Viver cada vez mais : um “retorno ao Éden” ? – Impactos do envelhecimento demográfico na qualidade de vida dos mais velhos

Paulo Oliveira

Edição electrónica

URL: <https://journals.openedition.org/sociologico/1658>

DOI: 10.4000/sociologico.1658

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: 81-88

ISSN: 0872-8380

Refêrencia eletrónica

Paulo Oliveira, «Viver cada vez mais : um “retorno ao Éden” ? – Impactos do envelhecimento demográfico na qualidade de vida dos mais velhos», *Forum Sociológico* [Online], 17 | 2007, posto online no dia 01 janeiro 2007, consultado o 31 março 2022. URL: <http://journals.openedition.org/sociologico/1658> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologico.1658>

VIVER CADA VEZ MAIS: UM “RETORNO AO ÉDEN”? – IMPACTOS DO ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NA QUALIDADE DE VIDA DOS MAIS VELHOS

Paulo Oliveira

■ Doutorando em Ecologia Humana, Investigador no Cesnova (paulo001@uma.pt)

Resumo

Este artigo constitui uma reflexão, pelo enfoque da Ecologia Humana, sobre os impactos do envelhecimento demográfico ao nível da saúde dos idosos. Dados os ganhos que o ser humano conseguiu alcançar em relação ao tempo de vida, que se prolonga, impõe-se a interrogação de saber-se se esta dinâmica nos estará a impelir como que para uma espécie “retorno ao Éden”.

Partindo da caracterização do envelhecimento populacional à escala mais global (o mundo) para uma escala local (Portugal) e dos cenários futuros relativos à tendência de envelhecimento populacional acelerado, procuramos salientar os ganhos que, todavia, faltam adquirir para vencer o novo desafio - agora que já vivemos mais - que é o de vivermos sempre com mais qualidade.

Palavras-chave: Ecologia Humana; Envelhecimento Demográfico; Qualidade de Vida; Saúde.

Abstract

In this article a Human Ecology approach is used to study the impacts of demographic aging on the health of the older population. Given the observed gains in terms of life span we questioned if this dynamics is impelling us to a sort of “back to Eden”.

Starting with the characterization of the aging process at a global scale (world), a national scale (Portugal) is presented and based on the scenarios that present a faster aging, the gains that are still needed to win this challenge are emphasised – now that people live longer, they should have more quality of life.

Keywords: Human Ecology; Demographic aging; Quality of life; Health.

Introdução

Este artigo perspectiva, pelo enfoque da Ecologia Humana, a problemática do envelhecimento demográfico e, em particular, os seus impactos ao nível da qualidade de vida da população que envelhece em termos de saúde.

A Ecologia Humana consiste num olhar sobre o real que se pretende diferenciado, sistémico e holístico sobre as interações entre a espécie humana e o ambiente em que se integra. É uma abordagem que privilegia uma atitude de abertura à complexidade, à indeterminação e à probabilidade, dando especial atenção ao ecossistema humano naquilo que pode contribuir para a degradação da vida e dignidade do ser humano. Como refere Lamy (1996:291), a

Ecologia Humana é um campo de conhecimento em que: “O homem, espécie animal tão especial, de quem os ecologistas não ousam falar mas cujo impacte sobre o ambiente e, reciprocamente, os efeitos sobre o próprio homem, terão de ser tomados em consideração.”

O ser humano, agrupado em populações, actua e reage aos estímulos provenientes do sistema ambiente dando-lhes respostas complexas e diversas desde uma alteração no próprio sistema-Homem, a uma intervenção no meio que o rodeia, transformando-o. Ora, estas respostas, tendo em vista a adaptação, são antecidas por processos de decisão influenciados pelas representações que se desenvolvem acerca da realidade, ou seja, da percepção que se vai construindo do sistema ambiente

físico ou social. O ecossistema humano, além da dimensão natural de que se reveste, é composto também por componentes *euculturais*, ou seja, por paradigmas de percepção, de pensamento e de acção (Dias, 2002:56) de cuja compreensão resultará um melhor conhecimento e consciencialização da complexidade da relação entre as populações humanas e os sistemas ambiental e social.

Portanto, interessa-nos na perspectiva da Ecologia Humana perceber a flexibilidade do ser humano em se adaptar à variabilidade ambiental e social, sejam ou não adaptações consideradas adequadas a um problema, uma vez que esta área do saber “interessa-se pelos processos adaptativos e mal-adaptativos de uma população humana” (Moran, 1990:28).

Considerando os efeitos que a acção humana tem sobre o próprio Homem, é importante perspectivar problemáticas como a do envelhecimento demográfico e seus impactos à luz da Ecologia Humana uma vez que o sistema social anteriormente estabelecido repousava sobre determinados pressupostos de equilíbrio que se vêem afectados por realidade – como o caso do envelhecimento populacional – que não proporcionaram o tempo devido para uma adaptação desses sistemas em função das novas realidades. A Ecologia Humana pode constituir-se como um bom contributo para não só detectar essas zonas de desequilíbrio como, também, procurar novos equilíbrios.

