

Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan
Organizadora

CIÊNCIAS DA SAÚDE E SEUS ESTUDOS ATUAIS

VOL. 01

CURITIBA
EDITORA REFLEXÃO ACADÊMICA
2022



Organizadora
Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan



**Ciências da saúde e seus estudos
atuais**

Vol. 01

Reflexão Acadêmica
editora

Curitiba
2022

Copyright © Editora Reflexão Acadêmica
Copyright do Texto © 2022 O Autor
Copyright da Edição © 2022 Editora Reflexão Acadêmica
Editora-Chefe: Profa. Msc. Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan
Diagramação: Lorena Fernandes Simoni
Edição de Arte: Editora Reflexão Acadêmica
Revisão: O Autor

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva da autora. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos a autora, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial:

Prof^a. Msc. Rebeka Correia de Souza Cunha, Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Prof. Msc. Andre Alves Sobreira, Universidade do Estado do Pará - UEPA
Prof^a. Dr^a. Clara Mariana Gonçalves Lima, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Prof^a. PhD Jalsi Tacon Arruda, Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA
Prof^a. Dr^a. Adriana Avanzi Marques Pinto, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP
Prof. Dr. Francisco Souto de Sousa Júnior, Universidade Federal Rural do Semi-Árido - UFRSA
Prof. Dr. Renan Gustavo Pacheco Soares, Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Prof. Dr. Sérgio Campos, Faculdade de Ciências Agrônomicas, Brasil.
Prof. Dr. Francisco José Blasi de Toledo Piza, Instituição Toledo de Ensino, Brasil.
Prof. Dr. Manoel Feitosa Jeffreys, Universidade Paulista e Secretaria de Educação e Desporto do Amazonas, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Mariana Wagner de Toledo Piza, Instituição Toledo de Ensino, Brasil.
Prof. Msc. Gleison Resende Sousa, Anhanguera Polo Camocim, Brasil.
Prof^a. Msc. Raiane Vieira Chaves, Universidade Federal de Sergipe, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Thalita Siqueira Sacramento, Escola da Natureza- Secretaria de Educação do Distrito Federal, Brasil.
Prof. Msc. André Luiz Souza, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Leonice Aparecida de Fatima Alves Pereira Mourad, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Lenita de Cássia Moura Stefani, Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2022

Prof^a. Msc. Vanesa Nalin Vanassi, Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Khétrin Silva Maciel, Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Adriana Crispim de Freitas, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Esp. Richard Presley Silva Lima Brasil, Centro De Educação Superior De Inhumas Eireli, Brasil.
Prof^a. Dr^a. Vânia Lúcia da Silva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
Prof.^a Dr^a. Anna Maria de Oliveira Salimena, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
Prof.^a Dr^a. Maria Clotilde Henriques Tavares, Universidade de Brasília, Brasil.
Prof.^a Dr^a. Márcia Antonia Guedes Molina, Universidade Federal do Maranhão, Brasil.
Prof. Msc. Mateus Veppo dos Santos, Centro Universitário Euro-Americano, Brasil.
Prof.^a Msc. Adriana Xavier Alberico Ruas, Funorte, Brasil.
Prof.^a Msc. Eliana Amaro de Carvalho Caldeira, Centro Universitário Estácio - Juiz de Fora MG, UFJF, Brasil.
Prof. Msc. João Gabriel de Araujo Oliveira, Universidade de Brasília, Brasil.
Prof.^a Dr.^a Anísia Karla de Lima Galvão, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte, Brasil.
Prof.^a Dr.^a Rita Mônica Borges Studart, Universidade de Fortaleza, Brasil.
Prof.^a Msc. Adriane Karal, UDESC/UCEFF, Brasil.
Prof.^a Msc. Darlyne Fontes Virginio, IFRN, Brasil.
Prof.^a Msc. Luciana Mação Bernal, Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
Prof. Dr. Roberto José Leal, Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C357c	Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim Ciências da saúde e seus estudos atuais / Barbara Luzia Sartor Bonfim Catapan. Curitiba: Editora Reflexão Acadêmica, 2022. 179 p. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui: Bibliografia ISBN: 978-65-84610-16-3 1. Ciência. 2. Saúde. I. Catapan, Barbara Luzia Sartor Bonfim. II. Título.

