

## **Pré-conceitos e inovação: propostas para uma história do futuro de cuidados humanos**

CLARA COSTA OLIVEIRA\*

### **Introdução**

Começamos por abordar alguns pré-conceitos que existem (não) conscientemente nos cuidadores de qualquer tipo de público, como o idadismo, a literacia, a desvinculação emocional, o paternalismo, a infantilização, os ciclos geracionais de pobreza e abusos, o mau uso de princípios de bioética, a confusão entre dor e sofrimento, a oposição corpo/mente/espírito. Salientaremos os danos causados por pré-conceitos na população-alvo.

Apresentaremos dados internacionais que demonstram a urgência em nos desvincularmos deste tipo de pré-conceitos se pretendemos continuar a possuir instituições eficazes de cuidadores, quer no presente, quer no futuro, em especial no que concerne a público considerado idoso e a doentes crónicos, bem como àqueles em cuidados continuados.

---

\* STOL-CEHUM-UMINHO

E-mail: clarinhacostaoliveira@gmail.com

Por fim, daremos conta de projectos inovadores distanciados destes pré-conceitos e dos resultados positivos por eles obtidos face a vários tipos de população-alvo, com ênfase em doentes crónicos e população dita envelhecida.

## 1. Pré-conceitos e Preconceitos

O idadismo refere-se à atribuição, *a priori*, de determinadas características de carácter e de comportamento a pessoas pelo facto de estarem incluídas dentro de um grupo etário. É grave em qualquer circunstância, mas mais usual nos cuidados humanos de pessoas ditas mais envelhecidas. Assim, no que respeita a estas, comumente os cuidadores consideram-nas com dificuldades acrescidas de função cognitiva, especialmente no que se refere à memória. Os estudos apontam, no entanto, cada vez mais, que a memória cristalizada em nada diminui e que a fluída pode sempre ser estimulada, independentemente da idade; as células neuronais renovam-se em quaisquer pessoas sem doença neurológica.

Quem trabalha adequadamente com adultos de modo não formal (e até informal) sabe que a literacia formal nunca constitui, por si só, uma garantia de sucesso, ou de insucesso. Muito mais importante que a literacia formal é, antes de mais, a vontade, de aprender a conhecer e a fazer (pilares da Educação para o século XXI), e o modo como se apresenta o desconhecido e a eventual mudança. Métodos adequados por técnicos com formação específica, e sobretudo confiáveis, superam os níveis de literacia formais, sejam estes quais forem.

Ser alguém confiável exige de cada um de nós (dado todos sermos cuidadores) vincularmo-nos às pessoas com (e não para) quem trabalhamos. A desvinculação emocional é impeditiva de sermos confiáveis. Existem vários níveis de vinculação, e saber gerir emoções diminui bastante o perigo de *burnout* profissional dos cuidadores. Infelizmente, sobretudo nos cuidados a idosos e doentes

crónicos, os próprios técnicos são explicitamente treinados para «não sentirem emoções», ou seja, para deixarem de serem pessoas que cuidam de pessoas. Isto leva a que usualmente paternalizem e infantilizem as pessoas das quais deviam cuidar numa tentativa (muitas vezes não consciente) de se aproximarem de seus cuidandos. Por vezes, o paternalismo e infantilização decorrem também de os técnicos terem conhecimento de estarem perante pessoas com vidas de pobreza social (ou humana, como violência), acreditando que a hipocrisia afectiva não é por elas detectada.

A maior parte dos técnicos desconhece os princípios de bioética, com ênfase nos seus fundamentos éticos. Tal conduz a que muitas vezes a sua actuação se seja, na boa fé, por aquilo que consideram ser o interesse das pessoas que cuidam, não lhes dando voz nem as conhecendo como seres humanos completos que são, na sua dignidade, ainda que possam se encontrar em vulnerabilidade fisiológica.

O princípio da vulnerabilidade, enunciado em 1998, ((DBBDH, 2005) opõe-se, na prática, muitas vezes ao de justiça, por exemplo, por ser permeado pelo princípio de equidade. Mas o princípio bioético que mais difícil é de ser concretizado é provavelmente o de responsabilidade (Feio e Oliveira, 2016). Ajuda bastante a entender que dor não é sinónimo de sofrimento e que nem um ou outro estado nos garante uma melhor actuação nem ética, nem moral, nem deontológica (Oliveira e Azevedo, 2014). Ainda que ambas sejam experiências subjectivas, o mito da EBM (*Evidence Based Medicine*: Tonelli, 1998) faz-nos acreditar que a dor é passível de ser totalmente mensurável e colmatada, e que o sofrimento (se não associado a dor) é um estado 'psicológico'. Quando associamos esses conceitos à dimensão espiritual de cada pessoa, os estudos, porém, colocam muitos dos nossos preconceitos em causa, via investigação científica, nomeadamente (Encarnação, Martins & Oliveira, 2018):

Se todos estes pré-conceitos podem ser desmontados, isso deve ser efectuado com formações adequadas, quer ao nível do aprender a conhecer, mas também ao nível emocional (aprender a ser e a estar)

que orientem para novas formas de actuação (aprender a fazer) por parte dos cuidadores. Assim, a história de cuidados actuais terá que ser capaz de ser suficientemente auto-crítica e empreendedora quanto à história futura dos cuidados, e por vezes as instituições terão que, inclusivamente, considerar a possibilidade de uma reconversão profissional de alguns dos seus técnicos, abrangendo provavelmente, alguns dos seus dirigentes.

