

## XVI ENCONTRO NACIONAL DE SIOT

### *Futuros do Trabalho: Políticas, Estratégias e Prospetiva*

27 e 28 de Novembro de 2015 :: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas-Universidade Nova de Lisboa  
Tema 1) Globalização, PME e Internacionalização Competitiva

## **Qualidade de vida e bem-estar na reforma: uma análise à luz da realidade angolana**

*João Manuel Saveia*

*jmsaveia@hotmail.com*

*CIEPOT – Centro de Estudos e Pesquisas - Angola*

### **Resumo**

A qualidade de vida e o bem-estar são temas que vêm ocupando o interesse de vários profissionais. Não obstante, a análise mais atenta da literatura sobre o assunto evidencia que esse campo de estudos ainda é marcado por inconsistências teórico-conceituais que têm interferido no progresso da área, o que denota a necessidade de realização de estudos e análises que se mostrem capazes de elencar os principais fatores que impactam a qualidade de vida e o bem-estar em diferentes contextos. Este artigo procura analisar o que é fundamental para o bem-estar e os aspectos que podem impactar a qualidade de vida daqueles que estão a passar para a reforma. O artigo difere dos vários que têm sido escritos sobre o tema, pois enfoca a qualidade de vida e o bem-estar não apenas no trabalho, mas principalmente no desligamento dele. Tomou-se como objeto de estudo a realidade angolana. Trata-se de um texto que resulta da análise da realidade do país, com base em pesquisa e na experiência do autor na condução de programas de preparação para a reforma. Entre as várias conclusões destaca-se que a qualidade de vida na reforma tem como um dos pilares centrais o equilíbrio obtido pela pessoa que consegue dar atenção às diferentes dimensões da sua vida. Destaca-se também que é necessário que o governo e a classe empresarial proponham políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. Finalmente, destaca-se o fato de que a qualidade de vida na reforma não deve ser definida apenas por critérios conceituais e técnicos, mas deve considerar indicadores políticos, económicos, sociais, culturais e ambientais.

**Palavras chave:** Qualidade de vida, bem-estar, reforma, Angola.

### **Introdução**

A população mundial está a envelhecer, quer seja nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Dados da OMS (2005) indicam que em 2002, quase 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais viviam no mundo em desenvolvimento. No entanto, até 2025, este número terá aumentado para aproximadamente 840 milhões, o que representará 70% das pessoas na 3ª idade em todo o mundo.

Esta mudança, porém, traz uma grande preocupação. Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento social e económico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento está a ser reduzido há duas ou três décadas. Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento

estão a envelhecer antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza (Kalache & Keller, 2000).

É no grupo dos países em desenvolvimento que inserimos Angola. Logo, tem-se aqui uma preocupação que deve merecer a atenção de pesquisadores e especialistas angolanos, das diversas áreas do conhecimento, especialmente aqueles que têm como temática de atuação o envelhecimento e a reforma, de tal sorte que se possa garantir qualidade de vida e bem-estar para os trabalhadores reformados.

Este trabalho procura analisar o que é fundamental para o bem-estar e os aspectos que podem impactar a qualidade de vida dos trabalhadores reformados. Por outro lado, espera-se despertar o interesse para esta temática e proporcionar subsídios para a reflexão de tais questões na realidade angolana.

### **Qualidade de vida e bem-estar**

Os conceitos de qualidade de vida e de bem-estar estão de tal forma relacionados que torna difícil distingui-los de maneira clara e objetiva. Em relação à qualidade de vida a Organização Mundial da Saúde (OMS) define-a como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994).

Na mesma direção, Mendonça, Ferreira, Porto e Zanini (2012), consideram que qualidade de vida é um constructo multifacetado, que envolve quatro dimensões superiores, a saber: 1) aspectos individuais – físicos, mentais, psicológicos e emocionais; 2) aspectos relacionais – família, amigos, escola; 3) aspectos sociais - saúde, educação, poder de compra; 4) aspectos culturais – sistemas de valores em que se vive, objetivos, expectativas, padrões e concepções relacionadas às diferentes circunstâncias da vida.

