresários, os idosos também se defrontam com barreiras. No que respeita ao capital humano são detentores de níveis elevados, quando o negócio esta relacionado com a sua profissão, por outro lado há a necessidade de atualizar os conhecimentos e habilidades digitais comparativamente com os mais jovens. Quanto ao capital social, podem encontrar dificuldades, pois as redes sociais as quais pertenciam durante a sua carreira podem estar inativas. Relativamente ao acesso ao financiamento, os idosos por vezes não necessitam devido à riqueza acumulada. Estes empresários enfrentam obstáculos específicos da sua idade, é o caso do declínio do estado de saúde, apesar de viverem mais e mais saudáveis, a sua condição física e cognitiva sofrem alterações, diminuindo o interesse pelo empreendedorismo e aumentando por atividades de lazer. O facto de usufruírem de uma reforma ou pensão e os incentivos financeiros serem reduzidos gera desinteresse em investir.

A discriminação de idade esta bem documentada, pois as pessoas mais velhas são muitas vezes vistas como menos flexível, menos comprometido e menos capazes de lidar com a nova tecnologia, segundo (Curran e Blackburn, 2001 citados por Halabisky, David 2012).

Os indivíduos mais velhos estão menos dispostos a investir em atividades que geram fluxo no futuro e que tenham riscos associados. Existe ainda falta de consciência por parte das pessoas mais idosas, no que respeita a oportunidades de autoemprego, pois passaram parte da vida a receber um salário pelo seu trabalho.

O ano de 2012 foi o ano do Envelhecimento Ativo, neste âmbito foram desenvolvidos vários projetos os quais tinham como objetivo dar a oportunidade aos idosos de permanecer no mercado de trabalho e partilhar a suas experiências, continuar a desempenhar um papel ativo na sociedade, e viver uma vida mais saudável e gratificante.

POLITICAS DE EMPREENDEDORISMO

A comissão Europeia tem vindo a desenvolver projetos que promovem o empreendedorismo e seus benefícios. O programa Melhor Agers, é exemplo de uma iniciativa multinacional, que visa aumentar a participação de pessoas com mais de 55 no mercado de trabalho e promover atividades de empreendedorismo tendo por base aumentar conhecimento dos trabalhadores mais velhos, inclui também apoio prático para empresários sobre negócios e planeamento.

Outra iniciativa multinacional na Europa é o projeto Grundtvig que apoia vários projetos de aprendizagem ativa para os adultos, divulga histórias pessoais de empresários mais velhos oriundos de meios desfavorecidos para promover o empreendedorismo em pessoas que não disponham de fundos. Um projeto semelhante é o Memoro, projeto que recolhe histórias e experiências de empresários mais velhos e realiza curtas-metragens para promover o empreendedorismo entre os mais velhos. Mostrando assim, à sociedade em geral, que as pessoas mais velhas fazem contribuições significativas para a sociedade e economia através dos seus conhecimentos e habilidades.

Foram desenvolvidas iniciativas de formação na Europa que proporciona aos idosos a oportunidade de aprender sobre empreendedorismo e adquirir as habilidades necessárias para iniciar um negócio. Em Portugal, a Associação Nersant, especializada

na área social e desenvolvimento empresarial na região de Santarém, promove a criação de microempresas por pessoas mais velhas. Dispõe formação e instalações para empresários, associações de microcrédito, garantias e gestão de capital de risco.

Existem ainda programas de formação que se destinam a trabalhadores mais velhos, desempregados com mais de 50 anos para promover o autoemprego como forma de reintegração no mercado de trabalho, tal como a integração de pessoas desfavorecidas.

Foram também desenvolvidos projetos destinados ao público feminino em vários países. Tendo por objetivo ajudar as mulheres a aumentar a sua autoconfiança e habilidades, desenvolver negócios de sucesso.

O New Deal 50 + foi introduzido em 2000, foi em grande parte um regime voluntário para os maiores de 50 que estavam desempregados e receberam benefícios do governo para pelo menos 6 meses. O objetivo era melhorar as perspetivas de emprego disponibilizando um conselheiro pessoal que presta consultoria na formação, identifica trabalho apropriado e ajuda na procura de emprego.

O desenvolvimento de redes permite assegurar o sucesso de um novo negócios. No que diz respeito aos empresários mais antigos o uso das redes pode ajudar ou facilitar a transferência de um negócio, de uma pessoa mais velha para as mais jovens. Existe ainda a possibilidade de criar novas relações profissionais e novos projetos.

Eliminar os desincentivos ao empreendedorismo para os idosos dentro de sistemas de apoio social existentes será um passo significativo para tornar mais atraente o empreendedorismo para as pessoas mais velhas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Halabisky, D.(2012).Policy Brief on Senior Entrepreneurship - Entrepreneurial Activities in Europe. Consultado em <http://bookshop.europa.eu>.

Projeções Económicas orçamentais para os 27 Estados-Membros da UE - Educação

Sónia Margarida da Silva ¹



¹ Licenciada em Educação Social na Escola Superior de Educação de Bragança, pós-graduação em Psicologia Forense e Comportamentos Transgressivos na Cespu- Bragança, estágio profissional numa IPSS no concelho de Vinhais.
sonia_silva43@hotmail.com

RESUMO: A importância e o papel da educação e da formação no contexto das políticas europeias tem vindo a alcançar maior relevo. Fatores como a duração da educação obrigatória, os progressos e os salários quanto à educação, exercem grande influência nas despesas relativas a este setor. Tudo isto com o intuito de assegurar um reconhecimento de que a Europa seja encarada com maior relevância e maior qualidade do seu sistema de ensino.

