

Deus e da liberdade de resposta das pessoas envolvidas como destinatários. O respeito para com estas e o conhecimento daquelas constituem elementos fundamentais da atitude evangelizadora, hoje e aqui. A ousadia confiante, fruto da certeza de que o protagonista da missão é o Espírito Santo e de que o coração humano está naturalmente predisposto a acolher o Evangelho, há-de provocar um novo impulso de renovação espiritual em que brilha de modo especial o amor à palavra de Deus (DV 26), a maior sintonia com o mundo secularizado (GS 1) e o compromisso libertador em favor dos que procuram resposta para os desafios cruciantes de hoje (TMI 51).

GEORGINO ROCHA

Uma política para a terceira idade

Tal como se afirmava em muito popularizado inciso publicitário (a propósito de uma marca de automóveis), a terceira idade veio para ficar. De facto, a tendência para uma crescente representação das pessoas com mais de 65 anos de idade (constituindo o que se convencionou chamar a terceira idade) na população em geral não tem feito senão confirmar-se e revestir-se de maior peso relativo. Os cidadãos com mais de 80 anos (segmento etário que alguns propõem se designe por quarta idade) são também cada vez mais numerosos. Acusando os efeitos de uma vida exposta durante tempos cada vez mais longos às noxas ambientais (incluindo as tóxicas, microbianas e víricas) e ao natural desgaste de órgãos funcionando nos limites do prazo de validade biológico, esta população envelhecida recorre, cada vez mais, a cuidados médicos. Todavia, nem as profissões de saúde nem as instâncias responsáveis pela decisão política parecem ter plena consciência desta situação nova e tendencialmente mais acentuada. Contributos como o presente, desprezíveis e superficiais que sejam, poderão ajudar a entender a preocupante situação, a alertar para riscos e custos e a gizar uma muito necessária política para a terceira idade.

Os factos

1. Demográficos

Como em quase todo o mundo (mesmo nos países em desenvolvimento), e sobretudo nos países europeus, a população portuguesa envelhece a olhos vistos, devido ao duplo fenómeno do prolongamento da vida dos adultos e da rarefacção dos nascimentos. Como é sabido, o balanço

demográfico nacional é de mais ou menos 0, isto é, o número de óbitos e o de nascimentos equivalem-se (cerca de 100.000/ano). Neste momento, os cidadãos com mais de 65 anos representam 16% da população total, enquanto que ainda eram 12% há dez anos e 10% há vinte anos. Por outras palavras, a pirâmide etária inverteu-se: pela primeira vez desde que há registos, existem mais velhos do que crianças. Vive-se mais (devido à melhoria das condições de vida, às vacinações, aos cuidados terapêuticos) e nasce-se menos (por redução do número de filhos planeado por cada família, pelo casamento mais tardio e menos frequente, pela idade mais avançada das primigestas).

2. Aspectos afectivos

Um dado consensual é o que respeita à maior solidão dos idosos. Vivendo sós, muitas vezes em localidades distantes das moradas dos seus descendentes, em estado de viuvez (ou de solteiros), privados de contactos, confidências e cumplicidades, eventualmente no ambiente estranho e não identificado de um lar de terceira idade ou de uma instituição asilar, muitos destes indivíduos experimentam um deserto afectivo, às vezes remediado em vicariância pela relação com um vizinho, um conhecimento casual ou um animal de estimação (significativamente designado como animal de companhia).

Mesmo quando integrados na família alargada, os velhos (também designados por cidadãos seniores) sentem-se, frequentemente, sós. Interesses diversos, ritmos de vida diferentes, padrões de comportamento incompatíveis, fazem com que os idosos comuniquem pouco com os restantes elementos do agregado familiar, escassez essa que pode ainda ser agravada por dificuldades de audição e incentivada, muitas vezes, pela desvalorização (tácita ou expressa) da valia e utilidade das suas opiniões, por parte dos seus familiares.