Para tal, teremos que ir ainda mais fundo e dar-nos conta que estes (e outros) pré-conceitos se enraízam em verdadeiros preconceitos tornados axiomas da nossa cultura em geral, e da de cuidados, neste contexto.

Um deles é que quem tem doenças fisiológicas (consideradas) graves tem direitos acrescidos e deveres diminuídos no que respeita à sua actuação como pessoa (Oliveira & Costa, 2012) e como cidadão (não nos referindo aos direitos laborais que, no nosso entender, se encontram bastante desadequados face às doenças crónicas, por exemplo). Maior dor ou maior sofrimento não dão o direito ético, nem moral, de agir de modo manipulador, maldoso ou cínico. A ética e a moral também em nada se correlacionam com a inteligência, independentemente do bem-estar ou mal-estar que estejamos a viver. «Ainda que durante algum tempo o bem-estar tenha sido associado a uma situação confortável relacionada com aspetos diversos como habitação, comida, saúde e dinheiro, tal perspectiva alterou-se começando a equacionar-se também aspetos não visíveis tais como objetivos pessoais, segurança e dignidade pessoal» (Grácio & Bugalho, 2017, p. 297)

O maior preconceito civilizacional que subjaz aos pré-conceitos acima enunciados prende-se com a crença na dicotomia objecto-sujeito, de raiz greco platónica, e maniqueísta, que algum (pseudo) cristianismo vinculou, mas que trespassa todas as formas de produção de conhecimento nesta civilização, incluindo a ciência (Dewey, 1920).

A formação de cuidadores não lhe escapa, obviamente, ainda que possa surgir metamorfoseada em outras dicotomias hipostasadas, daquela decorrente, como corpo-alma, corpo-mente, mente-cérebro, etc. Não podendo alargar-me sobre esta questão epistemológica tão profunda e complexa, de índole rizomática, faço notar que aqui reside a crença de não se apostar na intervenção com idosos no que respeita ao seu futuro, considerar que os mais jovens não possuem experiência de vida significativa, que há doenças «psicológicas», que doença nada mais é que ausência de doença, a não distinção entre dor e sofrimento, a confusão entre solidão e isolamento social vinculado à idade, etc. (Oliveira, 2008).

## 2. Cuidadores descuidados

Quando os cuidadores actuam em conformidade com este pré-conceito e/ou preconceito potenciam ou desencadeiam uma série de emoções e sentimentos (Damásio, 2000) nos cuidandos, que se sentem incompreendidos. A seus olhos, tal resulta de falta de empatia (intencional, ou não) pelo seu sofrimento. Muita gente vive em grande sofrimento por descuido emocional dos cuidadores, apenas atentos a sintomas fisiológicos. Pessoas que se sentem rejeitadas, numa profunda solidão, tristes (mesmo que com sorrisos e com *selfies* bonitas), impotentes, irados, etc.

Consideram que são apenas cuidados por obrigação, por aqueles que mais amam, ou por aqueles a quem pagam (é indiferente), e aos poucos o silêncio das suas almas toma conta dos seus lábios, deixando de confiar nas pessoas que os sujeitam a estas emoções e sentimentos. A doença do actual século, a depressão, decorre sobretudo de tudo isto, desta desistência em viver, nesta forma de suicídio lento, eficaz, e passível de causar doenças neurológicas e imunitárias (Le Breton, 2015). E eis-nos perante um ciclo existencial que raramente se quebra: tristeza, solidão tornam as pessoas muito mais frágeis, o que reforça a sua vulnerabilidade, e assim sucessivamente.

Tudo isto se acentua em pessoas diagnosticadas com doenças crônicas e/ou deficientes. Detectam o grito contido dos cuidadores, a impaciência no olhar ainda que os gestos tentem demonstrar o contrário; não se sentem estimados, e ser amado é algo ao qual se vai desistindo cada dia. Sentirem que são cuidados apenas por obrigação fá-los também temer serem maltratados fisicamente, ou nas formas de violência que existem. O medo invade-os e às vezes a culpa por não conseguirem ser mais lesto, mais ágeis, mais inteligentes, etc. Sentem que a qualquer momento podem ser abandonados fisicamente, dado que emocionalmente há muito que sentem que o foram.

Pessoas descuidadas afectivamente pelos cuidadores possuem uma enorme incapacidade em reconstruir sentido nas suas vidas, e sem isso não existe nem saúde, nem felicidade (Costa & Oliveira, 2012), estejam ou não rodeadas de outras pessoas. A incompreensão daquilo que aflige os cuidados por parte dos cuidadores (aquilo que aflige uma pessoa pode ser trivial para um cuidador) daí o sofrimento ser impossível de ser medido (Encarnação, Oliveira & Martins, 2015). A falta de empatia e de afectos corrói a identidade interna das pessoas, criando mal-estar acrescido nas relações comunitárias.

