

ENVELHECIMENTO: CONTAS DA IDADE E A CONTAS COM MODOS DE VIVER E MORRER

por

António Joaquim Esteves*

Resumo: Reconhecendo a complexidade do objecto, percorre-se vários registos – demográfico, geográfico, geopolítico e antro-po-sociológico – para construir uma imagem polifacetada que guie a elaboração de dispositivos profissionais de intervenção.

Palavras-chave: Envelhecimento; modos de viver e de morrer; o corpo e a memória.

0. INTRODUÇÃO

Em qualquer aproximação analítica à velhice na sociedade contemporânea, não pode deixar de salientar-se a sua actualidade, problematicidade e complexidade. Antes de mais, basta notar o modo intenso como esta problemática atravessou as preocupações dos mais variados segmentos científicos e profissionais tanto como o âmbito mais generalizado das entidades públicas, dos mass-media e da população no seu conjunto, à medida que a população dita idosa se tornava mais numerosa, visível e vulnerável. Por outro lado, a transformação do seu estatuto social em objecto mediático-político não ocorreu, porém, sem que a sua natureza problemática perdesse, tantas vezes, acutilância e correspondente resguardo e atenção. É que, muito simplesmente, a complexidade que lhe inere foi suplantada ora pela urgência de encontrar, propor e acordar respostas às suas manifestações mais embaraçosas para o equilíbrio social ora pela aceitação acrítica de pressupostos e pré-definições administrativamente consolidadas nas várias instituições ao longo de muito tempo.

Nesta conjuntura, o objectivo assumido foi o de reconhecer a complexidade do objecto e, mesmo sem dar conta de toda a sua extensão, percorrer vários registos analíticos (demográficos, uns, económicos, outros, políticos, sociológicos e

* Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

antropológicos, ainda outros) para tentar construir uma imagem polifacetada, diante da qual uma qualquer prática profissional de orientação social pode elaborar dispositivos humana e socialmente viáveis e fiáveis no horizonte do que se poderia denominar a tarefa de “cuidar o futuro”¹.

Na organização deste percurso, há que salientar, por outro lado, a dupla semântica contida no vocabulário da “conta” e do “conto”. Dum lado, do lado do campo do cálculo, o esforço de objectivação e de quantificação: ora numa perspectiva demográfica (“os idosos contados”), ora numa perspectiva económica (“as contas dos idosos” – que aqui não incluiremos). Do outro, do lado do campo da narrativa, a organização do discurso e da experiência (“o conto dos idosos” ora num registo histórico-sociológico ora num registo político institucional ora num registo antropológico, “a contas com a vida e a morte”).

Em referência ao mote escolhido em 1950 pela “Sociedade Gerontológica Americana” – “dar vida aos anos; dar anos à vida” – pode-se dizer que se trata, no fim de contas, de configurar no âmbito da demografia e da geografia o coração duma *sociedade longevital*, o alcance duma *sociedade multigeracional* no âmbito da história e da sociologia, as formas em transformação duma *sociedade solidária* no âmbito da teoria política e da economia e, por fim, as formas e exigências duma *sociedade com rosto humano* no âmbito da antropologia e filosofia do corpo, da saúde e da morte.

1. OS IDOSOS CONTADOS: QUESTÕES DE DEMOGRAFIA E GEOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO. AS CATEGORIAS ETÁRIAS E AS CONDIÇÕES DE VIDA: ULTRAPASSANDO OS ETNOCENTRISMOS E A NATURALIZAÇÃO DOS CONCEITOS. OS DESEQUILÍBRIOS ETÁRIOS NO ESPAÇO PORTUGUÊS. INCONSCIENTE GEOESTRATÉGICO E ANGÚSTIAS NACIONALISTAS.

O objectivo desta secção é partir da representação tradicional do envelhecimento que toma como pressuposto o limiar etário de 65 anos, circunscrevê-lo nas suas dimensões quantitativas e geográficas a partir do peso do grupo idoso e da esperança de vida e reflectir sobre as consequências negativas do seu uso no quadro da análise das transformações em curso das nossas sociedades.

¹ Referimo-nos a *Cuidar o futuro. Um programa radical para viver melhor*, Lisboa, Trinova, 1998, publicado pela Comissão Independente sobre População e Qualidade de Vida presidida pela Eng. Maria de Lourdes Pintasilgo. Embora a noção de “cuidado” (“care”; “souci”) muito deva a certas correntes do movimento feminista, para uma visão panorâmica da sua utilização no quadro da filosofia, cfr. *Magazine Littéraire*, nº345, Julho-Agosto, 1996 (“Le souci, éthique de l’individualisme”).

1.1. Envelhecimento nas diversas escalas geográficas

A representação da estrutura etária das populações duma sociedade é habitualmente usada como instrumento para aferir, com todas as precauções epistemológicas exigidas, a sua “juventude” ou “envelhecimento”.

A partir do Quadro nº 1, é possível observar com clareza o contraste entre dois conjuntos de grandes regiões mundiais: dum lado, a África, a Ásia e América Latina, dotadas de uma estrutura etária onde o grupo mais jovem possui um grande peso, com tendência a crescer neste princípio do século XXI, e onde é muito reduzido o peso percentual do grupo idoso (65 e mais anos); do outro lado, os Estados Unidos e a Europa, como representativos de uma estrutura etária onde o grupo idoso apresenta um peso notável e em forte crescimento e onde o grupo jovem detém um peso relativamente pequeno. Nestes dois conjuntos se perfilam, dum lado, as chamadas sociedades duplamente jovens e, do outro, as sociedades duplamente envelhecidas, tendo em conta a evolução conjunta dos dois grupos.

Quadro Nº 1 – Estrutura etária das grandes regiões mundiais (1991)

	0-14 anos		15-64 anos		+65 anos	
	1991	2000-2005(a)	1991	2000-2005(a)	1991	2000-2005(a)
ÁFRICA	45,0	78,2	52,0	15,9	3,0	5,9
ÁSIA	34,0	46,6	61,0	44,3	5,0	9,1
AMÉRICA LATINA	38,0	50,0	57,0	41,4	5,0	8,6
EUA	22,0	32,5	66,0	48,5	12,0	19,0
EUROPA	20,0	25,8	67,0	52,5	13,0	21,7

Fonte: Brinkerhoff & White, 1991: 529; (a) Estimativas de *L'état du monde*, p. 608-610.

Embora reconhecido como uma tendência inelutável e geral, que assume, é certo, especificidades de região para região e de país para país, o envelhecimento constituiu, não obstante o carácter internacional de fórum político da “Cimeira do Cairo” de 1994, um dos “silêncios do Cairo”², concretamente ao lado da mortalidade geral e das migrações.

Sem esquecer as vias de envelhecimento das diferentes regiões – particularmente o rápido declínio da natalidade- Lasseonde destaca o seu significado para os

² LASSONDE, Louise – *Les Défis de la Démographie. Quelle qualité de vie pour le XXI siècle?*, Paris, La Découverte, 1996.

países industrializados: “Nos países industrializados, ele [o envelhecimento] coloca a questão das relações entre gerações (relações humanas mas também modalidades de segurança social) e a das opções sociais a operar entre procurar prolongar a vida o mais possível ou assegurar à grandíssima maioria uma terceira idade de qualidade”³.

O envelhecimento numa sociedade como, de resto, a problemática demográfica no seu conjunto acabou, assim, por colocar-se sob uma outra bandeira: a bandeira da qualidade de vida. A história das transformações do estatuto científico-ideológico da natalidade no quadro do crescimento e do desenvolvimento é, por si só, instrutiva para alertar contra as teses simplistas sobre o envelhecimento na sociedade contemporânea. Erguida, na Conferência de Bucareste promovida pela ONU em 1974, à condição de “descolagem” do crescimento por parte dos países industrializados chefiados pelos EUA contra os países do Sul, a redução da natalidade passou, com efeito, na Conferência do México em 1984, a factor irrelevante perante as condições económicas de livre comércio e livre iniciativa empresarial, até que, na Conferência do Cairo em 1994, se eclipsou perante o confronto ideológico posto em cena pelos defensores da aplicação dos direitos humanos à reprodução e sexualidade, dum lado, e, do outro, pelos defensores de concepções teocráticas mais apostados em impor dogmas religiosos do que favorecer o pluralismo cultural.

O mapa do “envelhecimento” das sociedades europeias é por si eloquente. Tomando como referência as áreas em que a percentagem de população com idade igual ou superior a 65 anos é superior a 16% da respectiva população, na Europa dos 12 (onde essa categoria etária constitui 14,5% do total) essas áreas dispõem-se em toda a orla costeira da Inglaterra, no centro e sul da França ligam-se, por um lado, à costa mediterrânica do noroeste e do centro da Itália (neste último caso, alargando-se até ao Adriático) e, por outro, cobrindo, em Espanha, Aragon, Castela de la Mancha e Castela e León e, em Portugal, Algarve, Alentejo e Centro até à fronteira.

Na década de oitenta, Portugal continental (cfr. QUADRO nº 2) traduziu a tendência do duplo envelhecimento na estrutura etária: reduzindo a percentagem do grupo jovem (-9,2%) e aumentando o peso do grupo idoso (3,9%). Na década de noventa, a tendência manteve-se: de 1991 para 1997, o grupo jovem viu diminuído o seu peso em 2,4%, enquanto o grupo idoso aumentou de 1,3%. No final de 1997, ainda segundo as estimativas do INE – *Estatísticas da Protecção Social 1997*, o índice de envelhecimento passava de 71,4 para 88,5 idosos de 65 e mais anos por cem jovens.

³ *Ibid.*: 115.

Quadro Nº 2 – Estrutura etária do continente (1981; 1991; 1994 e 1997) e sub-regiões da Região Norte (1991)

	0-14 ANOS	15-64 ANOS	+65 ANOS
CONTINENTE'81	28.9	61.3	9.8
CONTINENTE'91	19.7	66.6	13.7
CONTINENTE'94(a)	18,0	67,6	14,4
CONTINENTE'97(a)	17,0	67,9	15,1
REG. NORTE'91	22.1	66.4	11.4
– Minho-Lima	20.6	62.7	16.7
– Cávado	24.9	65.3	9.8
– Ave	23.9	66.9	9.2
– Grande Porto	20.0	69.4	10.6
– Tâmega	24.3	64.8	9.9
– E. Douro-e-Vouga	22.1	67.6	10.3
– Douro	21.4	63.0	15.6
– A. Trás-Montes	20.0	62.7	17.3

Fonte: INE, 1996-97; (a) INE – *Estatísticas da Protecção Social 1997*: 38.

Relativamente à Região Norte, assinaladas que foram as assimetrias regionais do envelhecimento em Portugal⁴, há que anotar o facto de que na região como um todo, essa dupla tendência é mais lenta, havendo, no entanto, que registar igualmente sub-regiões onde o envelhecimento na base e no topo é mais acelerado que no conjunto da região. Pertencem a esta última categoria Minho-Lima, Douro e Trás-os-Montes.

1.2. Esperança de vida por regiões geográficas de desenvolvimento

Outra perspectiva de observação que permite uma aproximação ao envelhecimento é a que se baseia na esperança de vida de que as populações beneficiam nas diferentes idades (desde o nascimento até às idades mais avançadas, nomeadamente aos 65 anos).

⁴ ESTEVES, A.J.; PINTO, J.M., “O envelhecimento na Área Metropolitana do Porto”, in *Estatística & Estudos Regionais*, nº 14, 1997,

A observação à escala mundial é elucidativa – conforme o Quadro nº 3 – sobre os ganhos de esperança de vida à nascença: no período de pouco mais de um quarto de século (1970-1997), esse ganho foi da ordem de 7.6 anos. Há que acrescentar, porém, em abono da objectividade, que esse aumento ficou a dever-se à evolução que beneficiou os países em vias de desenvolvimento (9.9 anos) e os países industrializados (6.3 anos), dado que nos países da Europa de Leste a evolução foi negativa (-0.2 anos). A distância que separava as posições mais favoráveis dos países industriais das dos países não desenvolvidos encurtou-se um pouco: diminuiu de 16.9 anos para 13.3.

