Envelhecimento : activo ? bem sucedido ? saudável ? possíveis coordenadas de análise...

Mariana F. Almeida

Edição electrónica

URL: <https://journals.openedition.org/sociologico/1599>

DOI: 10.4000/sociologico.1599

ISSN: 2182-7427

Editora

CICS.NOVA - Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa

Edição impressa

Data de publicação: 1 janeiro 2007

Paginação: 17-24

ISSN: 0872-8380

Refêrencia eletrónica

Mariana F. Almeida, «Envelhecimento : activo ? bem sucedido ? saudável ? possíveis coordenadas de análise...», *Forum Sociológico* [Online], 17 | 2007, posto online no dia 01 janeiro 2007, consultado o 29 março 2022. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/1599> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.1599>

ENVELHECIMENTO: ACTIVO? BEM SUCEDIDO? SAUDÁVEL? POSSÍVEIS COORDENADAS DE ANÁLISE...

Mariana F. Almeida

■ Bolseira da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública/UNL (malmeida@ensp.unl.pt)

Resumo

Que concepção ou visão do envelhecimento poderá guiar a formulação de políticas, a actuação e a investigação? Diversos termos têm surgido nas últimas décadas, alguns correspondendo a propostas conceptuais claramente estruturadas, outros nem tanto... Abordar-se-ão aqui alguns dos mais divulgados - envelhecimento saudável, envelhecimento bem sucedido, envelhecimento activo -, discutindo as suas potencialidades e limites. Adoptando como referência uma perspectiva de promoção da saúde, tal como decorre da Carta de Ottawa (1986), termina-se com uma proposta de critérios a ter em conta numa conceptualização de envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento Activo; Envelhecimento Bem-Sucedido; Envelhecimento Saudável; Promoção da Saúde

Abstract

Which understanding or vision of ageing should guide us in policy making, action and research? In the last decades, several concepts and frameworks have been proposed. This article discusses some of them - healthy aging, successful aging, active ageing - emphasising their potential and limits. Adopting an health promotion approach consistent with the Ottawa Charter (1986), it concludes with a proposal of criteria to be considered in analysing or developing an ageing framework and vision.

Keywords: Healthy Aging, Successful Aging, Active Ageing; Health Promotion

Introdução

O interesse crescente, nas últimas décadas, face ao envelhecimento e suas múltiplas implicações no plano individual, social, económico, etc., tem sido acompanhado por uma proliferação de termos remetendo para definições diversas do que é envelhecer e, em especial, do que é um “bom” envelhecimento. Exploram-se brevemente aqui algumas das mais relevantes¹, com ênfase numa discussão dos seus méritos e limitações relativas.

A perspectiva de análise adoptada é, globalmente, a da promoção da saúde, tal como decorre da Carta de Ottawa (1986). Assente num entendimento da saúde abrangente, multidimensional e positivo, propondo uma abordagem multidisciplinar e intersectorial e defendendo uma actuação orientada por valores como o *empowerment*/empoderamento e a equidade, a Promoção da Saúde constitui-se como um quadro de referência que se julga frutuoso

para abordar as questões do envelhecimento – em especial (mas não exclusivamente) na sua relação com a saúde.

Envelhecimento Saudável?

A utilização deste termo, tão frequente na literatura internacional², parece ser, muitas vezes, inespecífica, no sentido em que não se associa a uma conceptualização única ou, sequer, explícita, remetendo, aparentemente, para uma simples aplicação das perspectivas de saúde ao envelhecimento.

E a noção de saúde subjacente (ela própria com frequência somente implícita), quando referente à população idosa, como realça Crimmins num artigo para a “Annual Review of Public Health” (2004), assenta em geral, com variações que são sobretudo terminológicas, nas seguintes dimensões de “saúde”, causalmente encadeadas: factores

de risco; doenças, condições de saúde e deficiências; perda funcional; incapacidade; morte. Trata-se, como a própria autora sublinha, de uma simplificação, para mais referente a alterações na saúde da população e não a nível do indivíduo. Ainda assim este modelo ilustra o que será a principal limitação da abordagem biomédica tradicional: orientada para uma visão do envelhecimento como um problema, centrada na doença, na dependência e na morte, é pouco promissora para uma compreensão e intervenção abrangentes.