3. Consequências sociais

A inactividade, causada por perda de capacidade ou por ausência de reais possibilidades de intervenção, é geradora de desânimo ou de entediante indiferença. É frequente a falta de participação nas discussões e decisões da família e é regra a perda de capacidade decisória, mesmo quando as qualidades mentais se conservam intactas. Nem sempre (ao contrário do que as bem intencionadas leituras dos antigos livros do ensino primário

proclamavam) se mantém o respeito por quem surge, aos olhos dos circunstâncias, como uma espécie de rei Lear vagueando por três assoalhadas (ocupando uma que bem falta faz para escritório), nebulosamente aureolado pelo que foi mas cruamente definido pelo que é.

É claro que a este quadro de decadência e empobrecimento se pode opor outro, pintado em cores mais claras. Aqui, a pessoa idosa é respeitada pela sua ságeza, dispensadora de avisados conselhos; constitui uma companhia preciosa, estabelece pontes entre as gerações (ajudando muitas vezes a sanar conflitos entre filhos e netos), tem manifesta utilidade (cozinha, toma conta dos netos, conta histórias, ensina artes, inicia em ofícios, pode ser consultada como enciclopédia ambulante, etc.) e não raras vezes contribui, com a sua pensão ou poupanças, para o desafogo financeiro da família. Parece seguro que, com a dobadura dos anos, este quadro de cores claras vai escurecendo progressivamente e o idoso se torna cada vez mais dependente e receptor dos carinhos, atenção e cuidados que lhe queiram dar.

4. E a saúde?

A senescência não é um processo patológico, mas é obvio que à medida que se avança em idade se tornam mais frequentes e marcados os achaques e fragilidades de que a carne humana é herdeira, no dizer de Shakespeare.

Não surpreenderá, pois, que na terceira idade triplique a frequência da consulta médica e que um terço dos custos com medicamentos resulte da prescrição a pessoas da terceira idade (que constituem, como vimos, cerca de um sexto da população). Calcula-se que 70% dos cuidados primários tenham como destinatários os idosos; é certo que isto não significa que exista uma tão acentuada morbilidade na terceira idade, já que a elevada frequência da consulta médica tem justificações adicionais. De facto, a crescente cobertura do país com centros e extensões de saúde aumentou muitíssimo a oferta de cuidados de saúde gratuitos e abertos a todos, o que naturalmente tem efeito positivo sobre a procura desses cuidados, mormente por parte de quem tem tempo disponível. Razões do foro psicológico são igualmente identificáveis: o idoso pode, finalmente, expor as suas preocupações e achaques a quem o deve respeitar e escutar com atenção e torna-se (ou deve tornar-se) objecto de cuidados e prescrições.

Mais fidedignos critérios do estado de saúde dos idosos são os números de internamento hospitalar e esses não deixam dúvidas: as enfermarias e

quartos de medicina interna e ortopedia estão maioritariamente ocupados com pessoas idosas (pneumonias, bronquites, insuficiência cardíaca, coronariopatias, afecções reumáticas, acidentes vasculares, fracturas osteoporóticas ou por acidentes constituem as patologias mais frequentes), que frequentam igualmente em grande número as respectivas consultas, bem como as de oftalmologia (catarratas, degenerescência macular, olho seco, defeitos de visão) e de psiquitria (estados confusionais, demências).

Os custos dos cuidados prestados são elevadíssimos, se tivermos em conta que algumas das patologias são exigentes no ponto de vista económico (p.ex., plastias da anca ou do joelho) e que a maior parte das doenças desta idade reveste carácter crónico, exigindo cuidados e terapias igualmente continuados. Acresce que em regra os idosos são polimedica-dos (nem sempre de forma racional), têm apetência para a medicação (que lhes dá falsa sensação de segurança) e cumprem terapias inúteis, ingerindo placebos ou fármacos desprovidos de efeitos benéficos para as suas patologias (p.ex., os alegados vasodilatadores cerebrais e os inúmeros medicamentos apre-goados como profilácticos ou curativos da perda de memória e das capacidades cognitivas, verdadeiros elixires de juventude que infelizmente só existem na imaginação dos seus promotores e na ilusão dos seus prescritores e consumidores).