Tudo isto é acentuado quando as pessoas deixam de viver em seus lares, passando a viver em casas de familiares ou em lares (de infância, de idosos, de recuperação, etc.). Muitas vezes há uma insensibilidade para o ajustamento físico, afectivo, organizacional que estas mudanças exigem às pessoas deslocadas. São um tipo de migrantes não considerados enquanto tal.

As Estruturas Residenciais são alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, estas têm como característica um contexto de Residência Assistida, para pessoas idosas ou em situação de risco ou perda de autonomia. Este serviço tem como objetivos: “proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial [...]; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social.” (Portugal, 2015, p. 16; Delboni *et al.*, 2017, p. 93).

### 3. Reconstrução de sentido de vida

A principal função de qualquer cuidador é contribuir para o bem-estar de seus cuidandos, sendo que tal é mútuo, ao nível não formal e informal, usualmente, embora possa ser facilmente esquecido. Pessoas que se sentem amadas e cuidadas conseguem reconstruir, quase sempre, o sentido da sua vida, mesmo em situações muito difíceis, podendo, porém, tal demorar e possuir caminhos involutivos, para os quais os cuidadores devem ter formação para não desistir.

Várias estratégias podem ser empreendidas para que os cuidandos se dirijam para o futuro com um projecto de vida; esse será o futuro da história dos cuidadores. Tal surge como quase impossível sobretudo em idosos dependentes ou em grande sofrimento; tal deriva, várias vezes, de algumas confusões, que passamos a esclarecer de forma sucinta, tendo em conta alguns estudos científicos, que devem constar obrigatoriamente da história dos cuidadores., sobretudo no que respeita aos cuidados paliativos:

[...] O objetivo dos cuidados paliativos é oferecer atenção ao paciente e seus familiares em seus aspectos físico, psicológico, social e espiritual de forma ativa e contínua, sendo que sua prática deve ser iniciada antes da fase em que há iminência da morte, ou seja, deve ser desenvolvida enquanto prática complementar ao tratamento ativo diretamente direcionado à doença de base. Essa terapêutica, por agregar diferentes aspectos, requer a intervenção de diferentes profissionais, a saber, uma equipe multiprofissional na qual se insere o assistente social (Medeiros, Silva & Sardinha, 2015, p. 407).

Pensa-se muitas vezes que todas as pessoas que estão em isolamento social se encontram em solidão, mas nem sempre é assim. O isolamento social prende-se com viver com pouco contacto social e/ou em zonas com pouca população. Ora, se muitos assim vivem por factores comunitários (familiares, por exemplo)

que lhes são alheios, nem sempre assim acontece. Muitas pessoas deliberadamente decidem viver em isolamento social por opção própria, por considerarem, por exemplo, que não se identificam com valores comunitários ou sociais que lhes causam mal-estar; há um número crescente de pessoas a renunciar ao contacto mediático deliberadamente.

Existem, contudo, claro, pessoas que estão em isolamento social sem ser por escolha própria, mas por imposição de determinados factores nas suas vidas; algumas poderiam dele sair, mas consideram-se sem força, sem vontade, etc., para o fazer; outras não possuem condições físicas ou financeiras para saírem do isolamento social; são todos dependentes, em dimensões diferentes.

Este tipo de dados são passíveis de ser registados e estudados (Ribeiro, 2012). Usualmente quem vive em isolamento forçado (ou assim se considera) sente-se muitas vezes só, desamparado, rejeitado, não cuidado. Quando avaliamos a percepção de solidão no caso de isolamento social por opção própria, os dados dessa percepção diminuem drasticamente.

Com efeito, há muita gente assentir-se desesperadamente só, co-habitando, trabalhando com outras pessoas, tendo mesmo vida social fora de casa. Quem nos vem logo à ideia são os doentes crónicos com a situação que acima foi descrita, mas os dados revelam-se surpreendentes, para além desta faixa de pessoas (o estudo que estamos a seguir é europeu: AAVV, 2010). Os adultos entrevistados que mais se sentiam sós no estudo em causa, percentualmente, eram os jovens entre os 18-25 anos e os idosos da chamada 4ª idade, formando um gráfico de tipo U, tendo na extremidade mais alta do lado esquerdo os primeiros, e na extremidade esquerda os idosos com mais de 85 - >100 anos (sempre percentualmente, e não como dados universalizantes). No base do U encontramos as pessoas entre por volta dos 60 anos.

Os dados para o envelhecimento indicam, porém, algumas informações relevantes: a solidão diminui bastante quando as pessoas

consideram que possuem um confidente, usualmente o cuidador; o maior factor de risco para ela é a viuvez.

Por fim, um dado que surgiu neste estudo aponta para algo que surpreendeu face às expectativas (crenças) dos investigadores: o sentimento de solidão é percentualmente maior em países do sul, do que do norte, da Europa. Talvez isso se deva, no nosso entendimento, à expectativa de apoio por parte de cuidadores nos países do sul do que dos do norte do continente. Precisamos de novos estudos para esclarecimento deste dado.

