



A Realidade Social dos Idosos em Portugal: O Desafio do Ano 2000

João Barreto*

Os anos mais recentes trouxeram consigo profundas alterações na estrutura da população portuguesa. A mais evidente consiste no seu significativo envelhecimento, devido não só ao decréscimo dos nascimentos como também ao aumento da duração da vida. A esperança de vida à nascença é agora de cerca de 71 anos para os homens e de 79 para as mulheres. O sector idoso, com idades de 65 anos e superiores, conta agora com 1 342 000 pessoas (censo de 1991), que representam 13,6 % da população.

Dentro deste sector, o subgrupo dos mais idosos (idade de 75 e mais anos) tem vindo a crescer relativamente e atinge já perto de dois terços, quando era de menos de metade nos anos setenta.

As consequências destes factos a nível sócio-económico têm sido amplamente debatidas, e entre elas avultam: um crescente sector de inactivos, vivendo essencialmente de pensões, com magros recursos, e um sistema de segurança social em profunda crise de financiamento.

Por outro lado, as despesas sociais e médicas com este grupo etário tão carente não param de crescer, sendo previsível o seu aumento indefinido nos próximos anos.

As necessidades decorrentes de situações de doença aumentam com a idade, como é natural. Calcula-se que cerca de 60% dos idosos apresentam pelo menos uma doença que lhes traz limitações e sofrimento, e 33% têm duas dessas doenças sobrepostas.

A idade avançada constitui um risco acrescido de doença mental. Estima-se em cerca de 5% a proporção de doenças psíquicas graves, incluindo demências avançadas e outras psicoses. Uns 10 a 12 % adicionais apresentam perturbações persistentes de moderada gravidade. Umhas e outras acarretam não só sofrimento ao próprio enfermo como acentuada perturbação no círculo familiar. As pessoas que cuidam destes enfermos, particularmente quando se trata de dementes, sofrem também elas mesmas de diversa patologia psiquiátrica, e necessitam conseqüentemente de ser ajudadas e aliviadas periodicamente da sua pesada carga.

A realidade social

Face ao aumento das situações de morbilidade (física, psíquica e mista), fragilidade e dependência, a resposta dada pela nossa sociedade é escassa e de má qualidade. Assenta ela em dois componentes tradicionais: os cuidados informais dispensados

* Professor Associado da Faculdade de Medicina do Porto

por parentes e vizinhos, e os lares residenciais.

Os *cuidados informais* estão também em crise, como o está a família em geral e a habitação em particular. Casas pequenas; filhas (quase sempre mulheres) que têm de sair para trabalhar, muitas vezes solteiras ou separadas, e não raro também idosas e doentes; e uma evolução cultural para o lado do hedonismo individualista, tudo contribui para dificultar ou impossibilitar que os descendentes tomem conta dos seus idosos. Alguns desses familiares, mais dedicados, acabam por não resistir à sobrecarga imposta por um demente agitado ou muito dependente, anos a fio, e adoecem por sua vez.

Noutros casos, o mau ambiente criado na família conduz à rejeição do idoso, vítima de negligências propositadas ou mesmo maus tratos e agressões, que não andarão muito longe da eutanásia involuntária ou homicídio encapotado. Estes casos são mais frequentes quando os familiares de sangue já faleceram, e o idoso se encontra à guarda de parentes distantes ou "acidentais".

Por isso muitos idosos, na maioria mulheres, preferem viver sós enquanto podem.

Os *lares residenciais* são de dois tipos gerais: os lucrativos e os que não têm fins de lucro. Os *lucrativos* são na sua grande maioria clandestinos, embora bem conhecidos das autoridades e indirectamente da Segurança Social, e mesmo os que têm alvará trabalham geralmente com lotação acima da aprovada. Estão pois quase todos na ilegalidade, mas as autoridades vão pactuando com eles - só raramente os fecham - por não haver onde colocar os residentes e para evitar problemas com as famílias. Estes lares ilegais, cujo número no nosso País parece andar por 800 a 1000 (Continente), embora a Segurança Social só conheça oficialmente umas escassas dezenas, admitem idosos sem restrições de patologia nem de dependência, e esse será o seu principal atractivo junto das famílias. As condições de habitabilidade e a qualidade de vida são geralmente deploráveis, com pouquíssimas excepções, como tem sido denunciado inúmeras vezes na imprensa. Não há dados objectivos sobre a mortalidade dos residentes nesses lares, naturalmente, mas a convicção dos médicos que alguma vez contactaram com eles é que o tempo médio de sobrevivência após admissão não ultrapassará alguns meses.