Em resumo: os idosos constituem um importante segmento no consumo de cuidados de saúde e contribuem de modo crescente para a escalada de custos verificada.

Política para a terceira idade

Dos factos enunciados se tira facilmente a ilação de que urge definir as coordenadas de uma política de saúde para a terceira idade, que seja ao mesmo tempo realista e ambiciosa. Para ser realista, tem de ter em conta as circunstâncias, tais como as acima apontadas, bem como a necessidade de não exclusão nem discriminação dos idosos, o que significa que à luz dos princípios da justiça, da equidade e da solidariedade se não podem excluir dos cuidados quaisquer doentes que deles necessitem, por razões económicas derivadas da constatação da sua idade (não é lícito, p.ex., excluir da cirurgia coronária um doente que para ela apresenta indicação só por ter 80 anos, não sendo por isso provável uma longa sobrevivência).

A política a delinear deverá igualmente ser ambiciosa, visando uma prevenção de muitas das patologias evitáveis, oferecendo os cuidados fundamentais e reduzindo desperdícios e custos não prioritários.

Uma política deste tipo deve encontrar o seu documento doutrinário e definidor de execução num Plano Nacional da Terceira Idade (ou de Gerontologia, se assim for preferido), uma espécie de carta magna que, sem descer a pormenores de natureza regulamentar e sujeitos a alteração segundo as circunstâncias locais e temporais, claramente estabeleça as bases programáticas e as iniciativas sectoriais. Tal Plano Nacional, de resto exigido com veemência pelos (poucos) especialistas portugueses na área da geriatria, deve obrigatoriamente articular, de forma flexível e complementar, as medidas de saúde com as de natureza social, de modo a evitar o erro fatal que resultaria de uma excessiva medicalização dos problemas da terceira idade. Finalmente, o Plano terá de estabelecer prioridades e de definir o âmbito das medidas mais recomendáveis, entre as quais, julgamos, se contarão certamente algumas das que seguidamente apontamos.

1. Fazer a profilaxia da doença e da incapacidade na terceira idade

Embora seja evidente que a promoção de hábitos de vida saudáveis, a adoptar desde a infância e juventude, constitua a melhor profilaxia dos achaques da terceira idade, parece importante difundir a noção, junto dos que não aderiram a tão benéficos hábitos, que nunca é tarde para uma conversão. Deixar de fumar traz benefícios mensuráveis (redução de bronquite, dispneia, incapacidade respiratória) mesmo a indivíduos idosos, embora possa já não resultar em diminuição do risco de cancro (pulmonar, da bexiga). Exercício físico adequado, dieta equilibrada, ocupação intelectual, trabalhos domésticos, leitura, convívio, são vectores importantes para uma manutenção do bom ou razoável estado de saúde do idoso.

Os meios de comunicação social (particularmente a televisão, consumida, em regra, em quantidades excessivas pelos idosos) podem ajudar notavelmente, ao difundirem e explicarem estas noções, estimulando ainda os idosos a participar na vida familiar, social e política. É importante responsabilizar a terceira idade, desafiando-a a não esperar por receber numa bandeja as (parcas) dádivas que a comunidade lhe oferece, antes criando oportunidades e manifestando-se disponível para exercer um papel activo, responsável e útil na mesma sociedade.

Fazer a profilaxia da doença é ainda convencer os idosos a não desistirem nem se demitirem. O papel do idoso como conselheiro, administrador, transmissor de saberes e de experiência deve ser lembrado, particularmente através do testemunho de gente comum (e não apenas das personalidades idosas célebres, que sempre serão entendidas como

excepções). A enorme contribuição dos idosos como voluntários benévolos (no campo da educação, da assistência, das associações desportivas, das instituições privadas de solidariedade social, etc.), ao ser sublinhada, constitui importante contributo para a auto-estima do idoso e um desafio para análoga prestação sua. A este propósito, parece indicado retomar o debate sobre a idade da reforma e a reforma antecipada. Sem pretender ceifar onde outros semearam, não podemos deixar de sublinhar a estranheza que causa a tendência para diminuir a idade da reforma precisamente quando se alarga a esperança de vida. Será razoável aceitar (a não ser em profissões muito específicas, desgastantes, exigindo elevado rendimento físico-psíquico – ex: mineiros, pilotos de avião) que pessoas válidas se aposentem na quinta década da sua existência, tendo trabalhado cerca de 30 anos e podendo esperar viver outros tantos na situação de reforma?

