

Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio actual

João Barreto¹

Resumo

O presente artigo começa por passar em revista as principais teorias biológicas sobre o fenómeno do envelhecimento. Considerando que a perspectiva biológica é em certa medida limitada, alarga-se o horizonte aos factores culturais e ao papel que eles podem ter na satisfação e na qualidade de vida. Esta resulta do sucesso de um processo contínuo de adaptação às situações com que o idoso vai deparando.

Mas esse sucesso não depende apenas de factores individuais ou internos. Depende, e muito, das condições externas que lhe são proporcionadas. Analisam-se algumas carências sociais no que se refere aos cuidados dispensados aos idosos. Entre as lacunas a que urge acudir, refere-se o apoio às famílias que têm a seu cargo idosos dependentes. Salienta-se que os próprios prestadores de cuidados estão também em risco de ver a sua saúde psíquica afectada, o que pode perturbar o bem-estar de toda a família, incluindo os idosos. Para os ajudar é necessário não só suporte material e técnico, como também atenção às dificuldades próprias de cada caso, e naturalmente disponibilidade e bom relacionamento humano

Palavras-chave: Envelhecimento, qualidade de vida, prestadores de cuidados.

Introdução

Hoje já não é raro chegar-se à velhice, como o foi durante milénios. Os progressos da medicina curativa e preventiva, bem como a melhoria das condições de vida da população em geral, tornaram possível o prolongamento da esperança de vida da maior parte dos indivíduos, e, conseqüentemente, levaram ao aumento absoluto e relativo do número de idosos na população.

A velhice, perdida a aura que tinha, e que fazia dos anciãos seres alvo de admiração e respeito, e naturalmente acarinhados e protegidos, tornou-se

¹ Professor Associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Porto, Chefe de Serviço do Hospital de S. João.

Av. Sidónio Pais, 116 - 1º Esq. - 4100-465 Porto

banal. É uma realidade que pesa a todos, aos próprios e aos que com eles convivem, e também à sociedade em geral que os tem a seu cargo.

A primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, que teve lugar em Viena em 1982, foi talvez a primeira manifestação global de uma tomada de consciência, por parte dos estados, dos riscos para o bem-estar da humanidade que podem resultar do alongamento da longevidade. Aí foi possível elaborar princípios orientadores de uma política a nível mundial para a idade avançada, e formular recomendações sobre medidas a serem tomadas. Por duas vezes se reuniram novas assembleias mundiais, e novas recomendações foram emitidas. Como, naturalmente, não dispõem as assembleias internacionais de meios para implementar tais medidas, cabe aos estados membros adaptar essas disposições aos contextos próprios, e pô-las em marcha com os seus recursos.

Ora esses recursos são limitados, e podemos dizer mesmo escassos, na generalidade dos países, e o nosso não faz infelizmente excepção. Temos mais de um milhão e meio de idosos, e cada vez menos jovens e adultos activos. As necessidades de apoio médico e social desses idosos não pararão de crescer nos próximos anos, e no entanto os recursos financeiros da segurança social parecem cada vez mais ameaçados. As famílias tradicionais parecem estar em crise e já não podem assegurar, muitas delas, os cuidados de que os seus membros de mais idade necessitam. Daí uma atitude de rejeição do idoso, estranha talvez à nossa tradição cultural, mas infelizmente bem real e fonte de negligências e mesmo de maus-tratos.

Face a esta realidade, somos levados a interrogar-nos sobre o que será possível fazer para melhorar a condição dos idosos. No presente Encontro Internacional vários oradores irão examinar as incidências que decorrem das suas diferentes perspectivas, principalmente no âmbito social e político. Cabe-me, enquanto médico, especialista em Psiquiatria e particularmente dedicado aos problemas do doente idoso, reflectir ainda que brevemente sobre aspectos da biologia e saúde mental na idade avançada.