Quadro Nº 3 – Esperança de vida à nascença (EVN) por áreas geográficas de desenvolvimento (1970; 1997)

	PVD	CEI/EL	PI	MUNDO
EVN – 1970	54.5	68.8	71.4	59.1
EVN – 1997	64.4	68.6	77.7	66.7
Progresso EVN	9.9	-0.2	6.3	7.6
Não > 40 anos(a)	14.6	8.3	3.1	12.5
Não > 60 anos(b)	28.1	24.7	10.6	25.3

Fonte: PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano*, 1999 [8: 171; 4: 148; 5: 150]; PVD – Países em vias de desenvolvimento; CEI/EL – Europa do Leste; PI – Países industrializados; EVN – Esperança de vida à nascença; (a) Pessoas que não devem ultrapassar os 40 anos; (b) Pessoas que não devem ultrapassar os 60 anos.

As áreas geográficas mais desfavorecidas em termos de esperança de vida continuam a ser as mesmas ao longo deste quarto de século, sem razões para esperar grandes alterações nos tempos mais próximos. Deste modo, os aumentos na esperança de vida por parte de África, que continua a deter os valores mais baixos de todo o mundo, não reduzem, antes pelo contrário, as distâncias em relação à média mundial, enquanto a Ásia consegue sobrepor-se ligeiramente à mesma média mundial. Mesmo assim, do quadro ressaltam as distâncias de 25,4 anos (1995-2004) entre a esperança de vida à nascença na Ásia e a da América do Norte.

O fosso entre os Países industrializados (PI) e os Países em vias de desenvolvimento (PVD) pode traduzir-se, conforme o Quadro nº 4, nos seguintes termos: nestes últimos países, há um número de indivíduos perto de cinco vezes maior do que nos países industrializados que não ultrapassa os quarenta anos, enquanto o número daqueles que não ultrapassam os sessenta ainda é, nos países em desenvolvimento, quase três vezes mais que nos países industrializados.

Face a esta observação e com a leitura do Quadro nº 4, poderemos dar-nos conta de quanto a definição demográfico-administrativa da velhice – na base do

limiar dos 65 anos- era inadequada, por ocidentalocêntrica⁵, há já vinte e cinco anos para os continentes da América Latina (com a esperança de vida em 63,1 anos), da Ásia (58,5 anos) e da África (48,0 anos); e, hoje ainda, aparece inadequada para África, onde essa esperança de vida continua – e tudo leva a pensar que continuará – abaixo desse limiar (51,4 anos).

A evolução neste último quarto de século e as expectativas elaboradas para este final de século caracterizam-se pelo aumento geral em todos os continentes. As diferenças neste aumento são, todavia, notórias:

- de 1975/80 para 1995/2000, a esperança de vida ao nível do mundo aumentou de 5,9 anos;
- ao nível de África aumentou em 3,4 anos; na Europa, o aumento foi de 2.1 anos; na América Latina tal aumento foi de 6.1 anos, enquanto na Ásia foi de 7.8 anos, de 4.9 anos na América do Norte e de 5.0 anos na Oceania.

Quadro Nº 4 – Esperança de vida^(a) de 1975 a 1995 e projecção para 2000-2010

	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2005-2010 ^(b)
MUNDO	59,7	61,3	63,1	64,3	65,6	68,3
África	48,0	49,5	51,3	51,1	51,4	53,2
América Latina	63,1	64,9	66,7	68,1	69,2	71,4
América do Norte ^(c)	73,3	74,7	75,2	75,9	76,9	78,2
Ásia ^(d)	58,5	60,4	62,5	64,5	66,3	69,4
Europa ^(d)	71,2	71,9	73,0	72,6	73,3	75,0
Oceania	68,2	70,1	71,3	72,9	73,8	75,6

CORDELIER, S.; DIDOT, B. (direc.) – *L'État du Monde. Annuaire économique géopolitique mondial*, Paris, La Découverte & Syros, 1999. (a) Número de anos que viveria, em média, uma criança nascida no período em causa, supondo que as taxas de mortalidade por grupo etário permanecem durante a sua vida inalteradas relativamente ao período de nascimento; (b) Projecção; (c) Não incluído o México; (d) As repúblicas da ex-URSS umas são classificadas na Europa e outras na Ásia.

Sabendo da importância que o índice de desenvolvimento humano representa em termos de esforço para sintetizar o maior número de factores significativos de desenvolvimento⁶, parece de aproveitar a perspectiva oferecida por esse indicador (cfr. Quadro nº 5). Ora o que de fundamental resulta é que a imagem acerca da esperança de vida segundo os tipos de desenvolvimento humano não se altera por aí além.

⁵ Para uma visão global que ultrapasse as contribuições sectoriais, cfr. AMIN, Samir – *O eurocentrismo. Crítica de uma ideologia*, Lisboa, Edições Dinossauro, 1999.

⁶ Cfr. PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano*, 1999.

Quadro Nº 5 – Esperança de vida à nascença (EVN) por Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (1970; 1997)

	DESENV. HUMANO ELEVADO (DHE)	DESENV. HUMANO MÉDIO (DHM)	DESENV. HUMANO BAIXO (DHB)
EVN (1970)	70,6	57,3	42,8
EVN (1997)	77,0	66,6	50,6
Homens	73,7	64,8	49,7
Mulheres	80,2	68,7	51,5
Diferencial M/H	6,5	3,9	1,8
Progresso da EVN (97/70)	6,4	9,3	7,8

Fonte: PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano*, 1999 [1: 134-137; 2: 138-141; 8: 168-170]

Os progressos da esperança de vida à nascença ao fim de mais de um quarto de século (1970-1997) evidenciam o caso dos países de desenvolvimento humano intermédio (9, 3 anos) sobre os progressos dos países de baixo desenvolvimento humano (7,8 anos) e, mesmo, dos países de desenvolvimento humano elevado (6,4 anos). As diferenças entre homens e mulheres quanto a esperanças de vida à nascença – sempre favoráveis às mulheres – não deixam, porém, de merecer um destaque. Os valores dessas diferenças, com efeito, acompanham a hierarquia do desenvolvimento humano (6,5 anos nos países de DHE; 3,9 anos nos países de DHM; e, finalmente, 1,8 ano nos países de DHB). Não deixa de ser significativo, ainda, o fosso que se mantém entre o mundo de desenvolvimento humano elevado e o mundo de desenvolvimento humano baixo: o fosso era equivalente a 27,8 anos em 1970 e de 26,4 em 1997; em 1997, o fosso entre homens desses dois mundos era de 24,0 anos, enquanto o fosso entre as mulheres ascendia a 28,7 anos.

A Europa dos Quinze representa uma região com altas esperanças de vida à nascença, o que não impede diferenças e variações desencontradas na sua evolução.

Os dados relativos a 1994 e as estimativas para 2000 quanto à esperança de vida para os homens apontam Portugal e a Suécia como os países, respectivamente, com os valores mais baixos e com os valores mais altos. Quanto às mulheres, essas posições são ocupadas pela Dinamarca, com a mais baixa esperança de vida, e pela França, com a esperança de vida mais alta. As previsões para 2000 apontam subidas em todos os países quer para os homens quer para as mulheres, excepção feita para as mulheres em Itália (que mantém a mesma esperança de vida) e na Suécia (onde se verificaria uma pequena diminuição).

Um outro aspecto, que resulta do Quadro nº 6, é o que se refere à amplitude das diferenças de esperanças de vida à nascença entre homens e mulheres. Essa

amplitude das diferenças não é a mesma nos diferentes países: assim, vai, em 1994, de 5.0 anos (Grécia) até 8,1 anos (França), enquanto as estimativas para 2000 apontam para uma queda dessa amplitude tanto no país com diferença maior (França, com 7,8 anos) como no país com menor diferença (agora a Suécia, com 4.5 anos). Neste final de século, a atender à comparação entre os dados relativos a 1994 e às estimativas de 2000, as diferenças de esperança de vida entre homens e mulheres apresentarão uma queda na maior parte dos países (9 países, mais precisamente).

Quadro Nº 6 – Esperança de vida à nascença na Europa dos 15

	Esperança de Vida à Nascença – 1994(a)			Esperança de Vida à Nascença – 1999(b)		
	Homens (1)	Mulheres (2)	Diferença (2-1)	Homens (3)	Mulheres (4)	Diferença (4-3)
Bélgica	73,4	80,1	6.7	73,8	80,6	6.8
Dinamarca	72,7	78,1	5.4	73,0	78,3	5.3
Alemanha	73,1	79,6	6.5	73,9	80,2	6.3
Grécia	75,2	80,2	5.0	75,6	80,7	5.1
Espanha	73,8	81,1	7.3	74,5	81,5	7.0
França	73,8	81,9	8.1	74,2	82,0	7.8
Irlanda	73,2	78,7	5.5	73,6	79,2	5.6
Itália	74,7	81,2	6.5	75,0	81,2	6.2
Luxemburgo	73,2	79,7	6.5	–	–	–
Holanda	74,6	80,3	5.7	75,0	80,7	5.7
Áustria	73,4	79,7	6.3	73,7	80,2	6.5
Portugal	71,6	78,6	7.0	71,8	78,8	7.0
Finlândia	72,8	80,1	7.3	73,0	80,6	7.6
Suécia	76,1	81,4	5.3	76,3	80,8	4.5
Reino Unido	74,2	79,4	5.2	74,5	79,8	5.3

Fonte: Cálculos a partir de (a) EUROSTAT – *Statistiques Démographiques 1996*: 102; (b) *L'État du monde 2000*: 610.

O Quadro nº 7 permite-nos observar nestas últimas quatro décadas da “Europa dos quinze” como se veio alargando o período de vida para além da idade da saída da vida activa (em princípio aos 65 anos). É este adiamento da mortalidade que está na base daquilo que alguns autores referem, em comparação com a primeira transição que envolveu o desfasamento das curvas de mortalidade e

natalidade, como a “segunda transição”⁷. Do ponto de vista político e cultural, o que está em descoincidência é, por um lado, o envelhecimento biológico e, por outro, o envelhecimento na sua definição social e política.

Quadro Nº 7 – Esperança de vida aos 65 anos de 1960-1994 na actual Europa dos 15

	1960		1970		1980		1990		1994		1994-1960	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Bélgica	12,4	14,8	12,1	15,3	13,0	16,9	14,3	18,5	14,8	19,1	2,4	4,3
Dinamarca(a)	13,7	15,3	13,7	16,7	13,6	17,6	14,0	17,8	14,3	17,7	0,6	2,4
Alemanha	–	–	–	–	–	–	14,0	17,6	14,7	18,4	–	–
Grécia	13,4	14,6	13,9	15,2	14,6	16,8	15,7	18,0	16,1	18,4	2,7	3,8
Espanha	13,1	15,3	13,3	16,0	14,8	17,9	15,3	19,0	15,7(b)	19,5(b)	2,6	4,2
França	12,5	15,6	13,0	16,8	14,0	18,2	15,6	19,9	16,2	20,6	3,7	5,0
Irlanda	12,6	14,4	12,4	15,0	12,6	15,7	13,3	16,9	13,9	17,4	1,3	3,0
Itália	13,4	15,3	13,3	16,2	13,3	17,1	15,1	18,8	15,4(c)	19,2(c)	2,0	3,9
Luxemburgo(d)	12,5	14,5	12,1	14,9	12,3	16,0	14,2	18,3	14,6	18,7	2,1	4,2
Holanda	14,2	15,7	13,6	16,5	14,0	18,5	14,4	19,0	14,8	19,1	0,6	3,4
Áustria	–	–	11,7	14,9	12,9	16,3	14,4	18,0	15,1	18,6	–	–
Portugal	13,0	15,3	12,2	15,0	12,9	16,5	14,0	17,0	14,4	17,9	1,4	2,6
Finlândia	–	–	–	–	12,5	16,5	13,7	17,7	14,6	18,6	–	–
Suécia(e)	13,7	15,3	14,2	16,8	14,3	17,9	15,3	19,0	16,0	19,7	2,3	4,4
Reino Unido	11,9	15,1	12,0	16,0	12,6	16,6	14,1	17,8	14,7	18,3	2,8	3,2
Média	13,0	15,1							15,0	18,7	2,0	3,7

Fonte: EUROSTAT, *Statistiques Démographiques 1996*: p. 152-159. (a) Os dados de 1960 e 1970 referem-se a 1961-62 e 1970-71; (b) Os dados referem-se a 1993; (c) Os dados referem-se a 1992; (d) Os dados de 1960, 1970, 1980 referem-se a 1960-3, 1970-2 e 1978-80; (e) Os dados de 1960, 1970 e 1980 referem-se a 1960-4, 1970-4 e 1980-4.