É claro que o conceito de saúde por si próprio não implica uma perspectiva unidimensional, de patologia e défice. Pelo contrário, tal como é entendido no âmbito da promoção da saúde, corresponde a “um estado de completo bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”; não é um fim em si mesmo mas antes “um recurso para a vida quotidiana”, um “conceito positivo, enfatizando recursos pessoais e sociais, tanto como capacidades físicas” (WHO, 1998: 1).

Encontram-se, de facto, entendimentos mais amplos de “envelhecimento saudável” – de que é exemplo o recente projecto europeu “Healthy ageing”, focando uma diversidade de tópicos e de determinantes da saúde (Healthy Ageing Project, 2007).

A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) adoptou, a dada altura, esta terminologia, visando acentuar um “foco no envelhecimento como parte da vida no seu conjunto e não como um grupo etário estático, separado do resto da população” (Kalache, Kickbusch, 1997: 4). No entanto, tal designação viria a ser preterida a favor da de envelhecimento activo, pretendendo “transmitir uma mensagem mais inclusiva (...) e reconhecer os factores que, para lá dos cuidados de saúde, afectam a forma como os indivíduos e populações envelhecem” (WHO, 2002: 13).

Envelhecimento bem sucedido?

Apesar da considerável literatura que, nas últimas décadas, se tem acumulado em torno do termo *Successful Aging*, não há uma definição ou critérios consensuais sobre o que, de facto, constituirá um envelhecimento bem-sucedido (Depp, Jeste, 2006). Reúnem-se aliás, sob esta mesma designação, abordagens bastante diversas: numa revisão de 170 artigos sobre o tópico, Bowling e Dieppe (2005), encontraram definições que remetem quer para teorias biomédicas, quer psicossociais, quer para combinações de ambas. E se bem que muitos dos trabalhos que adoptam esta terminologia tenham uma vocação essencialmente empírica, há também propostas conceptualmente mais estruturadas.

Provavelmente a mais divulgada será a do modelo de Rowe e Kahn, que pretendia, na sua formulação original, em 1987, exactamente alargar e contrabalançar o ênfase tradicional na distinção entre o que era envelhecimento “normal” e “patológico”, introduzindo uma diferenciação, dentro dos estados não patológicos, entre o envelhecimento dito “habitual” e o “bem sucedido” (Rowe, Kahn, 1997). Os autores, apoiando-se no estudo longitudinal da MacArthur Foundation, vão desenvolvendo o modelo, o qual, a partir de 1997, adquire um carácter mais claramente multidimensional. Comporta então 3 componentes, com uma interrelação tendencialmente hierárquica, cuja conjugação representará a plena realização de um envelhecimento bem sucedido:

- Evitamento de doença e incapacidade – à mais habitual dimensão de presença/ ausência de doença, Rowe e Kahn acrescentam a da presença/ausência e gravidade de factores de risco para doenças crónicas, permitindo assim destacar, de entre os idosos em processo de envelhecimento “habitual” (sem doenças), um subgrupo “bem sucedido” (com mais baixo risco).
- Maximização das funções cognitivas e físicas;
- Envolvimento/compromisso com a vida – i.e., a manutenção de actividades produtivas, de utilidade social, e de relacionamentos interpessoais.

É de valorizar o facto de este modelo acentuar o carácter modificável de aspectos anteriormente assumidos como “normais” (leia-se intrínsecos) do envelhecimento e levar as perspectivas de intervenção para lá da prevenção da doença e incapacidade. Diferencia-se pois das abordagens biomédicas mais tradicionais, sublinhando um conceito multidimensional e positivo de envelhecimento bem sucedido – que, nessa medida, se aproxima da já referida definição de saúde da OMS. Se se adoptar a proposta de Crowther e colegas de acrescentar ao modelo um novo factor, de espiritualidade positiva (2002), maior seria ainda a convergência com as dimensões de saúde incluídas nas concepções mais recentes da OMS (Bangkok Charter, 2005).