1. A biologia do envelhecimento

O envelhecimento pode definir-se como conjunto das modificações que decorrem do avançar na idade para além da fase da maturidade. É, de certa maneira, um processo inverso do desenvolvimento: neste ocorre o crescimento do ser vivo, com aparição progressiva de características de base genética

próprias de cada indivíduo. Após um ponto em que o desenvolvimento atinge o seu máximo, começa a observar-se a diminuição progressiva das aptidões e capacidades, tanto físicas como mentais: é a *involução*, em contraponto com a evolução que a precedeu. A *senescência* é a fase de envelhecimento mais acelerado que se observa geralmente após os 65 anos, idade que na realidade varia de indivíduo para indivíduo, pois o ritmo de envelhecimento é manifestamente diferente de caso para caso. Não se deve confundir esse conceito com o de senilidade, que designa um estado de extrema fragilidade física e mental, ocorrendo frequentemente em fases terminais.

A deterioração de capacidades e aptidões que se pode verificar em qualquer época da vida adulta pode ter por causa esse processo involutivo, em princípio normal, ou outra causa anormal superveniente, como traumatismos ou doenças específicas. Deve pois distinguir-se um envelhecimento primário ou fisiológico do secundário ou patológico.

O envelhecimento **secundário** resultará da acção de causas diversas e as suas manifestações irão variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Ele vai derivar na maioria dos casos de alterações do ambiente, e é portanto em grande parte imprevisível.

Já o envelhecimento **primário** pode ser considerado um processo normal, mais ou menos semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, gradual e previsível, e considera-se geralmente que está na dependência de factores genéticos.

Cabe aqui perguntar porque se envelhece, e se é ou será um dia possível suster esse processo e sobreviver indefinidamente. Esta eventualidade, diga-se de passagem, já aflorada em algumas obras literárias do passado e do presente (Vide Swift nas célebres “Viagens de Gulliver”, e Saramago em romance recente), não parece estar arredada da mente de alguns investigadores e até da indústria farmacêutica, que a mencionam uma ou outra vez. Não é fácil imaginar os problemas sociais e até jurídicos que tal situação nova e estranha poderia acarretar, se alguma vez se pudesse realizar.

Nenhuma teoria do envelhecimento biológico foi cabalmente comprovada pelos factos, mas elas são úteis para nos ajudarem a perspectivar a complexidade dos fenómenos.

Para as **teorias estocásticas** o envelhecimento é consequência de uma acumulação de danos nos tecidos e nas células, tanto como resultado de agressões do ambiente como ocorrendo aleatoriamente. Os *factores ambientais* contribuem para todas as doenças e acidentes que determinam o já referido envelhecimento secundário. Temos assim os efeitos da má alimentação,

erros comuns como o excesso de açúcar, sal e gorduras; as radiações e a poluição física e química; o consumo de drogas (tabaco especialmente), e o abuso de álcool. Ao que se pode acrescentar o *stresse* como situação cada vez mais comum e cada vez mais reconhecida como geradora de patologias. No entanto, se é certo que este conjunto de factores provoca desgaste e fragilidade, não parece que se possa responsabilizar pelo envelhecimento como tal.

As teorias estocásticas apontam assim para outro tipo de fenómenos, mais interiores, como causa das modificações ligadas à idade. Embora aleatórios e também relativamente imprevisíveis, eles resultariam das modificações internas porque passa todo o ser vivo ao nível celular e mesmo molecular. É o caso da acumulação de *radicais livres*, subprodutos das reacções metabólicas, sobretudo das que envolvem oxigénio ionizado. Esses radicais são altamente instáveis e produzem alterações bioquímicas em cadeia, levando à destruição das estruturas celulares e daí a perdas funcionais e mesmo doenças graves. Por isso se defende hoje todo um conjunto de medidas para evitar essa acumulação de radicais livres, com especial relevo para o consumo de alimentos ricos em anti-oxidantes (sobretudo vegetais de cor intensa, e produtos deles resultantes como curiosamente o vinho tinto).

Outros mecanismos muito invocados são as *mutações* genéticas, erros que podem ocorrer aquando das divisões celulares, e que dão origem a gerações de células anormais, perturbando o mecanismo fisiológico que conduz à morte pré-estabelecida (apoptose) das células não desejáveis, e podendo até provocar a formação de tumores.