Em média, nestas quase quatro décadas, os homens da “Europa dos Quinze” ganharam 2,0 anos, passando a viver 15,0 anos em vez de 13,0 depois de abandonarem a vida activa, enquanto as mulheres ampliaram esse ganho para 3,7 anos, passando de 15,1 em 1960 para 18,7 anos em 1994.

Os ganhos de sobrevivência na reforma variam, é certo, de país para país:

⁷ LASSONDE, *Op.cit.*: 116.

relativamente a 1994, pode-se registar que os países se situam entre as duas posições extremas, desde a Irlanda, com os períodos mais baixos de sobrevivência de 13,9 para os homens e de 17,4 para as mulheres, até à França, com os períodos mais altos da ordem dos 16,2 anos para os homens e de 20,6 anos para mulheres.

1.3. Inconsciente geoestratégico e angústias nacionalistas

As análises actuais do envelhecimento não é mais possível separá-las dos quadros de valorização que presidem aos juízos positivos, como os de H. Mendras⁸, ou aos juízos negativos, como os de Didier Pène⁹. E, nomeadamente, não é mais possível fazê-las sem o enquadramento geoestratégico em que o envelhecimento acaba por entrar.

É numa breve pergunta lateral de D. Pène¹⁰ que podemos surpreender o assomar desse inconsciente geo-estratégico. A dada altura da sua análise económica sobre as consequências negativas do envelhecimento sobre a sociedade, pergunta o autor: “Como pode a Europa desempenhar o papel que pretende ter no mundo se se compõe de uma zona globalmente despovoada ao mesmo tempo que fecha as suas fronteiras?”.

Conhecidas as tendências de envelhecimento e de aumento da esperança de vida de acordo com os dados até aqui apresentados, é necessário evocar, ainda que brevemente, linhas profundas dos movimentos migratórios ao nível mundial e ao nível mediterrânico.

De acordo com Chesnais¹¹, no último meio século (1950-1989) destacam-se como os quatro grandes pólos de imigração: em primeiro lugar e destacados, os EUA, com um saldo migratório da ordem de 25 milhões de indivíduos; a seguir, Alemanha e França, com saldos de 9 e de 4 milhões respectivamente; em terceiro lugar, o Canadá e a Austrália, cada um com saldo migratório da ordem dos 3,5 milhões; finalmente, o Japão e a Arábia Saudita, com pouco menos de 3 milhões de saldo migratório. Para o mesmo período, como pólos de emigração destacam-se: acima de 2 milhões de emigrantes, o México, rumo aos EUA, Argélia e Turquia, para a Europa, e Egipto e Afeganistão, rumo à Arábia Saudita; abaixo de 2 milhões, Marrocos, Jugoslávia e Japão, no sentido da Europa; Paquistão, Índia e Filipinas, sobretudo para a Arábia Saudita.

⁸ MENDRAS, Henri – “Le troisième âge animera la société française”, in *Futuribles*, nº 80, Setembro de 1984.

⁹ PÈNE, Didier – *La civilización de los jubilados*, Madrid, Ediciones Encuentro, 1999.

¹⁰ *Ibid.*: 227.

¹¹ DEBIÉ, F., *Géographie économique et humaine*, Paris, PUF, 1995.

No caso da Europa, os movimentos migratórios que mais importância têm do ponto de vista geoestratégico definem-se em relação ao Mediterrâneo, desde o Magrebe até à Turquia. Neste conjunto se localizam países cuja história combina não só a proximidade física – tantas vezes manejada para discursos aparentemente inocentes e optimistas – como também relações de dominação e resistência. Na actualidade, acrescenta-se a fronteira mais próxima que separa o Norte industrial e desenvolvido e o Norte mais próximo de qualquer Sul não desenvolvido. Como se estas divisões não bastassem para complicar a criação dum espaço político de entendimento e de paz e duma área económica de exemplar e eficaz parceria no reconhecimento do direito ao desenvolvimento e às suas condições, somam-se as divisões político-culturais que frequentemente se enxertam na oposição entre a cultura cristã e a cultura do islão¹².

O estudo das condições de envelhecimento e de baixa natalidade na Europa face aos diversos países mediterrânicos permite situar a origem das angústias nacionalistas da parte de certa Europa que, numa situação de *double bind*, está presa à necessidade de abertura aos movimentos migratórios ao mesmo tempo que, sobretudo em tempos de crise, enfrenta os riscos de ruptura social e cultural desenvolvidos a pretexto das populações neles envolvidos.

Quadro Nº 8 – Taxa Média de Crescimento da População em países a norte e a sul do Mediterrâneo

Países	Taxa de Crescimento Anual (%)		Países	Taxa de Crescimento Anual (%)	
	1975-1997	1997-2015		1975-1997	1997-2015
Alemanha	0,2	()	Marrocos	2,0	1,4
França	0,5	0,2	Argélia	2,8	1,9
Itália	0,2	-0,3	Tunísia	2,2	1,3
Espanha	0,5	-0,2	Líbia	3,5	2,1
Portugal	0,4	-0,1	Egipto	2,3	1,5
			Turquia	2,1	1,3

Fonte: PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano 1999: 197-199*.

Quer para a evolução havida desde 1975 até 1997 quer para as estimativas até 2015, as diferenças de crescimento são muito grandes entre os países candidatos a países de emigração e países prováveis de destino.

¹² A problemática aqui referida encontrou um tratamento bastante amplo no nº 94 de *Hérodote. Revue de Géographie et de Géopolitique*, 1999 (“Europe du Sud, Afrique du Nord”).

O mesmo desnível se pode verificar a propósito da taxas de fertilidade (cfr QUADRO nº 9).

Quadro Nº 9 – Taxas de Fertilidade e sua evolução (1975-1997)
em países a norte e a sul do Mediterrâneo

Países	Taxa de Fertilidade		Países	Taxa de Fertilidade	
	1975	1997		1975	1997
Alemanha	1,5	1,3	Marrocos	6,3	3,1
França	2,0	1,7	Argélia	7,3	3,8
Itália	2,1	1,2	Tunísia	5,9	2,6
Espanha	2,8	1,2	Líbia	7,5	3,8
Portugal	2,6	1,4	Egipto	5,3	3,4
			Turquia	4,7	2,5

Fonte: PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano 1999: 197-199*.

O envelhecimento europeu não pode, assim, aparecer como apenas um problema de equilíbrio e de substituição de gerações e de simetria entre ciclos de vida da sua população nacional. Ao mesmo tempo, há que compreendê-lo como um desafio às democracias europeias na sua capacidade de gestão humana das suas fronteiras, de construção de relações económicas susceptíveis de garantir o desenvolvimento sustentado de países exteriores ao seu espaço político e de substituição da tradicional cultura da hegemonia pela cultura do pluralismo e pela política-jogo soma positiva.

1.4. Velhice: uma categoria administrativa etnocêntrica e socialmente frágil(izadora)

A reflexão acerca do envelhecimento nas nossas sociedades dá como inquestionável e “natural” a referência à idade de sessenta e cinco anos como limiar de entrada nessa condição etária.

Ora tais discursos que se baseiam nessa fronteira etária nem sempre se apercebem da visão duplamente etnocêntrica que encerram: por um lado, em relação à diversidade geográfica do nosso mundo¹³; por outro, em relação ao

¹³ BOURDELAIS, Patrice – *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 1993 (nomeadamente o cap. 8 “A geografia do envelhecimento”). Da mesma

passado, cuja diversidade, aliás, não é assim tão distante como se pode pensar.

Em relação a outros espaços mundiais, poderia em rigor, a partir deste parâmetro etário e a tomá-lo como universal e imutável, falar-se, agora, em quase ausência de velhice (cfr. Quadro nº 4) e, para as próximas décadas¹⁴, ter que se estimar, apesar das dificuldades introduzidas pela difusão da SIDA, um envelhecimento muito mais rápido e acentuado nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos.

Em relação ao nosso passado, relativamente próximo, há que convir que a designação demográfico-administrativa de idoso ou velho, como equivalente ao indivíduo ou população com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, pouco mais é do que uma mera palavra, *flatus vocis*, que ignora a diversidade de condições reais de saúde e vitalidade assim como as reais funções na cadeia de gerações quer para a parte a montante (dos mais idosos, próximos da perda de autonomia) quer para a parte a jusante (dos filhos jovens em idade activa ou dos netos em fase de criação e educação) que é possível estabelecer a favor do momento actual e em desfavor desse passado não remoto.

Através de vários escritos seus, a historiadora francesa Patrice Bourdelais mostra este efeito de ilusão de conhecimento, nomeadamente quando escreve: “É dever do historiador mostrar com força que, sob a enganadora continuidade das categorias, exibida e muitas vezes inconscientemente aceite, as realidades mudaram. *Os limiares não mexem, as conotações tão-pouco, e todavia tudo muda: o estado de saúde dos sexagenários, o seu lugar e o seu papel na sucessão das gerações, os seus recursos económicos e o seu género de vida*”¹⁵.

Reconhecido embora o limiar mítico dos “sessenta e cinco” como resultado dum processo conflitual, mais ou menos subterrâneo mas sempre perturbador das classificações estabilizadas ao longo do tempo, a sua consagração é obra política simultaneamente frágil e fragilizadora. Frágil, na medida em que, ao contrário de outras construções sociais de classificações, está de há muito submetida a um processo de perda de referencialidade para práticas sociais nucleares; fragilizadora, na justa medida em que deixa desamparados e em risco os indivíduos e grupos sociais atingidos por estas práticas. Deste facto nos poderemos dar conta – de acordo com Quadro nº 10 – através das alterações no mercado de trabalho com incidência sobre o contingente de força de trabalho com idade próxima deste limiar.

autora, cfr. “Le vieillissement de la population: question d’actualité ou notion obsolète?”, in *Le Débat*, nº 82, 1994, pp. 173-192.

¹⁴ WILSON, Gail – *Understanding Old Age. Critical and Global Perspectives*, Londres, Sage, 2000: 35.

¹⁵ BOURDELAIS, *op. cit.*, 1993: 385.

Quadro Nº 10 – Taxas de emprego masculino de indivíduos com idades 55-64 anos (1970-1990)

	1970	1980	1990	1990-1970/1970
Alemanha	78,9	64,1	52,5 (1)	-33,4%
França	74,0	65,3	43,0	-41,9%
Holanda	76,8 (2)	61,0	43,9	-42,8%
Reino Unido	86,6	73,9	63,4	-26,8%
Suécia	84,1	77,5	74,5	-11,4%

Fonte: OCDE – *Statistiques de la population active 1992*.

Em alguns dos principais países europeus, representantes de diversos estilos de política social, é facilmente visível a comum tendência, ainda que com diversas intensidades, verificada nestas duas décadas, para a retirada do mercado de trabalho do grupo etário situado na proximidade do mítico limiar dos sessenta e cinco anos. A pressão das forças que comandam a gestão dos recursos humanos nas organizações do trabalho tem actuado, até agora, ao arrepio da idade referencial, no sentido de antecipar, certamente de maneiras muito diferenciadas¹⁶, a saída do emprego. Quer isto dizer que este limiar etário que serve de referência normativa para a entrada na reforma é suficientemente frágil para transformar-se e alargar-se num período de exposição à vulnerabilidade face aos interesses do poder empresarial, seja particular seja público.