No entanto, podem-lhe ser também apontadas várias limitações. Uma das mais salientes é a de se aplicar essencialmente a uma “elite” de idosos, ao adoptar critérios de sucesso que não só serão porventura difíceis de atingir para a maioria das pessoas (Masoro, 2001), como, sobretudo, são do tipo “tudo ou nada” – não fazendo jus a uma visão da saúde como um continuum e excluindo, por exemplo, as situações de incapacidade, doença crónica ou, tão só, de maior risco e fragilidade. Por outro lado, os critérios de sucesso propostos por

este modelo centram-se em resultados (*outcomes*) de carácter normativo e objectivo, pressupondo a sua aplicabilidade universal. Afasta-se assim, em particular, de um entendimento da saúde como o meio ao serviço das aspirações e necessidades individuais, com a consequente componente subjectiva e inevitável variabilidade interindividual. Finalmente, muito embora contemple dimensões que não são do foro da “saúde”, no seu sentido mais estrito, a hierarquia estabelecida dá-lhe primazia incontornável. Simplificadamente, o modelo subentende então a atribuição de um rótulo de “não sucesso” aos casos/indivíduos que não atinjam determinado padrão – exigentes! – de saúde... Sendo redutora da diversidade dos significados, valores, culturas, percursos e circunstâncias de vida, tal “prescrição” abrirá mesmo portas, como alguns autores sublinham (Holstein, Minkler, 2003), a uma visão hegemónica e implicitamente valorativa (quanto mais não fosse pelo uso dos termos sucesso/fracasso), por isso mesmo penalizadora de todos quantos a ela não se conformem.

Outra proposta, também amplamente divulgada, que parece ultrapassar algumas destas limitações, é a de P. Baltes e M. Baltes. Estes autores avançam (1990) uma teoria sobre envelhecimento bem-sucedido, numa perspectiva psicológica, assente numa estratégia prototípica – a “optimização selectiva com compensação”. Trata-se de um processo dinâmico de equilíbrio entre ganhos e perdas, envolvendo a interacção de 3 processos:

- a) selecção - restrição e priorização de domínios/tarefas/metast/resultados-outcomes (em resposta designadamente à limitação de recursos);
- b) optimização - maximização do nível de funcionamento através do aumento, enriquecimento ou manutenção dos meios/recursos relevantes para a eficácia nos domínios/metast seleccionados;
- c) compensação - utilização de meios alternativos quando os recursos deixam de ser suficientes para atingir os resultados pretendidos.

Corresponderá a uma estratégia de adaptação universal, inerente ao desenvolvimento humano, mas cuja concretização fenotípica é, porém, variável – em função nomeadamente dos domínios ou níveis de análise a que se aplique, e de factores culturais/contextuais e pessoais (que incluem a fase da vida em referência). Portanto, para Baltes e Baltes, o envelhecimento bem sucedido é um processo adaptativo que, através de uma estratégia de optimização selectiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade) e assim – de forma activa

e idiossincrática – maximizar a eficácia no alcançar das metas (revistas), para si prioritárias, num contexto de inevitável redução de recursos/capacidades.

Dadas as dificuldades, pelo menos até à data, em encontrar indicadores adequados de envelhecimento bem sucedido, os autores sugerem a utilização de critérios múltiplos, conjugando indicadores subjectivos com objectivos – e recorrendo, neste último caso, preferencialmente ao conceito de adaptabilidade, mais do que a padrões normativos que tendem a ser pouco passíveis de generalização.

Assim, esta proposta parece ultrapassar alguns dos problemas apontados ao modelo de Rowe e Kahn. Não sujeitando a definição do envelhecimento bem sucedido a resultados avaliados por critérios e padrões universais normativos, objectiva e exteriormente definidos, opta antes por se centrar nos processos subjacentes que, esses sim poderão assumir um carácter universal – enquanto que a sua concretização será necessariamente contextualizada, traduzindo-se em metas pessoais subjectivamente valorizadas. Ou seja, ao identificar o “sucesso” com o atingir dos propósitos individuais, admite-se que estes podem ou não coincidir com critérios normativos dominantes num dado período histórico e contexto social.

Este meta-modelo é também claramente compatível com a ideia de saúde como recurso ao serviço das aspirações e necessidades individuais e não como um fim em si mesmo – pelo que, embora se possa pressupor que resultados definidos em torno da ausência de doença e incapacidade sejam, em geral, muito desejáveis, tal é relativizado face à “primazia” da selecção idiossincrática das metas prioritárias. Admite ainda uma visão do sucesso no envelhecimento como um continuum, sendo os seus pressupostos aplicáveis à enorme heterogeneidade de situações individuais.

Tem ainda o mérito de evitar uma visão unilateral do envelhecimento, pela negativa ou pela positiva, não acentuando o declínio ou o crescimento, mas sim a noção de balanço de ganhos contra perdas (Baltes, Carstensen, 1996), reforçando a existência de um potencial latente, de “modificabilidade”, sem negar também a inevitabilidade das perdas. Mais ainda, coloca explicitamente o envelhecimento no quadro de um processo dinâmico, de desenvolvimento no curso da vida.