As **teorias da programação**, por seu lado, pretendem que o envelhecimento está de algum modo previsto nos genes, tanto nos comuns à espécie como nos que são próprios de cada indivíduo. Afirmam que as células envelhecem de forma controlada, embora não sincrónica, e que a apoptose é por assim dizer um desfecho natural das que já cumpriram a sua missão e apresentam alterações.

Com efeito, as várias espécies animais mostram durações de vida bem diferentes. Nos mamíferos, os primatas, e dentro deles o Homem, são das espécies com maior duração média de vida. Essa duração não pode deixar de estar na dependência de factores genéticos. Embora a vida humana tenha vindo a prolongar-se por efeito de melhores condições de higiene e saúde, o facto é que o limite superior, a idade a que se poderia chegar se tudo corresse bem, não parece ter mudado e situa-se entre os 100 e os 115 anos.

Acreditou-se, no passado, que algumas células jovens seriam potencialmente imortais, se conservadas em cultura e recebendo todos os nutrientes

apropriados. O célebre Pasteur pôde assim conservar por largo tempo células embrionárias de coração de frango. No entanto o biólogo Hayflick mostrou que as células não se dividem indefinidamente: em cultura: fibroblastos retirados da pele humana reproduzem-se cerca de 50 vezes e vão mostrando alterações morfológicas, até que deixam de se dividir e morrem. Pôde assim afirmar que existe um *relógio biológico* que determina a cadência dos fenómenos vitais e conseqüentemente a duração da própria vida. Posteriormente foi demonstrado que em cada cromossoma (como é sabido as células humanas têm 23 pares, e é neles que está depositado o DNA que encerra a quase totalidade do património genético) existe uma região na sua extremidade, o télomero, que sofre uma pequena perda a cada divisão. Assim, quando a última “fatia” foi cortada, a célula não mais se multiplica e caminha para a morte programada, a referida apoptose. Não faltaram investigadores à procura da maneira de se poder inibir aquele fenómeno, e assim já se fala de um enzima, a *telomerase*, que teria essa capacidade e, ao menos em determinadas circunstâncias, poderia inibir o envelhecimento celular e, quem sabe, abrir as portas à imortalidade...

Não nos alongaremos sobre pesquisas como estas, de que há hoje muitos exemplos interessantes, e que poderão eventualmente resultar em terapêuticas para certas doenças crónicas e dramáticas. Mas é claro que se está bem longe de poder viver para sempre, o que também por certo não agradaria a ninguém.

No entanto, uma objecção tem de ser levantada às teorias genéticas. O que é próprio dos genes é comandarem o desenvolvimento e a vida até à idade de procriar. A selecção natural, sobretudo a selecção sexual, faz-se no sentido de serem transmitidos os genes que conferem mais resistência e capacidade de reprodução aos seus possuidores. Os portadores de genes “fracos” têm menos descendência e a prazo a estirpe vem a extinguir-se. Como é então possível que se faça uma selecção dos genes mais favoráveis a um envelhecer sadio? Como o envelhecimento já é posterior à idade da procriação, a selecção sexual já não terá efeito algum sobre a probabilidade de descendência e conseqüentemente sobre a transmissão dos genes a uma nova geração... Se assim for, se os genes só comandam as características do organismo até ao fim da idade de procriar, e depois deixam de se preocupar conosco, não haveria então um projecto biológico coerente para a nossa senescência. A partir de certa idade, já não há um relógio biológico a comandar a cadência do desenvolvimento, como antes. Será o desgaste mais ou menos aleatório, provocado pelo meio ambiente e pelos estilos de vida, que vai determinar quantos anos viveremos e de que maneira. Se a evolução é programada, a involução seria

por assim dizer ao acaso.