Editora Reflexão Acadêmica
Curitiba – Paraná – Brasil
1contato@reflexaoacademica.com.br



Reflexão Acadêmica
editora

Ano 2022

CAPÍTULO 10

PSICOLOGIA SOCIAL DO ENVELHECIMENTO

Ana Isabel Mateus Silva

Professora Auxiliar Universidade Aberta, Lisboa, Portugal

Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais
– CEMRI-SCD

E-mail: anai.silva@uab.pt

Resumo: O envelhecimento da população é cada vez mais notório e a sociedade defronta-se com mais questões de envelhecimento demográfico, uma vez que há um aumento da esperança média de vida devido aos progressos científicos o que contribui para uma melhoria das condições de vida e uma maior longevidade da população. De acordo com Neto (2004) a Psicologia Social das pessoas idosas revela que elas são o grupo etário mais heterogéneo que qualquer outro grupo. Sendo este grupo o mais heterogéneo vamos encontrar todo o tipo de pessoas, nomeadamente pessoas com patologias, pessoas saudáveis, pessoas ativas, dependentes, pessoas com muito saberes, que podemos denominar de pessoas sábias quer seja a nível teórico quer a nível de experiência de vida. Nos últimos anos podemos contatar que houve uma grande sensibilização para o envelhecimento ativo e que algumas pessoas idosas começaram a praticar mais atividades, quer a nível físico, quer a nível psicológico e que a reforma pode ser mais uma etapa da vida e não o fim como muita vez se verificava. Assim, abordamos neste capítulo: Envelhecimento da população, Psicologia Social a nível da Gerontologia, Idadismo, Discriminação, O idoso na sociedade e o idoso e a morte

Palavras-chave: Envelhecimento; Saberes; Psicologia social; Gerontologia.

1. INTRODUÇÃO

A população a nível mundial apresenta-se cada vez mais envelhecida, e podemos encontrar dois tipos de envelhecimento: envelhecimento na base da pirâmide, em que o nascimento de crianças é menor e o número de jovens, e outro a partir do topo, onde se verifica um aumento da faixa etária de idosos. O envelhecimento populacional leva ao aparecimento de um conjunto de desafios nos quais podemos salientar a exigência dos cuidados médicos (OLIVEIRA, 2005), sendo estes cuidados não são só do foro físico, são também do foro mental, social e económico.

O envelhecimento da população deve-se ao fato da melhoria dos cuidados médicos e dos avanços científicos. Neste sentido Ramos, 2014, p. 39, salienta que os avanços científicos têm vindo a contribuir para a longevidade e qualidade de vida das populações mais velhas, bem como surgem novas perspectivas teóricas e interventivas sobre os idosos e o envelhecimento. Estes avanços favorecem a imagem e as atitudes em relação aos mais velhos, à sua integração social e à sua auto-estima.

Assim, a sociedade atual defronta-se cada vez mais com questões de envelhecimento demográfico devido ao aumento da esperança média de vida, uma vez que os progressos científicos e a melhoria das condições de vida contribuíram para a longevidade da população tendo este fenómeno como consequência um maior número de doenças crónicas com tendência para a dependência e do decréscimo da natalidade, tornando-se um dos fenómenos mais marcantes do século XXI. (ROSA, 2012).

Este envelhecimento demográfico e as alterações na estrutura social e familiar das populações das sociedades ocidentais, inclusive na portuguesa, levaram à necessidade da criação de novas respostas sociais ao cidadão com dependência e a repensar políticas de envelhecimento (MARTIN, GONÇALVES, SILVA, PAÚL, CABRAL, PINTO, 2007).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 como a era do envelhecimento, dado o crescimento marcante da fração de indivíduos considerados idosos, com idade equivalente ou superior a 60 anos. (BEZERRA, 2006).

A população com 65 ou mais anos residente em Portugal aumentará até 2060, atingindo 3 344 milhares no cenário alto (36%), 3 043 milhares no cenário central

(35%) e 2 729 milhares no cenário baixo (43%). O acréscimo mais acentuado da população idosa ocorre no cenário alto e resulta de um maior aumento da esperança de vida considerado neste cenário (INE, 2014).