Outra área onde os cuidadores precisam urgentemente de formação respeita à memória. As novas tecnologias e o seu abuso por parte de gerações mais novas está a alterar substancialmente as suas memórias, e há estudos recentes que têm vindo a desmistificar a perda de memória de idosos. A maior parte dos cuidadores não têm consciência de, nem preparação para, lidar com estas alterações. Face à situação demográfica em curso (cfr. Gráfico 1) em todo o mundo, precisamos de conseguir rentabilizar cada vez mais a memória cristalizada dos idosos e reforça-la nos jovens, e vice-versa quanto à memória mais curta, ou fluída. Isto repercute-se na possibilidade de aprendizagem em todas as pessoas.

Treinar a memória é também muito importante para sabermos lidar com a solidão e diminuirmos índices assustadores de suicídio nos jovens e de doenças neurológicas, sobretudo em idosos. Estudos apontam (Le Breton, 2015), que em várias situações as doenças neurológicas decorrem de formas de suicídio lento em vidas para as quais não encontramos sentido. Viver em lares onde as pessoas são cuidadas como pré-mortos é algo que vai ter que desaparecer, ou os lares deixarão de existir.

Com efeito, os idosos a curto prazo possuem características de literacia e de compreensão da vida bastante diferenciadas dos de há 15 anos, por exemplo. Novas formas de organização de vida em comunidade estão a crescer em todo o mundo como o *co-housing*, onde amigos e familiares idosos se juntam para viverem, recorrendo

a técnicos que os ajudem naquilo que não conseguem fazer, mas muito para além de aquilo que hoje consideramos ser as funções do apoio domiciliário. Tendencialmente, este serviço deixará de ser considerado uma valência específica das instituições se elas não se souberem ajustar à nova realidade. Muitos idosos contratarão, individualmente, ou em co-housing, técnicos superiores de educação (com formação mais ampla) a tempo inteiro para deles cuidarem, dentro de casa, mas sobretudo para actividades no exterior. Trata-se uma tendência mundial inevitável.

As pessoas poderão, no entanto, continuar a recorrer às instituições se estas lhes assegurarem ajuda na projecção de suas vidas para o presente e para futuro, e não apenas centradas em actividade e estímulos focalizados nos seus passados, com técnicos formados numa perspectiva salutogénica e não apenas patogénica. Os cuidadores terão ainda que estar conscientes de se terem que educar ao longo da vida, em sociedades que tão rápida e profundamente mudam, quer quanto às necessidades, característica e interesses dos utentes (Fernandes, Oliveira & Nobre, 2018; Sousa & Oliveira, 2015; Delboni *et al.*, 2017, Fernandes & Oliveira, 2018; Martins, 2017; Freitas, 2018; Alves, 2016; Simões, 2016).

Education alone cannot hope to solve all development challenges, but a humanistic and holistic approach to education can and should contribute to achieving a new development model. In such a model, economic growth must be guided by environmental stewardship and by concern for peace, inclusion and social justice. The ethical and moral principles of a humanistic approach to development stand against violence, intolerance, discrimination and exclusion. Regarding education and learning, it means going beyond narrow utilitarianism and economism to integrate the multiple dimensions of human existence. This approach emphasizes the inclusion of people who are often subject to discrimination – women and girls, indigenous people, persons with disabilities, migrants, the elderly and people living in countries affected by conflict. It requires an open and flexible approach to learning that is both lifelong and

life-wide: an approach that provides the opportunity for all to realize their potential for a sustainable future and a life of dignity. This humanistic approach has implications for the definition of learning content and pedagogies, as well as for the role of teachers and other educators. It is even more relevant given the rapid development of new technologies, in particular digital technologies (UNESCO, 2015, p. 10).

Outra área que tende a crescer e para a qual existe ainda pouca formação de terreno (ainda que já haja, em Portugal, muita pesquisa científica sobre o tema) é a de cuidar de cuidadores. Tal não significa apenas dar um subsídio aos cuidadores informais (conquista mais que legítima), mas sobretudo assegurar-lhes espaço e tempo para construírem vidas nas quais os seus cuidados façam parte, mas a eles não se reduzam. Para tal, terão que recorrer a cuidadores profissionais nos quais confiem; também neste âmbito existem já alternativas de cidadania que extravasam as instituições, como o banco do tempo.

#### **4. Construindo o futuro da história de cuidados em Portugal**

Dado termos consciência de tudo aquilo que relatámos, há vários anos que a UMINHO proporciona formação de cuidadores não formais e informais que têm vindo a introduzir mudanças nos cuidados institucionais, sobretudo (mas não em exclusivo) em públicos diferenciados. Apresentamos de seguida, e sucintamente, alguns exemplos dessas mudanças, todas elas com o apoio da STOL (*Science Through Our Lives*), da qual a autora deste texto é membro, nomeadamente na formação de técnicos superiores de Educação, na área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, do Mestrado em Educação.