Se isto é em princípio verdade, não o é inteiramente. Primeiro, porque os genes que comandam o desenvolvimento do organismo influenciam indiretamente a sua capacidade de resistência futura. Por outro lado, porque, como a Sociobiologia tenta mostrar desde há mais de trinta anos, os genes não servem só para controlar a estrutura do organismo e o seu funcionamento. Eles influenciam também os comportamentos. E, reciprocamente, os comportamentos influenciam a transmissão dos genes. Assim, as pessoas com predisposição para serem mais cuidadosas na criação de crianças e jovens estão a maximizar as probabilidades de esses descendentes chegarem à vida adulta, serem mais fortes, e reproduzirem-se por sua vez chegada a altura própria. Ora essas crianças são portadoras de grande parte dos genes não só dos pais como dos avós e tios... precisamente porque se trata de parentes muito chegados. Donde se conclui que afinal sempre é possível que alguma selecção genética se faça, e que em caso de “bom” comportamento, os genes dos avós (e dos tios sem filhos) sempre continuem a propagar-se.

2. Satisfação e qualidade de vida na idade avançada

Se a biologia não estabeleceu um plano biológico para a vida depois dos cinquenta anos, como falar de satisfação e qualidade de vida nesta idade? Poderá pensar-se que a qualidade de vida pressupõe um sentido, uma referência normativa interior ou, como se diria antigamente, instintiva, e isso não parece ser o caso, biologicamente falando.

Teremos então de admitir que a biologia não é tudo na vida, passe o paradoxo. Há cerca de um milhão e meio de anos deu-se a emergência da vida humana na Terra. Os primeiros homens distinguem-se dos seus antecessores por comunicarem experiências entre si, por dividirem o trabalho, por transmitirem ensinamentos e costumes aos seus descendentes. É o início do que chamamos cultura. E onde a mera biologia se assemelha a um mundo fechado, a cultura rasga horizontes, impõe direcções de progresso, propõe objectivos.

A cultura substituiu, à lei do mais forte, imperativos de solidariedade para com os mais fracos e desprotegidos: foi o despertar para os valores éticos. Por outro lado, a cultura fez com que a pessoa idosa tivesse vindo a merecer o relevo familiar e depois social de que gozou durante milénios. Cada ancião era como um arquivo vivo, ou uma biblioteca, que conservava e podia transmitir experiências e sentimentos essenciais para a sobrevivência da comu-

nidade. Não se punha em causa, portanto, o sentido da vida da pessoa idosa, como se veio a pôr em épocas recentes.

Muitos autores, como por exemplo Charlotte Buhler, chamaram a atenção para o facto de todos os indivíduos tentarem, ao longo da vida, realizar determinados objectivos pessoais, conscientemente ou não. Assim se podem descrever vários estádios ou etapas, ao longo dos quais se processa a preparação, expansão, apogeu e declínio da actividade dirigida para esses fins. Na última fase, a velhice, faz-se o balanço da vida passada, e experimentam-se sentimentos de realização ou de fracasso, consoante o sucesso apercebido.

Na sua célebre teorização da vida humana, Erikson descreveu oito estádios, cada um dos quais envolvendo tensão entre tendências opostas. A resolução desses conflitos, por meio de uma adaptação activa, fará surgir como síntese determinados valores que podem pois considerar-se a conquista de cada período da vida.

Assim, o adulto jovem oscila entre intimidade e isolamento, na idade em que as interacções sociais e sexuais atingem o apogeu; o valor emergente será o amor. Na meia idade a tensão estabelece-se entre generatividade e estagnação, em torno das tarefas de educar a nova geração; dessa oposição nascem o desvelo e a dedicação. Finalmente, no estádio da velhice, a pessoa terá de optar entre a integridade do Eu e o desespero; é a ocasião do balanço, da atribuição de um significado à vida passada, da aceitação de si mesmo e do fim último que se avizinha.

Quer dizer, portanto, que a maior ou menor satisfação com que a pessoa idosa encara a vida tem a ver com a representação que essa pessoa faz da vida passada e da vida que ainda tem à sua frente: especialmente se atingiu ou não os objectivos que tinha traçado, por exemplo, independência económica, casar os filhos, ver crescer os netos, etc.