Em contrapartida, uma potencial limitação do modelo é o facto de se ancorar no campo da psicologia – muito embora vários dos seus pressupostos tenham já sido explorados em relação com outros domínios (como a biologia e a sociologia, por exemplo – v.g. Baltes, Carstensen, 1996; Halfon, Hochstein, 2002).

Outra crítica que pode ser feita é que, embora explicita a relevância do contexto para um

envelhecimento bem sucedido³, esta proposta – tal como, aliás, a de Rowe e Kahn – não aprofundará suficientemente esse entendimento da interacção entre o indivíduo e o meio envolvente, em especial quanto ao papel e importância, para o “sucesso” desse processo, das determinantes ambientais fora do controle individual.

O “modelo sócio-cultural de envelhecimento bem sucedido” elaborado por Godfrey (2001; Godfrey et al., 2004) é exemplo de uma proposta que pretende precisamente colmatar esta última limitação, integrando agência/*agency* e estrutura, contextualizando a experiência individual do envelhecimento na macro-estrutura socio-económica e cultural. Assim, retendo os elementos essenciais da teorização de Baltes e Baltes, este modelo vê o sucesso no envelhecimento como o resultado de uma resposta adaptativa que recorre à selecção, compensação e optimização, visando atingir metas valorizadas a partir do equilíbrio dinâmico entre perdas e ganhos. Salienta, porém, que esses processos a nível “micro” são mediados pelo significado atribuído à experiência, e determinados não só pelos recursos pessoais (intra-individuais, de suporte social ou da comunidade), como também pela situação socio-económica, em termos do ambiente físico e social e de circunstâncias materiais. Nesta perspectiva, importa pois explorar sistematicamente o papel de expectativas, normas, e valores culturais, bem como de factores estruturais (como o estatuto socio-económico, o sexo, a etnia), que no presente e através da história de vida dos indivíduos condicionam o valor por estes atribuído a aspirações e perdas, os padrões de resposta que adoptam e os constrangimentos e oportunidades que se lhes deparam.

Vale a pena sublinhar que esta conceptualização é desenvolvida como suporte a uma concepção de serviços preventivos para idosos que, neste quadro, são vistos como recursos de apoio às estratégias compensatórias das pessoas idosas, entendidas como agentes activos, e cuja finalidade é a facilitação do atingir de metas valorizadas pelos próprios.

Envelhecimento Activo?

O termo que serve de mote ao presente dossier tem tido popularidade crescente, nomeadamente no âmbito das políticas – veja-se por exemplo o Plano Nacional de Saúde (2004-2010) em Portugal, ou documentos da União Europeia, na área do Emprego e Assuntos Sociais.

“Bandeira” da OMS a partir de 1999⁴, como um conceito claramente definido, a adopção desta terminologia noutros contextos parece muitas vezes mais “livre”, nem sempre explicitando o racional subjacente e/ou sendo empregue numa acepção bem mais estrita do que a proposta pela OMS.

Nesta, o envelhecimento activo é definido como “o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (WHO, 2002: 12). Assenta numa concepção de saúde como concretização, ao longo da vida, do potencial de bem-estar (em que as componentes mental e social são tão importantes como a física), acrescentando-lhe outros dois pilares: participação e segurança. Esta última, que engloba a também a ideia de protecção, dignidade e cuidados, remete mais particularmente para as necessidades especiais da população idosa. Fá-lo, no entanto, enfatizando, como noutras vertentes, uma perspectiva de direitos e não de assumpção das pessoas idosas como receptores passivos de cuidados. A noção de “actividade” está, nesta conceptualização, associada à de participação (“social, económica, cultural, espiritual, e cívica” – *idem*: 12) e tem portanto conotações que vão muito para lá da actividade física ou laboral. Será de assinalar que embora apresentada como não coerciva, mas antes função dos desejos e capacidades individuais, surge também, sem dúvida, como resposta a objectivos e preocupações societais, nomeadamente as que se ligam ao aumento de custos associados ao envelhecimento demográfico.

A abrangência do conceito assim definido e, em particular, a explícita referência às suas múltiplas vertentes e determinantes,⁵ constitui uma das suas grandes virtualidades. Infelizmente, porém, tal abrangência parece tender a perder-se facilmente nas apropriações mais usuais do termo, que o circunscrevem a questões como o exercício físico ou o prolongamento das actividades produtivas.