Já os lares *sem fins de lucro*, geralmente pertencentes a instituições privadas de solidariedade social (misericórdias, associações mutualistas, fundações ou instituições semi-públicas) criam restrições à entrada de dependentes, especialmente se se trata de doentes psíquicos, felizmente nem sempre aplicadas com todo o rigor. Os seus utentes são geralmente da classe média e com menor grau de dependência. As admissões são feitas por lista de espera, não havendo critérios objectivos de prioridade, podendo em certos casos ser tido em conta o grau de contribuição pecuniária que o utente esteja em condições de dar. O ambiente físico e humano é geralmente mais favorável, havendo mesmo algumas instituições que se podem classificar como

modelares. Entre estas, algumas dispõem de lugares “lucrativos” que contribuirão para o financiamento da obra.

Faltam, em todo este sistema, as *residências para dependentes*, com pessoal profissionalizado e admissão por critério objectivo ou igualitário. Tais residências permitiriam acolher idosos com doença física ou psíquica, quando não existem condições para a sua permanência no domicílio. Em todos os outros países europeus elas existem, são muitas vezes de natureza pública, e há critérios legais para as admissões, revestindo a forma de tabelas de pontuação, de modo a evitar preferências subjectivas.

Faltam ainda *residências para estadia temporária*, a chamada pausa familiar destinada a diminuir a sobrecarga dos parentes.

Existem, felizmente, *centros de dia* com apoio médico, embora abaixo das necessidades e muitos deles abaixo da sua capacidade. Quanto a serviços de apoio domiciliário, funcionam nas maiores cidades, quase sempre a cargo de obras de solidariedade, mas também claramente abaixo das necessidades.

Sumariando pois:

- a maioria dos idosos está a cargo das famílias;
- aumenta a sobrecarga das famílias e com ela a rejeição e os maus tratos;
- é quase nulo o apoio aos prestadores de cuidados informais;
- temos o menor número de lugares institucionais da Europa;
- praticamente não temos instituições residenciais para dependentes;
- é incipiente o apoio domiciliário fora das grandes cidades;
- convivemos com um sistema ilegal e desumano de exploração dos idosos dependentes em lares lucrativos.

Pode dizer-se que, se o sistema ainda não dá sinais de ruptura, isso se deve ao nulo potencial reivindicativo e infinita capacidade de sofrimento dos velhos, bem como à elasticidade da consciência dos restantes cidadãos.

A realidade política

O fenómeno do envelhecimento das populações, com o aumento das situações de dependência e a crise dos cuidados informais, tornou-se uma preocupação maior em termos políticos. Os governos procuraram nos últimos anos delinear programas de resposta a estes problemas, tendo-se multiplicado assembleias, *forums* e jornadas de estudo. Entre nós, saliente-se como facto importante a criação da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI), composta por representantes de vários ministérios, e funcionando na dependência do Ministério do Emprego e Segurança Social (actualmente da Solidariedade).

Até ao final dos anos sessenta, a perspectiva das instâncias oficiais era o que hoje se

pode designar como *assistencial* ou de benemerência. A sociedade civil tomava à sua conta a manutenção de lares para idosos, muitos deles simplesmente os antigos "asilos de velhos" rebaptizados, onde os casos de maior carência eram recolhidos para receberem passivamente ajuda à subsistência. As intervenções eram essencialmente de tipo pontual.

A partir da década de setenta ganhou força uma outra concepção, onde a *autonomia* do idoso é considerada o valor dominante. Consequentemente, passou a entender-se que a pessoa de idade avançada não deve ser segregada socialmente, e que deve ser estimulada a desenvolver a actividade que lhe for possível, no local habitual de vida, não só para prevenir a invalidez, como sobretudo e, numa palavra, para se realizar e ser feliz.

Esta nova orientação, que é actualmente adoptada por todos os estados europeus e defendida nas várias instâncias internacionais, preconiza pois uma actuação organizada e de tipo preventivo, junto do idoso e do seu meio, privilegiando a sua manutenção no domicílio e para isso garantindo todo o apoio necessário. Tem assim como linhas de força: desenvolvimento e diversificação das formas de apoio domiciliário, crescimento das solidariedades familiares e locais, e melhoria da qualidade de vida dos idosos que vivem em instituições.

Confrontam-se, no entanto, os governos com o crescimento desproporcionado das despesas com a terceira idade. E este *outro problema, o financeiro*, ao juntar-se aos anteriormente referidos, tem levado a opções que nem sempre serão as mais convenientes na perspectiva de uma política geral e consequente para os idosos.

Com efeito, os vários programas de acção que recentemente têm sido preconizados, como o "Programa para o Apoio Integrado a Idosos", de 1994, privilegiando correctamente as medidas de apoio ao idoso residente no domicílio, parecem, por outro lado, ter simplesmente ignorado a melhoria dos lares existentes, mesmo os dependentes de instituições de solidariedade, em favor de formas alternativas de prestação de cuidados.