2. OS IDOSOS A CONTAS COM A VIDA E A MORTE: MODOS DE VIDA E MODOS DE MORRER. OS IDOSOS E A QUALIDADE DE VIDA. O IDOSO: O CORPO E A MEMÓRIA. “VIDAS LÚCIDAS/ /MORTES SÚBITAS” (B. BRECHT)

Na sua obra *Da velhice*, Cícero coloca na boca de Catão, um dos interlocutores de Lélcio e Cipião, a refutação das objecções antropológicas e sociológicas tradicionalmente levantadas contra a velhice. Estas são como que invariantes da imagem da velhice por detrás das quais se colocam modalidades históricas por esta assumidas: concretamente, a velhice afasta os homens dos seus negócios,

¹⁶ GUILLEMARD, Anne-Marie – “Emploi, protection sociale et cycle de vie: Résultats d’une comparaison internationale des dispositifs de sortie anticipée d’activité”, in *Sociologie du Travail*, nº 3, 1993, pp. 257-284.

enfraquece o corpo, suprime todos os prazeres da vida e encontra-se perto da morte¹⁷. No seu conjunto, estes são os indicadores favoritos duma definição pela negativa, que identifica a velhice como mero défice vital e social, sem espaço possível para a velhice enquanto ‘status’ socialmente negociado na arena dos interesses geracionais, dos poderes da economia e da economia do poder na família.

Reconhecidos estes limites, com actualidade inegável nos tempos que correm, e aceite a “segunda carreira” como possível, desejável, recomendável e potenciável¹⁸ não será de pouca monta o reconhecimento que nesta proposta está implícito da centralidade do corpo como acesso à compreensão dos modos de viver e de morrer.

A partir desse “tema” iluminante para uma visão da antropologia e da sociologia (da) ética do envelhecimento, torna-se incontornável acolher como postulados fecundos da análise posterior dois enunciados avançados por Pohier:

1º “Cometeríamos um erro acreditando que se pode reapropriar a [sua] morte sem reapropriar o seu corpo”¹⁹;

2º “O corpo doente é tanto nosso quanto o nosso corpo de boa saúde”²⁰.

Comecemos por situar o corpo no modo de viver e na qualidade de vida.

Modos de viver e qualidade de vida

Ao contrário da felicidade – “a felicidade (“bonheur”) não se procura: encontra-se, tal como a infelicidade, por acaso” (Abraham Moles), a “qualidade de vida”, que nos últimos tempos tem vindo a suceder-lhe na gramática cultural da civilização moderna, converteu-se em objecto maior de procura, de investimento e de verificação. Trata-se, como é notório, de um daqueles conceitos que mais resistências oferecem aos esforços aturados de operacionalização e que, apesar disso ou talvez por isso, se ergue, na sua ambiguidade em contínua e sempre controversa resolução, à função reguladora enquanto “novo olhar crítico sobre o meio social”²¹.

¹⁷ CÍCERO, Marco Túlio [106-43 A.C.] – *Da velhice*, Lisboa, Livros Cotovia, 1998.

¹⁸ Entre outros, cfr. GAULLIER, Xavier – *Les temps de la vie. Emploi et retraite*, Paris, Editions Esprit, 1999.

¹⁹ POHIER, Jacques – *La mort opportune. Les droits des vivants sur la fin de leur vie*, Paris, Seuil, 1998: 221.

²⁰ *Ibid.*: 222.

²¹ MOLES, Abraham A. – “Existe-t-il une qualité de la vie quotidienne?”, in WITKOWSKI, Nicolas (dir.) – *L'état des sciences et des techniques*, Paris, La Découverte, 1991. Para uma visão mais alargada, cfr. VERGATI, Stefania (dir.) – *Dimensioni sociali e territoriali della qualità della vita*, Roma, EUROMA, 1989.

Para começar, registre-se o maior consenso sobre o princípio de que o conceito de “qualidade de vida” não se reduz ao seu patamar económico e material de “nível de vida” nem se contenta com a dimensão de saúde ou de controlo médico sobre a doença, muito embora estes elementos continuem a constituir sérios e indispensáveis contributos para conferir “qualidade de vida” aos modos de viver da população idosa.

Como A. Fagot-Largeault reconhece no meio da sua discussão médico-filosófica, “nos países desenvolvidos não basta ganhar anos de vida, é preciso ganhar em qualidade”²². Vale a pena, todavia, reter o resultado do seu esforço de operacionalização, para mais vindo dos âmbitos disciplinares referidos:

“A qualidade de vida, sob o ângulo individual, é o que se augura no novo ano: não a simples sobrevivência mas o que faz a vida boa: saúde, amor, sucesso, conforto, gozos-em suma, felicidade. Sob o ângulo colectivo, a qualidade de vida não se reduz à prosperidade económica (nível de vida e de desenvolvimento), ela comporta bens políticos (liberdade, igualdade, segurança), bens culturais (educação, informação, livre criação), recursos demográficos (taxa de natalidade conveniente, população globalmente de boa saúde, mortalidade fraca). A noção de qualidade de vida [Q.V.] é seguramente pluridimensional. Mesmo limitando-se àquilo que, na qualidade de vida, se refere à saúde [H.Q.L.] tem-se um conceito pluridimensional [“Quality-adjusted life years”]”²³.

Já a este nível médico já ao nível mais global, a sua complexidade prende-se, desde logo, com o facto de implicar duas coisas fundamentais:

- a) A análise do “*meio* que envolve o indivíduo” na diversidade das suas realizações (cidade, campo, hospital, escola, família, empresa, viagem, etc.) que são as diversas “paisagens da sua acção”;
- b) Acima de tudo, “o *juízo*” que os indivíduos fazem, na diversidade dos grupos a que pertencem e das culturas a que se reportam, acerca do grau em que aquele meio de vida contribui para a realização do seu “projecto de vida”.

Em A. Moles poderemos encontrar cinco parâmetros de um modelo geral cuja aplicação, mais ou menos engenhosa, à condição da população idosa fica a nosso cargo e de quem possa entrever nele vantagens heurísticas. Por ordem que reputamos mais adequada ao objecto em análise, podem considerar-se os seguintes parâmetros objectivos do meio de vida dos idosos: meio seguro; meio fiável; meio acessível; meio sustentável; meio rico.

²² FAGOT-LARGEAULT, Anne – “Réflexions sur la notion de qualité de la vie”, in *Archives de Philosophie du Droit*, 36 (“Droit et Science”), 1991, p. 138.

²³ *Ibid.*

Mais do que para qualquer outra categoria social, a garantia de um *meio seguro* é uma exigência básica. Sobre ele recai o desejo e a expectativa de que a vida física, o território de vida, os bens do idoso estejam a salvo de incursões, atentados e ameaças de quem, inimigo ou agressor, queira conquistá-los ou destruí-los. A progressiva fragilidade física do idoso, mormente quando vive só, propicia as tentativas dos agentes de insegurança numa sociedade incivil²⁴.

A caracterização do *meio fiável* passa pela garantia de que o universo de objectos complexos que se atravessam no quotidiano dos idosos funcionam sem azares nem incertezas no momento em que estes os utilizam ou pelo menos são acessíveis os pormenores da sua correcção e utilização. A relação de confiança com os meios tecnológicos e organizacionais torna-se num limiar decisivo de qualidade de vida, depois de garantida a eliminação do risco de vida. Não só está em apreciação o espaço público e semi-público como o próprio espaço privado.

Os elementos que constituem um meio de vida podem diferenciar-se pelo grau de (in)acessibilidade. Bens e serviços que sejam requeridos para a satisfação das necessidades dos indivíduos, nomeadamente dos idosos, podem encerrar um custo desmesurado de espaço a percorrer ou de tempo a gastar, o qual, por si só, pode comprometer o acesso a eles num registo de gratificação oportuna. Nada mais ilustrativo do que evocar, aqui, a desculpa burocrática: “(é reformado), não trabalha, pode esperar”. Outros custos, porém, podem tornar inacessíveis esses bens e serviços: para não mencionar os preços financeiros, atente-se no esforço físico ou mental, na incerteza de insucesso.

A qualidade de vida passa, também, pela existência ou construção de *meios ricos* do ponto de vista da multiplicidade de estímulos desejáveis, de centros de interesse mobilizadores de atenção e imaginação, de fontes de gratificação. Com esta exigência de riqueza do meio de vida não se compatibilizam a restrição de movimentos no espaço ou as práticas rotineiras no tempo, na exacta medida em que fecham as oportunidades de contacto social e não estimulam a actividade de readaptação à novidade e à surpresa.

Um último parâmetro da qualidade de vida estabelece as exigências de um *meio sustentável*. Surgida a propósito do ambiente natural, a ideia de sustentabilidade implica que as mudanças ocorridas não podem comprometer o futuro e os projectos relativos a ele da parte das gerações mais novas. Esse desejo secreto de que as mudanças sejam comportáveis em projectos de vida com sentido reforça-se na população idosa que não aceita, imperturbada, que as coisas mudem de um

²⁴ O conceito de “incivilidades” tem vindo a associar-se não só às nossas sociedades modernas mas, sobretudo, a determinadas facetas da vida das cidades. Para uma visão de conjunto, cfr. ROCHÉ, Sebastien – *Sociologie politique de l’insécurité. Violences urbaines, inégalités et globalisation*, Paris, PUF, 1998; ROCHÉ, Sebastien; SCHLEGEL, Jean-Louis – *La société d’hospitalité*, Paris, Seuil, 2000; ROCHÉ, Sebastien – *Tolérance zero? Incivilités et insécurité*, Paris, Odile Jacob, 2002.

momento para outro. A insegurança perante a velocidade das transformações e as vertigens desequilibradoras nas experiências de mudança não entram na qualidade de vida em geral, especialmente na dos idosos.

O grande retorno à casa e o modo de viver dos idosos

Na estruturação da existência humana reconhecem-se como processos cada vez mais significativos os que incidem sobre o espaço e sobre a experiência vivida que dele fazem os indivíduos e as diferentes categoriais sociais: a continuidade do corpo com o espaço não é, com efeito, mera metáfora ao serviço da especulação.

No caso das categorias sociais representadas pelos idosos, sobressai o espaço habitacional quer no registo positivo de poder dispor dele quer no registo negativo de dele ser privado. Experimentado em geral como espaço de defesa e segurança, região propícia ao reencontro consigo próprio e à capacidade de afirmação e construção da vida através do corporal, o alojamento aparece no horizonte do idoso como *lugar de retorno* como nunca antes tinha acontecido. Sem comparação com o retorno a casa, diariamente, no fim do trabalho, com o retorno a casa para fim de semana ou para férias, este retorno a casa partilha, na sociedade industrial, a marca da fase terminal da vida, por mais longa que esta tenha vindo a ser para um número de estratos sociais cada vez maior.

A continuidade do quadro habitual de vida no espaço próprio da família goza, à partida, de um valor superior para o melhor equilíbrio e bem-estar físico, psíquico e social do idoso. As próprias alternativas de residência institucional ou de “adoção” e acolhimento por famílias da comunidade não podem deixar de ser contempladas e ponderadas à luz desse critério fundamental que é o bem-estar do idoso. Do mesmo modo, os esquemas aparentemente mais favoráveis como o da rotatividade pelos espaços residenciais dos filhos ou de outros parentes não podem furtar-se a esse juízo sob pena de falharem alguns dos parâmetros anteriormente focados de qualidade de vida.

No quotidiano dos idosos, à semelhança do que é exigido no das outras categorias sociais da cidade, em muito contribui para a qualidade de vida a sábia combinatória dos três tipos de espaço que a antropologia e a psicologia do espaço construído elaboraram – o espaço público, o espaço semi-público e o espaço privado²⁵. A identidade dos idosos e o sentido de prazer do seu viver quotidiano

²⁵ MELA, Alfredo – *A sociologia das cidades*, Lisboa, Editorial Estampa, 1999, nomeadamente os capítulos 4 e 6; PEREIRA, Virgílio Borges – *Os vincados padrões do tecido social*, Porto, Afrontamento, 1999, em especial a III Parte.

passam, com efeito, pela recomposição, à medida das suas capacidades de utilização, das oportunidades de expressão oferecidas por este tríplice cenário.

No cenário mais contíguo ao corpo humano avulta o espaço de residência, razão por que a disponibilidade de alojamento constitui trave-mestra de qualquer política habitacional²⁶.

Em recente estudo do INE sobre algumas características dos alojamentos no período 1990/1995, podem verificar-se algumas transformações dignas de registo. Antes de mais, ao nível do *tipo de alojamento*.

Diminuiu a percentagem de todos os agregados que viviam em barracas e situações similares (3,0% em 1990 para 0,9% em 1995): a percentagem de “idosos sós” (5,7% para 2,4%) a viver nessas condições também diminuiu, mas digno de nota é o facto de ainda constituir a percentagem mais alta quando comparada com os outros tipos de agregado (“casal de idosos”, “casal com um idoso”, “representante idoso com outros” e “outros agregados com idosos”).