Este tipo de perspectivas mais limitadas vem de resto evidenciar uma questão que é já indiciada na abordagem da OMS: porventura exactamente na medida em que a saúde é vista como um recurso, e não como um fim em si mesmo (como atrás se advogou), ela é susceptível de ser posta ao serviço de uma “agenda” mais ampla. Importa então explicitar que fins são esses que serve e quem os define... Priorizam-se metas individuais ou interesses colectivos, da sociedade ou de subgrupos dentro desta? E quem as define: os especialistas? os políticos? os próprios?

Não há, claro, respostas unívocas a tais questões, mas o que importará sobretudo é abordá-las explicitamente, já que se não pode assumir como seguro que as várias perspectivas sejam coincidentes e isentas de conflito potencial.

Quanto mais não seja, atendendo às preocupações que se têm vindo a gerar em torno do envelhecimento demográfico – e em especial quanto ao crescimento de custos de cuidados de saúde e de pensões, regimes de segurança social e à sustentabilidade da rede de cuidados, inclusive informais⁶ –, esta é uma temática que tende a mobilizar fortes

interesses e tensões políticas, económicas e, potencialmente, sociais e culturais.

O quadro de competição pelos recursos disponíveis, nomeadamente em termos de investimentos públicos, agudiza também a importância de procurar em permanência esclarecer quais as opções que se encontram em concorrência/conflito, real ou percebido, e os interesses e implicações que lhes estão associadas. Para exemplificar, poder-se-á referir a contraposição “clássica” entre as intervenções médicas curativas especializadas, cada vez mais sofisticadas, que absorvendo grandes fatias dos orçamentos, públicos e privados, mobilizam também interesses económicos muito significativos, e as intervenções de promoção/prevenção da saúde. Estas últimas, mesmo que apresentando a prazo maior “rentabilidade”, não só económica mas também social/humana, têm menor visibilidade e capacidade de mobilização de grupos de pressão.

Por outro lado, quanto à questão de quem define o que são metas desejáveis, se a “tradição” é a de supor que os especialistas, ou mesmo os decisores políticos, conhecem o que é do melhor interesse dos indivíduos/grupos/sociedade, na discussão de outros conceitos de envelhecimento sublinharam-se já algumas das limitações e riscos de concepções normativas da saúde. Acresce que o princípio de empoderamento, central em promoção da saúde, reforça a importância/exigência de dar aos próprios interessados voz activa na definição das finalidades a priorizar.

Note-se que tal valorização do papel dos indivíduos exige, em nosso entender, atenção paralela ao reforçar da sua capacidade de resposta, aquilo a que alguns chamaram “respost-abilidade”/ *response-ability*: a “capacidade dos indivíduos para evoluir a partir das suas forças e corresponder aos desafios colocados pelo meio ambiente” (Holstein e Minkler, 2003: 790, citando Minkler, 1999). Ou seja, a perspectiva de *empowerment* aqui defendida pressupõe que não só se deverá trabalhar no sentido de dar às pessoas mais palavra e poder efectivo de decisão sobre o que é um “bom envelhecimento”, como simultaneamente, desenvolver as competências individuais e condições externas que são pré-requisito para que possam analisar criticamente as situações e agir em conformidade.

E as concepções leigas de envelhecimento?

Chegamos então a uma outra perspectiva quanto às concepções de envelhecimento: a consideração directa da visão dos principais interessados. Esta será importante, quanto mais não seja, e como salientam Bowling e Dieppe (2005), para testar a validade e relevância de medidas e políticas junto da população a que se pretende que sejam aplicadas. Na já referida revisão de literatura sobre “envelhe-

cimento bem sucedido”, estes autores verificam ser ainda escassa a investigação sobre as perspectivas das pessoas idosas nesta matéria, constando, com base nos estudos existentes, que, embora com alguma sobreposição, as definições leigas tendem a ser mais abrangentes e multidimensionais do que as dos investigadores. Num artigo mais recente, Bowling e Iliffe (2006), testam cinco modelos de “envelhecimento bem-sucedido” num inquérito junto de pessoas idosas. Concluem que aquele que se baseia na visão leiga se revela mais adequado para avaliar resultados de intervenções em promoção da saúde, já que é o melhor preditor da qualidade de vida percebida dos participantes. Na mesma linha, mas em torno do conceito de “envelhecimento saudável”, pode citar-se o estudo de Bryant, Corbett, e Kutner (2001) que, recorrendo a uma metodologia do tipo *grounded-theory*, procurou uma formulação da noção nos próprios termos das pessoas idosas.