ABSTRACT: The importance and role of education and training in the context of European policy has achieved greater prominence. Factors such as the duration of compulsory education, progress and wages on education, exert great influence on spending for this sector. All this with the aim of ensuring a recognition that Europe is faced with greater relevance and quality of its higher education system.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Europa da educação e da formação reflete a diversidade cultural, linguística dos sistemas que constituem parte complementar da identidade de cada um dos países.

Quer a educação, que a formação, têm vindo a desenvolver desde há muito tempo através da elevada diversidade de instituições existentes que a sociedade coloca ao dispor da sua população. Embora sejam significativas, mas insuficientes, foram feitos progressos onde se alcançaram reduções das taxas de abandono escolar, a par do aumento no número de alunos que concluíram o ensino secundário. Acresce ainda, o

aumento da percentagem de adultos que participam ativamente na aprendizagem ao longo da vida (European Economy, 2012).

Constituindo a educação, juntamente com a segurança e a saúde os três principais pilares principais de um país, e consequência da grande emergência em atuar perante os dados avançados, o setor educativo foi alvo de algumas remodelações, necessárias ao combate às taxas negativas apresentadas pelos países membros da União Europeia (European Economy, 2012).

Como exposto no Relatório da Direcção Geral da educação e da Cultura (2002), como objetivo para 2010 seria “tornar-se na economia baseada no conhecimento mais dinâmica e competitiva do mundo, capaz de garantir um crescimento enorme sustentável, com mais e melhores empregos, e com maior coesão social”.

Embora o ensino obrigatório como o não obrigatório tenham o mesmo género de formato, a sua estrutura varia mediante os Estados-Membros. Na sua generalidade, as turmas que existem são maiores ao nível do ensino superior, consequência de um maior voto de confiança no próprio aluno.

As variações a nível dos gastos dos governos, particularmente entre o período de 2010 e 2060, encontram-se relacionados com as alterações na estrutura etária da população (European Economy, 2012).

Relativamente às taxas de abandono precoce, verificou-se a sua diminuição, enquanto que, a taxa de realização do ensino superior apresenta uma variância superior (European Economy, 2012). Toda a intervenção realizada em torno da educação, forma de acordo com a própria evolução das taxas escolares, quer de abandono, quer de inscrição, de forma a existir uma intercessão mais eficaz (European Economy, 2012).

Constatou-se que até 2020, quinze países necessitam de aumentar o número de diplomados, havendo o aumento das taxas de matrícula. Este aumento leva consequentemente a elevar as habilitações académicas dos alunos (European Economy, 2012).

Em média a União Europeia²⁷ em termos de metas a alcançar para 2020, passam por aumentar a despesa relativamente ao PIB para 2060 (European Economy, 2012). Todo o processo educativo, desde a adesão ao ensino, passando pelas despesas que este envolve, bem como o sucesso alcançado, conduzem a um crescimento do bem-estar e da produtividade de cada país (European Economy, 2012).

Deste modo, o cenário da União Europeia para 2020 prevê elevados custos para se alcançar os objetivos a que se propõe atingir quanto ao setor educativo. Isto porque, não existe logo um retorno do investimento feito, podendo conduzir consequentemente a um déficit nos ganhos económicos para cada país (European Economy, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

European Economy (2012). The 2012 Ageing Report Economic and Budgetary projections for the 27EU Member States (2010-2060) – Education. pp.247-264. Economic and Financial Affairs

Reformas e Pensões

Cátia Sofia Garcia Alves ¹



¹ Licenciada em Análises Clínicas e de Saúde Pública. Experiência de 8 meses em colheitas de Sangue e Produtos Biológicos, em dois postos de colheitas. Responsável pela coordenação da Higiene e Segurança Alimentar num Lar de Idosos, no Concelho de Vinhais. catia.g.alves@gmail.com

RESUMO: Os cidadãos discordam da diferença de idades de reforma entre homens e mulheres. Uma pequena parte concorda que a mesma necessita aumentar em 2030. Seis em dez cidadãos acreditam na capacidade dos reformados continuarem a trabalhar e a maioria dos europeus discorda da existência de uma idade obrigatória de reforma. A maioria dos cidadãos concorda com pensões de sobrevivência e de igualdade de direitos.

ABSTRACT: The citizens disagree with the difference in retirement ages for men and women. A small party agrees that it needs to increase in 2030. Six in ten citizens believe in the ability of retirees to continue working and most Europeans disagree with the existence of an obligatory retirement age. Most citizens agree with survivor's pension and equal rights.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A existência de várias razões que justificam a sugestão da diferença da idade de reforma entre homens e mulheres tende a ser rejeitada pelos cidadãos. 81% dos cidadãos discorda que a idade de reforma, relativamente às mulheres, deve ser maior devido às interrupções na carreira ou devido a, tendencialmente, viverem mais anos que os homens (83%). A ideia que a idade da reforma nas mulheres deve ser mais baixa por tenderem a ser mais jovens que os seus parceiros é rejeitada por 62% dos cidadãos, enquanto 48% concordam que a idade da reforma deve baixar para as mulheres

poderem cuidar dos seus netos ou familiares dependentes. Em relação aos resultados por País, Itália (25% dos entrevistados), Portugal (21%) e Turquia (49%) estão de acordo que a idade da reforma deve aumentar, em relação às mulheres, devido à tendência em viverem mais tempo que os homens. Dinamarca (93%), Holanda (92%), Suécia (92%), Malta (91%), Finlândia (91%) e Islândia (91%) discordam do aumento da idade da reforma, nas mulheres, devido às interrupções da carreira, enquanto a Turquia (52%) concorda. A ideia de que a idade da reforma deve diminuir para as mulheres por, tendencialmente, serem mais jovens que os seus parceiros é rejeitada pela Suécia (93%), Dinamarca (92%), Holanda (87%) e Islândia (88%) e aceite pela Eslováquia (60%), Hungria (58%), Lituânia (56%), Roménia (54%), Bulgária (54%), Polónia (52%) e Turquia (70%). Eslováquia e Hungria (mais de 80%) concordam que a idade da reforma deve ser mais baixa nas mulheres para poderem cuidar dos netos e parentes dependentes, enquanto a Suécia (92%), Dinamarca (84%) e Islândia (83%) discordam.