Tomadas em conjunto, essas dimensões estão estruturadas de modo a apresentar aspectos subjetivos, relacionados à percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida, e objetivos, ligados à própria condição de vida.

Quanto ao bem-estar, a OMS concebe-o como condição de saúde coletiva das pessoas e entende-o numa perspectiva biopsicossocial, abrangendo, conseqüentemente, diferentes domínios da vida, como o trabalho, a família, o lazer, as finanças e o próprio *self*. Tal entendimento resulta da definição de saúde da OMS, concebida como o completo bem-estar biopsicossocial e não somente a ausência de afecções ou enfermidades (Decreto-Lei nº 36406, 1946).

Diante de tais concepções, Mendonça, Ferreira, Porto e Zanini (2012) procuram demarcar estes dois conceitos. Assim, segundo os autores, no que se refere à qualidade de vida, existe um foco prioritário nas perspectivas situacionais, focadas nas percepções das pessoas sobre diversos aspectos de sua vida. Por sua vez, o bem-estar caracteriza-se como a representação das pessoas sobre as avaliações feitas acerca de seu estado biopsicossocial e, conseqüentemente, está relacionado às vivências afetivas positivas e à avaliação da satisfação com a vida de modo geral.

Nos últimos anos, qualidade de vida e bem-estar vêm preocupando pesquisadores e especialistas da área da saúde, especialmente os que trabalham com pessoas idosas. A grande preocupação tem sido a de procurar manter a autonomia e a independência do indivíduo que envelhece, por acreditarem que a qualidade de vida e o bem-estar na velhice são fortemente determinados por estes dois aspectos.

Na próxima seção, serão apresentadas variáveis que podem exercer uma influência positiva ou negativa para a qualidade de vida e o bem-estar na reforma, tendo como referência a realidade angolana, analisada com base em levantamento feito pelo autor na condução de programas de preparação para a reforma. Certamente, não há intenção de esgotar o tema, mas apenas fornecer uma ideia dos prováveis fatores que impactam a qualidade de vida e o bem-estar na reforma em Angola.

### **Qualidade e vida e bem-estar na reforma**

Que aspectos podem garantir a qualidade de vida e o bem-estar na reforma? Esta preocupação ganhou destaque nas últimas décadas, em função do cenário de envelhecimento da população

mundial, de tal forma que a OMS lançou e difundiu na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid (2002), o conceito de “envelhecimento ativo”. Segundo a OMS (2005), o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O conceito de envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo”, para a OMS, refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Dessa forma, as pessoas mais velhas que se reformam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.

Desta forma, as políticas destinadas aos idosos devem ter como um dos principais objetivos a promoção da saúde e a preservação da capacidade funcional. As políticas devem estar focadas na promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria cada vez maiores da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida. Uma política de saúde do idoso deve, portanto, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isso significa a valorização da autonomia ou determinação e a manutenção da independência física e mental do idoso.

Segundo Caldas (2012), a independência ou capacidade funcional de uma pessoa é avaliada com base na capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), que por sua vez dividem-se em:

Atividades **básicas** da vida diária – tarefas próprias do autocuidado, como alimentar-se, vestir-se, controlar os esfíncteres, tomar banho, locomover-se, etc.

Atividades **instrumentais** da vida diária – capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro, etc.

Atividades **avançadas** da vida diária – são marcadoras de atos mais complexos e, em grande parte, ligados à automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios, etc.

Ainda segundo a autora, uma pessoa independente é aquela que é capaz de realizar todas as atividades listadas acima, além de participar da vida econômica e social da sua comunidade e decidir o que fazer com seus recursos sem ajuda de terceiros.

À noção de pessoa independente, Caldas (2012) acresce a noção de pessoa autónoma, entendendo como aquela que é capaz de autogovernar-se. Nesse conceito a autora inclui o exercício da liberdade individual, da privacidade, de fazer escolhas livremente e ser independente moralmente, tendo harmonia com os próprios sentimentos e necessidades.