Tal como nos agregados em geral, diminuiu a percentagem dos “agregados com idosos” a viver em apartamentos (25,5% em 1990 para 20,3% em 1995), excepção feita para o caso de “idosos sós” cuja percentagem aumentou (de 23,5% para 24,3%).

Geral, porém, foi o aumento dos agregados a viver em moradia independente: quer no caso dos agregados no seu conjunto (de 65,6% para 71,2%) quer dos “agregados com idosos” (de 71,6% para 78,7%), mesmo no caso dos “idosos sós” onde ocorreu o menor dos aumentos (de 70,8% para 73,3%)

O benefício que constitui o acesso a alojamentos mais *recentes* (*de construção* posterior a 1970) atingiu os agregados em geral (de 35,% em 1990 para 39,9% em 1995), não deixando de lado os “agregados com idosos” (que passaram de 16,4% em 1990 para 20,7% em 1995) e os “idosos sós” (que passaram de 8,1% em 1990 para 14,6% em 1995).

As tendências quanto a *área habitável* disponível apresentam-se muito convergentes nos diferentes tipos de agregados. Neste período de tempo, diminuiu a percentagem de agregados com área habitáveis inferiores a 20m², no conjunto (2,4% para 1,5%), nos “agregados com idosos” (3,2% para 2,0%) e nos próprios “idosos sós” (6,8% para 4,4%). A mesma tendência de diminuição ocorreu relativamente a alojamentos com áreas compreendidas entre 20m² e 39m²: no conjunto dos agregados (de 12,9% para 9,2%); nos “agregados com idosos” (de 14,9% para 11,6%); e nos “idosos sós” (de 21,9% para 19,2). Relativamente a alojamentos com área compreendida entre 60m² e 79m², verificou-se a mesma tendência de diminuição dos agregados que os possuem: o total de agregados a dispor

²⁶ SANCHEZ, Vera, “Política social y Vivienda”, in BRACHO, Cármen A.; FERRER, Jorge G. (coords.) – *Política social*, Madrid, Mc Graw-Hill, 1997.

de alojamentos com essa área desce neste período de 25,4% para 23,5%; a percentagem de “agregados com idosos” desce de 25,2% para 23,3% enquanto a percentagem de “idosos sós” cai de 22,7% para 20,7%. A fruição de áreas habitáveis superiores a 80m² generalizou-se para o conjunto dos agregados (passando de 35,4% em 1990 para 44,5% em 1995), para os “agregados com idosos” (de 31,5% para 37,9%) e para os “idosos sós” (de 20,5% para 25,8%). Foi nos alojamentos com áreas intermédias, i.e. compreendidas entre 40m² e 59m², que se verificou uma evolução contrastada: diminui a percentagem do conjunto de agregados que os possuem (de 24,0% em 1990 para 21,3% em 1995), enquanto estacionou a percentagem dos “agregados com idosos” (25,2% em 1990 e 1995) e aumentou a percentagem de “idosos sós” na posse desse tipo de alojamentos (passando de 28,5% para 30,0%).

A qualidade específica do alojamento inclui, por sua vez, a existência de *infra-estruturas básicas* no estado actual de desenvolvimento das nossas sociedades. Considerados não dispor de condições básicas (i.e., sem água, electricidade e instalações sanitárias) registam-se 1,2% do total de agregados em 1990 e 1,0% em 1995; 1,9% dos “agregados com idosos” em 1990 e 1,5% em 1995; e, na percentagem maior de entre estes agregados, os “idosos sós” ao nível dos 5,6% em 1990 e dos 3,1% em 1995. As carências mais frequentes que atingem a população em geral e a dos idosos em especial referem-se à água canalizada, à instalação sanitária e ao sistema de esgotos. A água canalizada faltava em 11,0% do total dos agregados em 1990 e em 6,8% em 1995; em 15,4% dos “agregados com idosos” em 1990 e em 9,6% em 1995; assim como, na maior das percentagens, em 21,9% dos “idosos sós” em 1990 e em 15,1% em 1995. Quanto às instalações sanitárias, a distribuição da sua carência era a seguinte: faltava em 9,9% do total dos agregados em 1990 e em 7,1% em 1995; faltava em 16,3% dos “agregados com idosos” em 1990 e em 11,3% em 1995; e faltava em 29,1% dos agregados constituídos por “idoso só” em 1990 e em 18,3% em 1995. A outra grande carência refere-se ao sistema de esgotos e distribuía-se da seguinte forma: faltava em 11,3% do total dos agregados em 1990 e em 7,6% em 1995; faltava em 17,3% dos “agregados com idosos” em 1990 e em 11,8% em 1995; e ainda faltava em 24,0% dos agregados constituídos por “idoso só” em 1990 e em 18,6% em 1995.

Em jeito de conclusão, pode dizer-se que as carências verificadas em torno do alojamento dos idosos, embora tenham vindo a melhorar, acusam uma distância em relação às condições espaciais da qualidade de vida bem maior que a da população geral não idosa. De resto, só na observação e contacto directos com as situações de vida, fora do carácter abstracto das expressões numéricas e dos seus valores médios, é que se pode entender o clamor pela casa e pela saúde, como duas das condições prévias e mais graves do prazer de viver (n)a velhice.

Sociabilidades e recursos extra-domésticos

Os espaços domésticos encontram alternativas e complementos nos equipamentos sociais e nos diversos serviços que têm vindo a ser oferecidos num ritmo diferenciado de crescimento.

As “residências” apresentaram um salto importante de 1993 (32) para 1994 (51), situando-se, em 1998, a sua oferta global no total de 56. Os “lares”, por seu turno, depois do aumento de 600 (1994) para 657 (1995), conheceram um salto quantitativo de grandes proporções entre 1995 (657) e 1996 (895), situando-se o seu número em 848 em 1998, depois da filtragem ocorrida entre 1996 e 1997 (em que se contabilizaram 726).

Os serviços que são disponibilizados aos idosos para satisfazerem as mais diversas necessidades centram-se em espaços exteriores à habitação – quer sob a forma de “centro de dia” quer sob a forma de “centro de convívio” – quer no espaço da própria residência – sob a forma de “apoio domiciliário” – e no espaço de residência de famílias que os recebem – sob a forma de “acolhimento familiar”. Ora esta política de desenvolvimento da solidariedade com os idosos através destas diferentes modalidades teve um forte impulso no ano de 1995 e conheceu um redobrado vigor nos anos seguintes. Se, com efeito, de 1994 para 1995, pôde registar-se o aumento de centros de dia de 951 para 1054, de centros de convívio de 203 para 222, de apoio domiciliário de 784 para 921, de acolhimento familiar de 0 para 38, os anos de 1996 e 1998 constituem pontos altos de desenvolvimento consistente e ampliado: os centros de dia, com o valor de 1148 e 1314; os centros de convívio, com 237 e 287; os apoios domiciliários, com 1069 e 1329; e os acolhimentos familiares com o montante de 29 e 52, respectivamente.

Os aspectos mais comprometedores para as oportunidades de segurança e activa sociabilidade dos idosos encontram-se, porém, através do registo de algumas informações estatísticas produzidas pelo INE. Assim, “viver só” passou a ser uma situação mais frequente de 1992 a 1998: no total passou de 17,2% para 19,9% do conjunto dos idosos. Para além disso, tal condição conjuga-se mais acentuadamente no feminino, dado que mais de 25% das mulheres idosas vive desse modo, enquanto nessa situação só se encontra 9,9% dos homens.

Perante as imagens trazidas pela sociologia da família acerca da manutenção de laços das famílias nucleares urbanas com as famílias de origem – o que significou uma interessante correcção de perspectivas acerca da urbanização e dos seus efeitos sobre os grupos domésticos nela implicados –, perante essas imagens, os dados do mesmo inquérito do INE não deixam de obrigar a reconsiderar o alcance de tais laços. Nesses dados, com efeito, pode se observar que os idosos estabelecem mais contactos sociais com os vizinhos do que com os amigos e familiares: enquanto 67,8% declara conversar diariamente com os vizinhos, só

35,0% afirma reunir-se praticamente todos os dias com amigos e familiares quer em sua casa quer fora dela.

O contexto local da vida do idoso aparece, assim, no centro do seu espaço de vida: constringido à proximidade, tecendo nela os vínculos de (re)conhecimento e nela encontrando os suportes da sua (auto)imagem, o idoso defronta, ainda, a necessidade de dar-se um modo de viver que amplie a dimensão activa e de pertença da sua identidade.

Numa sociedade onde a participação activa é, em geral, escassa, não espanta que, ainda de acordo com os dados apurados pelo INE, só 9,7% dos idosos sejam membros de uma organização cultural ou social, sendo que essa participação diminui à medida que aumenta a idade e é maior nos homens que nas mulheres.

A dimensão activa do modo de viver do idoso não apresenta, por seu lado, sinais bastantes e suficientemente inequívocos que lhe dêem a possibilidade de contrariar ou resistir à “normal” tendência de desestruturação do tempo e de fragilização corporal. No caso português, foi possível apurar no inquérito do INE que actividades leves, como andar a pé ou de bicicleta ou outras do mesmo género, eram praticadas só por 32,1% dos idosos, com uma frequência por parte dos homens duas vezes maior que a das mulheres, baixando o exercício físico regular para o nível dos 3,3% dos homens vs. 1,7% das mulheres.

Por este pequeno inventário de aspectos atinentes ao modo de viver dos idosos pode-se ter uma noção aproximada de quanto falta para uma estratégia de reconversão do tempo disponível após a saída do emprego. Nomeadamente, se partirmos do quadro hipotético proposto por Druhle: “As pessoas não preenchem o seu emprego de tempo e o seu calendário por meio de actividades pontuais, efémeras e aleatórias. Trata-se de encontrar uma ou várias actividades duráveis e recorrentes que vão permitir assegurar uma continuidade de si e da sua vida no decorrer dos dias. Uma das questões – continua Druhle – que a investigação deve resolver é esta: como se geram estas actividades de substituição que assegurem a estabilidade e a continuidade dum modo de vida? São elas uma amplificação de actividades do tempo livre do período anterior ou, antes, a invenção e o desenvolvimento de novas formas substitutivas? Há formas intermédias entre estes dois pólos? Como é que estes tipos se distribuem na população em causa?”²⁷.

²⁷ DRUHLE, Marcel – “Vieillesse-déficit ou vieillesse négociée: les conséquences méthodologiques d’un choix d’objet”, in GUTH, Suzie (dir.) – *L’insertion sociale. Actes du colloque ‘Sociologies IV’*. Tome I, Paris, L’Harmattan, 1994: 166-167.

Para uma velhice activa em territórios urbanos

O propósito enunciado de apontar para uma velhice activa em territórios urbanos parece, à primeira vista, tributário de uma imaginação sem contacto com a dureza das dinâmicas urbanas, particularmente segregadoras e implacáveis para com os idosos assim como para outros grupos vulneráveis. Ora, tão paradoxalmente quanto provocadoramente, é dessa imagem que simultaneamente deve partir o pensamento sobre a reconstrução social da cidade e a integração dos idosos como tarefa capital desse processo: convocar para construção da cidade os que dela têm sido de forma sistemática afastados, esquecidos ou mal representados na organização da democracia e fazer chegar até eles a “vez” de “ter voz”.

Os territórios urbanos estão, com efeito, confrontados com a necessidade de se tornarem activos a partir da implicação de todos os actores colectivos e de todas as categorias sociais, mormente quando os processos económicos e sociais mais fortes inscrevem no tecido social urbano novas desigualdades, com novas vítimas a somar às do velho regime urbano²⁸.

No caso daqueles territórios que, no seu mais interno reduto, se constituem de forma desproporcionada por populações idosas – tal como o Porto²⁹ – é incontornável, então, mais do que em qualquer outro, uma política de cumplicidade com estas, no sentido daquilo que era sintetizado pelo sábio: “o dom dos bens materiais torna as pessoas dependentes mas o dom do conhecimento torna-os livres”³⁰.