O *modus operandi* inicia-se sempre com uma inserção informal na comunidade institucional na qual os nossos formandos irão realizar o seu estágio profissionalizante (não confundir com estágio

profissional), supervisionados científica e pedagogicamente pela autora do texto e acompanhados localmente por um técnico da instituição, designado pela sua chefia, de acordo com protocolo que se estabelece entre as instituições envolvidas e cada aluno em formação voluntária e gratuita. Tratando-se de uma formação simultaneamente de índole formativa e investigativa, a orientação vincula-se à investigação-acção (Saavedra & Oliveira, 2020), enunciando aqui os seus passos básicos e imprescindíveis: 1. análise de diagnóstico de interesses e de necessidades do público-alvo, bem como caracterização da instituição e de cada uma das pessoas, de modo a conhecer o contexto antes da actuação; 2. planificação provisória de actividades com população-alvo; 3. avaliação contínua de todas as actividades pelos utentes, e seu ajustamento contínuo face à avaliação; 4. Implementação das actividades; 5. Avaliação no final do projecto de avaliação (bem como auto-avaliação). Os objectivos gerais emergem depois do ponto 1, e os específicos nos 2, 3 e 4.

*'Active care' is a novel approach to care that affords users an active role in their own care, with the power to make their own decisions. It is based on the idea that older persons should be able to enjoy the same rights to which all people are entitled. Older people, like all people, have the right to live independently and to make their own decisions. This is especially true when it comes to care. The concept of active care asserts that care users should be involved both in decisions regarding care and in the organization and provision of the care services themselves. When a rightsbased approach is followed, care users are empowered to make free choices, to live independently and to access adequate health support. A focus on how older people's own resources can be employed and fostered in the care setting helps to create innovative and empowering strategies for care that make use of the potential offered by the 'new old'. The shift from passive to active care is a shift from care provided for people to care provided with people. Users can contribute actively to their own care and cooperate with other actors for the provision of care services. The aim is to include and empower users as well as other stakeholders involved in the creation and delivery of care strategies and services (UNECE, 2015, p. 5).*

## 5. Idosos institucionalizados e em centros de dia

Três apostas têm sido especialmente valorizadas com público com mais de 65 anos: passeios e visitas ao exterior, conhecendo e inserindo os utentes nas suas comunidades locais e mais alargadas; a arte (em todas as suas formas) na educação ao longo da vida; a aprendizagem via ciência experimental.

Um exemplo do último ponto ser visualizado na figura 1. Poster apresentado num congresso científico, após avaliação entre pares, derivado do Mestrado das técnicas superiores de Educação nele mencionadas<sup>1</sup>: Foram realizadas actividades de promoção da saúde, numa perspectiva salutogénica (Feio & Oliveira, 2016), sendo que os próprios utentes explicaram a outros, após formação prévia, como se produzia colesterol e seus perigos; na altura de Natal incidiu-se na importância da canela para estimulação do sistema circulatório.

Figura 1 – Poster apresentado num congresso científico.



<sup>1</sup> Para um conhecimento mais detalhado, podem ser consultadas as teses em REPOSITORYUM, colocando os títulos das teses que constam nas referências bibliográficas deste documento.

Nessa instituição, e em várias outras, a ciência experimental permitiu que pessoas sem literacia formal, e consideradas idosas, aprendessem assuntos que demonstraram querer saber, via ciência experimental. Exemplos de tal foram a luz na produção da cor (com utilização de folhas de várias cores, dado serem instituições inseridas no meio rural: cf. figura 3), aprender o que é e como funciona um GPS (figura 4), identificação de alguns astros: figura 5 (actividades requeridas por veteranos de guerra), como a água de um rio chega a nossas torneiras (visita orientada por técnico especializado a barragem figura 6), o que é a luz (figura 7)<sup>2</sup>.

Figura 2 – *Hands on*. Produção de colesterol.



Figura 3 – *Hands on*. Fase inicial e final de produção de cor.



<sup>2</sup> Martins, 2018; Freitas, 2017; Simões, 2016; Fernandes, 2018; Alves, 2016.

Figura 4 – *Hands on*. Como funciona um GPS.



Figura 5 – *Hands on*. Exemplo de identificação de astros.



Figura 6 – Como chega a água às nossas torneiras? Visita uma barragem local



Figura 7 – Como se produz a luz.



## Conclusões

No âmbito da colaboração mencionada no início deste documento, vários formadores têm sido preparados para inovar na escrita das instituições cuidadora oficiais de vários tipos de público. Centramo-nos aqui nos cuidados a idosos por essa valência estar na base das Misericórdias, mas também para alertar sobre os desafios que possuímos quanto a este público, e estimular os responsáveis institucionais a empreender e modificações, que terão que ser profundas, nos seus cuidadores.

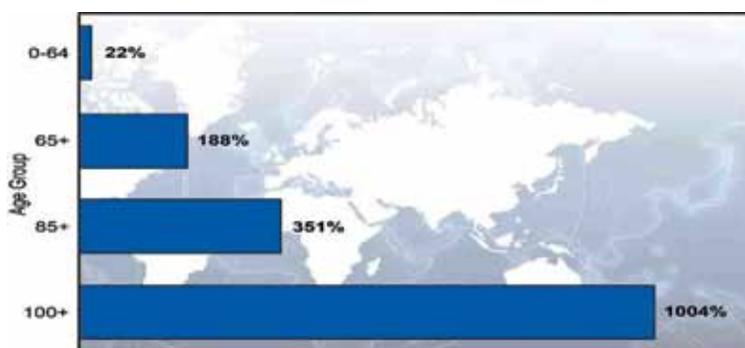
Numa sociedade com notícias dispersas e fúteis continuamente, escapa-nos muitas vezes as mais importantes. Pessoalmente, considero que o mais grave problema do mundo, a médio prazo, é o aumento demográfico que tem vindo a aumentar e cujas previsões para 2050 estão assinaladas no gráfico 1. Nele se pode ver as previsões de aumento demográfico por faixas etárias, quando comparados com os dados da ONU de 2010 (ONU, 2010).