De acordo com a OMS (2005), uma abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de políticas e programas tem o potencial de reunir muitos dos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, teremos muito provavelmente: menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos; menos deficiências associadas às doenças crónicas na terceira idade; mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; à medida que envelhecem, mais indivíduos a participar ativamente nos aspectos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.

Em resumo, o objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de bem-estar e de qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Desta forma, segundo a OMS (2005), políticas e programas de envelhecimento ativo são necessários para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com suas capacidades e

preferências à medida que envelhecem, e para prevenir e retardar incapacidades e doenças crônicas que são caras para os indivíduos, para as famílias e para os sistemas de saúde.

Por outro lado, França (2012) realça o fato de nos últimos anos vários profissionais, em vários países, terem desenvolvido estudos sobre preditores de qualidade de vida e bem-estar na reforma. Em Angola, por não existirem estudos a respeito, procurou-se identificar, a partir de participantes de Programas de Preparação para a Reforma, os aspectos que podem influenciar a qualidade de vida e o bem-estar na reforma. Tais aspectos foram mapeados em atividades grupais (essencialmente dinâmicas de grupo), com trezentos trabalhadores em fase de reforma ou já reformados.

Apear das atividades grupais não terem sido voltadas apenas para a qualidade de vida e o bem-estar na reforma, ainda assim, foi possível identificar aspectos que podem impactar tais vivências.

Foram descritos vários aspectos, agrupados em dez grandes categorias: 1) escassez de recursos financeiros; 2) sistema precário de saúde pública; 3) doença adquirida antes da reforma; 4) habitação inadequada; 5) sistema precário de transporte público; 6) insuficientes estruturas e programas para o lazer; 7) maus tratos e desestruturação familiar; 8) baixa qualificação acadêmica; 9) fragilidade das políticas para o idoso; 10) ausência de projeto de vida.

O que leva os mais velhos em Angola a identificarem estes aspectos como aqueles que mais podem afetar a qualidade de vida e o bem-estar na reforma? Nas próximas linhas procurar-se-á fazer uma análise de tais aspectos.

### **Fatores que impactam a qualidade de vida e o bem-estar na reforma**

O Decreto Presidencial nº 174/14 de 24 de Julho, que aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS) estabelece que compete a este órgão da Administração Central do Estado, conceber, propor e executar a política social relativa aos grupos mais vulneráveis da população, nomeadamente da criança, da pessoa idosa e da pessoa com deficiência, garantindo os seus direitos e a promoção do seu desenvolvimento por meio de medidas que reportam a implementação de políticas sociais básicas de assistência e reinserção social.

Neste sentido, são atribuições do MINARS garantir a assistência e definir políticas de proteção e promoção social do idoso não abrangido pelo sistema de segurança social, propor e coordenar políticas de integração social e formação profissional dos ex-militares, em articulação com outros órgãos do Estado.

Pode-se perceber que existe, em termos legais, uma consideração para com o idoso como merecedor da atenção do Estado. Assim, e diante da situação socioeconómica dos idosos, o Governo de Angola concebeu instrumentos legais que compreendem a política da pessoa idosa e a respetiva estratégia de implementação, sendo que a assistência social e acesso à saúde têm predominado nos eixos interventivos do Governo, em prol dos idosos, especialmente os institucionalizados em lares de terceira idade (Universidade Católica de Angola – UCAN, 2014). Segundo dados da UCAN, aumentaram os lares de idosos nos últimos anos, havendo em 2014 dezassete deles (em 2010 eram 15 lares com um universo de 1283 idosos), localizados em onze províncias, porém, acolhendo um número inferior de idosos em comparação com 2010, a saber, 910 idosos numa faixa etária dos 60 aos 105 anos.

Ainda segundo a UCAN (2014), o Governo tem tido sérias dificuldades em cumprir as metas estabelecidas em relação aos idosos, tendo sido executadas menos 50% das ações previstas, não se sabendo se este défice deve-se à escassez de recursos financeiros disponibilizados ou, na pior das hipóteses, à pouca atenção prestada a esta franja populacional.