No âmbito do trabalho preparatório da Conferência da Nações Unidas “Habitat II”, realizada em Junho de 1996 em Istambul, foram identificados cinco princípios que vêm a sua oportunidade acrescida relativamente à participação dos idosos como guardiões da sustentabilidade da vida urbana:

- perante a lógica dos massmedia que axiomatizam a notícia como a “má notícia”, estender as boas notícias e as boas iniciativas;
- simplificar as questões complexas e atender aos pormenores da implementação de soluções;
- na transferência de soluções de cidade para cidade, adequar acções a situações locais;

²⁸ CASTELLS, Manuel – *The Information Age: Economy, Society and Culture. Vol.III: End of Millenium*, Oxford, Blackwell Publishers, 1998, nomeadamente o capítulo 2, consagrado ao “quarto mundo”; SASSEN, Saskia – *As cidades na Economia Mundial*, São Paulo, Studio Nobel, 1998; MARTENS, Albert; VERVAEKE, Monique (coords.) – *La polarisation sociale des villes européennes*, Paris, Anthropos, 1997.

²⁹ ESTEVES, A.J.; PINTO, J.M. – “O envelhecimento na Área Metropolitana do Porto”, in *Estatísticas e Estudos Regionais* (INE-Porto), nº 14, Maio/Agosto 1997, pp. 22-30.

³⁰ GIRARDET, Herbert – *The Gaia Atlas of Cities. New Directions for Sustainable Urban Living*, Londres, Gaia Books Limited, 1996.

- as visitas aos lugares e os intercâmbios de pessoas entre cidades aparecem como suportes mais fiáveis da partilha das boas ideias;
- mudar o modo como funcionam as instituições da cidade de forma a facilitar o acesso directo às melhores práticas e a cooperação descentralizada nas iniciativas.

O idoso: corpo, tempo e memória

A compreensão do idoso assim como a intervenção, qualquer que seja o seu sentido, junto dele não depende só dos quadros espaciais onde tece a sua existência quotidiana mas da experiência que faz quer do seu corpo quer da sua **relação ao tempo**.

Relativamente a este, deve-se a Aristóteles a afirmação básica e difusa de que “eles vivem mais pela recordação do que pela esperança”. Quer isto dizer que o passado ocupa o lugar central do seu trabalho mental e da sua experiência pessoal, constituindo, por sua vez, o quadro de referência da sua postura diante do presente.

A expressão que subentende o confronto implícito com o presente é bem (re)conhecida: “(n)o meu tempo”. Nela se desencanta a experiência de quase-exilado³¹ que o idoso insinua ter relativamente ao presente, que não assume como “seu”, traduzindo a distorção duma identidade que não calibra a vida como narrativa (passado), a vida como consciência (presente) e a vida como projecto (futuro). Tempos esses, de resto, que só como solidários podem dar origem, no ser humano, ao prazer de viver.

As oportunidades de interacção humana não podem, assim, mesmo ao nível profissional, restringir-se à dimensão mais imediata da memória.

A teoria de Marc Augé³² é, se quisermos, bastante iluminadora acerca das complexas relações que se estabelecem nesse mesmo campo da memória. Ao apresentar o seu trabalho *Les formes de l'oubli* como um “pequeno tratado do emprego do tempo”, estabelece como argumento principal a seguinte ideia: “O esquecimento é necessário à sociedade como ao indivíduo. Há que saber esquecer para apreciar o sabor do presente, do instante e da espera, mas a própria memória tem necessidade do esquecimento: é preciso esquecer o passado recente para reencontrar o passado antigo”³³. Com receio talvez de ser mal interpretado, tenta

³¹ BEAUVOIR, Simone de – *La vieillesse*. Vol. 2, Paris, Gallimard, 1970: 239-241; 259.

³² AUGÉ, Marc – *Les formes de l'oubli*, Paris, Éditions Payot & Rivages, 1998.

³³ *Ibid.* 7.

precisar as relações entre estas duas experiências humanas – que são “trabalho de jardineiro”³⁴ ao fim e ao cabo- do seguinte modo: “Fazer o elogio do esquecimento não é vilipendiar a memória, menos ainda ignorar a recordação mas reconhecer o trabalho do esquecimento na primeira e encontrar a sua presença na segunda. A memória e o esquecimento – acaba o autor por dizer- de certo modo mantêm entre si a mesma relação que a vida e a morte”³⁵.

Em suma, poderíamos ousar dizer que essa “maneira de conservar em si de modo suficiente a cumplicidade com a criança que um dia se foi” e esse “renunciar àquilo que se foi (...) o mais tarde possível”, como características desse estado de espírito que é a velhice nas palavras da psicanalista M. Mannoni³⁶ não têm que aparecer como incompatíveis com a ideia do sociólogo sobre a necessidade de o idoso habitar o (novo) tempo como sendo (também) seu. Essa será, até, a relação de uso mais positivo do tempo humano que os diversos profissionais de cuidados com os idosos não deverão deixar de potenciar. E, por seu turno, a experiência da velhice como “exílio do seu tempo” só encontra condições objectivas propícias nas sociedades que aos idosos vedam actividades, solidariedades e projectos com as gerações mais novas.

A **experiência do corpo**, em paralelo com a experiência do tempo, torna-se uma dimensão central não só da experiência da velhice, com formas específicas em contraste com a de outras fases do ciclo de vida, como do estudo e da intervenção-interacção com os idosos.

A forma de fragilidade, especialmente sinalizada pela doença, com que o corpo aparece e se integra na experiência da velhice é o dado mais típico a ter em conta na abordagem ao ser idoso, mesmo e sobretudo quando, pela força dos ritos e convenções sociais, se trata de eufemizá-los ou, mesmo, denegá-los.

As diversas áreas de saber, filosóficas e científicas, reconhecem, todavia, cada vez mais e fora da situação de enfermidade, que a existência humana é, primeiro que tudo, corporal. E que, até, “ele (o corpo) se torna *o outro mais próximo*”, ou, ainda, “um *alter ego* donde emana a sensação e a sedução”, pelo que se poderia dizer que a própria sociabilidade começa em nós mesmos, isto é, com o corpo que somos³⁷.

Na actualidade, há um consenso cada vez mais vasto e lúcido³⁸ acerca da ideia de que os outros que não o próprio entram na construção da velhice como

³⁴ Ibid.: 24.

³⁵ Ibid.: 20.

³⁶ MANNONI, Maud – *Le nommé et l'innomable. Le dernier mot de la vie*, Paris, Denoël, 1991: 5.

³⁷ LE BRETON, David – *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1992: 109.

³⁸ PHILLIPSON, Chris – *Reconstructing Old Age. New Agendas in Social Theory and Practice*, Londres, Sage, 1998. Na sequência da sua obra anterior – *Capitalism and the Construction of Old Age* (Macmillan, 1982), onde o envelhecimento aparece como “uma experiência que era moldada pelas

entram na construção social do corpo e da doença, mesmo que a aparência material do corpo ofusque a sua dimensão simbólica, cultural e social.

A experiência do corpo na velhice e a forma como os outros entram na sua construção podem resultar mais perceptíveis a partir dos dois confrontos que Simone de Beauvoir estabelece: o primeiro, com o corpo na doença e o segundo, com o corpo na adolescência. Na situação da doença, “esta anuncia a sua presença, e o organismo defende-se contra ela duma maneira por vezes mais prejudicial do que o próprio estímulo; existe com mais evidência para o sujeito que a sofre do que para o meio social que tantas vezes ignora a sua importância; [ao passo que] a velhice aparece mais claramente aos outros que ao próprio sujeito”³⁹.

Na situação da adolescência, “o adolescente dá-se conta de que atravessa um período de transição: o seu corpo transforma-se e incomoda-o. O indivíduo idoso, [porém], sente-se velho através dos outros sem ter experimentado sérias mutações: interiormente, não adere à etiqueta que lhe colam; já não sabe quem ele é”⁴⁰.

O corpo não escapou imune às transformações científicas e culturais que nas sociedades ocidentais tiveram lugar ao longo dos últimos três séculos e que, de uma maneira ou de outra, com mais ou menos coerência, permeiam as diversas culturas profissionais (médicos e enfermeiros; assistentes sociais, psicanalistas e técnicos de manutenção e reabilitação, etc.), privilegiando aquelas que vão adquirindo a hegemonia no campo dos saberes ou das práticas socialmente valorizadas.

O contributo da antropologia histórica e cultural pode ajudar a compreender como a medicina, cada vez mais segmentada e apoiada tecnologicamente, se centrou no corpo na sua materialidade e, preferencialmente, no corpo afectado pela doença, servindo de contra-modelo para práticas de cuidados de forte densidade humana, social e cultural.

Um longo percurso, que se confunde com a história da modernidade, foi traçado pelo antropólogo David Le Breton⁴¹ com a “estruturação individualista” da sociedade, com a “dessacralização da natureza” e da “individuação do homem”

relações e instituições sociais características duma sociedade capitalista” (1998: 6) – o autor recorda quatro ideias fundamentais: primeiro, a ideia de que “sempre que o capitalismo entra em crise – como na década de trinta e de oitenta – são inevitavelmente as pessoas da classe trabalhadora, especialmente se desempregadas ou forçadas à reforma, que mais sofrem”, assistindo-se a um “esforço do capitalismo para resolver os seus problemas através de cortes nos padrões de vida das pessoas que trabalham”; depois, que “o capitalismo tem um conjunto de prioridades que quase sempre relegam as necessidades individuais e sociais para trás da procura de lucros”; ainda, que “como sistema social o capitalismo pode ter um impacto desastroso sobre a vida dos idosos”; finalmente, mas não menos importante, que “o capitalismo continua a ser um sistema de exploração: uma classe dominante ainda se apropria e controla a riqueza produzida pela classe trabalhadora”.

³⁹ BEAUVOIR, S., *Op. Cit.*, vol. II, 1970: 14.

⁴⁰ BEAUVOIR, S., *Op. Cit.*: 26.

⁴¹ LE BRETON, David – *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF, 1998.

até que, finalmente, “o corpo é um resto”, na exacta medida em que aparece “cortado do cosmos, cortado dos outros, cortado de si mesmo”⁴².

Esta “antropologia residual”, que desde então se desenvolveu e aprofundou numa medicina que penetra o seu olhar nas instâncias mais ínfimas da realidade bio-química e nela intervém recorrendo às tecnologias mais eficazes sem qualquer comparação com as da dissecação proibida pelos poderes medievais, permite culturas profissionais centradas no “homem anatomizado” e no “animal-máquina” que, subentendendo autênticas “tecnologias políticas do corpo” (Foucault), muito fazem para que os humanos deixem de sentir-se “sujeitos” e “senhores” do seu próprio corpo, não mais encontrem nele a “face” da sua subjectividade, “a porta e a ponte” (Simmel) de construção dos laços sociais, a “fonte identitária” (D. Le Breton) da sua personalidade. Numa “antropologia residual” como esta acaba por se esfumar “o estatuto dado ao corpo na definição social da pessoa”⁴³: ninguém se espantará, pois, que o idoso, mais do que qualquer outro humano noutra fase da vida, prescindida de viver, ou seja levado a não viver, o seu corpo como sujeito e, desse modo, também viver-à-sujeito.

Com a hiperespecialização da medicina, despersonaliza-se e dessocializa-se o corpo, por um lado, e despersonaliza-se a doença, por outro; por via dela, mais do que por qualquer outra via, se esquece que “o homem é um ser de relação e de símbolo e não só um corpo a reparar”⁴⁴.

Pelo que à medicina diz respeito, “na elaboração gradual do seu saber e do seu saber-fazer, (ela) negligenciou o sujeito e a sua história, o seu meio social, a sua relação ao desejo, à angústia, à morte, ao sentido da doença, para não considerar senão o ‘mecanismo corporal’”⁴⁵. Pelo que ao doente e à doença diz respeito, as consequências sucedem-se de maneira coerente: “Esta visão da doença só pode levar o doente a entregar-se nas mãos do médico e a aguardar que o tratamento recebido produza o seu efeito. A doença é coisa diferente do doente; o esforço deste para curar-se, a sua colaboração activa não são consideradas essenciais. O paciente não é encorajado a interrogar-se sobre o sentido íntimo do seu mal, nem a tomá-lo a seu cargo. Apenas lhe pedem que seja paciente, tome a sua medicação e espere os seus efeitos. Esse é o escolho da medicina que não é a medicina do sujeito: o recurso a um saber do corpo que não inclui o homem vivente”⁴⁶.