Desconhecem-se estudos em Portugal nesta perspectiva. Pode-se no entanto referir que em entrevistas realizadas pela autora junto de uma pequena amostra de idosos portugueses, explorando o seu conceito de saúde, o próprio uso do termo envelhecimento se revelou potencialmente problemático, parecendo, para várias pessoas, unicamente conotado com implicações negativas, de declínio ou mesmo de morte. Embora de forma alguma concludentes, tais dados são sugestivos de que políticas adoptando expressões como “envelhecimento activo” podem correr o risco de não ter o eco e/ou significado esperado junto de parte da actual geração idosa⁷.

Em síntese...

...que conceito ou visão de “bom envelhecimento” adoptar? Não se aponta uma resposta única. Propõem-se, porém, na sequência da discussão anterior, alguns aspectos e reflexões a ter em conta na escolha de uma visão que oriente a investigação e/ou a intervenção.

• Explicitar

Mesmo que de forma não consciente, a actualização é inevitavelmente influenciada por conceitos, pressupostos, valores (“determinando o que vemos - ou não vemos, o que julgamos conhecível - ou irrelevante, o que consideramos exequível ou insolúvel”, Krieger, 2001a). Explicitá-los e sujeitá-los à discussão e reflexão é a única forma de procurar superar inconsistências e influências não intencionais.

• Assumir quais as perspectivas e interesses a privilegiar

Princípios como o do empoderamento e preocupações de validade advogam em favor da conside-

ração directa das definições e decisões das próprias pessoas idosas sobre o que é envelhecer bem. Não se precludindo a ponderação/defesa de interesses outros, nomeadamente de âmbito colectivo, o que não será legítimo é supor a priori a convergência de perspectivas.

- *Alargar o foco: multidimensionalidade e abrangência*

O reconhecimento de que múltiplos domínios e dimensões estão implicados no envelhecimento é, no essencial, já consensual⁸, muito embora haja variabilidade na abrangência dos conceitos analisados. Perspectivas que, como a da OMS, envolvem múltiplas vertentes/indicadores e remetem para noções amplas, com a de qualidade de vida, reflectirão melhor a complexidade do fenómeno subjacente do que outras limitadas, por exemplo, a dimensões biológicas e funcionais.

- *Olhar à(s) escala(s) temporal*

É também relativamente consensual que importa encarar o envelhecimento numa perspectiva de curso de vida (v.g. WHO, 2002). A medida em que os diversos conceitos e modelos conseguem efectivamente dar conta desta temporalidade e suas implicações⁹ é, pois, um aspecto a ter presente.

- *Contextualizar: O indivíduo e o meio. Proactividade e "respostabilidade"*

O envelhecimento depende da interacção de uma multiplicidade de determinantes, tanto individuais como ambientais (a nível físico, social, económico, etc.). A intervenção deverá atentar ao conjunto desses factores e à forma se traduzem em termos da "congruência entre o idoso e o ambiente, optimizando a adaptação" (Paúl, 2005: 39). Importa ainda reconhecer o papel proactivo que os indivíduos podem assumir, face ao seu próprio percurso e às dinâmicas colectivas. Modelos e políticas devem ter em conta, e encorajar, essa "agência"/*human agency*, mas também as condições e capacidades que são pré-requisitos para que as pessoas possam escolher/agir adequadamente, e, ainda, os factores estruturais relevantes para o envelhecimento.

- *Equilibrar: Crescimento e declínio, riscos e recursos*

Envelhecer implica dificuldades e necessidades específicas a que é preciso atender, mas também reservas e potencialidades que importa explorar e maximizar. Qualquer visão que negue quer as perdas inevitáveis que o envelhecimento acarreta, quer as possibilidades de ganhos e satisfação que comporta, é potencialmente prejudicial, por não fazer justiça ao carácter multifacetado e heterogéneo da realidade (Baltes, Carstensen, 1996). Também na actuação sobre determinantes, há que prevenir

e/ou compensar factores de risco - mas igualmente estimular e reforçar recursos positivos.