Essa representação cognitiva, que confere mais ou menos sentido à vida, não é no entanto um dado fixo e definitivo, um produto acabado. É flexível e variável, como o mostrou Hans Thomae, podendo ser alterada em resultado dos acontecimentos do presente e das atitudes defensivas assumidas pelo próprio indivíduo. Assim, um idoso pode inconscientemente não “ver” um conflito familiar, minimizar uma doença grave de que padece, ou negar a proximidade da morte, deste modo evitando muito sofrimento. Por outro lado, certas perdas podem ser encaradas como uma enorme catástrofe, se a pessoa não está preparada para elas ou se não dispõe de mecanismos de defesa: assim a partida para longe de um filho ou neto pode ser vivida como um abandono, um descalabro total da vida.

O efeito perturbador dos acontecimentos tem portanto muito a ver com o significado que se lhes atribui, e este depende essencialmente do sistema de motivações do indivíduo, aquilo que designámos atrás como projecto de vida.

Ao longo da nossa existência vamo-nos sucessivamente adaptando às perdas e ameaças que sofremos, quer modificando, quando possível, as próprias situações, quer alterando a percepção que fazemos delas. Isto é, ou mudamos as coisas que nos rodeiam, o que na idade avançada é cada vez menos possível, ou vamos ter de mudar a nossa representação delas, a nossa atitude perante elas. É o que se passa com a pessoa que tem de fazer face a contrariedades graves: doença incurável, dependência física, morte de familiar.

O sucesso dessa adaptação é variável; na realidade, é um “trabalho” que exige tempo. O processo adaptativo não é universal nem automático: está na dependência de muitos factores, tanto internos como externos. Com efeito, necessita, para ter êxito, de determinadas condições que incluem segurança física e económica, convivência, um grau razoável de estimulação e a possibilidade de se manter activo e de se sentir útil. Isto representa por um lado todo um sistema social de apoio e por outro a disponibilidade e a ajuda de familiares e outros cuidadores informais. Interroguemo-nos pois sobre a situação real dos idosos no nosso país.

3. Carências e desafios

Os anos mais recentes trouxeram consigo profundas alterações na estrutura da população portuguesa. A mais evidente consiste no seu significativo envelhecimento, devido não só ao decréscimo dos nascimentos como também ao aumento da duração da vida. A esperança de vida à nascença ultrapassa agora os 72 anos ns homens e os 80 nas mulheres. O sector idoso, com idades de 65 anos e superiores, conta agora com perto de milhão e meio de pessoas, que representam pouco menos de 15 % da população.

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

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

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

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

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

4. Cuidar dos idosos

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

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

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

ram, e o idoso se encontra à guarda de parentes distantes ou "acidentais".

Por isso muitos idosos, na maioria mulheres, preferem viver sós enquanto podem. O que lhes falta em comodidades e companhia é compensado pela maior liberdade e pelo gosto de permanecer no meio habitual.

Os *lares residenciais* são de dois tipos gerais: os lucrativos e os que não têm fins de lucro. Os *lucrativos* são na sua grande maioria clandestinos, embora bem conhecidos das autoridades e indirectamente da Segurança Social, e mesmo os que têm alvará trabalham geralmente com lotação acima da aprovada. Estão pois quase todos na ilegalidade, mas as autoridades vão pactuando com eles – só raramente os fecham – por não haver onde colocar os residentes e para evitar problemas com as famílias.

Estes lares ilegais, cujo número no nosso País parece andar por 800 a 1000 (Continente), embora a Segurança Social só conheça oficialmente umas escassas dezenas, admitem idosos sem restrições de patologia nem de dependência, e esse será o seu principal atractivo junto das famílias. As condições de habitabilidade e a qualidade de vida são geralmente deploráveis, com poucas excepções, como tem sido denunciado inúmeras vezes na imprensa. Não há dados objectivos sobre a mortalidade dos residentes nesses lares, naturalmente, mas a convicção dos médicos que alguma vez contactaram com eles é que o tempo médio de sobrevivência após admissão não ultrapassará alguns meses.

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

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

há critérios legais para as admissões, revestindo a forma de tabelas de pontuação, de modo a evitar preferências subjectivas.