Ora, como vimos acima, a melhoria das condições de residência em lares é uma prioridade para muitos dos nossos idosos, particularmente os mais dependentes e sem família, ou aqueles que sofrem de grave rejeição familiar.

Fica-se pois na dúvida se aquela opção dos nossos governantes não se deve afinal a considerar-se mais barato manter o idoso em casa, do que obter, para os que dela necessitam, uma solução residencial em lares para dependentes, residências protegidas, residências temporárias, ou estabelecimentos de saúde de longa duração. Isto é, escolhe-se a solução que parece mais económica e vai-se buscar um argumento humanista para a fundamentar...

Noutros países, e basta-nos o exemplo de Espanha, procurou-se delinear uma política global coerente para a terceira idade. A nação vizinha adoptou, há poucos

anos, o Plano Gerontológico Nacional, baseado em estudos e inquéritos amplos e largamente debatidos. Nesse plano assinalam-se cinco grandes áreas: pensões, saúde, serviços sociais, cultura e lazer, e participação. É portanto de uma *política integrada* que se trata, e não de medidas sectoriais. Com certeza que isto tem o seu custo, a curto e médio prazo. Mas o objectivo justifica-se, e talvez até com o tempo se possa traduzir numa economia muito real.

Em resumo, temos em Portugal:

- descoordenação entre as várias instâncias públicas e privadas que intervêm nesta área;
- particularmente entre os serviços de saúde e os serviços sociais, que não estão concertados a nível regional ou local;
- opção governamental pela exclusividade do apoio público às soluções que se afiguram menos dispendiosas, como os cuidados domiciliários;
- com prejuízo de medidas também necessárias a nível residencial para dependentes;
- tudo isto reflectindo a falta de uma política integral e coerente para a terceira idade.

Para uma estratégia global de apoio ao idoso

Feita uma rápida análise a esta situação ressaltam algumas ideias gerais. A primeira é a de que se impõe traçar uma política global para a idade avançada, com as suas dimensões *médica, social, cultural e económico-financeira*. Ora não parece que tal política tenha sido claramente definida ou ao menos debatida entre nós.

A análise que fizemos atrás é talvez demasiado "impressionista" e porventura subjectiva. Mas isso deve-se à falta de dados objectivos e quantitativos sobre a realidade do idoso em Portugal. O estabelecer de uma política pressupõe que sejam lançados *inquéritos* à situação real dos idosos entre nós, que permitam identificar as necessidades dos indivíduos e das comunidades. Só então poderá ser elaborado algo como um Plano Nacional de Apoio ao Idoso, que não seja apenas um rol de iniciativas avulsas ou mera agitação de ideias.

Um elemento essencial de tal política, pode adiantar-se, será sem dúvida a coordenação entre serviços de saúde e serviços de acção social, não só a nível nacional como se propõe fazer a CNATI, como também e, sobretudo, a nível regional e local e, naturalmente, em concertação com as autarquias e em contacto com as instituições privadas.

Essa coordenação deverá, seguindo o exemplo de outros países, ser posta em prática por *comissões mistas* "sócio-sanitárias". A elas competirá detectar as necessidades, propor criação de novos estabelecimentos, fiscalizar os já existentes,

estabelecer protocolos com as entidades privadas, regular o encaminhamento dos casos para os dispositivos mais adequados, gerir a utilização de recursos e avaliar o funcionamento do sistema. Estas comissões deverão ser postas gradualmente em acção, com funções inicialmente de estudo e consulta, e progressivamente dotadas de poderes de decisão.

Não parece pois aconselhável que se criem novas estruturas: serviços nacionais de apoio ao idoso, departamentos de terceira idade, etc., pesadas, competindo com as existentes, e por isso mesmo inoperantes. Pela própria dimensão do problema se depreende que são as próprias estruturas de saúde e acção social já existentes que terão de se adaptar e re-orientar para novos objectivos e novos estilos de actuação.

Formas de apoio social e prevenção

Só uma abordagem multilateral e multidisciplinar poderá responder com eficácia às necessidades complexas dos idosos na nossa sociedade.

A prioridade continuará a ser a manutenção do idoso no seu ambiente normal de vida, mas é indispensável impulsionar medidas que tornem possível essa opção, nomeadamente:

- estender o apoio domiciliário às zonas que ele ainda não atinge, sobretudo fora das grandes cidades;
- dar um mínimo de preparação aos cuidadores informais (familiares e vizinhos), começando por elaborar um programa-tipo;
- dar igualmente alguma formação a membros das forças policiais, bombeiros e outros voluntários, e prepará-los para actuar em caso de necessidade;
- possibilitar visitas domiciliárias por enfermeiras comunitárias, hoje fortemente restringidas por limitações orçamentais;
- estudar a possibilidade de dar uma formação breve, mas suficiente, a prestadores de cuidados domiciliários ou em residências, que possam actuar enquadrados por enfermeiros;
- facilitar a instalação e funcionamento descentralizado (para além da capital) de serviços de tele-alarme;
- desenvolver a rede de centros de dia, com apoio médico, assegurado por exemplo por centros de saúde;
- fomentar programas de tipo cultural e recreativo acessíveis a maior número de pessoas;
- formar profissionais de educação social, a nível superior, e dar-lhes alguma garantia de colocação em centros de idosos, residências e colectividades.