Assim, a população até ao limite da data hoje aceite para a terceira idade vai aumentar muito pouco. Dos 65 anos em diante, porém, o aumento previsto de população é inesperado e assustador

face às instituições sociais que (não) possuímos, com cerca de mais 1360% para as pessoas com mais 65 anos, face a 2010.

Não só não estamos preparados em termos materiais e organizacionais para tal, como nem sequer conseguimos imaginar como será o mundo de então. Detemos, todavia, alguns dados que sabemos que serão totalmente diferentes face a população idosa actual.

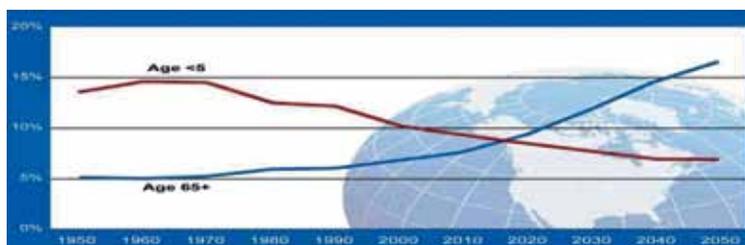
Gráfico 1 – Dados demográficos comparativos entre 2010 e 2050.



Fonte: ONU. *World Population Prospects: The 2010 Revision*.

Em 2050, em Portugal, a população idosa terá um nível de literacia com 12 anos de escolaridade, ou equivalente, no mínimo. Não terão provavelmente filhos a cargo e tão pouco netos, na maior parte das vezes, dado o declínio previsto de crianças e jovens em 2050 face a 1950, que se pode verificar no gráfico 2.

Gráfico 2 – Comparação demográfica num século.



Fonte: ONU. *World Population Prospects: The 2010 Revision*.

Sendo esta previsão para todo o mundo, o mais provável é os dados serem muito mais altos em Portugal pois possuímos a segunda menor taxa de natalidade por mulher fértil do mundo (1.3) Sem incentivos a natalidade, com leis laborais que permitem despedir facilmente mulheres grávidas (até por possuírem a possibilidade de abortar em, o que favorece as empresas), dificilmente o cenário será alterado favoravelmente.

Alguns países começaram há alguns anos a implementar algumas medidas que ajudem a sociedade a encarar esta realidade desafiadora em algo positivo.

Algumas dessas medidas se referem ao mundo laboral, e podem ser consultadas no gráfico 3. Alguns países têm-se vindo a afastar de visões e práticas idadistas há decénios. Algumas formas de viver a terceira idade em diante que surgem como inovadoras em Portugal não constituem novidade em países com forte influência local e organização comunitária, como nos EUA e Canadá onde bailes e jogar bingo são actividades semanais muito participadas, abertas a pessoas de qualquer idade, fora de instituições de terceira idade.

Na maior parte dos países europeus, as actividades culturais possuem horários que permitem a pessoas com eventual menor energia física de os frequentarem. O público é maioritariamente acima dos 50 anos. A maior parte das salas de espetáculo permitem lugares específicos e prioritários para pessoas com dificuldades motoras, por exemplo.

As empresas estão cada vez mais a tentar manter pessoas idosas no activo, oferecendo lhes estímulos de varia ordem, como mostra o gráfico 3.

As aprendizagens, a reconversão profissional são um investimento lucrativo face ao saber, paciência e menor competitividade que a pouca população jovem muitas vezes manifesta. Os idosos possuem usualmente menores responsabilidades com descendentes, possuem mais tempo livre e tendencialmente são relaxados em contextos laborais.

Gráfico 3 – Mundo laboral e idosos



Fonte: ONU. *World Population Prospects: The 2010 Revision*.

O que estas empresas têm constatado está muito além daquilo que os profissionais do mundo social se deram conta, em Portugal, com exceções, evidentemente. Não faltam, porém, estudos portugueses sobre estes assuntos, empoeirados em plataformas digitais, que ninguém lê. Mesmo quem os realiza, é geralmente convidado a esquecer a inovação e cingir-se a rotinas milimetricamente planeadas, usualmente sem os ouvir. Nos cuidados a idosos.

Despite the notable advancements in the area of person-centred care, there are aspects that still require attention. [...] The limitations of conducting research within a specific field of practice that has a narrow focus on the related literature (a good example being dementia care) [...]. They have suggested these limitations lead to development activity happening in ‘silos,’ with little sharing across teams, specialties, systems, and organisations, resulting in a lack of common and shared meaning. This becomes very evident when we reflect on the use of language and the interchangeable use of terms such as ‘patient-centred,’ ‘relationship centred,’ and ‘woman-centred’ care. The aim of this paper is to explore some of the issues pertaining to language and conceptual clarity, with a view to making connections and increasing our shared understanding of person-centred care in a way that can impact nursing practice (McCance, 2011, p. 3).