A importância de pensar-se os equilíbrios ao nível do sistema humano resulta do dever ético, no nosso tempo, de repensar os fundamentos das múltiplas formas de agir para enfrentar a falta de equilíbrio, para a desmesura do poder humano que acabou por se tornar uma ameaça quer para a humanidade quer para a biosfera (Soromenho-Marques, 1998:145). Daí que, o desafio que se perspectiva à Ecologia Humana seja o de dar um contributo reflexivo para a conciliação dos comportamentos da sociosfera com os da biosfera (Nazareth, 1996). Seja, igualmente, o de facilitar a compreensão quanto à forma como as pessoas se enquadram na comunidade sócio-ecológica alargada (Fennel, 2003:197).

Envelhecimento populacional – uma realidade actual

Múltiplas e complexas mutações sociais, mediante uma lenta e silenciosa urdidura, vão dando corpo a realidades diversas que adquirem a dimensão de um problema social. Tal é o caso do envelhecimento populacional que, sobretudo nos países desenvolvidos, é fruto de mutações várias ao nível dos sistemas demográficos e cujos impactos simbólicos, sociais, culturais, económicos e políticos não podem deixar de ser pensados sob

pena de comprometermos o futuro e a convivência intergeracional.

O envelhecimento demográfico, que se traduz pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, é resultado da transição demográfica que marca a passagem de uma fecundidade e mortalidade elevadas para níveis mais baixos, cuja consequência é o duplo envelhecimento populacional marcado quer pelo aumento da população idosa quer pela redução da população jovem.

Se considerarmos a população por referência ao grau de desenvolvimento das regiões, constatamos que a transição demográfica ocorreu primeiramente nas regiões desenvolvidas em que desde 1970 a população jovem evolui a taxas negativas. Também nestas regiões verificou-se, a partir desse período, um aumento forte da população com 65 e mais anos, atingindo aumentos de 2,1% em 1960/70. Nas regiões menos desenvolvidas as taxas de crescimento da população jovem são baixas, mas mesmo assim positivas. Contudo, a tendência é a de baixarem ainda mais a partir de 2030 (INE, 2002:9). Portanto, vemos que não há uma homogeneidade mundial no que se refere ao envelhecimento populacional e que, por ora se trata fundamentalmente de um problema dos países desenvolvidos. Porém, convém ressaltar que também nas regiões menos desenvolvidas já se faz sentir um aumento da população idosa e cujo ritmo de crescimento tem tendência a aumentar.

De acordo com os dados apresentados por Aline Desesquelles (1998), o aumento da esperança de vida e a baixa fecundidade traduzem-se numa modificação da estrutura etária da população idosa de 65 ou mais anos. Na I metade séc. XXI as gerações do *baby boom* do pós-guerra chegam aos 75 anos, o que significa o aumento das pessoas de idade. Contribuiu para este envelhecimento o aumento da esperança de vida que foi ininterrupto desde 1820 até aos anos mais recentes, tendo passado de 38,8 para 77,8 anos. Tal significa que a esperança de vida duplicou no período considerado, o que ficou a dever-se ao recuo da mortalidade, sobretudo a infantil, e, mais recentemente, ao recuo da mortalidade da terceira idade.

A Europa, terceira potência demográfica em 1994, com 6,6% da população mundial, tem vindo a enfraquecer populacionalmente não devido à diminuição dos residentes mas, fundamentalmente, devido a um fraco ritmo de crescimento demográfico. De facto, desde 1990 que o crescimento da população europeia não ultrapassou 1% em termos anuais médios (Rosa, 2000:419). Este fraco crescimento deve-se ao número total de nados vivos estar cada vez mais próximo do número total de óbitos. Enquanto em 1960 o total dos nascimentos era superior ao total de óbitos em 2,4 milhões, esse diferencial tem vindo a decrescer sendo cerca de

1,8 milhões em 1970, de 893 mil em 1980, de 658 mil em 1990 e de 344 mil em 1997.

A população Portuguesa também se integra nesta dinâmica de envelhecimento do continente europeu. De acordo com os dados do INE, em 2001, a população idosa representava 16,4% da população total portuguesa. Entre 1960 e 2001 a população idosa cresceu diferenciadamente, à taxa anual de 2,2% a população com 65 anos e mais, de 2,7% a população de 75 anos e mais e de 3,5% a população com 85 anos e mais. O que se verifica é que, além do envelhecimento da população, regista-se o envelhecimento da população envelhecida, pois "acentuou-se o envelhecimento no topo e cresceu também o número dos muito velhos" (Fernandes, 1999:51). A prova-lo o aumento, entre 1960 e 2000, de 2,7% para 6,7% da população com 75 anos e de 0,4% para 1,5% da população com 85 anos e mais no total da população.