É evidente que para tudo isto o "Programa para o Apoio Integrado a Idosos", de 1994, deverá ser fortemente ampliado nas suas ambições e reforçado nos seus recursos:

bastará, para o financiamento, a parte que lhe cabe dos proventos do Joker?

Por outro lado, impõe-se encarar de *frente o problema dos idosos dependentes* que não têm família, não podem contar com ela, ou não é possível manter no domicílio. Para sairmos do zero, será preciso:

- legislar sobre residências para idosos e pôr em prática um sistema eficaz de fiscalização de lares públicos e privados;
- criar ou incentivar a criação de residências para idosos dependentes, inspirando-se por exemplo na experiência espanhola dos últimos anos;
- estabelecer critérios objectivos para admissão de idosos nessas residências, com base em índices de fragilidade física, psíquica e social.

Por outro lado, os *ainda válidos* podem necessitar também de apoio residencial, quando a permanência no domicílio se revela impraticável. Será necessário pois estudar e propor às instituições privadas soluções-tipo de residências protegidas e lares para idosos, respeitando normas a estabelecer, e incentivar a sua construção ou adaptação.

Em síntese e concluindo

Quem se debruça sobre os problemas da população de idade avançada, no nosso País, depara desde logo com algumas realidades de enorme significado, que todavia o cidadão comum parece estar ainda longe de avaliar na sua verdadeira dimensão.

A primeira é a *realidade demográfica*: temos cada vez mais idosos, perto de um milhão e meio, e cada vez menos jovens e adultos activos. As necessidades de apoio médico e social desses idosos não pararão de crescer nos próximos anos, e no entanto os recursos financeiros da segurança social parecem cada vez mais escassos.

Não menos importante é a *realidade sócio-familiar*. As famílias estão em crise e já não podem assegurar, muitas delas, os cuidados de que os seus membros de mais idade necessitam. Daí uma atitude de rejeição do idoso, estranha à nossa tradição cultural, mas infelizmente bem real e fonte de negligências e maus tratos. Muitos milhares de idosos doentes serão abandonados à sua sorte, os primeiros dos quais serão provavelmente os doentes psíquicos.

A *realidade política* é a do esquecimento prático destes problemas, sob a capa de palavras de simpatia e iniciativas pouco mais que simbólicas. É incipiente o apoio domiciliário aos idosos, fora dos grandes centros; temos o menor número de lugares institucionais da União Europeia; praticamente não temos residências para dependentes. Pior ainda, somos complacentes para com um sistema ilegal e desumano, mas florescente, de exploração dos idosos em lares lucrativos sem quaisquer condições.

Muita coisa tem que mudar, necessariamente, a começar pela tomada de consciência pelo público da dimensão dos problemas e da variedade das soluções possíveis. O sector estatal não pode continuar a alhear-se e a deixar os problemas a cargo exclusivo

da sociedade civil. Muitas iniciativas lhe cabem, nos domínios da formação, planeamento, distribuição de recursos, fiscalização, e mesmo lançamento de realizações concretas de grande vulto. Impõe-se o lançamento de uma política nacional de apoio ao idoso, com as suas várias dimensões: social, médica, cultural e financeira.

Não se defende a criação de novas estruturas ou a disseminação de novos serviços, mas antes a adaptação dos já existentes para tarefas mais vastas, e com novos estilos de actuação. Existem, felizmente, serviços médicos e sociais servidos por profissionais interessados, competentes e capazes de serem mobilizados.

A cooperação entre serviços de saúde e de acção social é a única forma de se poder dar resposta às múltiplas carências que afligem os idosos. Ela terá de ser posta em prática não só ao nível do topo, como até agora, mas sobretudo aos níveis intermédio e local, começando pela criação de comissões mistas, com vastas atribuições de estudo, coordenação e fiscalização, ligadas ao poder autárquico e regional.

Naturalmente que a formação dos indispensáveis recursos humanos é um aspecto a ter em conta desde o princípio. Os *educadores sociais*, ao lado de geriatras, enfermeiros especializados, visitantes sanitários e terapeutas ocupacionais, terão um papel insubstituível na realização de uma nova política integral em favor do idoso. Daí a importância de que se reveste a sua cuidada preparação, tanto nos aspectos teóricos como práticos, de que é feliz exemplo o curso em que tenho a honra de colaborar, nesta Escola tão prestigiada.