Um factor que penso ter mais impacto nas mudanças já previstas em termos laborais em outros países, e de outro nível, que assinalarei, vem daquilo a que popularmente se chama a geração sanduíche, entalada entre filhos que saem tarde de casa e ascendentes ainda vivos. É também a geração empreendedora da revolução sanduíche, que vive com filhos que sensibilizou para as questões ecológicas, que se vê a envelhecer, querendo viver com mais cultura, menos punição, mais futuro. Geração focada no futuro, seja ele longo ou curto no tempo. Seus pais, no entanto, deles dependentes, usualmente institucionalizados. Esta geração não quer a vida este-reotipada a que vê sujeitada seus progenitores, mas sabe também que poderá contar muito pouco com os descendentes, a ferros com empregos precários, focalizados nos bens materiais antes de constituírem as suas próprias famílias. Esta geração entre ajuda-se virtual, pessoal, comunitariamente. Percebem que o seu bem-estar futuro dependerá sobretudo das decisões que tomarem preventivamente. Querem alegria. Descanso e vida. Não pretendem ser institucionalizados pois consideram que tal lhes corta a liberdade de pensar, de se divertirem, de dizerem não. “A família deve ser entendida de forma integral e, portanto, abordada em seu contexto próprio, reconhecida como lugar primordial de cuidado” (Santos, Araújo & Bellato, 2015, p. 468). Criaram seus filhos na recessão demográfica, inventaram negócios alternativos aos seus empregos, sabem sobreviver sem ajuda institucional, organizaram modos de bem-estar mesmo não tendo dinheiro pois são uma geração que ainda aprendeu a alegria no convívio pessoal, e não apenas virtual. Utilizam as redes sociais para comunicarem, e não apenas para se conectarem. Os estudos referem menor solidão nesta geração do que a dos seus filhos. São a geração de que o gráfico 1 nos fala em 2050.

Viverem em casa própria com amigos, ou em zonas menos densificadas tendo amigos como vizinhos, é já uma realidade em crescimento. A contratação de técnicos especializados para os

cuidarem nestes espaços comunitários exige cuidadores profissionais que não estejam imbuídos dos preconceitos e pré-conceitos acima mencionados.

Assim, ou a institucionalização de idosos muda brutalmente, ou a sua tendência é diminuir. O tempo urge uma mudança nesse sentido. A população cada vez mais se autonomiza e cria soluções cooperativas de vida comunitária de entreajuda.

A pandemia de COVID 19 manifestada enquanto escrevia este texto veio a salientar o que acontece a um mundo desconectado entre si, a nível marco, meso e micro, A interdependência em rede só pode ser superada por redes de apoio mútuo, conscientes da interdependência individual e colectiva, e até planetária. Se o futuro se mostra estranho, incerto e dúbio, faço parte da geração mencionada; não temo pela minha velhice, se a atingir. Flexibilizar, inovar, reduzir e viver isolada socialmente sem estar só há muito que o aprendi, aceitando as dores e os sofrimentos que enfrentei, e que para isto me preparam. Porque aprendi. Termino com uma citação da reforma da saúde no Brasil, aquando a Presidência de Lula da Silva, e que seria útil os governantes portugueses terem em conta. Tal teria permitido um conhecimento real da necessidade de rastreio prioritário em lares de idosos, Lij (lares de infância e juventude) e bairros sociais; tal foi feito em Portugal por pressão da sociedade civil dado sobre a Direcção Geral da Saúde. O povo foi quem mais ordenou e educou os governantes. Esperemos todos que não esqueçam a lição.

Colocar a educação popular como uma estratégia política e metodológica na ação do Ministério da Saúde permite que se trabalhe na perspectiva da integralidade de saberes e de práticas, pois proporciona o encontro com outros espaços, com outros agentes e com tecnologias que se colocam a favor da vida, da dignidade e do respeito ao outro. Trabalhar com a educação popular em saúde qualifica a relação entre os cidadãos, definidos constitucionalmente como sujeitos do direito à saúde, pois pauta-se na subjetividade inerente aos seres humanos (ME, 2017, p.74).