Para Oliveira (2010 apud Richard e Mateev-Dirky, 2004) não é fácil definir envelhecimento, mas é possível apontar algumas características que frequentemente se relacionam com os idosos: crise de identidade provocada por ele e pela sociedade; diminuição da auto-estima; dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares bem como a mudanças profundas e rápidas; falta de motivação para planejar o futuro; atitudes infantis para conseguir carinhos; diminuição da libido e do exercício da sexualidade; depressão; somatizações e mesmo tentativas de suicídio, medos; diminuição das faculdades mentais (memória, cognitivo).

Nos nossos dias começamos a falar de dois tipos de envelhecimento: primário e secundário.

Os gerontologistas modernos distinguem o envelhecimento primário, postulando que este reflecte um limite intrínseco, possivelmente pré-programado a nível genético da longevidade celular, e envelhecimento secundário, devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, doenças e traumatismos. (SPAR, LA RUE, 2005, p.58)

De acordo com os mesmos autores as pessoas mais idosas tendem a lidar com as situações stressantes de formas diferentes das dos adultos jovens; usam mais formas orientadas pela emoção para lidar com as situações stressantes e não abordagens ativas de resolução de problemas. O distanciamento do problema, a aceitação da responsabilidade e a reapreciação positiva do problema podem ser consideradas formas de lidar com as situações orientadas pela emoção,

Podemos pensar que esta alteração que leva o idoso a relacionar-se desta forma com as situações stressantes se deve à acumulação de saberes que o mesmo foi fazendo ao longo da vida, isto é a sabedoria do idoso.

Corroborando esta ideia encontramos Neri (2001) ao referir que a pessoa com os saberes acumulados ao longo da vida sobre um determinado facto social pode constituir uma riqueza, uma moeda relacional nas trocas sociais.

2. PSICOLOGIA SOCIAL A NÍVEL DA GERONTOLOGIA

Primeiramente vamos definir gerontologia e geriatria, uma vez que são duas disciplinas diferentes.

A Gerontologia é uma ciência muito antiga, teve a sua origem nas ciências biológicas e sociais e deve abordar os problemas do envelhecimento em termos de prevenção primária do mau envelhecimento em todas as etapas da vida do Ser Humano. Em especial deverá dedicar-se ao estudo do envelhecimento tendo em consideração os aspectos biológicos e psicológicos, mas também e com acuidade acrescida, a sua relação com os aspectos educativos, jurídicos, económicos, culturais e sociais (SALDANHA, 2009, p.67).

Como podemos verificar a Gerontologia e a Geriatria tiveram a sua origem em áreas diferentes e têm objetivos diferentes, mas complementares, uma vez que a Gerontologia estuda o envelhecimento nos seus aspetos biológicos e psicológicos e a Geriatria os aspetos clínicos das doenças dos idosos.

A Geriatria nasceu no seio da Medicina, sendo a sua origem muito recente e tem como objectivo principal o estudo dos aspectos clínicos das doenças de que os cidadãos em idades avançadas são portadores (...). Na União Europeia a Geriatria é hoje uma especialidade médica na maior parte dos países, excepto em Portugal e na Grécia (SALDANHA, 2009, p.67).

O termo velhice é um construto social e varia de cultura para cultura. Em vários países nomeadamente em Portugal a velhice começa aos 65 anos. Mas este uso pode ser enganador, uma vez que o processo de envelhecimento é um processo continuum e gradual. Podemos considerar que começamos a envelhecer logo após o nosso nascimento. Apesar da idade da velhice se manter aos 65 anos, a idade da reforma por velhice em Portugal tem vindo a aumentar, e em 2021 passa para os 66 anos e 6 meses.

Para Neto, 2004, a qualidade de vida do último período de vida é bastante influenciável pelas crenças, pelas atitudes e pelos comportamentos da sociedade e faz parte da Psicologia Social Aplicada evidenciar e demonstrar como é que tais fatores contribuem para o bem-estar, quer aumentando ou diminuindo através de investigações. Estas investigações devem contribuir para a elaboração de programas de intervenção no sentido de proporcionar uma melhor a qualidade de vida das pessoas idosas.

O mesmo autor salienta que o envelhecimento é afetado pelas políticas sociais e refere Maddox (1990) em que o mesmo defende que é tão importante as mudanças biológicas como as distribuições que se fazem dos recursos. As sociedades constituem *experiências* de grande escala de grande escala que vão testar os efeitos da distribuição dos recursos ao longo da vida.