Envelhecimento – o que nos reserva o futuro

Ante a constatação do envelhecimento acelerado da população mundial, o que nos reserva o futuro? As previsões das Nações Unidas apontam para um considerável aumento das pessoas idosas (65 anos ou mais) nos países da Europa do Sul (à excepção de Portugal), Espanha e Itália (estes últimos com aumentos de mais de 19,6%) e Japão. Os aumentos mais fracos de pessoas idosas (65 anos ou mais) verificar-se-ão nos países da Europa do Norte.

Em 2050 prevê-se que as nações mais envelhecidas (com populações com 65 anos ou mais) sejam a Grécia, Espanha, Japão e Itália, com um valor superior a 30%. No Quadro 1 apresentamos

os dados relativos ao envelhecimento futuro das populações daqueles países que eram em 1960 os que apresentavam maior taxa de crescimento natural.

Apesar de já termos anteriormente referenciado a entrada dos países acima mencionados na transição demográfica, a questão é a de saber se a tendência de envelhecimento populacional se mantém ou não no futuro. Os dados parecem evidenciar que sim, pois em todos eles sem excepção aumenta a percentagem de idosos. Vejamos, no Quadro 2, os dados relativos a alguns países europeus no que se refere à evolução da proporção das pessoas com 75 ou mais anos por relação às com 65 anos ou mais.

Pelos dados constata-se o elevado aumento de pessoas com 75 anos ou mais, o que representa um progresso na longevidade resultado das conquistas já operadas, por exemplo, em termos de saúde.

Confrontados com estas previsões, diversos autores questionam-se quanto ao seu realismo. Dupâquier (1997) interroga se «Será 120 anos uma bela idade?». Em relação ao limiar máximo etário que o ser humano possa atingir, várias têm sido as hipóteses adiantadas, sendo que os mais optimistas esperam que a meio do séc. XXI a esperança de vida atinja os 150 anos, pois estamos a viver a quarta etapa da transição sanitária que é a de controlo intrínseco da degradação do organismo. Outra posição é a que sustenta que a duração máxima da vida humana não se alterou desde a pré-história. O que aumentou foi a esperança de vida, ou seja, a duração média de vida que se aproximou pouco a pouco do limite biológico, mas a partir de uma esperança de vida de 85 anos o progresso será muito lento.

Quadro 1 ► Proporção de pessoas idosas com 65 anos ou mais (em %) em alguns países da União Europeia – evolução de 1995 a 2050

	1995	2015	2030	2050
Portugal	14,8	17,8	22,1	27,4
Holanda	13,2	18	24,8	26,3
Espanha	15	19	25,6	34,6
Grécia	15,9	20,4	24,7	30,4
Irlanda	11,3	14,2	18,6	24,3
Finlândia	14,1	19	23,1	22,6

Fonte: Desesquelles, 1998: 191

Quadro 2 ► Evolução da proporção (em %) de pessoas idosas com 75 anos ou mais por relação aos 65 anos ou mais em alguns países da União Europeia – evolução de 1995 a 2050

	1950	1970	1995	2010	2020	2030	2040	2050
Portugal	32	33	38	46	43	46	51	55
Holanda	32	36	42	44	43	45	46	52
Espanha	33	33	40	50	47	45	49	56
Grécia	33	34	39	49	47	48	49	54
Irlanda	34	37	41	41	38	44	45	47
Finlândia	30	29	40	43	38	49	54	52

Fonte: Desesquelles, 1998: 192

Viver cada vez mais: um “retorno ao Éden”?

À primeira vista os ganhos que o ser humano vai fazendo à morte física e à degradação biológica parecem ser bastante estimulantes e positivos por aproximá-lo cada vez mais da conquista do mito da eternidade. De facto, à medida que a odisseia da humanidade se desenrola, em desenvolvimento tecnológico e em saber, mais se vai efectivando a possibilidade de prolongarmos a vida. Porém, longe do mito da eternidade com juventude e vigor. Duma primeira fase em que assistimos a um “jovem envelhecimento” passa-se, nas idades mais elevadas, a um “pesado envelhecimento”. Contudo, é inegável que se pode viver cada vez mais!

A questão é a de saber que implicações terá este aumento de idade generalizado a cada vez mais pessoas. Entre os diversos autores parece ser consensual que além de maiores probabilidades de sobrevivência os sexagenários possuem também mais meios económicos, sociais, culturais e médicos que tornam realidade o desejo de viver mais anos. A questão é a de saber se haverá ou não um limite para a distância entre o nascimento e a morte. A propósito Dupâquier (1997) sugere que a humanidade tem de pensar, em relação às consequências do aumento da esperança de vida, onde é que acaba o progresso e começa a ilusão; nos limites entre o desejo e a realidade:

“Il ne s'agit plus en effect de savoir quels objectifs la société peut se fixer: l'homme ne renoncera sans doute jamais à l'illusion de l'immortalité. Il s'agit tout simplement de savoir jusqu'où peu aller le progrès et où commence la pure illusion. Quelles sont les limites que le principe de réalité imposera au principe du désir?” (Dupâquier, 1997:78).