⁴² *Ibid.*: 46.

⁴³ *Ibid.*: 11.

⁴⁴ *Ibid.*: 190.

⁴⁵ *Ibid.*: 46.

⁴⁶ *Ibid.*: 188.

A este ponto da análise, ressalta a possibilidade de determinadas práticas profissionais constituírem obstáculos institucionais à tarefa mais que urgente, para o idoso, de se apropriar do seu próprio corpo. Alguns exemplos no sentido contrário poderão constituir marcos orientadores de práticas esclarecidas e emancipatórias.

Simone de Beauvoir, por exemplo, não deixou escapar a ambiguidade dos processos de somatização do desprazer, do mal-estar e do mal-viver que, numa lógica social, sucedem à entrada na reforma: “Muitas vezes o reformado dá ao seu corpo a atenção que o seu trabalho já não lhe reclama. Queixa-se das suas dores para se esconder que sofre duma perda de prestígio. Para muitos, a doença serve de desculpa à inferioridade [social] que doravante lhe cabe. Pode ser uma justificação do seu egocentrismo: o seu corpo reclama doravante todos os seus cuidados. Mas é sobre um fundo de angústia bem real que se definem estas condutas”⁴⁷.

Maud Mannoni, por seu lado, despista e denuncia certas lógicas institucionais que se tecem num fundo de inumanidade: “Estes estabelecimentos [hospitalares], se é verdade que eles são asseptizados e tecnicizados, ignoram muitas vezes tudo a respeito do simples intercâmbio humano. As pessoas idosas “bem cotadas” são, então, as que são passivas e dormem todo o dia. Não se quer saber das que perturbam e cujo *protesto* tem todavia valor de verdade (relativamente a uma concepção normativa da gerontologia que reduz o indivíduo a ser apenas puro objecto de “cuidado”, sendo-lhe recusado o direito à palavra)”⁴⁸.

David Le Breton, por fim, depois de, na senda aberta por Simmel a respeito dos sentidos na cidade moderna, inventariar a ancoragem sensorial do quotidiano que ao idoso interessa não perder ou, até, recuperar, socorre-se de algumas propostas de R. Sebag-Lanoë para restaurar a imagem do corpo do idoso através duma acção directa sobre o próprio corpo: “restituir à pessoa idosa a sua identidade, nomeando-a, procurando reconstruir o fio da sua vida; favorecer a manutenção das relações familiares; organizar o espaço da instituição num registo mais personalizado, criando lugares propícios ao convívio; promover uma política de movimento para limitar o acamar e a demissão do corpo pela organização duma ginástica adaptada; tomar cuidado do vestuário e do penteado para restaurar o narcisismo; reintroduzir o sentimento do prazer na vida quotidiana; favorecer o contacto pessoal entre prestador de cuidados e pessoa cuidada nos dois sentidos”⁴⁹.

⁴⁷ BEAUVOIR, S., *Op. Cit.*: 41.

⁴⁸ MANNONI, M., *Op. Cit.*: 26.

⁴⁹ LE BRETON, D., *Op. Cit.*: 152.

Do envelhecimento à morte apropriada

Numa sociedade longevital como aquela que se procurou desenhar na primeira parte, algumas transformações importantes vêm somar-se àquelas que atingiram nos últimos séculos o envelhecimento e a morte dos humanos quer nas suas condições objectivas quer nas atitudes culturais perante eles.

As sociedades desenvolvidas que no seu processo histórico confiaram o exercício legítimo do monopólio da violência a certos aparelhos do Estado restringiram as possibilidades de a morte ocorrer num contexto de, e por via de violência. E deram, dessa forma, aos humanos a expectativa de, pacificada a sociedade, poderem morrer pacificamente no seu leito. Do alcance cultural deste processo e da sua repercussão na estrutura da personalidade humana – que N. Elias⁵⁰ salientou em primeiro lugar – só pode fazer-se uma ideia aproximada imaginando, entre outros, o modo de viver e o modo de morrer em situações de guerra e violência grupal, em condições de campos de concentração e extermínio ou em experiências religiosas de morte colectiva.

Os resultados do processo de “desencantamento do mundo”⁵¹ não deixaram inalterada a imagem desta fase da vida humana. Como exemplos desse mundo, em boa medida abandonado, destaquem-se três. Antes de mais, refira-se a súplica religiosa – “a subitanea et improvisa morte libera nos Domine” – que traduzia o ideal da “boa morte” assim como o desejo e a necessidade sentida de dar tempo à “preparação para a morte” quer nos seus elementos propriamente profanos (“testamento” e últimas disposições para os familiares) quer nos seus elementos religiosos (“extrema-unção”). O mundo em referência está, na verdade, nos antipodas do que Bertolt Brecht apontava no seu poema “Lista das Preferências de Orge”: “Vidas, as lúcidas / Mortes, as súbitas”⁵².

Para além disso, ao contrário da visão eufemizada de Ariès, surge a atmosfera religiosa de medo perante a morte que desde o cristianismo medieval⁵³ se

⁵⁰ ELIAS, Norbert – *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, mormente a II Parte consagrada a “Esboço duma teoria da civilização”.

⁵¹ Cfr. GAUCHET, Marcel – *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris, Gallimard, 1985, nomeadamente acerca da sua tese sobre “o religioso pós-religião”. Central nesta ideia é separar duas ordens de realidade: a “religião” enquanto forma social e histórica concreta e “necessidades intangíveis da função simbólica”. “Porque para começar – sustenta Gauchet – a experiência subjectiva a que remetem com efeito os sistemas religiosos constituídos, pode perfeitamente funcionar por si, no vazio, de certa maneira. Não tem qualquer necessidade de se projectar nas representações fixadas, articuladas em corpos de doutrina e socialmente partilhadas para se exercer. Porque, depois, pode muito bem investir-se fora do tipo de práticas e discursos que foi até ao presente o seu terreno de eleição” (GAUCHET, 1985: 292).

⁵² BRECHT, Bertolt – *Poemas*, Porto, Campo das Letras, 1998: 50.

⁵³ VOVELLE, M. – *L'heure du grand passage. Chronique de la mort*, Paris, Gallimard (Col. “Découvertes”), 1998.

cultivou e se impôs aos crentes de múltiplas formas, nomeadamente sob as imagens do Deus-juiz, do “Dia da Ira” e da “morte ceifeira”, como estratégias inexecutáveis do poder jogando simultaneamente a “chantagem com a morte” e a “chantagem com a vida”⁵⁴.

Por fim, entre outras características é incontornável destacar como a estrutura social propiciou condições objectivas para que “a agonia dos seres humanos [fosse] uma questão muito mais pública do que hoje”⁵⁵: era, pois, no meio dos seus parentes, amigos e vizinhos que a “separação definitiva” se dava.

As condições actuais em que a morte ocorre apresentam uma configuração de nítido contraste.

Antes de mais, o espaço em que ela ocorre. Ela tende, com diferenças entre países, a verificar-se, não na casa própria junto dos familiares, mas em instituições específicas, onde o corpo se tornou, em regra, o centro dos cuidados materiais e, porventura, não mais do que desses. Paradoxalmente, o hospital, meio profissionalizado por excelência, onde a luta contra a doença e a luta contra a dor são levadas ao extremo das possibilidades técnicas, é também o lugar onde a morte surge como o evento estranho e a sua proximidade como factor da mais imediata saída do doente. Maud Mannoni⁵⁶ nota, de passagem, que “a morte sempre foi excluída do saber médico (salvo em medicina legal)” e S. Miles⁵⁷ acrescenta, por seu lado, referindo-se aos valores pessoais e da família e aos da medicina, “que há um enorme fosso entre os dois sistemas de valores”.

Norbert Elias, o sociólogo e historiador que se tornou o mestre da evolução política da expressão e controlo das emoções na sociedade moderna ocidental, colocou a “solidão dos moribundos”, que se inscreve coerentemente no “impulso de individualização”⁵⁸ do processo civilizacional do Ocidente, como o traço marcante da atitude face ao envelhecimento e à morte na nossa sociedade desenvolvida. Combinando a perspectiva serena de que toda a vida tem um fim, o sociólogo é atento às ligações da *ars vivendi* e da *ars moriendi* e, entre outros, privilegia como ponto de análise “a tarefa [que temos] de tornar a separação, o fim dos seres humanos, quando ela ocorre, tão leve e agradável quanto possível aos outros como a si próprio”⁵⁹. E continua a sua análise: “De resto, não se trata só da conclusão definitiva da vida, do certificado de óbito e da urna funerária.

⁵⁴ THOMAS, Louis – *Mort et pouvoir*, Paris, Payot, 1978.

⁵⁵ HEINICH, Nathalie – *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La Découverte, 1997: 43-46.

⁵⁶ MANNONI, M., *Op. Cit.*: 52.

⁵⁷ MILES, Steven – “Personal dying and medical death”, in THOMASMA, David; KUHSNER, Thomasine (eds.) – *Birth to Death. Science and Bioethics*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996, pp. 163-168.

⁵⁸ ELIAS, N. – *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois Editeur, 1988: 91.

⁵⁹ *Ibid.*: 12.

Muitos homens morrem pouco a pouco, tornam-se frágeis, envelhecem. Os últimos momentos são importantes, certamente. Mas muitas vezes a partida dos seres humanos começa bem mais cedo. A maioria das vezes, as suas enfermidades físicas separam já os seres a envelhecer dos próprios vivos. O seu declínio isola-os. O seu gosto dos contactos humanos pode diminuir, a sua capacidade afectiva declinar. Aí está o mais difícil: esta exclusão silenciosa dos seres a envelhecer da comunidade dos vivos, o resfriamento progressivo das suas relações com seres para quem iam os seus afectos, que representavam para eles um sentido, uma segurança. Este declínio não é difícil apenas para os que sofrem fisicamente, mas também para os que são abandonados. O facto de que o isolamento prematuro dos moribundos, sem ser especialmente querido, seja frequente justamente nas sociedades desenvolvidas, é – conclui N. Elias – uma das fraquezas destas sociedades”⁶⁰.

Como se depreende deste trecho, “a solidão dos moribundos” não se restringe ao puro efeito da ausência física dos vivos, nem esta pode ser comparada com a falta de “reconhecimento” por parte destes. Por isso, como premissa de toda uma fenomenologia social da “solidão de moribundos”, o autor precisa o seu pensamento ao afirmar o seguinte: “quando um ser em vias de morrer deve experimentar o sentimento – ainda que esteja em vida – de que não significa mais nada para os que o rodeiam, é então que ele é verdadeiramente solitário”⁶¹.

Para não deixar no ar a gravidade do problema, é bom reter a ideia de Elias, várias vezes repetida ao longo do seu ensaio, de que “nem sempre é muito fácil mostrar a seres que estão a caminho da morte que eles não perderam o seu significado para os outros”⁶². E assinalar o modo implícito como, a propósito dessa dificuldade provada pelos jovens, ele catapultava essa dificuldade ao estatuto sociológico de um problema de “desfasamento cultural” (“cultural lag”) acima das possibilidades individuais de resposta. É que, com efeito, na sua opinião, “para muitos jovens, as fórmulas rituais da sociedade antiga que facilitavam o domínio de situações críticas da vida, soam a falso e vazio. Não há ainda rituais novos correspondentes ao padrão actual de sensibilidade e de comportamento, próprios a facilitar o domínio das situações críticas que aparecem incessantemente na vida”⁶³.

Em suma, a evolução das atitudes face à morte abarca, nos seus traços fundamentais, várias transformações sintetizadas por Heinich, socióloga francesa especialista em sociologia da arte e na obra de N. Elias: “não a substituição da serenidade pela angústia, mas a passagem da familiaridade para a estranheza, do

⁶⁰ *Ibid.*: 12.

⁶¹ *Ibid.*: 86.

⁶² *Ibid.*: 86.

⁶³ *Ibid.*: 19.

cuidado colectivo à individualização, da expressão dos sentimentos ao seu recalçamento e do acompanhamento ritualizado do moribundo ao seu isolamento medicalizado⁶⁴.

No quadro da sociedade longevital, surgem outros elementos que apresentam contrastes nítidos com os do passado e levantam alguns dos problemas mais controversos do campo da filosofia da vida humana.