Para um terço dos entrevistados a idade da reforma deve aumentar em 2030, sendo maior a concordância entre os homens, os entrevistados com idade igual ou superior a 55 anos e os entrevistados com maior nível de educação. Em relação aos resultados por País, Roménia (87% dos entrevistados), Letónia (86%), Eslováquia (83%) e Croácia (81%) discordam desta ideia, enquanto a Dinamarca (58%), Holanda (55%), Irlanda (53%), Reino Unido (51%) e Áustria (49%) concordam.

A expectativa média de tempo de reforma é de 17 anos para 74% dos cidadãos entrevistados. Na França, Luxemburgo, Suécia, Itália e Dinamarca verifica-se o maior tempo de reforma, situado entre 19,3 e 18,6 anos, enquanto na República da Macedónia o valor médio é de 11,8 anos.

61% dos entrevistados crê que os reformados continuam aptos a trabalhar. A mesma opinião é partilhada por cerca de nove em cada dez entrevistados Dinamarqueses, Holandeses e Islandeses. 76% e 71% dos entrevistados na Antiga República Iugoslava da Macedónia e na Grécia, respetivamente, discordam. Contudo 54% dos cidadãos afirmam não pretenderem trabalhar, depois da reforma, considerando-se demasiado velhos para obter ou receber um salário.

A ideia de combinar um trabalho a tempo parcial com uma pensão parcial ao invés da reforma integral é bem vista por 65% dos cidadãos. Em relação aos resultados por País, esta ideia é apoiada pela Suécia (90%), Dinamarca (87%), Islândia (86%), Holanda (84%), Reino Unido (82%), Finlândia (80 %), Irlanda (78 %) e Bélgica (78%).

Dos entrevistados, esta ideia foi mais atrativa para os indivíduos que não tinham dificuldade em pagar as contas, gestores e indivíduos com maior nível de escolaridade.

A maioria dos Europeus (53%) discorda da existência de uma idade fixa e obrigatória de reforma. Entre os países que concordam com este fato estão a Macedónia (80%), Turquia (78%), Croácia (77%), Grécia (75%), Roménia (73%), Chipre (73%) e Eslovénia (70 %). A média da idade para a reforma, de acordo com os apoiantes desta ideia, deve ser fixada em 64 anos.

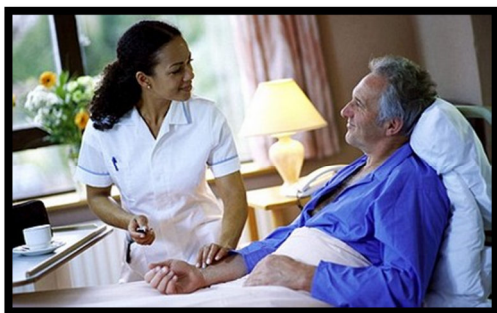
A maioria dos entrevistados concorda que os indivíduos que abandonam a carreira para constituir família deveria receber a pensão do seu companheiro/a em caso de morte (87%) e que os companheiros/as que abandonam a carreira para cuidar da família deveriam, igualmente de quem não desiste da carreira, ter direito à pensão (73%). 55% dos entrevistados assume que as mulheres não têm necessidade de receber a pensão do seu companheiro, em caso da morte do mesmo. Relativamente aos resultados por país, a maioria destes concorda que os indivíduos que abandonam a carreira deveriam receber parte da pensão do seu companheiro/a em caso de morte. 77% dos Turcos concordam que, nos casos em que os homens assumem as mesmas obrigações de assistência à família, se torna mais fácil para as mulheres poderem trabalhar, não havendo, por isso, necessidade de receberem parte da pensão dos seus companheiros, após a sua morte. 89% dos entrevistados na Letónia e Finlândia concordam que os companheiros/as que abandonam a carreira para cuidar da família deveria, igualmente de quem não desiste da carreira, ter direito à pensão, assim como 51% dos entrevistados na Holanda e 59% no Chipre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eurobarometer. (2012). Active Ageing. Special Eurobarometer 378, pp. 58-85.

Trabalho voluntário e apoio a idosos

Sandra Cristina Da Silva Meireles ¹



¹ CET Vitivinicultura e Tecnologias dos Vinhos. Licenciatura em Educação Social. Estagiária em Educação Social, de Outubro de 2011 a Junho de 2012, no Museu do Abade de Baçal . sandrameirelestiago@gmail.com

RESUMO: O presente artigo aborda o trabalho voluntário e apoio a idosos, como a sua participação depois da análise do artigo verificou-se que a maioria dos cidadãos não participa em qualquer tipo de voluntariado contudo a maior parte das pessoas que participa em voluntariado são reformados e idosos devido a sua disponibilidade.

ABSTRACT: This article discusses volunteering and supporting the elderly, as their participation after the review article found that most citizens do not participate in any type of volunteer work but most of the people involved in volunteering are retired and elderly due to its availability.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

TRABALHO VOLUNTÁRIO E PARTICIPAÇÃO ACTIVA

Um quarto dos cidadãos participa activamente ou fazem algum tipo de trabalho voluntário numa organização.

A maioria dos cidadãos não participa em qualquer tipo de voluntariado (73%) e apenas um quarto (26%) realiza voluntariado, 29% na EU15 e 16% no NMS12 participa em voluntariado. A Islândia é o local onde mais se pratica voluntariado (66%). Na EU dos 27 o voluntariado é superior na Suécia (55%) e na Holanda (55%). Os países que menos possuem voluntários são Turquia (9%) (Turquia não é da EU mas ta a tentar entrar e tem vários protocolos educativos com vários países europeus), Portugal (6%) e Grécia (8%).