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

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

Sumariando pois:

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

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

5. Cuidar dos cuidadores

Os progressos da Medicina curativa e preventiva acabaram por criar uma nova e vasta categoria de pessoas que ainda há poucas dezenas de anos constituía praticamente uma raridade: os prestadores de cuidados a idosos. E com essa nova categoria vieram à superfície novos problemas de saúde. Precisamente a saúde física e mental dessas pessoas, sujeitas a um stresse muito especial, onde avultam o esforço físico, a tensão permanente, a falta de tempo para dormir e cuidar de si, o isolamento progressivo do seu meio social.

Muitos trabalhos de pesquisa têm revelado quanto é precária a saúde dos cuidadores. A morbidade geral dessas pessoas mostra-se consideravelmente superior à dos indivíduos da mesma idade não sujeitos a tal sobrecarga. E as doenças psíquicas, com especial relevo para os quadros depressivos, mostraram-se também significativamente mais prevalentes. Os sintomas psicopatológicos,

individualmente considerados, são do mesmo modo muito frequentes nestas pessoas, que avaliam geralmente a sua saúde de maneira negativa.

Evidentemente que a patologia dos que prestam cuidados acaba por se reflectir sobre os que deles dependem, os próprios idosos. Eles podem ser tratados com menos solicitude, sofrerem acessos de irritabilidade ou negligência, ou no limite serem vítimas de rejeição familiar, situação que não é infelizmente rara no nosso meio.

Como será possível intervir com a finalidade de tratar e, sobretudo, prevenir tais situações?

Muito se tem escrito sobre a ajuda que pode e deve ser proporcionada aos prestadores de cuidados. Entre as modalidades possíveis estarão com certeza o apoio domiciliário, os grupos de auto-ajuda, as visitas por técnicos, as linhas telefónicas ou serviços de apoio telemático, e tantas mais. Recentemente tem sido chamada a atenção para a necessidade de se conhecerem os factores psicológicos em jogo, caso a caso, e agir de acordo com eles. É que as situações são muito diversas tanto no que respeita à percepção das dificuldades por parte do cuidador, como no que se refere ao mecanismo psicológico de superação dessas dificuldades, o qual passa quase sempre pelo desenvolvimento de um sentimento de satisfação com o cuidar que lhe permite equilibrar o stress e evitar que chegue à situação de desgaste total e até desumanidade com que por vezes se depara. Essa forma de conceptualizar a ajuda deriva, entre outros, dos trabalhos de Nolan no Reino Unido, de que entre nós se tem feito uso em pesquisas recentes, designadamente L. Brito e M Sottomayor.

Portanto, não bastam as boas intenções. Para que os apoios resultem, será fundamental entender as ambivalências da situação de prestar cuidados a um idoso doente ou demenciado, e ir ao encontro das suas dificuldades reforçando as defesas psicológica em cada caso envolvidas.

Cuidemos dos cuidadores, pois, com generosidade e competência, e todos teremos a ganhar com isso.

Conclusão

A vida humana prolongou-se no decurso das últimas décadas, em consequência não só dos progressos da Medicina, como também das transformações económico-sociais e tecnológicas que vieram propiciar uma melhoria geral no bem-estar das pessoas. Diz a biologia que o nosso organismo tem virtualidades para uma vida até aos cem anos, ou mesmo bastante mais, desde que as doenças comuns sejam dominadas. Na verdade, a esperança de vida já

subiu muito neste século, na Europa, e tenderá por certo a atingir os noventa anos dentro de poucas décadas. A manutenção da saúde nessa etapa da vida não tem muito a ver com a programação genética, e depende basicamente de factores do meio e dos comportamentos e estilos de vida que se assumem.

O bem estar do idoso depende de numerosos factores, não só externos como também internos. O seu grau de satisfação vai resultar do êxito de um processo adaptativo contínuo às transformações que se sucedem. A qualidade de vida da pessoa que envelhece é naturalmente afectada pelas perdas e carências que a atingem, mas o efeito perturbador desses eventos depende essencialmente do significado que lhes atribui. Tal significado tem muito a ver com o conceito que faz de si mesma e da sua valia para os outros. Por isso, o tanto o apoio social como sobretudo a ajuda de cuidadores informais contribuem decisivamente para dar mais qualidade à sua vida e melhorar o seu bem-estar. Mas os prestadores de cuidados aos idosos necessitam eles mesmos de receber ajuda, não só de ordem material e técnica, como também psicológica e “humana”. Se isso for feito, beneficia não só o cuidador como o próprio idoso dependente e afinal toda a sociedade.