- *Não categorizar ou excluir: Continuum. Universalidade e subjectividade*

Pela mesma ordem de razões, preconizam-se modelos/conceitos aplicáveis ao continuum de situações/indivíduos. Qualquer categorização que exclua da possibilidade de "sucesso" pessoas/grupos/condições, para além de estigmatizante, menospreza o potencial de optimização que sempre existe.

Mas como assegurar um modelo/conceito aplicável a todos? Qualquer visão implícita ou explicitamente normativa, que estabeleça critérios e padrões, exteriores e objectivos, sobre o que é um envelhecimento desejável, irá necessariamente ignorar a heterogeneidade existente e negar a indivíduos/grupos/culturas que se afastam dessa norma a validade da sua própria perspectiva. Importa pois dar espaço à subjectividade.

Decorre das reflexões anteriores que, na definição de "(bom) envelhecimento", a centração em processos permite tendencialmente um carácter mais universal do que o foco em resultados. A recorrer a critérios de sucesso, será preferível que estes sejam múltiplos, mas também flexíveis, acomodando diferentes perspectivas (por exemplo, científica, societal, individual), tipos de critérios (objectivos e subjectivos) e normas (de tipo funcional, estatístico ou ideal) (Baltes, Carstensen, 1996).

- *Uma questão de princípio: Atender às diferenças e reduzir as iniquidades*

Uma palavra final para sublinhar uma perspectiva de direitos, e o princípio da equidade, como base de toda a actuação. Se a imensa heterogeneidade das pessoas, dos seus percursos e condições de vida, deve ser um dado central em qualquer conceptualização de envelhecimento, tal traduzir-se-á, na intervenção, em dupla implicação, de fundamento moral: a par do já enfatizado respeito pela diversidade, um paralelo empenho na defesa da justiça social e da equidade.

A equidade significaria que – parafraseando uma definição no âmbito da saúde (Dahlgren, Whitehead, 2006: 6) – "idealmente todos poderão atingir o seu pleno potencial e que ninguém deverá ficar em desvantagem face ao alcançar desse potencial devido à sua posição social ou a outros factores socialmente determinados". Torna-se então necessário que as políticas e medidas no âmbito do envelhecimento dediquem explícita atenção ao reduzir das diferenças/ desigualdades que são "consideradas injustas, evitáveis e desnecessárias (...), não irremediáveis" (Krieger, 2001b: 698). Só assim se poderá efectivamente concretizar o pleno reconhecimento dos direitos humanos, no envelhecimento como em qualquer etapa da vida.

Notas

- ¹ Para uma revisão mais sistemática e aprofundada sobre modelos teóricos e conceitos de envelhecimento, ainda que numa perspectiva sobretudo psicológica, veja-se, por exemplo, em português, R. Novo (2003). Também A. Fonseca (2005), abordando "O Envelhecimento Bem-Sucedido" discute esse e outros conceitos afins. De resto, importa acentuar que os diversos termos explorados no presente texto, são, por vezes, na literatura, usados de forma intermutável ou associada.
- ² A título ilustrativo, uma pesquisa no *Google Scholar* (Julho 2007) encontrou mais de 11.000 referências para os termos *healthy aging* ou *healthy ageing*, mais de 10.000 para *successful aging/ageing* e cerca de 2.500 para *active aging/ageing*.
- ³ Os autores defendem inclusive a importância de adoptar "uma perspectiva ecológica sistémica e baseada em valores", que admita variações individuais e culturais (*idem*: 7).
- ⁴ Inicialmente lançado pela OMS no Ano Internacional das Pessoas Idosas, foi depois reforçado como enquadramento global para políticas multisectoriais e para a investigação sobre envelhecimento no âmbito do Plano Internacional de Acção sobre Envelhecimento, na II Assembleia Mundial de Envelhecimento (WHO, 2002).
- ⁵ De referir que esta proposta explora diversas determinantes da saúde, em sentido amplo, situadas a vários níveis (desde influências transversais como a cultura e o género, até factores pessoais e comportamentos, passando pelos serviços sociais e de saúde e o ambiente físico e social), salientando a importância de considerar a sua influência conjunta e interrelacionada ao longo da vida.
- ⁶ Para uma reflexão em torno do conceito de "velhice enquanto problema social, a reconstituição da sua génese e o processo social de construção e institucionalização do problema" veja-se A. Fernandes (1997: 163).
- ⁷ Em contrapartida, e a título de curiosidade, refira-se que, no mesmo estudo, noções de actividade (expressa de várias formas) surgem, com frequência, espontaneamente associadas ao conceito de saúde. A ideia de que "parar é morrer" parece aliás adquirir um significado quase literal para alguns entrevistados!
- ⁸ Uma das muitas definições encontradas para envelhecimento, descreve-o como "multifacetado e consistindo em processos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais interdependentes", salientando ainda que "as vidas são vividas num contexto social e histórico" e "a relação entre os indivíduos e a sociedade é multidimensional e interactiva" (Crowther et al., 2002: 615).
- ⁹ Incluindo, por exemplo, para além da consideração de efeitos cumulativos e/ou desfasados no tempo dos vários determinantes, uma atenção especial às experiências precoces, "janelas de oportunidade" e períodos de transição.