O voluntariado é mais frequentado nos clubes desportivos e organizações recreativas (10%), seguindo-se do voluntariado na educação, artes e música (5%) e seguidamente o voluntariado ligado à caridade e organizações sociais bem como a igrejas e organizações religiosas, ambas com percentagem de 4%.

Os homens fazem mais voluntariado que as mulheres, podendo assim aqui englobar-se diferenças de género no voluntariado.

Cidadãos voluntários disponibilizam do seu tempo aproximadamente 12 horas por mês

A média de horas de voluntariado é 12 horas por mês. Os NMS12 gastam mais horas de voluntariado que a EU15 (13,1 horas VS 11,9 horas).

O tempo de voluntariado aumenta quanto maior for a idade. Pessoas com idade igual ou maior que 55 anos voluntaria-se durante 14,0 horas enquanto pessoas com idade inferior a 55 anos voluntaria-se em média entre 10,1 horas e 11,8 horas.

Além disso os que passam mais tempo no voluntariado são desempregados (14,9 horas) ou reformados (15,6 horas).

Falta de tempo e interesse são os principais obstáculos ao voluntariado

A razão principal para não realizarem voluntariado é falta de tempo (50%) e um quarto não estão interessados e 14% não afirmaram razão específica para não se voluntariarem.

Na Malta e Holanda a falta de tempo é a razão principal para não se voluntariarem (68% e 65%), na Bulgária esta resposta foi a menos mencionada (30%). A falta de interesse é maior na Eslováquia (45%), Áustria (41%), Republica Checa (41%) e Bulgária (41%) que noutros países, 32% dos cidadãos afirmaram que não ajudaram ninguém, 33% deram suporte emocional, 29% ajudaram com trabalhos domésticos, 26% ajudaram na decoração do lar, 24% ajudaram a tomar conta de crianças, 22% ajudaram na ida as compras ou banco, 19% ajudaram financeiramente. Apenas um em cada dez ajuda na saúde e apoio a cuidados. Em Portugal, 68% não ajudaram ninguém no último ano. Na Islândia apenas 5 % das pessoas NÃO ajudaram.

Mulheres que deixam os estudos mais tarde, ajudam mais os outros e trabalham enquanto isso. Os tipos de voluntariado que fazem variam com a idade.

Pessoas entre 15-24 anos, ajudam nas mudanças, decoração, trabalho doméstico, as pessoas entre os 40-54 anos, ajudam nas compras, actividades bancárias ou dão apoio emocional. Pessoas com mais de 55 anos ajudam financeiramente.

Quatro em dez, tomavam conta de alguém mais velho da família no passado ou ainda correntemente

Dos 57% inquiridos toma conta de algum familiar mais velho, 15% estão correntemente a tomar conta de um membro da família, 27% realizaram essas actividades no ano passado.

Dos 15% que estão a tomar conta de um membro da família correntemente, 3% tomam conta a full time e 12% a part-time.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Eurobarometer, S. (September – November de 2011). Active Ageing.

Relatório do Envelhecimento na Europa**The 2012 Ageing Report- Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010- 2060): Health care expenditure**Cláudia Marisa Martins Meireles ¹

¹ Licenciatura em Educação Social, curso realizado na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança em 2011/2012. cm-19@hotmail.com

RESUMO: As despesas em cuidados de saúde têm crescido exponencialmente na Europa e também em Portugal. É importante perceber quais os motivos desse crescimento, quer em termos globais, quer no que diz respeito ao consumo de recursos, bem como até em termos da despesa pública. O objectivo deste artigo é compreender melhor a despesa em saúde na União Europeia e as suas componentes.

ABSTRACT: Spending on health care has grown exponentially in Europe and also in Portugal. It is important to understand the reasons of this growth, both in overall terms, both with respect to resource consumption, and even in terms of public spending. The purpose of this article is to better understand the health expenditure in the European Union and its components.

INTRODUÇÃO

A despesa pública de saúde é uma importante e crescente fonte de pressão fiscal, que representa uma parte significativa e crescente do PIB no estados da União Europeia. Durante os anos 1960 e 1970, a despesa pública com os cuidados de saúde aumentou rapidamente, já nos anos 1980 e 1990, o crescimento desta despesa abrandou e foi mesmo revertida em alguns países. No final dos anos 90 e na primeira década do séc. XXI o crescimento da despesa de saúde tornou a aumentar. Ele chegou a um nível médio de 8% do PIB em 2009 na UE, o Chipre teve um PIB de 3% e 10% na Dinamarca. (Part, P. et al 2012)

Em todos os estados-membros da UE, com a excepção da Hungria, Roménia, Áustria e Portugal, a percentagem de cuidados de saúde representam em média 14,6% da despesa total do governo. Por outro lado 75% dos Estados-Membros da UE gastam entre 11 a 15% dos seus recursos em cuidados de saúde. (Part, P. et al 2012)

Existe um aumento das despesas de saúde, em Portugal os gastos em saúde ascenderam a 10,2% do PIB, em 2006, contra os 8,8% no início da década anterior. (Pires, B. 2010) Segundo a OECD Health Data (2009) citada por Pires, B. (2010) a despesa pública em 2006 era cerca de 70,5% da despesa total em saúde.