Este questionamento parece ter implícita a ideia de que o ser humano está a forçar os limites da sua própria natureza ao querer quase como negar a sua dimensão mais biológica e que daí poderão advir sérias consequências. Vejamos, pois, alguns dos impactos que o envelhecimento generalizado da população poderá ter na qualidade de vida no que se refere às condições de saúde dado que o repto além de viver mais deverá ser o de viver melhor. Como sustenta Francis Fukuyama: *“O medo da morte é um dos mais profundos e duradouros sentimentos humanos, pelo que é compreensível que se aplauda todo e qualquer triunfo da medicina que retarde a sua chegada. No entanto, as pessoas também se preocupam com a qualidade de vida, e não apenas com a sua duração.”* (Fukuyama, 2002:114)

Numa acepção ampla a qualidade de vida é “o que faz com que uma vida seja melhor” (Derek Parfit, 1984¹); é “uma boa vida” (Dan Brock, 1996).

E isso compreende quer uma dimensão objectiva quer uma dimensão subjectiva, pois que tem a ver com a forma como cada um percebe e se sente física, psicologicamente e nas relações com o meio (Couvreur, 2001:42), o que faz com que a qualidade de vida possa diferir de pessoa para pessoa.

Ao falar-se em envelhecimento tem de equacionar-se a inserção das populações idosas no meio, as condições que lhes são oferecidas e que mecanismos e políticas são criados de modo a que não só a sua vida tenha mais qualidade como elas próprias tenham a percepção subjectiva dessa mais qualidade traduzida num bem-estar que induz a estados de felicidade. De acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida é a *“percepção por parte do indivíduo ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade.”* (Couvreur, 2001:42).

Relativamente à questão a que habitualmente os idosos dão importância crucial – a saúde, a presença ou ausência desta pode influir na qualidade de vida dos idosos. Por exemplo, passar a barreira dos 65 anos de idade com ou sem desvantagem de mobilidade ou de independência induz a maior ou menor qualidade de vida. Nestas idades é evidente a relação que a qualidade de vida tem com a variável saúde. De acordo com os dados da OMS, quer nos países desenvolvidos quer nos países em desenvolvimento, as principais causas de morbidade, de incapacidade e de mortalidade na velhice são as doenças crónicas não transmissíveis como a hipertensão e os diabetes, entre outras.

A avaliação do estado de saúde funcional dos indivíduos em idades avançadas traduz-se na “esperança de vida sem incapacidade” reunindo dados que consideram as desvantagens de mobilidade, as limitações funcionais de mobilidade e de agilidade, as dificuldades de comunicação e as restrições quer das actividades elementares da vida quotidiana quer das actividades mais instrumentais do quotidiano (Cambois, 1997:122).

Os dados revelam que em 1991, em França, 39% das mulheres de 65 anos ou mais tinham limitações de mobilidade e de agilidade e que 49% revelavam dificuldades na sua vida quotidiana em pelo menos uma das dimensões usadas para avaliar a esperança de vida sem incapacidade. Também 18% revelava possuir dificuldades de comunicação. No que se refere aos dados relativos a situações mais graves como, por exemplo, a dos idosos acamados ou que denotam graves dificuldades de locomoção gerando-lhes um mal-estar ou não tendo capacidade para usar as casas de banho de modo autónomo, os dados revelam que nestas situações se encontra 2 a 3% da população com 65 anos ou mais. Superior é a taxa dos que revelam grandes dificuldades para

cuidarem de si e da sua higiene diária (5%) sendo que, 7% ou mais não conseguem vestir-se sozinhos ou fazem-no com muita dificuldade.

Estes números podem evidenciar que para uma parte da população viver mais pode não significar viver melhor, o que é reforçado pelos indicadores da esperança de saúde aos 65 anos que indiciam que metade do tempo da esperança de vida aos 65 anos pode ser vivido para grande parte das pessoas com dificuldades várias no que respeita à saúde. Por exemplo, para França em 1991 a esperança de vida aos 65 anos sem qualquer dificuldade era apenas de 5,9 anos; sem restrição das actividades instrumentais da vida quotidiana era de 7,9 anos, o que representava 38% e 50% da esperança de vida, respectivamente. Apesar de alguns outros indicadores serem mais positivos no que se refere, por exemplo, à esperança de vida sem estar confinado a casa que é de 13,8 anos (88% da esperança de vida) e da esperança de vida sem restrição das actividades elementares da vida quotidiana que é de 14,3 anos (91% da esperança de vida), o certo é que os valores mostram que há ainda a possibilidade de uma grande parte do tempo que o idoso vive a mais, ser vivido sem a percepção de qualidade ou mesmo sem qualidade de vida efectiva. Isto faz-nos reflectir até porque sabemos que nem sempre as populações afectadas dispõem de condições para obviarem os efeitos perturbadores destas incapacidades na sua vida quotidiana.