As observações de Maddox têm implicações ao nível da Psicologia Social Aplicada. As experiências naturais na sociedade têm evidenciado que uma educação e um vencimento condignos podem melhorar o envelhecimento. Ora é parte integrante do papel da Psicologia Social Aplicada mostrar a relação entre as desvantagens socioculturais e o envelhecimento e avançar com programas que procurem atenuar essas desvantagens. (NETO, 2004, p. 277)

Vários são os estudos que nos apontam que a esperança média de vida é influenciada pelas políticas sociais. Os países mais pobres têm uma esperança de vida muito abaixo do que os países mais desenvolvidos. Podemos verificar, por exemplo que em Timor Leste a esperança média de vida para os homens em 2018 é 67,28 anos e para as mulheres é de 71,38 anos (countryeconomy.com, 2020), enquanto nos países da União Europeia para os homens é de 78,2 e para as mulheres 83,7 anos. Portugal a nível dos homens apresenta um valor de 78,3 e para as mulheres 84,5 anos (PORDATA, 2020).

3. IDADISMO

Para Marques, 2011, O termo *idadismo* (em inglês ageism) aparece pela primeira vez em 1969 através do psicólogo americano Robert Butler ao procurar explicação sobre as reações negativas da construção de um empreendimento imobiliário para pessoas idosas numa determinada comunidade. Estas reações da comunidade não pareciam ter qualquer motivo, uma vez os futuros residentes não pareciam constituir ameaças à localidade. A única explicação encontrada por Butler estava relacionado com a idade dos inquilinos. Talvez esta reação fosse motivada por uma crença de que este tipo de construção poderia diminuir o valor das suas habitações e o prestígio da vizinhança.

De acordo com Neto, 2004 apud Butler (1978, p.14) o idadismo é uma profunda desordem psicossocial caracterizada pelo preconceito institucional e individual contra os idosos, estereótipos, elaboração de mitos, aversão e/ou evitamento.

O mesmo autor salienta ainda que Butler (1980) refere que o idadismo apresenta 3 aspetos distintos e interrelacionados:

1. atitudes preconceituosas em relação às pessoas idosas e ao preconceito de envelhecimento, incluindo as atitudes das próprias pessoas idosas;

2. práticas discriminatórias contra os idosos, sobretudo no emprego, mas também noutros papéis sociais,
3. práticas e políticas institucionais que muitas vezes sem maldade, perpetuam crenças estereotipadas acerca dos idosos, reduzem as suas oportunidades de uma vida satisfatória enfraquecendo a sua dignidade pessoal.

São muitos os exemplos de discriminação deste grupo etário a nível mundial e na sociedade portuguesa vamos encontrar o abuso e os maus tratos quer físicos, quer psicológicos.

De acordo com vários estudos podemos verificar que o idadismo é um problema na sociedade portuguesa. Podemos constatar nos resultados do Eurobarómetro Especial de 2009 relativo à Discrimination in UE in 2009 apresentam 53 % dos portugueses consideram a discriminação pela idade muito frequente na nossa sociedade e 57 % das pessoas concordam que é mais frequente do que há cinco anos. Também em 2009 o European Social Survey apresenta resultados idênticos. A discriminação em relação à idade é a principal forma de discriminação sentida pelos portugueses (17 %), atingindo valores superiores à discriminação em razão do sexo (13 %) ou à etnia (11 %). Em Portugal esta forma de discriminação parece atingir sobretudo as pessoas mais velhas: 20.8 % dos indivíduos entre os 65-79 anos e 31,6 % dos indivíduos com mais de 80 anos já se sentiram discriminados por causa da idade (MARQUES, 2011).

Numa investigação realizada por nós em 2013, no distrito de Portalegre relativamente aos estereótipos sobre os idosos, cujo objetivo foi descrever estereótipos relacionados aos idosos e compará-los considerando os grupos etários. Utilizamos como metodologia o focus group e fizemos 4 grupos com 8 participantes em cada grupo, sendo o grupo das crianças (8-10 anos) dos adolescentes (14-18 anos), adultos (35-45 anos) e idosos (70- 84 anos). Verificamos que os estereótipos negativos estavam mais presentes nos adultos e idosos. Enquanto as crianças só referiram estereótipos positivos e os adolescentes 60% positivos e 40% negativos.