Esta despesa pública depende de uma série de factores que afectam o fornecimento de bens e serviços de saúde. O aumento da população, a sua estrutura, o seu estado de saúde, a renda individual e nacional são alguns dos factores determinantes das despesas em cuidados de saúde. O aumento de indivíduos idosos nas sociedades modernas advém do desenvolvimento que as mesmas apresentam, comprovando-se as melhorias nas condições alimentares e nos cuidados de saúde, assim como se verificam evoluções positivas das práticas sociais (famílias tendencialmente menos numerosas). Tais factores contribuem vectorialmente para a maior longevidade dos indivíduos, aumentando a esperança média de vida. (Pinto, H. 2009) Desta forma a população está a aumentar cada vez mais, isto deve-se à diminuição da mortalidade. Existe uma maior morbilidade entre os idosos na idade avançada, o que requer uma maior procura dos cuidados de saúde. (Part, P. et al 2012)

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento populacional pode representar um risco para a sustentabilidade do financiamento dos cuidados de saúde em duas formas: a) O aumento da longevidade, sem uma melhoria na saúde, leva a um crescente pedido de serviços durante um longo período de vida; b) Na UE, a saúde é em grande parte financiada por contribuições da segurança social vinda da população activa. (Part, P. et al 2012)

A evolução das taxas de mortalidade e a expectativa de vida podem ser estimadas através de informações administrativas (censos, pesquisas, etc.), já a epidemiologia de dados é sujeita a uma incerteza muito maior. Desta forma três hipóteses foram colocadas para prever um futuro possível entre a interacção da evolução da expectativa de vida e as mudanças na prevalência da incapacidade e da saúde prejudicial:

- A **“Expansão da morbidade”** (Gruenberg, 1977; Verbrugge, 1984; Olshansky et al., 1991) refere que o declínio da mortalidade é em grande parte devido à diminuição da taxa de mortalidade em relação às doenças e também à redução da sua prevalência/incidência;
- A **“Compressão da morbidade”** (Fries, 1980, 1989) refere que a saúde prejudicial é comprimida para o período de vida com um ritmo mais rápido do que a mortalidade. Desta forma as pessoas vivem mais e com melhor saúde;
- A **“Dinâmica de equilíbrio”** (Manton, 1982) refere que existem dois fenómenos que estão equilibrados: por um lado a diminuição prevalência/incidência de doenças crónicas e por outro lado a diminuição da fatalidade das doenças que conduz a uma maior prevalência de incapacidade. (Part, P. et al 2012)

Existe uma relação significativa entre a renda e os gastos de saúde, tanto a nível individual como a nível nacional. Quando a renda nacional ou a riqueza aumentar, as expectativas de vida vão subir e os gastos de saúde também aumentam, independentemente das mudanças de necessidades. (Part, P. et al 2012)

A pesquisa empírica sugere que a tecnologia em saúde tem sido um dos principais motores das despesas. Diferentes autores atribuem 27% a 75% do crescimento nas despesas de saúde em países industrializados. Existe um amplo consenso que a mudança tecnológica é o principal dos custos dos sistemas de saúde no actual desenvolvimento das sociedades. (Part, P. et al 2012)

Diferentes mudanças de cenários estão camufladas na estrutura demográfica e estes influenciam o impacto nas despesas de saúde:

- **“Cenário demográfico”**: De acordo com este cenário, as despesas com os cuidados de saúde pública na UE-27 é projectada para aumentar em 1,3 p.p. do PIB, ou seja, de 71% para 8,4% do PIB de 2010 a 2060. Para metade dos países o aumento das despesas situa-se entre 1,1 e 1,6 p.p. do PIB. A cada ano extra com expectativa de vida leva a um aumento médio de 0,1 p.p. do PIB.
- **“Cenário da alta expectativa de vida”**: fornece um teste de sensibilidade para avaliar a implicação de ganhos futuros na expectativa de vida, em relação com a

taxa de mortalidade, desta forma a cada ano extra de expectativa de vida leva a um aumento médio de 0,1 p.p. do PIB;

- **“Cenário de saúde constante”:** De acordo com este cenário todos os ganhos futuros da esperança de vida são gastos em boa saúde, desta forma a subida das despesas públicas nos cuidados de saúde são significativamente mais baixos do que no "Cenário demográfico". O efeito do envelhecimento sobre o crescimento gasto é reduzida para apenas um terço em comparação com a "Cenário demográfico". Deste modo, as despesas em saúde pública na UE-27 são projectadas para aumentar 0,5 p.p. do PIB. A maioria dos Estados-Membros podem esperar um crescimento de 1 abaixo p.p. do PIB. Portanto, as melhorias no estado de saúde podem ser cruciais para a manutenção das despesas em cuidados de saúde no futuro;
- **“Cenário de morte e custos relacionados”:** De acordo com este cenário, as despesas na área da saúde são mais baixas que as do “Cenário demográfico” para a maioria dos países, para a Itália as despesas públicas de saúde são 0,4p.p. do PIB e 1,8 p.p. do PIB para a Polónia;
- **“Cenário de elasticidade-renda”:** É muito idêntico ao "Cenário demográfico" logo assume que o gasto per capita cresce em linha com a renda nacional per capita. Sem o envelhecimento da população a percentagem de gastos na saúde em relação com o rendimento nacional permaneceria constante. No entanto, os dados empíricos mostram que o crescimento nas despesas públicas e em despesas com os cuidados de saúde geral, podem exceder a taxa de crescimento da renda nacional, ou seja, à mais procura e mais disponibilidade para pagar uma melhor saúde. Assim assumindo um crescimento ligeiramente superior nos gastos em relação à renda nacional (isto é, um elasticidade-renda de 1,1) é adicionado um extra de 0,3 p.p. do PIB para as despesas de saúde;
- **“Cenário de convergência de custos”:** assume que a renda per capita dos cidadãos e as expectativas em relação ao consumo de bens e serviços de saúde convergem em todos os países, este cenário em si pode ser um processo dispendioso dependendo das despesas de saúde, os governos precisam de gastar até 4,4 p.p. do PIB nas próximas cinco décadas;
- **“Cenário da intensidade de trabalho”:** para a maioria dos Estados-Membros a produtividade (salário...) cresce mais rapidamente do que a renda per capita, o

que leva a um gasto adicional de 0,6 p.p. do PIB em relação ao “Cenário demográfico”;