Ao evidenciar problemas de saúde possíveis aos 65 anos e mais detivemo-nos nas incapacidades relativas à mobilidade e agilidade física e de comunicação. São estes também os aspectos em que se apoiam os cálculos para a esperança de vida sem incapacidade, não considerando existirem outros "handicaps" que não apenas os físicos, isto é, negligenciando os problemas de saúde mental. Foi esta constatação que fez com que Karen Ritchie (1997) focasse a sua atenção nas incapacidades mentais, que são as mais frequentes nas pessoas idosas e que se traduzem na esperança de vida sem demência senil. De acordo com a autora, no estudo referente a países como a França, Austrália, Bélgica e Reino Unido, a esperança de vida sem demência senil aos 77 anos é de 6,5 anos para os homens e de 8 a 9 anos para as mulheres. Estima-se que todos os indivíduos com mais de 65 anos vivam pelo menos um ano com uma doença mental. Também verificou que a proporção de sobreviventes dementes aumenta nesses países a partir dos 70 anos até culminar nos 85 anos. A idade em que mais casos de demência ocorrem é entre os 82 e 85 anos, após o que aumenta na ordem dos 45% até aos 95 anos de idade. Há autores que se referem à doença de Alzheimer como sendo a "peste para os velhos" do séc. XXI, por ser uma doença associada ao envelhecimento dadas as probabilidades de a contrair

aumentarem proporcionalmente com a idade, o que é favorecido pela ausência de resistências a esta doença do foro neurológico. Trata-se de uma doença degenerativa que acarreta a perda da memória e, em estado mais avançado, a demência e que afecta 3 a 5% da população com menos de 75 anos; 18,7% da população entre os 75 e os 84 anos e 42% das pessoas com 85 e mais anos (Guérin, 1996:113). Enquanto aos 65 anos apenas um em cada 100 indivíduos é atingido pela doença, aos 85 anos há a probabilidade de um em cada seis indivíduos a contraírem (Fukuyama, 2002:114).

Os impactos da doença de Alzheimer são vários, desde logo porque afecta em muito a qualidade de vida do idoso paciente ao reduzir-lhe gradualmente a sua autonomia até um estado de ausência total de autonomia. Tal significa que durante este tempo se verifica uma dependência progressiva da pessoa nas tarefas quotidianas e nos processos de tomada de decisão. Isto, além de afectar a qualidade de vida destas populações, exerce uma pressão sobre as instituições para idosos, sobre os apoios domiciliários e sobre os sistemas de saúde, o que dada a tendência crescente de envelhecimento das sociedades representa não só uma forte tensão em termos de recursos humanos e em termos financeiros mas também ao nível organizacional.

As conquistas tecnológicas e médicas para tratar os pacientes desta doença vão apenas permitindo a sobrevivência de um número cada vez maior de pessoas em estado vegetativo.

Em Portugal, de acordo com os Censos de 2001, para o conjunto da população a taxa de deficiência é de 6% e de 12,5% para a população idosa, ou seja, mais do dobro da taxa nacional. No que se refere às diferentes categorias de deficiência (motora, visual e mental, entre outras) regista-se que em todas elas é a população idosa que apresenta taxas mais elevadas de incidência. A excepção a esta tendência geral verifica-se em relação às doenças mentais cuja taxa é semelhante em todos os grupos de idade.

Ainda relativamente ao caso português os estudos apontam que embora as mulheres vivam mais anos do que os homens, contudo, elas gozam de uma esperança de vida sem incapacidades menor do que a deles. Também são as mulheres que, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999, sofrem mais de doenças crónicas como a hipertensão, as dores nas costas e a diabetes. Estas doenças, segundo o referido inquérito, são mais frequentes entre a população idosa.

Quando falamos da saúde como elemento indutor de bem-estar e ressaltamos as situações em que a ausência dela pode contribuir para perturbar o quotidiano das populações, a ideia subjacente é a de que a qualidade de vida depende, por exemplo, da capacidade de funcionar com independência física e autonomia mental na orientação desse

mesmo quotidiano. Apesar de tornarmos visível o que ainda falta conseguir para a melhoria da saúde e, consequentemente, da qualidade de vida dos idosos, não esquecemos os ganhos que Mormiche (1997) - que estudou se o recuo da mortalidade e consequente aumento de longevidade se fez acompanhar ou não da melhoria do estado de saúde das populações -, apresentou relativamente à população francesa. De um modo geral, referia o autor que de 1981 a 1991 a esperança de vida sem incapacidade à nascença aumentou 3 anos para o sexo masculino e 2,7 para o sexo feminino. Como refere o autor, se o recuo da mortalidade nesse período aumentou apenas 1,5 e 1,3 por ano, isto significa que o aumento da esperança de vida sem incapacidade à nascença é também imputável a um recuo efectivo da incapacidade. Esta concentra-se, sobretudo, nas idades elevadas em que aumentam as doenças crónicas, talvez como efeito do recuo da mortalidade. Mesmo assim segundo Mormiche as doenças que prevalecem na velhice são menos severas e menos incapacitantes.