4. DISCRIMINAÇÃO

O comportamento idadista pode ser definido como um comportamento que discrimina com base na idade cronológica (Pasupathi, Carstensen, Tsai, 1995 apud

Neto, 2004, p.284). Associadas a comportamentos idadistas podemos encontrar concepções negativas da velhice.

Esta discriminação pode ser a nível de comportamentos hostis ou a nível de comportamentos que parecem ser positivos, mas que impedem o (a) idoso (a) atingirem os seus objetivos. Assim, podemos referir que o comportamento idadista depende da idade cronológica e do impacto prejudicial (NETO, 2004).

Vários são os exemplos que podemos encontrar sobre a discriminação em relação às pessoas idosas, por exemplo o falar como se fosse uma criança, o dissidir o que deve comer ou vestir, sem questionar e a pessoa tem plenas capacidades de decisão.

Em relação à comunidade, nomeadamente em Portugal podemos encontrar os símbolos que são utilizados para identificar as pessoas idosas, centros comerciais, meios de transporte, entre outros. O sinal adotado em Portugal é de uma pessoa curvada e com uma bengala. Mas se formos ver noutros países, nomeadamente Brasil encontramos, uma pessoa sem bengala.

O abuso é considerado o caso extremo de discriminação em relação às pessoas mais velhas. Este abuso ocorre em meios institucionais (lares, hospitais, etc) mas também em meios familiares ou alguém próximo. De acordo com as estatísticas da APAV (2019), 44,7% dos crimes contra pessoa idosa com mais de 65 anos em 2018 foram cometidos pelos próprios filhos.

A violência contra a pessoa idosa pode assumir várias formas de acordo com a APAV (2014) e pode ter diferentes formas e implicar a prática de vários crimes, nomeadamente:

Violência Física: qualquer comportamento com intenção de causar agressão física, por exemplo, crimes de ofensa à integridade física, maus tratos físicos, sequestro, intervenções e tratamentos médicos arbitrários. Exemplos: bater, com a mão, agredir, bater com um objeto, dar tranquilizantes ou outros medicamentos que não estejam prescritos ou aumentar a dosagem.

Violência Psicológica/emocional/ verbal: Ações com a intenção de provocar na pessoa idosa dor, angústia através de ameaças, humilhações ou intimidação de forma verbal ou não verbal. Exemplos: insultos, ameaças, humilhação, intimidação, isolamento social, proibição de atividades, infantilização da pessoa idosa, recusa em comunicar, ameaça de abandono ou de institucionalização.

Violência Sexual: são todos os tipos de contatos sexuais sem consentimento. É um ato de Violência na qual o agressor abusa do poder que tem sobre a vítima para obter gratificação sexual, sem o seu consentimento, sendo induzida ou obrigada a práticas sexuais com ou sem violência. Exemplos: Mostrar filmes, fotografias, objetos pornográficos sem consentimento e relações sexuais sem consentimento.

Negligência e Abandono: É definida como o ato de omissão de auxílio do responsável pela pessoa idosa em providenciar as necessidades básicas, necessárias à sua sobrevivência. Exemplos: alimentação, higiene, cuidados de saúde.

Violência Financeira/económica: a prática que visa a apropriação ilícita do património de uma pessoa idosa e pode ser realizada por familiares, profissionais e instituições. Exemplos: forçar a pessoa a assinar um documento, alterar testamento, procuração sem lhe explicar para que fim se destina.

Violência Doméstica: Infligir, maus tratos físicos ou psíquicos, de forma continuada ou não, a pessoa particularmente indefesa em razão da sua idade ou dependência económica que coabitem na mesma casa. Exemplos: castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais. Este crime é público, por este motivo, qualquer pessoa que saiba ou suspeite que uma pessoa idosa está a ser vítima deste crime tem a obrigação de denunciar.

5. O IDOSO NA SOCIEDADE

As pessoas idosas mantêm na sua maioria relações fortes com os filhos, mesmo que por vezes distantes fisicamente mantêm relações emocionais e comunicam de um modo regular através dos meios de que dispõem e mais recentemente por videochamada. Esta visualização veio aproximar os idosos essencialmente de poderem participar mais ativamente nas festas de família e no acompanhamento do crescimento dos netos.