No tocante ao sistema de segurança social em Angola, o Decreto nº 40/08 de 2 de Julho, do Conselho de Ministros, regulamenta a proteção na velhice concretizada através da atribuição da pensão de reforma por velhice, pensão de reforma antecipada e abono de velhice.

Têm direito à reforma por velhice todo o segurado (que esteja inscrito na Segurança Social e tenha as contribuições em dia) que atinja 60 anos de idade ou complete 420 meses de entrada de contribuição. As mães trabalhadoras têm direito a que lhes seja reduzida a idade acima referida, à razão de um ano por cada filho que tenha dado à luz até ao máximo de cinco anos de redução.

Tem direito à pensão de reforma antecipada, o segurado que tenha completado 50 anos de idade e exercido atividade profissional penosa e desgastante, nos termos previstos por Lei. Já o abono de velhice é garantido ao segurado que cesse toda a atividade remunerada, tenha completado 60

anos de idade e 120 meses de entrada de contribuições. O valor a receber pelo segurado não pode ser superior a 35 e nem inferior a um salário mínimo.

Estando garantidas as prestações, o que tem preocupado os trabalhadores é o valor a receber, que é muito baixo, pelo fato do salário mínimo nacional ser baixo, aproximadamente 12.000,00 Kwanzas (67,00 Euros), num país considerado dos mais caros para se viver. Por outro lado, um número considerável de instituições, e muitas delas grandes instituições, apesar de fazerem o respetivo desconto no salário do trabalhador, não fazem o depósito destes valores no cofre do Estado, sendo que muitas destas nem sequer inscrevem os trabalhadores no sistema de segurança social. Logo, muitos trabalhadores estão completamente desprotegidos. Em 2014 estavam inscritos no Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) apenas 95.895 contribuintes.

Diante desta realidade, os idosos tendem a confiar na ajuda da família ou em serviços informais. São poucos os que conseguiram juntar economias pessoais. Segundo a OMS (2005), em todo o mundo, as famílias providenciam a maior parte do auxílio para idosos que precisam de ajuda. Contudo, à medida que as sociedades se desenvolvem e a tradição de convivência entre as gerações no mesmo ambiente começa a mudar, os países são cada vez mais chamados a desenvolverem mecanismos que deem proteção social a idosos incapazes de ganhar a vida e que estejam sozinhos e vulneráveis.

Assim, apesar de Angola não possuir um número expressivo de idosos, situado aproximadamente em 3% (Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População – IBEP, 2011), paradoxalmente a situação social de muitos deles é deplorável, como se pode verificar pela quantidade de idosos que vagueiam pelas ruas da cidade, principalmente Luanda, na condição de pedintes, sendo este um indicador da sua vulnerabilidade, pois presume-se não terem lar nem gozarem da proteção da família (UCAN, 2014).

Outra preocupação dos idosos prende-se com o sistema de saúde, considerado deficiente. Segundo o IBEP (2011), nas zonas rurais apenas 24% da população acede a postos ou centros de saúde públicos num raio até 2 Km em comparação com 63% nas áreas urbanas. Mas 22% dos agregados nas áreas rurais declara não existir qualquer serviço de saúde nas proximidades da sua residência e 36% declara não haver disponibilidade regular de medicamentos nos postos ou centros de saúde próximos das suas residências. A situação de acesso, segundo o IBEP, pode ser



ainda mais grave pelo facto de não registar-se serviços de saúde de outros níveis fora das sedes comunais ou municipais, a quase inexistência de transportes rodoviários regulares e/ou de emergência e o estado degradado das estradas.

Moradia e vizinhança seguras e apropriadas são essenciais para o bem-estar do jovem e do idoso. Para este, a localização, incluindo a proximidade de membros da família, serviços e transporte pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento (OMS, 2005). Além disso, os padrões de construção devem levar em conta as necessidades de saúde e de segurança das pessoas idosas, como os obstáculos nas residências que aumentam o risco de quedas e que precisam ser corrigidos ou removidos.