As diferenciações ao nível da doença e da sua incidência em função da estrutura etária (em que as doenças mais severas parecem estar remetidas para os mais velhos entre os velhos) e a diferenciação entre o "vieux-vieux" - idoso de 75 anos ou mais - e o "jeune vieux" - idoso dos 60 aos 74 anos - (Dupâquier, 1997:80) apontam para a necessidade de não prevalecer a relação entre a idade da reforma e a idade da velhice, pois contrariamente ao séc. XIX em que a velhice antecipava a reforma (que os trabalhadores dificilmente atingiam), no presente é esta que antecipa a primeira e nesse iato parece surgir uma "idade nova" que se situa entre o fim do trabalho e a velhice propriamente dita (Fernandes, 2001a: 45) em que os idosos que se reformam gozam ainda das suas capacidades físicas e mentais. É nesse sentido que existem "jovens velhos" cuja retirada do processo de produção, até em muitos dos casos por meio de pré-reformas, os remete para uma inactividade contraditoriamente desejada e odiada, pois que se por um lado é-se pago sem a obrigação de produzir, por outro lado, a inactividade quando ainda se detém energias e capacidades físicas e mentais para criar ou produzir, sinaliza uma espécie de marginalização social. Esta dimensão agrava-se nas sociedades capitalistas centradas na produção e actividade ficando o indivíduo que não participa deste processo com o estigma da inutilidade, sem ter-lhes dado a oportunidade para planear uma actividade alternativa. Ora, também estas situações em muito afectam a qualidade de vida destes "jovens idosos" que vêem que a "idade para se ser velho demora a mudar" (Bourdelaïs, 1995:39).

O conceito de reforma perdeu, pois, o seu sentido inicial e a sua legitimidade porque dissociado da velhice (Fernandes, 2001b:24) e a solução para

o problema não é tão simples como a de retardar a idade da reforma pois que é necessário que uma medida desse teor seja acompanhada pela criação de condições sociais para que a manutenção dos "jovens velhos" nos postos de trabalho não gere uma tensão intergeracional. É necessário que medidas como as que decidem a entrada ou não na reforma não sejam tão abstractas e impessoais a ponto de afastar pessoas ainda capazes para desempenhar as suas funções e com isso fazer ruir a sua relação com a sociedade e a ancoragem existencial que algumas delas encontram na sua realização profissional.

Outro dos aspectos que influi na saúde das populações idosas é o isolamento a que alguns idosos estão devotados, seja pela quebra de laços familiares, seja por uma maior autonomia dos idosos ou pela sua retirada da vida activa com o término das relações sociais potenciadas pelo emprego que acaba por lhes provocar sentimentos de solidão e de baixa auto-estima. Estas situações podem, à luz da acepção ampla de qualidade de vida, contribuir para a sua diminuição ao instalar o desconforto e a infelicidade nos indivíduos idosos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta para o facto da depressão assumir valores significativos em idades avançadas e, sobretudo, nas mulheres.

A depressão é uma doença, por vezes, difícil de diagnosticar e, como tal, estes grupos de pessoas idosas com o problema podem não estar a receber o tratamento adequado. A OMS salienta que esta doença provoca uma redução na qualidade de vida tanto nos pacientes como naqueles que os tratam e lhes prestam auxílio. Daí ser importante junto das populações envelhecidas promover a saúde e o bem-estar, ou seja, é necessário que o "envelhecimento activo" seja uma realidade. O conceito de "envelhecimento activo" traduz a necessidade de aproveitar-se e otimizar as condições que permitem manter o bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a vida para que nas idades avançadas se possa gozar de uma vida sã e com qualidade. Trata-se, portanto, de prevenir e antever as condições para um envelhecimento equilibrado. Trabalhar para a qualidade de vida passa pelo processo de desenvolvimento das capacidades e competências do indivíduo em relacionar-se com a sua circunstância (desde a física à mental e sócio-cultural) de modo a perseguir uma vida sã.

Portanto, além dos bens materiais e sua qualidade que contribuem, por sua vez, para a qualidade de vida, é também importante para esta, a internalização que o ser humano faz das "condições objectivas" (Leff, 2001:324) e o desenvolvimento pleno das suas capacidades afectivas e intelectuais, em harmonia com os ambientes.

Para conseguir-se um "envelhecimento activo" a OMS recomenda que se persigam os seguintes objectivos:

- "Prevenir e reduzir a carga de incapacidades, doenças crônicas e a mortalidade prematura;
- Reduzir os factores de risco associados às doenças não transmissíveis e a diminuição de disfunções relacionadas com a idade, reforçando ao mesmo tempo os factores que preservam a saúde;
- Estabelecer políticas e estratégias orientadas para a prestação contínua de cuidados às pessoas que padeçam de doenças ou incapacidades crônicas;
- Formar e capacitar pessoas para assistirem às pessoas idosas;
- Velar pela atenção, segurança e dignidade das pessoas que envelhecem;
- Fazer com que as pessoas que envelhecem possam contribuir para o desenvolvimento económico e participarem nas actividades da sua comunidade e da sua família." (OMS, 2002)

A perspectivação dos impactos do envelhecimento demográfico sobre a qualidade de vida dos próprios idosos "abre uma perspectiva para pensar a equidade social no sentido da diversidade ecológica e cultural" (Idem, Ibidem, p. 326). De facto, o envelhecimento populacional é um processo que poderá gerar tensões conflituais várias sobre as quais urge reflectir.