As relações conjugais entre os idosos tornam-se mais igualitárias. As mulheres continuam a mudança em relação a maior assertividade e independência, já iniciada no estágio anterior e os homens continuam na mudança de uma maior expressividade (Guttman, 1977 apud Neto, 2004). Se os dois idosos se reformam sensivelmente ao mesmo tempo, o que muitas vezes não acontece por terem idades de faixas etárias diferentes, pode causar algumas dificuldades entre o casal, ou não dependendo dos ajustes que forem feitos e das atividades de cada um. Se os dois se reformarem e de

acordo com Neto (2004, p.287), a reforma acrescenta igualdade na medida em que se reduzem as diferenças nas atividades dos cônjuges.

O mesmo autor salienta que a morte de um dos cônjuges e que na maioria é do marido, uma vez que as mulheres têm maior esperança de vida, pode ser um trauma e vai suscitar diversos tipos de perdas. Há um corte emocional, a figura principal das atividades quotidianas desaparece e mesmo uma perda económica pode surgir.

Cada vez mais encontramos pessoas a prepararem a sua reforma, no sentido de preencherem a sua vida de maneira diferente e procuram fazer coisas que lhes dão prazer, mas esta é uma pequeníssima faixa dos idosos, uma vez que este tipo de pessoas está diretamente relacionado com o tipo de reforma e o estilo de vida que tinham anteriormente.

Já encontramos muitos homens a colaborar mais nas tarefas de casa após a reforma bem como a colaborar na educação dos netos e participarem nas Universidades seniores.

As nossas realizações e das reações das outras pessoas podem relacionar-se com as nossas carreiras. De acordo com estas observações, Neto, 2004, elaborou identidades do papel, ou seja, concepções do *Self* em papéis específicos. O lugar que ocupamos na sociedade e o desenrolar da nossa carreira profissional vão influenciar as identidades do papel disponíveis.

Várias são as situações que privam as pessoas dos papéis e das relações nucleares que se foram fortalecendo ao longo da vida e em volta das quais as suas identidades tinham sido construídas, nomeadamente a reforma, a viuvez, a falta de saúde. Apesar de todas as perdas que podem surgir nos idosos, a identidade muda menos do que se poderia estar à espera (Atchley, 1980 apud Neto, 2004). Esta relativa estabilidade deve-se ao facto de as pessoas idosas continuarem a pensar nelas próprias tendo por base os antigos papéis. Salientamos L'Écuyer apud Neto, 2004, ao referir que a velhice é caracterizada pela permanência do *Self*.

No que respeita à auto-estima, esta pode influenciar positivamente ou não a adaptação e as realizações. Pode, no entanto, acontecer que a sobrevalorização leve a situações de fracasso, se a pessoa realizar atividades para além das capacidades físicas ou psíquicas. No caso de uma fraca auto-estima muitas vezes está associada ao fracasso.

O stress no período da reforma resulta da combinação de dois fatores: o deixar o emprego voluntariamente ou involuntariamente e a capacidade que a pessoa tem

em exercer algum controlo sobre os eventos no período de reforma (Karp e Yoels, 1982, apud NETO, 2004). Podemos referir que são fontes de stress a parte económica, a perda de um cônjuge, entre outros.

A visão do idoso tem vindo a mudar, essencialmente a qualidade de vida do mesmo e a sua inserção na sociedade. Cada vez mais vimos idosos mais ativos, com planos e objetivos para a sua reforma, assim e de acordo com (Pimentel e Silva apud Pereira, 2012) a visão dos idosos está a ser substituída por um segmento populacional ativo e atuante. Os idosos prestam um papel ativo nos cuidados aos netos essencialmente na idade pré-escolar. Também prestam aos filhos ajuda financeira e emocional. Uma outra vertente de envelhecimento produtivo é a participação cívica e política, uma vez que se implica a realização de atividades imbuídas de valor social.