- **“Cenário Indexação específica do sector composto”**: menciona que a despesa futura evolui em linha com tendências específicas mencionadas anteriormente, o que conduz a uma projecção do aumento de 0,8 p.p. do PIB mais elevado do que no “Cenário demográfico”. Em particular, os salários e produtos farmacêuticos são os mais importantes condutores do crescimento da despesa. Para a UE-12, o crescimento é de 0,2 p.p. de PIB menor do que no “Cenário demográfico”;
- **“Cenário determinante não-demográfico”**: as despesas públicas têm de estar relacionadas com a idade, sexo e perfis de saúde, sendo assim, em média o aumento das despesas públicas com os cuidados de saúde devem ser de 2,8 p.p. do PIB em 2060 (1,4 p.p. do PIB projectado no “Cenário demográfico”). Estes resultados mostram o impacto das inovações em tecnologia médica, as definições institucionais e o comportamento individual, nas despesas públicas nos cuidados de saúde;
- **“Cenários de referência AWG”**: os gastos dos cuidados de saúde são movidos pelos gastos em boa saúde e uma elasticidade-renda convergindo de 1,1 em 2010 para a unidade em 2060, juntamente com o impacto destes factores o aumento da projecção dos gastos é cerca de 1,1 p.p. do PIB na UE-27 em 2060. Na Bélgica e no Chipre são de 0,4 e 2,9 p.p. do PIB em Malta, o aumento dos gastos estimados na UE-15 e UE-12 são de 0,2 p.p. do PIB, ou seja, mais baixos do que no “Cenário demográfico”;
- **“Cenário de risco AWG”**: na UE-27 tem uma projecção de 8,9 p.p. do PIB em 2060, tendo um aumento de 1,7 p.p. do PIB em relação a 2010. O crescimento dos custos através da tecnologia e mudanças institucionais leva a um aumento de 0,6 p.p. do PIB na UE-15 e UE-12, o Chipre terá o menor aumento sendo de 0,5 p.p. do PIB, já em Malta ocorrerá o maior aumento com 3,6 p.p. do PIB. (Part, P. et al 2012)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As despesas estão aumentar nos cuidados de saúde pública, o que levanta algumas preocupações sobre a sustentabilidade dos países. Enquanto as despesas na saúde pública na UE-27 era de 5,9% do PIB em 1990 e 7,2% do PIB em 2010, as projecções mostram que as despesas podem aumentar para 8,5% do PIB em 2060 só no caso do envelhecimento demográfico.

Desta forma com o aumento da renda e longevidade, as pessoas mais velhas estão mais dispostas a gastar mais dinheiro com os serviços de saúde, melhorando assim a sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Part, P. et al. (2012). *“The 2012 Ageing Report- Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010- 2060)”*. European Commission;

Pinto, H. (2009). *“Satisfação de idosos institucionalizados em lar lucrativo e idosos a usufruírem da prestação informal de apoio domiciliário-Uma abordagem comparativa”*;

Pires, B. (2010). *“O impacto da variação do preço na procura de cuidados de saúde”*.

Viver e morrer bem na Velhice

Dircea Maria Alves Loução¹



¹ Licenciada em educação física na vertente de animação sociocultural; exerço funções de técnica no projeto CLDS-Vinhais; de Bragança. dirceloucao@hotmail.com

RESUMO: Os cuidados no final da vida devem ser uma parte integrante da morte tardia, todos sabemos de idosos que morreram bem e idosos que tiveram uma morte complicada. Com base nesse conhecimento, todos queremos uma morte delicada e amena para nos mesmos e para os que amamos.

ABSTRACT: The end of life care should be an integral part of late death, we all know of elderly people who died well and seniors who have had a complicated death. Based on this knowledge, we all want a death delicate and pleasant for ourselves and for those we love.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O envelhecimento é um fenómeno universal e representa uma das maiores conquistas da humanidade, tendo em vista que todo o desenvolvimento cultural, ao longo da história, sempre teve em perspetiva o prolongamento da expectativa de vida. Proporcionar sentido e dignidade ao envelhecimento constitui um dos maiores desafios da atualidade.

A população idosa nunca foi tão elevada em toda a história e tende a aumentar em escala mundial, acarretando repercussões no campo social e económico, especialmente nos países em desenvolvimento. O envelhecimento é um processo que começa com o nascimento e termina com a morte.

Morrer é, fundamentalmente, uma experiência pessoal, não um conjunto de problemas médicos a serem resolvidos. Morrer bem pode ser pensado como um processo que engloba um significado e propósito, um sentido de completude.

A morte é uma etapa natural do ciclo da vida humana e de uma sociedade em envelhecimento, como em todo o mundo, o cuidado de idosos no fim da vida torna-se uma prioridade importante nos dias de hoje.

Para muitos idosos, o fim da vida pode estar associada a doenças crônicas e outras doenças. Onde se podem incluir cânceros, insuficiência cardíaca, doença obstrutiva crônica das vias aéreas, acidente vascular cerebral e as complicações da doença demencial.

Há muitos mitos e equívocos relacionados com a morte mais tarde na vida: os idosos não precisam no fim de vida de cuidados como eles vão morrer de qualquer jeito; a maioria dos idosos morre em instalações de cuidados de longa duração e, portanto, recebem lá esses cuidados; os idosos são completamente preparados para a morte; os idosos morrem da velhice; não há nada que possa ser feito para os idosos que estão a morrer. Estes e outros mitos têm que ser superados, porque os idosos terão de ter um fim de vida digno e com qualidade temos que levá-los a pensar que a morte ade chegar e a vida continua ate lá.