Em muitos países em desenvolvimento, segundo a ONU, a proporção de idosos a viver em condições precárias está a aumentar rapidamente, pois muitos que se mudaram para as cidades há tempos tornaram-se moradores de favelas, enquanto outras pessoas idosas migram para as cidades a fim de unir-se a membros mais jovens da família que mudaram antes. As pessoas idosas que vivem nesses lugares correm um risco maior de isolamento social e saúde precária.

Angola debate-se com estes problemas. Segundo o IBEP (2011), a nível nacional, 88% dos agregados viviam em habitações inadequadas, sendo a proporção menor nas áreas urbanas (79%) comparativamente com as rurais, onde é praticamente total a percentagem de agregados a viver em habitações não apropriadas (99%). São habitações construídas com material não apropriado. Além disso, a nível nacional, menos de metade da população usa uma fonte apropriada de água para beber, sendo que 66% da população não dá qualquer tratamento à água para beber. Por outro lado, apenas 53% dos agregados tem algum tipo de instalação sanitária em casa. A energia elétrica da rede é beneficiada por apenas 62,5% da população da área urbana, enquanto na zona rural o candeeiro a petróleo ocupa esse mesmo lugar com 63,4%.

O sistema precário de transporte público também foi apontado como uma das preocupações dos idosos, tanto nas zonas rurais, quanto nas cidades. É papel do Estado garantir serviços de transporte público acessíveis e baratos nas áreas rurais e urbanas para que os idosos, especialmente aqueles com mobilidade comprometida, possam participar integralmente da vida familiar e comunitária. Em Angola, o transporte público é uma grande preocupação. Transportes públicos não se fazem presentes nas áreas rurais, e nas urbanas funcionam de forma precária,

registando-se a presença apenas de autocarros. A locomoção das pessoas é feita principalmente por via de “candongueiros” sem as condições mínimas e a segurança desejada para pessoas idosas. A qualidade das estradas e os engarrafamentos constantes, principalmente em Luanda, são alguns dos agravantes da situação preocupante dos transportes coletivos.

Numa visão positiva, a reforma representa maior disponibilidade de tempo físico e psíquico para desfrutar de lazer e para práticas desportivas, de tal forma que possam ser garantidos maiores dinamismos e atividades ao indivíduo.

Não obstante, a quase totalidade os idosos que passaram pelo Programa de Preparação para a Reforma leva uma vida sedentária, podendo ser considerados inativos. No entanto, têm noção dos benefícios que o lazer e a prática desportiva podem proporcionar e clamam por políticas e programas que estimulem as pessoas a tornarem-se mais ativas à medida que envelhecem, e garantir oportunidade para tal. Para tanto, é fundamental a criação de áreas seguras para caminhadas e o apoio à atividades comunitárias culturalmente apropriadas que incentivem a atividade física. Segundo a OMS (2005), a participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Por outro lado, uma vida ativa melhora a saúde mental e frequentemente promove contatos sociais, aspecto bastante importante para evitar o isolamento nesta fase da vida.

Em algumas civilizações que valorizam as atividades intelectuais ser idoso é sinónimo de sabedoria e experiência e, por isso, os indivíduos, ao chegarem nessa etapa da vida, não perdem o seu papel ativo (Santos, 1990). Na cultura tradicional africana o idoso é visto com respeito e admiração, símbolo de experiência de vida, representante da prudência, do saber acumulado e da reflexão. Na atualidade, porém, especificamente na realidade angolana, esta realidade vem mudando, de tal forma que o idoso hoje é apenas o velho, no sentido pejorativo de ser ultrapassado e descartável. Ser idoso na nossa sociedade significa deixar de ser economicamente produtivo e, portanto, condição para ser desconsiderado e abandonado. É também desta forma que o idoso passa a ser tratado em muitas famílias.

São frequentes os relatos de abuso do idoso, cometidos por membros da família ou pessoas bem próximas da vítima. Os abusos vêm ocorrendo em famílias de todos os níveis socioeconómicos e

sua frequência tende a aumentar nesta época em que o país vem vivendo problemas económicos, desestruturação e desorganização social, com o aumento assustador da criminalidade.