Referências bibliográficas

- BALTES, M. M. e L. L. Carstensen (1996), "The Process of Successful Ageing", *Ageing and Society*, 16, pp. 397-422.
- BALTES, P. B. e M. M. Baltes (1990), "Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation", em P. B. Baltes, M. M. Baltes (eds.) (1990), *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BANGKOK CHARTER FOR HEALTH PROMOTION IN A GLOBALIZED WORLD (2005), http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/.
- BOWLING, A. e P. Dieppe (2005), "What is successful ageing and who should define it?", *British Medical Journal*, 331, pp. 1548-1551.
- BOWLING, A. e S. Iliffe (2006), "Which model of successful ageing should be used? Baseline findings from a British longitudinal survey of ageing", *Age and Ageing*, 35 (6), pp. 607-614.
- BRYANT, L. L., K. K. Corbett e J. S. Kutner (2001), "In their own words: a model of healthy aging", *Social Science & Medicine*, 53 (7), pp. 927-941.
- CRIMMINS, E. M. (2004), "Trends in the health of the elderly", *Annual Review of Public Health*, 25, pp. 79-98.
- CROWTHER, M. R. et al. (2002), "Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality - The forgotten factor", *The Gerontologist*, 42 (5), pp. 613-620.
- DAHLGREN, G. e M. Whitehead (2006), *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- DEPP, C. A. e D. V. Jeste (2006), "Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies", *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (1), pp. 6-20.
- FERNANDES, A. A. (1997), *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais Em Portugal*, Oeiras, Celta Editora.
- FONSECA, A. M. (2005), "O envelhecimento bem-sucedido", em C. Paúl, A. M. Fonseca (coords.) (2005), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi, pp. 281-311.
- GODFREY, M. (2001), "Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people", *Health and Social Care in the Community*, 9 (2), pp. 89-99.
- GODFREY, M., J. Townsend e T. Denby (2004), *Building a good life for older people in local communities: The experience of ageing in time and place*, York, Joseph Rowntree Foundation.
- HALFON, N. e M. Hochstein (2002), "Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research", *Milbank Quarterly*, 80 (3), pp. 433-479.
- HEALTHY AGEING PROJECT (2007), *Healthy Ageing - A Challenge for Europe*, Stockholm, The Swedish National Institute of Public Health.

- HOLSTEIN, M. B. e M. Minkler (2003), "Self, Society, and the 'New Gerontology'", *Gerontologist*, 43 (6), pp. 787-796.
- KALACHE, A. e I. Kickbusch (1997), "A global strategy for healthy ageing", *World Health*, 50 (4), pp. 4-5.
- KRIEGER, N. (2001a), "Emerging theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective", *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 668-677.
- KRIEGER, N. (2001b), "A glossary for social epidemiology.", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp. 693-700.
- MASORO, E. J. (2001), "'Successful Aging' – Useful or Misleading Concept?", *The Gerontologist*, 41 (3), pp. 415-419.
- NOVO, R. F. (2003), *Para Além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION (1986), Geneva, World Health Organization.
- PAÚL, C. (2005), "A construção de um modelo de envelhecimento humano", em C. Paúl, A. M. Fonseca (coords.) (2005), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*, Lisboa, Climepsi, pp. 21-41.
- PORTUGAL - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*, vol. 1 e 2, Lisboa, Ministério da Saúde.
- ROWE, J. W. e R. L. Kahn (1997), "Successful aging", *The Gerontologist*, 37 (4), pp. 433-440.
- WHO (1998), *Health Promotion Glossary*, Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva, World Health Organization.