Conclusão

O envelhecimento populacional originado quer por uma baixa fecundidade e natalidade quer por um recuo da mortalidade e consequente aumento da esperança de vida, faz com que num futuro próximo os velhos sejam cada vez mais velhos e numerosos. Se associarmos a este processo as descobertas da biotecnologia para prolongar a vida humana, podemos dizer que metade da população estará na idade da reforma ou para além dela. E este fenómeno não é apenas próprio dos países desenvolvidos, pois estima-se que em 2025 cerca de 840 milhões de pessoas com mais de 60 anos viverão nos países em desenvolvimento. Serão mais de ¾ da população idosa do mundo.

Se por um lado, as posições mais optimistas sublinham que o aumento da esperança de vida tem sido acompanhado pela "compressão" da morbilidade, por outro lado, os mais pessimistas acreditam que este aumento do número de anos vividos, que não cessa de se alongar, será acompanhado de doenças degenerativas várias, a que os indivíduos não poderão fazer face de igual forma, dada a desigualdade entre eles no acesso ao consumo de serviços de saúde. Por isso é que é necessário forjar e adoptar medidas que promovam a saúde na idade avançada a par de

outras medidas que lutem contra a exclusão social e os maus tratos² a que, por vezes, os idosos são submetidos, que os protejam economicamente e que eliminem as desigualdades sociais.

Ao nível dos impactos, desta "legião" que já nasceu e que caminha para a velhice, sobre os sistemas de saúde verifica-se a tensão entre, por um lado, a obrigação de dar resposta às necessidades de cuidados à população envelhecida e, por outro lado, a dificuldade em financiar o acesso à saúde por partes deste grupo da população, dada a sua maior dimensão e a especificidade de recursos exigidos ao seu acompanhamento.

Se bem que nem todos os idosos sejam dependentes, é verdade que a população com mais de 80 anos exige uma assistência específica e infra-estruturas particulares dado as suas condições de saúde serem mais frágeis. Daí que para manter a saúde destas populações seja necessário equacionar-se mais serviços médicos e serviços de assistência preparados não apenas para responder a crises episódicas, mas para assegurar uma contínua atenção e cuidados a uma população em que para além do declínio físico se associa o despoletar de doenças mentais, sobretudo, o grupo dos "velhos velhos", o que acarreta uma perda de autonomia destes indivíduos ou, simplesmente, dificuldades várias em se adaptarem à vida moderna.

Além dos impactos sobre a saúde e qualidade de vida, outros impactos advêm do envelhecimento populacional tais como: os riscos que representa para os sistemas de segurança social, na área das relações internacionais, ao nível da manutenção das hierarquias próprias das sociedades humanas, das relações intergeracionais e familiares que podem gerar conflitos sociais e políticos. É necessário que num diálogo intergeracional, com base na solidariedade e altruísmo geracional, se evite construir *ghettos* para manter os velhos isolados ou deixar que eles próprios se isolem. Deve-se recuperar e valorizar a sua função na comunidade e, em particular, na família e atribuir-lhes o papel de educadores no seio dela e de transmissores experienciais e culturais.

Cuidar para que viver mais anos seja sinónimo de viver com mais qualidade implica cuidar de integrar socialmente as pessoas de idade dado que, muitas das vezes, eles encontram-se marginalizados socialmente, o que em muito contribui para a sua percepção de menos qualidade de vida. Em relação ao "jeune vieux", tipo de velho até há pouco tempo arredo do nosso imaginário, é necessário que a sociedade lhe confira novas oportunidades por ser muito jovem em capacidades para ser afastado do processo produtivo, podendo não só contribuir para a criação de riqueza como também para o seu próprio bem-estar ao não ficarem alheados dos processos sociais. No que se refere aos "velhos velhos" é necessário que o prolongamento da sua

vida seja acompanhado de uma valorização do seu contributo no seio da família e para que tal ocorra é necessário que se valorizem as famílias e o apoio que estas possam prestar de modo a permitir aos seus idosos manterem níveis de bem-estar.

Como dizia Fukuyama a propósito das revoluções da biotecnologia no desejo de “aliviar” o envelhecimento: “*O prolongamento da esperança de vida é apenas uma parte da história das populações do mundo desenvolvido nos finais do séc. XX*” (Fukuyama, 2002: 105). Damos visibilidade a essa dimensão não significa amputar o optimismo que anima a espécie humana em viver cada vez mais. Sem esconder os ganhos adquiridos em termos de saúde e no recuo das incapacidades, em simultâneo com a mortalidade, convém estar alerta pois que o alongamento da vida nas idades mais avançadas da velhice pode significar uma diminuição na qualidade de vida advinda da perda de condições (físicas ou mentais) para fazer face às tarefas da vida quotidiana.