Por outro lado, a preocupação dos idosos em Angola agrava-se em função dos baixos níveis de instrução ou mesmo de analfabetismo, sendo que estes estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento, assim como os altos índices de desemprego (OMS, 2005). A educação, combinada com oportunidades de aprendizagem permanente, pode ajudar as pessoas a desenvolverem as habilidades e a confiança que precisam para adaptar-se e permanecer independentes à medida que envelhecem. De acordo com o IBEP (2011), a proporção de analfabetos em Angola em 2011 era de 34% a nível nacional, agravando-se nas áreas rurais onde aproximadamente 70% da população era analfabeta.

Finalmente, a ausência de projeto de vida também foi citado como podendo impactar a qualidade de vida e o bem-estar na reforma. Nas atividades de grupo, em que era solicitado aos participantes do PPR imaginarem-se no futuro, poucos eram os que conseguiam sonhar, o que reforça a constatação de Saveia (2009), que afirma que um dos traços da cultura angolana é a “orientação de curto prazo”, caracterizada pela pouca preocupação com o futuro.

### **Considerações finais**

Qualidade de vida e bem-estar são conceitos interligados e constituem aspectos fundamentais da vida humana, englobando a vida no trabalho, pois é nele que as pessoas passam a maior parte de seus dias e as horas mais produtivas de suas vidas (Mendonça, Ferreira, Porto & Zanini, 2012). No entanto, em que pese a importância da qualidade de vida e do bem-estar, os estudiosos do assunto ainda divergem acerca dos limites conceituais desses construtos. Assim é que, por vezes, tais conceitos são adotados como sinónimos e, por vezes, como conceitos que se complementam.

Neste trabalho, procuramos trazer uma reflexão sobre estes dois conceitos, mas abordando-os na perspectiva da reforma, isto é, de pessoas idosas, e tendo como referência a realidade angolana.

Assim, após termos discutidos os vários aspectos que podem impactar a qualidade de vida e o bem-estar na reforma, nos é possível tecer as considerações finais que se seguem, com vista a aclarar a temática e minimizar os constrangimentos para uma reforma mais saudável e ativa.

Em primeiro lugar ficou claro que a qualidade de vida e o bem-estar não devem ser definidos apenas por critérios científicos ou técnicos, mas no âmbito político, em que haja espaço para intervenções, debates e consensos mínimos.

No que diz respeito às ações específicas, advogamos a necessidade do Governo, em parceria com os órgãos de comunicação social, mobilizar cada vez mais as organizações e os trabalhadores para a adesão ao sistema de Segurança Social e ao desenvolvimento de hábitos de poupança para o futuro.

Importa referir que o idoso de hoje é o reflexo do jovem e do adulto que foi, pois é na idade mais avançada que o ser humano depara-se com as consequências do que foi construído ao longo da sua história social, profissional, física e afetiva. É necessário incentivar o desenvolvimento de atitudes de autocuidado, para que se tenha uma velhice saudável, por meio de hábitos saudáveis. Os adultos maduros que se preparam para o envelhecimento devem dar especial atenção ao autocuidado, à prevenção e ao controlo de doenças crónicas. Entre as atitudes de autocuidado destacam-se o controlo do peso, atividade física, alimentação, saúde bucal (saúde oral), uso adequado de medicamentos e outras substâncias químicas, prevenção de quedas, otimização da capacidade mental, vacinação e cuidados com a pele.

Ainda em relação à saúde, ressalta-se a necessidade do Governo priorizar uma rede de serviços básicos de saúde para a população, de modo geral, com serviços específicos para os idosos. A incidência de doenças crónicas em Angola tende a aumentar, exigindo cuidados especiais e um novo modelo de atenção à saúde para a população que está a envelhecer.

Outro tópico importante a considerar é a educação ao longo da vida, especialmente sob o ponto de vista do estímulo cognitivo que ele oferece, como coadjuvante no bem-estar na reforma. Entretanto, a educação ao longo da vida também pode representar um novo começo, na medida em que as pessoas necessitam atualizar-se para continuarem no mercado de trabalho ou retornar a ele. Sem dúvidas, educação é um dos aspectos responsáveis pelo bem-estar subjetivo e está correlacionado a uma série de outros índices de qualidade de vida, como a manutenção da saúde (França, 2012).