As universidades da terceira idade constituem, neste aspecto da mobilização intelectual, um notável aporte e estímulo. Igualmente deve ser encorajado o termalismo da terceira idade, já que, para além do benefício específico que o utente idoso possa colher, há toda uma interrupção de rotinas, um desfiar de novas situações e uma criação de novos convívios que são muito positivos.

2. Oferecer cuidados de saúde adequados

Em primeiro lugar, parece importante que os cuidados primários sejam acessíveis para consultas de rotina (p.ex. de meio em meio ano) ou de vigilância de idosos mais ou menos sãos. É igualmente necessário que existam centros de dia e lares em número suficiente. (A querela entre os que defendem os “lares” e os que lutam pelo “lar” não é para aqui chamada – na realidade precisamos de um e outros e a decisão de recorrer a uma ou outra solução deve ser tomada após estudo integrador das circunstâncias pessoais, sociais e económicas.)

Precisamos de mais centros de dia e/ou de noite para idosos confusos ou dementes, de modo a garantir-lhes apoio, medicação e cuidados especializados sem os desenraizar dos seus ambientes.

Em linha complementar, é necessário oferecer apoio domiciliário, que primariamente será de natureza não médica, já que muitos idosos não podem ocorrer sem ajuda a tarefas tão simples quanto o vestir-se, fazer a sua higiene, subir escadas, cozinhar ou até comer. Este apoio pode e deve ser prestado por pessoas que não são profissionais de saúde (se necessário

após breve treino) ou por familiares e deve ser remunerado (a não ser que prestado por voluntariado benévolo ou pela acção sócio-caritativa das igrejas). Até do ponto de vista económico se revela como vantajoso, já que evita em muitos casos o muito mais dispendioso recurso a internamento em lares ou até em instituições hospitalares.

Um importante e útil passo, neste sentido, tem sido o Plano de Apoio Integrado ao Idoso (PAII), uma iniciativa conjunta dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social que se tem revelado como extremamente frutuosa na limitada experiência até hoje conseguida. Parece indiscutível propugnar por um aumento, em todo o país, dos projectos integrados neste Plano, tão adequado é o seu delineamento e tão notáveis são os resultados alcançados com a sua, repita-se, limitada aplicação.

3. Preparar profissionais de saúde para estas tarefas

Embora os médicos de família sejam os principais dispensadores de cuidados a idosos, parece consensual que se torna necessário fomentar a especialização em geriatria de muito mais clínicos. É igualmente de exigir que no *curriculum* pré-graduado e pós-graduado se dê uma maior importância ao estudo das manifestações mórbidas do idoso. De igual forma, na educação contínua do médico de família há que insistir nas temáticas geriátricas, com particular incidência na terapia medicamentosa, de modo a evitar-se a dispendiosa, excessiva, inútil, quando não perigosa, terapêutica que bastas vezes se vê adoptar em doentes idosos.

O mesmo se dirá da educação de enfermeiros, focando com particular intensidade os cuidados a prestar ao idoso, mormente ao incapaz, acamado ou limitado nos seus movimentos. A reabilitação de vítimas de acidente vascular cerebral ou de operados por fractura da anca é um exemplo da necessidade de uma integrada e sequencial intervenção de diversos membros de uma equipa de saúde (v.g. médico, enfermeiro, terapeuta da fala, fisioterapeuta, assistente social, etc.) para a obtenção do melhor resultado possível – e só é possível se cada um dos intervenientes conhecer as particularidades da idade avançada que subjazem ao plano terapêutico.