Os idosos começam a aperceber-se de algumas dificuldades, mas o envelhecimento pode ser comparado a uma outra fase da vida, a adolescência no que respeita a experimentação de coisas novas, como por exemplo a descoberta de novas habilidades, viajarem, essencialmente aquela ou aquelas viagens que antes não puderam ser realizadas por não haver tempo ou economicamente não ser possível, estudos ou outro curso que sempre desejaram fazer e lazer e cuidarem-se fisicamente e psicologicamente, entre outros. (BULSING, JUNG, 2016)

Esta visão otimista do envelhecimento nem sempre acontece, uma vez que vamos encontrar muitos idosos dependentes quer a nível de saúde, quer a nível económico. Nestas situações as dificuldades da família são acrescidas e por vezes não conseguem dar respostas levando à procura de respostas na sociedade o que nem sempre as encontram.

6. O IDOSO E A MORTE

Falar sobre a morte, ainda nos nossos dias é um tabu, no entanto os media já abordam a temática. Os idosos começam a ver os amigos, familiares a morrerem e apercebem-se que a morte está cada vez mais próxima, apesar de alguns não o manifestarem.

É um evento comum a todos nós, e que pode ocorrer em qualquer fase da vida, mas essencialmente na velhice, é vivenciado com grande dificuldade. A maioria das pessoas consciente ou inconscientemente tendem a resistir à ideia de seu próprio envelhecimento e muito mais da sua morte (ELIAS, 2001; BULSING, JUNG, 2016).

Ao longo da história a morte tem sido vista de formas diferentes, na Idade Média, a morte era um evento natural da vida, considerada algo doméstico e familiar, havia uma preparação para a morte através de despedidas da família e dos amigos numa cerimônia pública em sua casa, onde os familiares, amigos e mesmo as crianças, podiam entrar no quarto, para se despedirem. Só a partir da segunda metade do século XX, a morte deixou de ser na própria residência e passou para outros espaços, hospitais. Os rituais deixaram de ser realizados na casa de família e as pessoas passaram a morrer sozinhas, em camas de hospitais, clínicas, lares ou residências seniores onde se presta os cuidados que já não pode se prestar em casa (BULSING, JUNG, 2016).

A morte faz parte do ciclo de vida, é o culminar de um ciclo e todas as pessoas deviam começar a preparar a própria morte ao longo da vida e muito mais o idoso.

Para Oliveira (2010), a morte deve ser encarada com naturalidade e salienta que de acordo com Howarth (1998), os idosos comportam-se de maneira diferente perante a morte, uns afirmam que estão preparados, outros vivem o presente apegados à vida, sem pensarem muito a longo prazo.

Os idosos podem sofrer de ansiedade face à morte e de tanafobia e que pode incluir medo do evento em si, medo do que acontecerá depois e ainda medo de deixar de ser (aniquilamento ou extinção total). Este medo de morte relaciona-se com o tempo e as circunstâncias ou seja: quando morrerei, como e onde. Também está muito relacionado com a fé ou a descrença na imortalidade. Ainda não se conhece quando aparece este medo e como se origina, quando atinge o seu cume, se é contínuo ou se há fases da vida em que ele é mais ou menos intenso (OLIVEIRA, 2010).

Rasmussen e Brems (1996) apud Oliveira, 2010, concluíram que a ansiedade face à morte estava negativamente correlacionada com a idade.

A morte está muito associada à velhice e às perdas dos idosos. A pessoa ao lidar com a perda dos familiares e amigos tem de lidar inevitavelmente com a morte, e vai vivenciar o processo de luto. Sempre que morre uma pessoa amiga ou até mesmo conhecida é mais uma perda e o idoso sente muitas vezes que a sua vez está a aproximar-se. Envelhecimento e morte estão simbolicamente ligados, de uma maneira marcante, dependendo da cultura.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população leva a profundas alterações a nível da sociedade. Estas alterações devem contemplar o bem estar social e económico desta população. Há necessidade de uma preparação para as mudanças da sociedade inclusive a nível cultural, uma vez que as pessoas com mais de 60, 65 anos não devem ser consideradas idosos, mas sim uma 3ª idade, como já abordado por diversos autores, nomeadamente Oliveira (2010). Algumas pessoas com mais de 65 anos, podem ter algumas limitações e ou alguns problemas de saúde próprios do decurso natural do desenvolvimento, outras devido ao estilo de vida, entre outros fatores, mas podem manter as suas faculdades mentais e físicas com alguma adaptação. Assim, a preparação para a reforma bem como para uma idade mais avançada deve começar a ser organizada desde criança e ou adolescente, caso isso não aconteça deve ser iniciada o mais cedo possível na idade adulta. Muito importante fazer nesta fase da vida aquilo que não conseguiram fazer noutras fases por vários fatores, essencialmente ter objetivos de vida e sentirem-se bem e adaptados ou adaptadas à vida em que estão a viver e úteis na sociedade. Sendo este o grupo etário mais heterogéneo é necessário cada vez mais estudos para esta população e preparar a população em geral para aceitar a mesma sem qualquer discriminação - Idadismo.