Em termos aparentemente constatativos e filosoficamente irrelevantes, pôde afirmar-se: “Em vez de uma morte que era mais ou menos rápida porque não se sabia como atrasá-la, a morte tornou-se um processo longo e que quase tudo se faz para prolongar. A morte, que outrora matava cedo, mata agora muito mais tarde; a morte, que outrora matava rápido, mata agora muito mais lentamente”⁶⁵.

Assim sendo, sobrepõem-se aspectos inextricavelmente ligados cuja valorização não é automaticamente idêntica: o prolongamento da vida, que aparece traduzida nas estatísticas da esperança de vida, encerra, e tantas vezes oculta, o prolongamento da morte⁶⁶, onde se alojam processos actualmente irreparáveis de senescência mais ou menos profunda e demência⁶⁷, de frequente redução das manifestações vitais do homem às comuns modalidades vegetativas ou de alongamento de sofrimentos crónicos⁶⁸. Neste contexto de progressos científicos e técnicos aparecem na ribalta da reflexão humana, demasiado importantes e íntimas para serem domínio exclusivo de saberes profissionais e institucionalizados, questões sobre o valor ou (f)utilidade da dor, sobre a suportabilidade da vida em qualquer condição, sobre o significado humano da morte⁶⁹.

Em torno das questões sobre o sofrimento e a dor na vida humana, os fundamentalismos das teorias éticas, no seu nível de abstracção, vêem-se confrontados, na prática, com a convergência⁷⁰ numa sabedoria feita de cuidado (“care”) e prudência (“fronèsis”) em que avulta a percepção do poder degradante da dor – “sofro/e como uma besta”, ouve-se nesse registo, contido, o murmúrio – na vida humana a partir de certos patamares. Os enunciados absolutos e abstractos em termos de “dever” ou em termos de “prazer” caem por terra por irrelevantes na singularidade da situação e por carentes de mediação interpretativa da complexidade do contexto de actores, recursos e expectativas.

⁶⁴ HEINICH, Nathalie – *La sociologie de Norbert Elias*, Paris, La Découverte, 1997: 44.

⁶⁵ POHIER, J., *Op. Cit.*: 19.

⁶⁶ POHIER, J., *Op. Cit.*; THOMASMA, D.; KUHSNER, Th. (eds.), *Op. Cit.*, 1996.

⁶⁷ POST, Stephen – “People with dementia: A moral challenge”, in THOMASMA, D.; KUHSNER, Th. (eds.), *Op. Cit.*, 1996, pp.154-162.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Para um exame das condições sociais e tecnológicas das sociedades actuais, cfr. FERNANDES, A. Teixeira – *Para uma sociologia da cultura*, Porto, Campo das Letras, 1999.

⁷⁰ FAGOT-LARGEAULT, A. – *Op. Cit.*

Paralelamente, a discussão alarga-se e desloca-se para a “obstinação terapêutica” dos profissionais da medicina. Face a esta, o próprio campo da medicina não deixa de elaborar como referências práticas conceitos críticos como “tratamento médico fútil”⁷¹. Nesta situação se reencontra, com efeito, o profissional com a esquecida dimensão simbólica da equação pessoa / corpo / tecnologia / médico: “Actos simples, como segurar a mão de um doente, molhar os lábios do paciente, falar com e ouvir o paciente e seus queridos, são tanto uma parte de cuidados de saúde como o são as máquinas e dispositivos da mais recente tecnologia”⁷².

Numa e noutra situação, há lugar para realçar a importância de conter a dinâmica simultânea de desincorporação social e de incorporação individualista da dor, reforçando as pontes de intercomunicação. Na dor, com efeito, como na paixão, ocorre o que o antropólogo sugeriria com a pergunta retórica: “que importa o vizinho ao homem apaixonado?”⁷³. Uma e outra situação cortam as amarras que prendem a pessoa aos seus contextos mais amplos de sociabilidade. Com uma diferença fundamental: enquanto na paixão a dinâmica de desconexão social com o mundo se concentra na díade dos apaixonados, na dor o isolamento e a incomunicação com os outros confunde-se com a diluição e concentração no corpo em sofrimento.

As estratégias interpessoais, familiares ou profissionais, com o doente, mormente em situação de próxima ou irreversível saída do mundo dos vivos, confrontam-se, nesta situação, com a necessidade de repor, o mais discreta e eficazmente, as condições de abertura aos outros, na mediação com as memórias do passado, com a atenção e empatia dos presentes, com projectos futuros, numa palavra, resistindo com o refazer de forças favoráveis ao convívio com seres humanos significativos.

Nesta situação, porém, depois de afirmada a necessidade fundamental de **apropriação do próprio corpo**, incluindo do próprio corpo enfermo, por parte do sujeito humano, a questão mais ousada e mais difícil, porque, também, a mais íntima e final, sem lugar a qualquer “coda”, prende-se com a possibilidade de o ser humano **apropriar-se a própria morte**.

Frente a esta questão, nem sempre as posições que se reclamam de concepções humanistas e, em princípio, conferem ao ser humano, na sua finitude e fragilidade ao nível do pensar, do sentir e do agir, o poder e o dever de pilotar a sua vida, encaram a sua aplicabilidade ao momento terminal da vida e às con-

⁷¹ JECKER, Nancy S.; SCHNEIDERMAN, Lawrence J. “Stopping futile medical treatment: Ethical Issues”, in THOMASMA, D.; KUHSNER, Th. (eds.), *Op. Cit.*,: 169.

⁷² *Ibid.*: 175.

⁷³ LE BRETON, 1999: 57.

dições de dignidade aceitável por parte do sujeito humano. Por um humanismo truncado, frequentemente tributário de concepções metafísicas alienantes, o ser humano que teve nas suas mãos, na incerteza e no risco, as escolhas mais vitais da sua existência, vê-se subtraído do poder de decidir acerca do limiar de degradação que humanamente lhe parece inaceitável no corpo-para-si e no corpo-para-os-outros. A afirmação proferida por uma autoridade institucional segundo a qual “não faz sentido querer eliminar a dor eliminando o paciente”⁷⁴ substitui e sobre põe o ponto de vista de quem “inflige” a morte ao do doente-sujeito, reduzindo-o por essa via ao estatuto de “objecto”, ainda que sob a retórica de que o paciente está acima da dor.

Neste contexto, sobressai a posição, ainda que em registo utópico, de Tomás Moro, que, não obstante, a Igreja católica haveria de declarar seu “santo”, em 1935: “Os doentes, como já o disse, são cuidados com muito afecto. Nada se omite, nem medicamentos, nem regime, do que poderia dar-lhes a saúde. Mais, os que sofrem duma doença incurável recebem a consolação de visitas assíduas, de conversações, num palavra de tudo o que lhes pode trazer algum alívio. Entretanto, se a doença não é só incurável mas se acompanha de sofrimentos verdadeiramente atrozes e incessantes, os sacerdotes e os magistrados dirigem ao paciente uma exortação: dado que já não pode assegurar nenhuma das funções próprias da vida, é uma sobrecarga aos demais e a si próprio e não faz mais do que sobreviver à sua própria morte, que ele não se obstine a deixar-se devorar mais tempo pelo mal e pela doença que o roem; e, dado que a vida é para ele um tormento, que não hesite em aceitar a morte; que ele se arme, pois, de esperança e que abandone esta vida cruel como se foge a uma prisão e a um cavalete de tortura; ou que ele mesmo se livre dela ou, pelo menos, e por um acto da sua vontade, que convide os outros a livrarem-no dela. Seguindo estes conselhos, como a morte o não arrancará às doçuras da vida mas a um verdadeiro suplício, dará, até, prova de sabedoria; e porque, em todo este problema, não fará mais do que seguir os conselhos dos sacerdotes, isto é, dos intérpretes da divindade, ele dará mesmo prova de piedade e santidade. Aqueles que se deixam convencer por estas razões, ou põem fim eles mesmos aos seus dias deixando de se alimentar, ou se fazem adormecer para serem “libertos” sem provar a sensação da morte. Mas não levam ninguém à morte contra a sua vontade e não diminuem em nada os cuidados que lhes prestam. Há, todavia, algo de honroso em deixar-se convencer a morrer como acabamos de o dizer”⁷⁵.

⁷⁴ Afirmação do Bastonário da Ordem dos Médicos publicada em *Público* (2000.02.17).

⁷⁵ POHIER, J., *Op. Cit.*: 235-236. Preferiu-se a tradução do francês à portuguesa (Tomás Morus – *A utopia*, Lisboa, Guimarães Editores, 1990).

Nesta narrativa utópica – onde a imaginação se torna particularmente generosa para com os campos de poder religioso e jurídico – a postura humanista é reconduzida àquilo que hoje parece ser fundamental: por um lado, antecipando o enunciado daquilo que se tem como “os direitos dos vivos sobre o fim da sua vida”⁷⁶, e, por outro, implicando a correcção duma distorcida hierarquia de cuidados, agora no sentido de que “é preciso que se preocupem muito menos com a *relação* do agente da eutanásia com o acto eutanásico, e muito mais com a *relação* do paciente com a sua vida e com a sua morte”⁷⁷, dado que, ainda nas palavras do mesmo autor, “partir da noção de direito da pessoa envolvida (...) parece ser uma perspectiva mais segura e justa do que partir da noção dos deveres e dos direitos de quem trata”⁷⁸.

Em suma, quer isto dizer que, ao contrário do que frequentemente ocorre, muito por força do poder profissional implicado, a decisão sobre o termo da vida não pode ser vista, acima de tudo, como problema médico ou do âmbito da decisão médica, devendo, antes, deduzir-se a intervenção profissional da vontade do próprio doente em termos compatíveis com a sua própria consciência profissional.

Tendo construído a sua posição ao longo de quase três décadas de trabalho intelectual sob a inspiração da filosofia tomista e depois de uma década e meia de trabalho na “Associação para o Direito de Morrer em Dignidade” (ADMD), Pohier resume este movimento nos seguintes termos: “(...) A eutanásia voluntária não é uma escolha entre a vida e a morte nem uma escolha da morte contra a vida; ela é *uma escolha entre duas maneiras de morrer*. Porque a morte já está aí: não só porque, desde que há vida, a morte está inscrita no programa de que ela é uma etapa, mas de uma forma mais precisa e concreta. Quando o cancro, a Sida ou outras doenças graves estão aí, quando a grande velhice está aí, a escolha já não é entre a vida e a morte mas entre dois modos de morrer. E, uma vez que a morte faz parte da vida, é também um dilema entre duas maneiras de viver: morrer na sequência de uma eutanásia voluntária é uma maneira de *viver* humanamente, dado que se assume então a morte com a sua liberdade e a sua responsabilidade; morrer sem recorrer a uma eutanásia voluntária é uma outra, dado que se assume então a morte – ainda que diferentemente – com a sua liberdade e a sua responsabilidade”⁷⁹.

⁷⁶ Esta expressão corresponde ao subtítulo da citada obra de J. Pohier e a uma das suas teses nucleares. Acentuando que “a morte não é o contrário da vida” mas, antes, que “a morte é uma fase normal e natural da vida”, pergunta-se o autor: “*ajudar a viver*, o que é que implica se a morte faz parte da vida?” (POHIER, 1998: 38-44). Igualmente recorda que “no cristianismo como no judaísmo [ao contrário doutras formas religiosas mediterrânicas e mesopotâmicas] não é a vida que é ‘sagrada’, são os vivos que são ‘eleitos’ e ‘santos’” (Id.: 42).

⁷⁷ POHIER, J., *Op. Cit.*: 248.

⁷⁸ POHIER, J., *Op. Cit.*: 125

⁷⁹ POHIER, J., *Op. Cit.*: 154.

Correndo embora o risco de abreviar a hierarquização das questões e dos princípios, ousaríamos dizer que não há “cuidado paliativo” maior – reduzir o sofrimento – do que ajudar o ser humano a ser humano no próprio morrer: senhor de si na própria morte como na vida. Destino único no reino da vida; ou, para dizê-lo com as palavras do filósofo Karl Jaspers: “ser homem é ser livre; o sentido da história é que nos tornemos verdadeiramente homens”.

Porto, Julho 2002.