BIBLIOGRAFIA

- Barreto, J., “A velhice e o sentido da vida”, *Brotéria*, 150 (2), 149-156, 2000
- Barreto, J., “Aspectos psicológicos do envelhecimento”, *Psicologia*, VI (2): 159-170, 1988.
- Brito, Luisa, *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*, Coimbra, Quarteto Editora, 2002.
- Bühler, Charlotte, “Genetic aspects of the self”, *Ann. N. Y. Acad. Sciences*, 96, 730, 1962
- Busse, E.W., “General theories of aging” in J. Copeland, M. Abou-Saleh e D. Blazer, eds. *Principles and practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester, J. Wiley and Sons, 1994, pg. 23-28.
- Eckert, P. G., “Apoptosis and the immune system”, *British Medical Bulletin*, 53 (3): 591-603, 1997.
- Erikson, E. H., *Adulthood*, Nova Iorque, W. W. Norton, 1978.
- Hayflick, L., “The cell biology of ageing”, *Clinical Geriatric Medicine*, 1 (1): 15-27, 1985.
- Menninger, W. W., Adaptational challenges and coping in late life, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63 (2) suppl. A, 1-15, 1999.
- Nolan, M., Grant, G. e Keady, J., *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton, Pavilion Publications, 1998
- Schneider, E. L., *Handbook of the biology of Aging*, (4ª Ed.), Nova Iorque, Academic Press, 1996.
- Spar, J. e La Rue, A., *Concise guide to Geriatric Psychiatry*, (2ª ed.), Washington, APP Press,

1997. (Tradução portuguesa da 1ª Ed.: *Guia de Psiquiatria Geriátrica*, Lisboa, Climepsi, 1997).

Thomae, Hans, *Patterns of aging*, S. Karger, Basileia, 1976.

Thomae, Hans., "Stress, satisfaction, competence - Findings from the Bonn longitudinal study on ageing" in M. Bergener e S. Finkel, eds. *Clinical and scientific Psychogeriatrics*. Springer, Nova Iorque, 1990.

Wooddrow, Ph., *Ageing: issues for physical, psychological and social health*, Londres, Whurr Publishers, 2002.

Summary

This article starts by reviewing the main biological theories concerning the phenomenon of ageing. Considering that the biological perspective is to some extent limited, this analysis is expanded to cultural factors and the role they may have in satisfaction with, and quality of, life. The latter is the result of a successful and continuous process of adaptation to situations with which the elderly person confronts him or herself.

But this success does not depend solely on individual or internal factors. It depends, and to a large extent, on the external conditions that surround the elderly person. A few social lacunae with regard to the care provided to the elderly are examined. Among the lacunae that are urgent to fill, the support to the families that care for dependent elderly people is mentioned. It is stressed that carers also run the risk of having their own psychological health affected, which can disturb the well-being of the whole family, including the elderly. To assist them, it is not necessary to provide material and technical support, but also to pay attention to the particular difficulties of each case, to be available, and to provide a good human relationship.

Résumé

Cet article commence par une vue d'ensemble sur les principales théories biologiques que tentent expliquer le vieillissement. L'auteur signale les limitations de la perspective biologique, et souligne le rôle des facteurs culturels dans le maintien de la qualité de vie. Celle-ci doit être regardée comme le résultat d'un long processus d'adaptation aux nouvelles situations que le sujet doit vivre et aux défis qu'il doit surmonter.

Mais le succès ne dépend pas seulement de facteurs individuels ou internes. Il est aussi le résultat de plusieurs conditions externes, parmi lesquelles la qualité des soins qui leur sont rendus.

L'auteur souligne l'importance du soutien actif des personnes qui s'occupent des sujets âgés, en particulier lorsque ceux-ci souffrent de maladies physiques ou psychiques. Les soignants ont aussi besoin d'être soignés. Leur défaillance peut se répercuter sur le bien-être de toute la famille et mettre en danger la santé des gens âgés.