A morte deve ser vista como o final de um ciclo, mas que este ciclo pode terminar em qualquer altura por várias razões, mas sentirem que estão preparados e preparadas para deixar os bens materiais, as pessoas ou outros sentimentos. O mais importante é sentirem-se realizadas com e que fizeram ao longo da sua vida e que a última etapa foi de conhecimento, realização de objetivos que anteriormente não puderam fazer, viverem cada um e uma de acordo com o que sentem que é qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA. Estatísticas Apav Crimes De Violência Doméstica Violência Filioparental 2013 2018, 2019. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_VD_Violencia_Filioparental_2013_2018.pdf. Acesso em: 19 de jan 2022.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA. Tipos De Violência E De Crime, 2014. Disponível em: [HTTPS://APAV.PT/IDOSOS/INDEX.PHP/VIOLENCIA-CRIME/TIPOS-DE-VIOLENCIA-E-DE-CRIME](https://apav.pt/idosos/index.php/violencia-crime/tipos-de-violencia-e-de-crime). Acesso em: 19 jan 2022.

BULSING, R. ; JUNG, S. Envelhecimento e Morte: Percepção de Idosas de um Grupo de Convivência. PSICOLOGIA EM ESTUDO, VOL. 21(1), PP. 89-100, 2016. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28253>. Acesso em: 12 abril 2022.

BRITTO, J. Envelhecimento: Prevenção e Promoção de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

COUNTRYECONOMY.COM. Esperança de vida ao nascer, 2020. Disponível em: <https://pt.countryeconomy.com/demografia/esperanca-vida/timor-leste>. Acesso em: 20 fev 2022.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2001.

PORDATA. Indicadores de envelhecimento. Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Disponível: <https://www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+envelhecimento-1609>. Acesso em: 28 março de 2022.

PORDATA. Esperança de vida à nascença: total e por sexo. PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa, 2020. Disponível em <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo-1260> . Acesso em: 11 de jan 2022

FONTAINE, R. Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Indicadores Demográficos. Lisboa: INE, 2014. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt. Acesso em 20 fev 2022.

MARQUES, S. Discriminação da Terceira Idade. Fundação Francisco Manuel dos Santos: Lisboa, 2011.

MARTIN, J.; GONÇALVES, D.; SILVA, A.; PAÚL, CONSTANÇA; CABRAL, F. PINTO Políticas sociais para a terceira idade, in Augustín Requeijo Osório e Fernando Cabral Pinto (coord.), As Pessoas Idosas, Lisboa, Instituto Piaget, 2007a, p.131-179.

NERI, A. Velhice e qualidade de vida na mulher. NERI, A. L. (Org.). Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, S.P. Papirus, 2001.

NETO, F. Psicologia Social Aplicada. Lisboa. Universidade Aberta, 2004.

OLIVEIRA, B. Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Porto. Legis Editora, 2010.

PEREIRA, F. (Coord.). Teoria e Prática da Gerontologia: Um guia para Cuidados aos Idosos. Viseu. PsicoSoma, 2012.

RAMOS, N. Avós e netos através da(s) imagem(s) e das culturas. In. Natália Ramos et al. A Voz dos Avós. Coimbra: Gráfica de Coimbra e Pro-dignitate, 2014, p. 33 – 56.

ROSA, M. O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Ensaio da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Relógio D'Água Editores, 2012.

SALDANHA, H. Bem Viver para Bem Envelhecer, um desafio à Gerontologia e à Geriatria. Lisboa. Lidel, 2009.

SPAR, E. J.; LA RUE, A. Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa: Climepsi, 2005.