Ressalta-se também o papel relevante que pode ser desempenhado pelos órgãos de comunicação social, pelas agências de turismo e pelos promotores culturais. Ao incluir, nas suas agendas,

conteúdos, informações ou até mesmo programas voltados para pessoas em fase de reforma ou já reformados, os órgãos de comunicação estarão a contribuir para uma melhor qualidade de vida e bem-estar dessa população. Por outro lado, a mídia pode desempenhar o papel de quebrar preconceitos sobre a velhice e o reformado, muito presente na sociedade, de modo geral, e nas organizações de forma específica.

As agências de viagem, os promotores culturais e ginásios, também têm um papel crucial, principalmente na ocupação dos tempos livres dos trabalhadores reformados. Assim como os aspectos financeiros, saúde e relacionamento familiar, a distribuição do tempo entre atividades diversificadas, é um dos preditores mais importantes para atitudes positivas frente ao envelhecimento. Assim, é necessário que sejam criados pacotes turísticos, com bonificações, assim como eventos culturais que promovam o lazer, e programas de educação física que promovam a saúde.

Em relação à família, torna-se necessário refletir sobre a inserção do idoso na esfera familiar e as relações de suporte e fluxo de recursos ali existentes, pois ela tem um papel determinante enquanto esfera para a maximização ou para a limitação de um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o idoso de amanhã. Desta forma, a qualidade de vida e o bem-estar que as pessoas terão quando idosos depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.

Em relação às políticas para o idoso, destaca-se a necessidade de programas e serviços que capacitem as pessoas a permanecerem em casa durante a velhice, com ou sem outros familiares, de acordo com as circunstâncias e preferências. Para o efeito, devem ser garantidos apoios às famílias que incluem idosos e que precisam de cuidados em seu lar.

Finalmente, chama-se atenção para a recomendação da OMS, segundo a qual os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. As políticas e programas acima referidos devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais

velhas. Devem incluir, também, uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importante influência das experiências de vida para a maneira como os indivíduos envelhecem.

## **Bibliografia**

- Caldas, C. (2012), Promoção de saúde na aposentadoria. In: França, L; Stepansky, D. Propostas multidisciplinares para o bem-estar na aposentadoria. Rio de Janeiro, Quartet, Faperj.
- Decreto-Lei nº 36406 (1947, 10 de Julho). Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 22 de Julho de 1946. Genebra: OMS.
- Diário da República, 1ª série nº 136, de 24 de Julho de 2014. Aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Assistência e Reinserção Social.
- França, L. (2009), A longevidade e suas consequências para o mundo do trabalho. *Sinais Sociais*, 10 (4), 98-121.
- França, L. (2012), Bem-estar e qualidade de vida na aposentadoria. In: Ferreira, M; Mendonça, H. Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- IBEP, Instituto Nacional de Estatística (2011), Inquérito integrado sobre o bem-estar da população – IBEP. Luanda, INE.
- Kalache, A. & Keller, I. (2000), “The greying world: a challenge for the 21st century”. *Science Progress* 83 (1), 33-54.
- Mendonça, H., Ferreira, M., Porto, J. & Zanini, D. (2012), Saúde, qualidade de vida e bem-estar: limites e interfaces teórico-metodológicas. In: Ferreira, M; Mendonça, H. Saúde e bem-estar no trabalho: dimensões individuais e culturais. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- OMS. (2005), Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS (1994), Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/ 98.1 Genebra: Organização Mundial da Saúde
- Santos, M. F. S. (1990), Identidade e aposentadoria. São Paulo, EPU.
- Saveia, J. (2009), Psicologia organizacional e do trabalho: leituras em saúde mental, qualidade de vida e cultura nas organizações. Belo Horizonte, Armazém de Ideias.
- Solinge, H. (2007), A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Reserch on Aging*, 29 (3), 225-256.
- Universidade Católica de Angola (2014), Relatório social de Angola 2014. Luanda: UCAN/CEIC.