4. Educar, difundir, informar

Nada de verdadeiramente útil se poderá fazer sem o trabalho básico da educação (que ultrapassa o estrito âmbito da educação para a saúde) de toda a população, informando e difundindo as noções principais, neste

contexto. Trata-se de fazer reflectir e de ajudar a concluir acerca do problema da terceira idade, das suas coordenadas, potenciais riscos e soluções desejáveis. Não adiantará chamar a atenção para a gravidade da situação, suas possíveis consequências dramáticas a nível económico (p. ex., incapacidade de assegurar as pensões dos reformados) e para a imagem degradada do idoso como pária e parasita da cadeia social, receptor passivo e porventura ganancioso. É justo e necessário que o idoso seja visto como partícipe de plena cidadania, portador da dignidade essencial de qualquer ser humano e, mais ainda, como membro importante e útil do corpo social. É dador, não apenas no plano afectivo e intelectual, mas frequentemente até no plano económico, graças às suas contribuições e impostos, às suas dádivas privadas e públicas generosidades; e algumas vezes, dele provêm altas manifestações de arte e sábias decisões políticas. O seu lugar na família e na comunidade é um parâmetro pelo qual se afere o grau civilizacional de uma sociedade. O velho tem necessidades físicas, psíquicas, económicas, espirituais – mas não se limita a ser um receptor em todas estas áreas, já que em todas elas pode igualmente ser dador.

Parece igualmente importante contribuir para a necessária mudança de mentalidade, no que concerne à capacidade profissional das pessoas com alguma idade. A tendência, claramente revelada p. ex. em anúncios de jornal oferecendo empregos, de considerar que pessoas com mais de 35 ou 40 anos seriam menos adequadas do que os seus congéneres mais novos para o desempenho de funções de gestão, chefia ou orientação, constitui, obviamente, uma moda que não encontra fundamentação em estudos científicos. Numerosos casos, alguns deles notórios (p. ex. Murdoch, Soros, Agnelli) provam que a capacidade de decidir e gerir estruturas complexas e exigentes não é um apanágio dos adultos jovens. Não seria talvez de muito bom gosto, mas não perderia por esse facto nenhuma da sua força probatória, lembrar o contributo activo de três pessoas já idosas, que o presente escrito, tal como todo este fascículo, humildemente homenageia, e que nos largos campos da arte, da história, da ética e da teologia trilharam caminhos novos e ensinaram outros a caminhar.

Seja-nos permitido concluir com o exemplo de uma personalidade de todos conhecida. Um homem octogenário, fragilizado pela doença, curvo e com evidentes dificuldades de locomoção, que se define como “um padre idoso”, continua a surpreender pela frescura do seu espírito, pela audácia do seu pensamento, pelo entusiasmo e coragem com que se dedica ao que entende ser a sua irrecusável missão. A entrar na quarta idade, João

Paulo II pulveriza a imagem do idoso como receptor de cuidados e como dependente de outros.

Conclusões

1. Os idosos constituem, pelo seu número crescente, melhor saúde e mais ampla intervenção na sociedade, um factor do maior relevo na comunidade.
2. Embora a idade não constitua doença, é inegável que os idosos são os maiores utentes dos cuidados de saúde.
3. A procura de uma maior e melhor qualidade de vida é uma preocupação universal, abrangendo portanto os idosos.
4. As respostas dos serviços a estas situações são parciais e incompletas, pelo que devem ser permanentemente revistas e incentivadas.
5. Não se deve procurar soluções casuísticas, antes intervenções, que se integrem num Plano Nacional para o Idoso (ou para a Terceira Idade), que tenha uma vertente importante dedicada à área da saúde, mas não se limite a esta mesma.
6. A intensificação do PAII em todo o país é uma prioridade absoluta.
7. Deve ter-se como objectivo estratégico uma mudança da opinião e do entendimento público da questão dos idosos, retirando a imagem do inútil, quando não pária ou parasita, receptor passivo de regalias que põem em risco a solidez da segurança social; de modo a que o idoso seja visto como partícipe de plena cidadania, membro importante e útil do corpo social.

WALTER OSSWALD