Notas

¹ Referenciado em Nussbaum, 1996: 136

² Por maus tratos a idosos, como alerta a OMS, entende-se: “la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana.” In *Declaração de Toronto Para a Prevenção Global dos Maus Tratos a Pessoas Idosas*, Organização Mundial da Saúde, 2002. Os maus tratos não se resumem a danos físicos mas também a psicológicos, emocionais, financeiros ou a actos de negligência.

Referências bibliográficas

- BOURDELAIS, P. (1995), “Le Seuil D’Entrée dans la Vieillesse: Le Poids de L’Histoire”, in A. M. Guillemard et al (dir.), *Entre Travail, Retraite et Vieillesse*, Paris, Harmattan, pp. 17-41.
- COUVRER, C. (2001), *A Qualidade de Vida – Arte Para Viver no Séc. XXI*, Loures, Lusociência.
- CAMBOIS, E., J.-M. Robine e I. Romieu (1997), “Prévalence des Incapacités Chez Les Personnes Âgées”, in J. Dupâquier (dir.), *L’Espérance de Vie Sans Incapacités*, Paris, PUF, pp. 121-132.
- DESESQUELLES, A. (1998), “Le Vieillessement Démographique dans les Pays Développés – Éléments de comparaison et d’analyse des évolutions passées et futures”, *Premières Rencontres Sauvy*, Paris, INED, pp. 184-215.
- DIAS, G.F. (2002), *Pegada Ecológica e Sustentabilidade*, São Paulo, Gaia.
- DUPÂQUIER, J. (1997), “Les Progrès de la Longévité” in J. Dupâquier (dir.), *L’Espérance de Vie Sans Incapacités*, Paris, PUF, pp. 77-89.
- FERNANDES, A. (1999), “Velhice e Sociedade: Alterações Nos Calendários Demográficos e Políticas Sociais” in *Actas dos V Cursos Internacionais de Verão de Cascais*, vol. 4, Cascais, Câmara Municipal de Cascais, pp. 51-60.
- FERNANDES, A. (2001a), “Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social – Itinerário de Pesquisa em Torno do Aumento da Esperança de Vida”, *Sociologia – Problemas e Práticas*, 36, Oeiras, Celta, pp. 39-52.
- FERNANDES, A. (2001b), “Reforma, Velhice e Cidadania: Dúvidas e Certezas de um Contrato Social”, *Cadernos de Política Social*, 2-3, Lisboa, Associação Portuguesa de Segurança Social, pp. 9-28.
- FUKUYAMA, F. (2002), *O Nosso Futuro Pós-Humano – Consequências da Revolução Biotecnológica*, Lisboa, Quetzal.
- FENNEL, D.A. e R. W. Butler (2003), “A Human Ecological Approach to Tourism Interactions”, *Int. J. of tourism Res.*, 5, pp. 197-210.
- GUÉRIN, S. (2000), *Le Boom Des Seniors*, Paris, Économica.
- INE (2002), *O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e Sócio-Económica Recente das Pessoas Idosas*, Lisboa, DECP/Serviço de Estudos Sobre a População.
- LAMY, M. (1996), *As Camadas Ecológicas do Homem*, Lisboa, Instituto Piaget.
- LEFF, E. (2001), *Saber Ambiental: Sustentabilidade, Racionalidade, Complexidade, Poder*, Rio de Janeiro, Vozes.
- MORAN, E. F. (1990), *A Ecologia Humana das Populações da Amazônia*, Petrópolis, Vozes.
- MORMICHE, P. (1997), “Vie et Santé Progressent de Concert”, in J. Dupâquier (dir.) (1997), *L’Espérance de Vie Sans Incapacités*, Paris, PUF, pp. 93-108.
- NAZARETH, J. M. (1996), *Introdução à Demografia – Teoria e Prática*, Lisboa, Presença.
- NUSSBAUM, M., A. Sen (Compil.) (1996), *La Calidad de Vida*, México, Fondo de Cultura Económica.
- OMS (2002), 55ª Asamblea Mundial de La Salud. Punto 13.12 de Orden del Día Provisional, A55/17, 4 de Abril de 2002.
- OMS (2002), *Declaração de Toronto Para a Prevenção Global dos Maus Tratos a Pessoas Idosas*, Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- ROSA, M.J. (2000), “Portugal e a União Europeia, do Ponto de Vista Demográfico a Partir de 1960” in A. Barreto (org.), *A Situação Social em Portugal 1960-1999*, Vol. II, Lisboa, ICS, pp. 419-451.
- RITCHIE, K. (1997), “Espérance de Vie et Santé Mentale”, in J. Dupâquier (dir.), *L’Espérance de Vie Sans Incapacités*, Paris, PUF, pp. 109-116.
- SOROMENHO-MARQUES, V. (1998), *O Futuro Frágil: Os Desafios da Crise Global do Ambiente*, Lisboa, Europa América.