Ter uma qualidade de cuidados no final da vida significa garantir que o cuidado certo está a ser fornecido na hora certa. O cuidado no fim de vida baseia-se em três pontos fundamentais: no conforto, na comunicação e no apoio social.

- O conforto é o mais importante e o mais eficaz nos cuidados de fim de vida. É obtido fisicamente através de controlo da dor, mas também através de apoio social e reconhecimento do alto nível de medos e busca da sua experiencia.
- A comunicação é uma ferramenta que é utilizada para partilhar informações e proporcionar conforto. É vital para a criação e manutenção de relacionamentos eficazes e para a tomada de decisão eficaz.
- O apoio social fornece o contexto para o fim-de-vida cuidada.

As habilidades dos idosos para envelhecer bem, são em parte, moldadas pela forma como eles experimentaram fases anteriores da vida. Por sua vez, o

envelhecimento também influencia a capacidade de morrer bem. Como é "morrer bem"? A primeira consideração é se a pessoa está a morrer no caminho que prefere. As preferências individuais são formadas pela personalidade, pelo género, pela etnia, pela classe social, pela cultura e pelas crenças espirituais religiosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As despesas estão aumentar nos cuidados de saúde pública, o que levanta algumas preocupações sobre a sustentabilidade dos países. Enquanto as despesas na saúde pública na UE-27 era de 5,9% do PIB em 1990 e 7,2% do PIB em 2010, as projecções mostram que as despesas podem aumentar para 8,5% do PIB em 2060 só no caso do envelhecimento demográfico.

A morte é um acontecimento marcante na vida adulta, há uma falta de conhecimento sobre o significado da morte para os idosos. Embora a morte ocorre com maior frequência na população sénior.

As necessidades dos idosos que estão a morrer são complexas e exigem a atenção de equipas interdisciplinares. Um esforço colaborativo dos cuidados de saúde, interpolação e prestadores de serviços sociais, organizações comunitárias, as famílias e amigos é fundamental para atender as necessidades totais e os desafios de cuidar de idosos que estão a morrer.

Os cuidados para os idosos, no fim da vida exige uma abordagem ativa, compassiva que trata, o conforto e suporta os indivíduos mais velhos que vivem com, ou morrer de, progressivas ou crónica vida em risco. Tais cuidados são sensíveis e pessoais, tem valores culturais e espirituais, crenças e práticas e abrange o apoio às famílias e amigos até, e incluindo, o período de luto.

Há uma variedade de locais em que uma pessoa pode receber de fim da vida de cuidados incluindo a casa, hospitais, instalações de cuidados de longa duração e asilos. Cada opção tem vantagens e desvantagens que devem ser cuidadosamente ponderados pelo idoso e seu / sua família. O cenário ideal para cuidados pode variar conforme a alteração das necessidades do idoso.

Os voluntários são uma parte essencial da maioria dos programas de cuidados paliativos porque complementam e melhoraram o cuidado profissional.

A cultura pode manifestar-se como atitudes diante da dor, a vida, a morte cuidados da família, e de ajuda externa; expressões de tristeza e práticas de luto. É importante que o prestador de cuidados compreenda a influência, a importância da cultura na morte e luto.

Para os idosos viverem e morrerem bem na velhice terão de ter, cuidados de saúde, prestadores de serviços sociais, apoio da família, ter uma velhice ativa não sedentária, terem recurso monetário.

O que pode ser feito para promover um fim de vida-excelente para os idosos: aumentar os recursos para os cuidados no fim de vida; formar laços estreitos entre o final de vida de cuidados e de longo prazo de cuidados de saúde e prestadores de serviços sociais, de modo que aqueles que vivem em instituições não são negligenciados; assegurar os critérios de elegibilidade para os serviços de flexíveis para acomodar aqueles que têm uma necessidade óbvia de final do cuidado com a vida, mas que não têm um diagnóstico paliativo; oferecer em fim de vida de serviços em tempo hábil; garantir que todos os cuidados de saúde e prestadores de serviços sociais recebem educação culturalmente sensível e formação em final de questões da vida e as necessidades específicas de idosos que estão a morrer.

Para que os idosos possam viver e morrer bem na velhice deve-se: respeitar os idosos como indivíduos únicos com crenças particulares, valores e preferências; facilitar a discussão aberta e atempada das decisões relacionadas ao tratamento, cuidados e planeamento para as famílias, testamentos e outras questões de importância para os idosos; fornecer informações sobre formas de minimizar os encargos financeiros do fim da vida de cuidados; incentivar as famílias e amigos no papel de apoio e oferecer oportunidades para a socialização; incentivar o uso de recursos que podem ajudar a reduzir a sensação de isolamento; responder sensivelmente à dor do medo e da ansiedade; promover a oportunidade para revisão de vida e reminiscência; respeitar a necessidade dos idosos para controle e independência; observar e responder a sinais de esgotamento em cuidadores familiares.

Respeito pelos valores, comunicação permanente e uma Inter - abordagem holística são elementos-chave de cuidados de qualidade no fim da vida, independentemente de onde o atendimento é prestado. Os idosos e as suas famílias devem ser plenamente informados sobre o prognóstico, condição e opções para o atendimento.

Algumas mortes podem ser rápidas e inesperadas. Prestar cuidados de qualidade no fim da vida muitas vezes não é uma tarefa fácil. Enormes desafios surgem até mesmo nos ambientes mais favoráveis; uma boa morte pode ser uma experiência de vida positiva e envolvente.