## Referências Bibliográficas:

- Alves, A. (2016), *Educação para a saúde na terceira idade: uma questão de hábitos*, Braga, UMINHO. Dissertação de Mestrado em Educação.
- Ballesteros, R.; Garcia, L. F.; Abarca, D.; Blanc, E.; Efklides, A.; Moraitou, D.; Kornfeld, R.; Lerma, A. J.; Nuñez, V. M.; Mendoza Ruvalcaba, N. M.; Orosa, T., Paul, C.; & Patricia, S. (AAVV, 2010), “The concept of ‘ageing well’ in ten Latin American and European countries”, in *Ageing & Society*, n.º 30 (1), 2010 (número completo).
- Damásio, A. (2000), *Sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*, Lisboa, Europa América.
- Declaração de Barcelona de Bioética e Direitos Humanos (DBBDH), Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Genebra, Suíça, Unesco. [acesso 30 set 2019]. Disponível:<http://bit.ly/2kgv9lt>, 2005.
- Delboni, M.; Areosa, S.; Remoaldo, P.; Oliveira, C. C.; & Ponte, A. (2017), “Serviços de Apoio Social às pessoas idosas em Braga, Portugal”, in *Revista Kairós-Gerontologia*, n.º 20, pp. 81-100.
- Dewey, J. (1920), *Reconstruction in Philosophy*, NY, Henry Holt and Company.
- Encarnação P.; Oliveira, C. C.; & Martins, T. (2015), “A generalized resistance resource: faith: a nursing view”, in *Health Promot. Int.*, n.º 32 (3), pp. 1-4.
- Encarnação P.; Oliveira, C. C.; & Martins, T. (2015), “Dor e sofrimento conceitos entrelaçados: perspectivas e desafios para os enfermeiros”, in *Rev Cuidados Paliativos*, n.º 2 (2), pp. 22-31.
- Encarnação P.; Oliveira, C. C.; & Martins, T. (2018), “Psychometric Properties of the Suffering Assessment Questionnaire in Adults with Chronic Diseases or Life-Threatening Illness (SAQ)”, in *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2018, n.º 32(4), pp. 1279-1287.
- Feio, A. & Oliveira, C. C. (2014), “Confluências e divergências conceituais em Educação em Saúde”, in *Revista Saúde e Sociedade*, n.º 24 (2), pp. 703-715.
- Fernandes D., Oliveira, C. C., & Nobre A. (2018), “Universidade Sénior: Ciência em Educação não-formal”, in *Actas de Ageing Congress 2018 – Congresso Internacional sobre o Envelhecimento – Livro de Actas*, Coimbra, ISCAC, pp. 143-153
- Fernandes D. & Oliveira, C. C. (2018), “Aprender a Envelhecer: intervenção numa Universidade Sénior”, in *Actas de Ageing Congress 2018 – Congresso Internacional sobre o Envelhecimento – Livro de Actas*, Coimbra, ISCAC, pp. 516-524.
- Fernandes, D., (2018), *Aprender a Envelhecer: intervenção numa Universidade Sénior*, Braga, UMINHO. Dissertação de Mestrado em Educação.

- Freitas, M. (2018), *(Re)Aprender a aprender através da participação ativa: novos caminhos para a educação permanente e ao longo da vida num Centro Sénior*, Braga, UMINHO. Dissertação de Mestrado em Educação.
- Le Breton, D. (2015), *Disparaître de soi*, Paris, Métaillié.
- Martins, J. (2017), *Rumo à inclusão social dos idosos: um projeto educativo com idosos institucionalizados*, Braga, UMINHO. Dissertação de Mestrado em Educação.
- ME (2017), *Referencial de Educação para a Saúde*, Lisboa, ME-DGS.
- Oliveira, C. C. & Costa A. L. (2012), “Viver o estado terminal de um familiar: leitura salutogénica de resultados de um estudo de caso”, in *Saúde Soc.*, n.º 21 (3), pp. 698-709.
- Oliveira, A. (2014), “Humanidades na educação médica: necessidade ou superficialidade?” in Macedo, G.; Grossegeisse, O.; Sanróman, A.; Sousa, A.; & Moura, V. (orgs.), *XV Colóquio de Outono As Humanidades e as Ciências. Disjunções e Confluências*. Famalicão, Húmus, pp. 289-305
- Oliveira, C. C. (2008), “A Medicina é uma Ciência? Uma Interrogação Filosófica”, in *Pessoas e Sintomas*, n.º 3, pp. 26-32.
- Oliveira, C. C. (2016), “Para compreender o sofrimento humano”, in *Rev. bioét.*, n.º 24 (2), pp. 225-34.
- ONU (2011), *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Disponível em <http://esa.un.org/unpd/wpp>
- Ribeiro, O. (2012), “O envelhecimento ‘ativo’ e os constrangimentos da sua definição”, in *Sociologia*, número temático: Envelhecimento demográfico, pp. 33-52.
- Saavedra, I. & Oliveira, C. C. (2020), “Filosofia da Educação não formal complexa e interventiva” (no prelo).
- Santos, P.; Araújo, L.; & Bellato, R. (2015), “(Re)configurações nos modos de ser e cuidar em família”, in *Atas CIAIQ 2015*, Aveiro, Ludomedia, pp. 468-473.
- Simões, C. (2016), *A vida pós-guerra. O caminho percorrido: Projeto de intervenção socioeducativa em indivíduos Veteranos de Guerra*, Braga, UMINHO. Dissertação de Mestrado em Educação.
- Sousa, E. & Oliveira, C. C. (2015), “Viver a (e para) aprender: uma intervenção-ação para a promoção do envelhecimento ativo”, in *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 18, n.º 2, pp. 405-415.
- Tonelli, M. R. (1998), “The philosophical limits of evidence-based medicine”, in *Acad. Med.*, n.º 73 (12), pp.1234-1240.
- UNECE (2015), “Innovative and empower strategies for care”, in *Policy Brief on Ageing*, n.º 15 (número inteiro).