“Aprendemos que viver com doença graves é dura, exigente e intenso para os entes queridos, assim como o paciente. Mas com o apoio prático, emocional e espiritual que todos os estágios da doença e luto, entes queridos também podem experimentar privilegiado momentos de comunicação especial, do crescimento e até mesmo a alegria. Tais momentos pode ser um presente compartilhado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abaulo, L. F. & Carvalho, V. A. M. (2005). Representações sociais da velhice entre idosos que participam em grupos de convivência. *Psicologia Ciência e Profissão*, p. 118-131;
- Bowles S. Bowma K. et all (s. d.) Espiritualidade Senior. Guide to end of life care for seniors.
- Dornelas, L. O. S. (2007). Morrer com dignidade: o último grande desafio. *Idade Ativa*. Goiânia, V. 17, n.º 3 e 4;
- Vasconcelos K. R. B., Lima N. A., Costa K. S. (2007). O Envelhecimento ativo na visão de participantes de um grupo de terceira idade. *Goiânia*, v. 17, n. º 3 e 4

Programas de Envelhecimento Ativo

- **‘Lis: Velho Rio Con’Vida’**

Colocando em interacção jovens, crianças e idosos o projecto Lis: Velho Rio Con’Vida procura resgatar os valores patrimoniais mais significativos sobre a relação do Homem com o Rio Lis em Leiria e projectar formas de estar e atitudes positivas para melhor desfrutar do rio Lis no presente e no futuro.

Link: <http://riolis.ipleiria.pt/>

- **Arquivo de Memória do Vale do Côa**

No vale do Côa, a maioria das pessoas têm o seu quotidiano nos lares e centros de dia. A ideia agregadora é a criação de um Arquivo da Memória do Vale do Côa. Para motivar as entidades, sobretudo as escolas, procurou-se o apoio da Unesco, que viabilizará a criação de um Clube Unesco na região, centrado na ligação intergeracional, conjugada com a integração de minorias. As aldeias despovoadas do Côa têm vindo a receber imigrantes, particularmente de etnia cigana, em muitos casos de origem romena. Por outro lado, o Director do Arquivo Nacional da Torre do Tombo deu apoio à criação de um centro de documentação da região: o arquivo da memória. Os obreiros são os idosos, com as suas memórias e documentos, que permitem seguir a história destas comunidades com escasso registo —, e os jovens em idade escolar, que farão o registo usando novas tecnologias: filme, scanner, fotografia digital, informatização de dados.

Link: <http://intergenerationall.org/portuguese-portugues-arquivo-de-memoria-do-vale-do-coa/?lang=pt>

- **Escola de Mestres**

A Escola de Mestres foca-se no ensino e treino de jovens para que desenvolvam capacidades específicas através das metodologias intergeracionais: uma estreita comunicação e transferência de conhecimentos e sabedoria entre os mestres destas nobres profissões, realizada em workshops, nas suas próprias oficinas ou lojas. Os mestres serão escolhidos para representarem profissões em risco, tais como sapateiro,, barbeiro, artesãos, ferreiro,...

Link: <http://intergenerationall.org/portuguese-portugues-escola-de-mestres/?lang=pt>

- **Aldeia Pedagógica de Portela**

A “Aldeia Pedagógica” pretende transformar uma aldeia do concelho de Bragança que está num processo acentuado de despovoamento, onde ainda residem pessoas idosas que continuam a produzir o pão de forma artesanal, mantêm pequenas hortas e capoeiras, produzem compotas, sabem produzir queijo, etc., e transmitir esses conhecimentos ancestrais e ambientais, à população mais jovem e visitantes urbanos.

Link: <http://intergenerationall.org/main-page/projects/portuguese-portugues-aldeia-pedagogica/?lang=pt>

- **Altas Hortas**

A agricultura urbana (AU) é um meio para a promoção de actividades inter-geracionais e, no caso particular da Alta de Lisboa, também inter-culturais. O projecto visa criar situações de AU a três níveis: comunitário, escolar, familiar. Seniores e jovens, de Portugal e PALOPs, criam e geram em conjunto áreas e temas nestes três níveis. Partilham conhecimentos, tradições, culturas, receitas, e conhecimentos de medicinas tradicionais. Ao fazer isso também se contribui para a valorização da qualidade ambiental e o conhecimento e sentido de pertença ao Bairro.

Link: <http://intergenerationall.org/main-page/projects/portuguese-portugues-altas-hortas/?lang=pt>

- **P=LHNS**

O projecto P=LHNS visa dinamizar e promover a preservação do emblemático Parque Infante Dom Pedro, situado no centro da cidade de Aveiro, envolvendo os cidadãos e promovendo interacções entre gerações.

Link: <http://intergenerationall.org/main-page/projects/portuguese-portugues-plhns/?lang=pt>

- **TOCA**

TOCA nasce da relação entre uma pessoa e um lugar: do encontro entre a Dona Beatriz e a Associação “Amigos do Minho”. No princípio, as relações vão sendo criadas no Intendente, para dali se espalharem por outros lugares de Lisboa. Indo pelas ruas do Intendente e da Mouraria, encontramos-nos com pessoas vindas de muitas paisagens –

migrantes de dentro e de fora de Portugal que costuram o espaço da cidade com as suas mais diversas histórias e experiências.

Do trabalho sobre o encontro, aprendemos sobre o olhar para o “um” e tornamo-nos portadores de pedaços de histórias. O trabalho de CORPO e a instalação da relação física parte da crença no potencial de cada CORPO-pessoa/CORPO-espaço contar sua própria história, códigos e valores de outras culturas. Partimos do encontro entre esses vários elementos para um processo de reflexão e acção sobre a diversidade que hoje vivemos na nossa sociedade.

Link: <http://intergenerationall.org/main-page/projects/toca/?lang=pt>

- **RUTIS**

A associação Rede de Universidades da Terceira Idade é uma instituição de utilidade pública que representa e promove o envelhecimento ativo e as academias e universidades seniores portuguesas. Atualmente tem mais de 200 membros.

Link: www.rutis.pt