



A IDADE DO AMANHÃ DESAFIOS ÉTICOS DA LONGEVIDADE



Conselho
Nacional de
Ética para as
Ciências da Vida

COLEÇÃO BIOÉTICA | 20

COLEÇÃO BIOÉTICA | 20

A IDADE DO AMANHÃ

– DESAFIOS ÉTICOS DA LONGEVIDADE

Título: A IDADE DO AMANHÃ – DESAFIOS ÉTICOS DA LONGEVIDADE

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Avenida D. Carlos I, n.º 134 - 5º

1200-651 LISBOA PORTUGAL

Tel. +351 213 910 884

Email: geral @ cneqv.pt

www.cneqv.pt

500 exemplares

ISBN 978-972-8368-42-5

Depósito legal:

Design gráfico: José Osswald

Impressão: Europress

COLEÇÃO BIOÉTICA | 20

A IDADE DO AMANHÃ

– DESAFIOS ÉTICOS DA LONGEVIDADE

XXII SEMINÁRIO NACIONAL DO
CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

29 NOVEMBRO 2019

COIMBRA, CONVENTO SÃO FRANCISCO

O uso do acordo ortográfico foi apanágio de cada autor.

ÍNDICE

Discursos de abertura

9 **Jorge Soares**

PRESIDENTE DO CNECV

13 **Regina Bento**

VEREADORA DA SAÚDE DA CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

Conferência inaugural:

21 *Nota de abertura*

André Dias Pereira

25 Les enjeux de la longévité

Françoise Forette

Painel 1 – Os “novos velhos”

37 A geografia do envelhecimento

– Portugal no contexto europeu

Paula Santana; Adriana Loureiro

51 A solidão dos mais velhos na arquitetura das famílias

António Leuschner

57 Diálogo, cooperação e tensões intergeracionais

– com um olhar sobre o sistema de saúde

Pedro Pita Barros

Comentários:

71 **Manuel Curado**

83 **Manuel Teixeira Veríssimo**

Painel 2 – Envelhecer amanhã

89 Diminuir a incerteza e organizar o futuro dos

“jovens-velhos”

Fernando Ribeiro Mendes

Comentários:

103 **Maria do Céu Patrão Neves**

111 **João Loureiro**

121 *Conferência de Encerramento:*

Ciências de dados e inteligência artificial:
impactos e desafios sociais

Mário Figueiredo

129 *Sobre os autores*

DISCURSOS DE ABERTURA

9 **Jorge Soares**

PRESIDENTE DO CNECV

13 **Regina Bento**

VEREADORA DA SAÚDE DA CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

DISCURSO DE ABERTURA

Jorge Soares

PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

A presença de V. Exa, Senhor Vice-Presidente da AR, nesta Sessão de Abertura, autoriza-nos a concluir do apreço que a Assembleia da República, que nos acolhe desde 2009, atribui às nossas atividades. Pedimos-lhe, Senhor Deputado António Filipe, que testemunhe ao Senhor Presidente Eduardo Ferro Rodrigues e a toda a câmara o quanto nos sensibiliza este apoio institucional.

A realização do nosso Seminário, neste Centro de Congressos, devemos-lo à generosidade da Câmara Municipal de Coimbra, a quem agradecemos na pessoa da Senhora Vereadora Regina Bento. Estamos-vos muito gratos.

O Seminário anual do CNECV é um evento nuclear da Bioética em Portugal, consagrado na liturgia das atividades que dedicamos ao público em geral. Através do Seminário, o Conselho procura, todos os anos, sinalizar e debater um tema inovador das fronteiras da ciência biomédica ou, em alternativa, um tema que não sendo novo, emerge pela sua relevância social, interpelando a sociedade com questões não respondidas, para as quais o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida procura constituir-se como espaço fertilizador de ideias, gerando boas e novas soluções.

Foi este o caso da escolha do tema para o Seminário deste ano, a que demos o título um tanto poético de “*A idade de amanhã*”.

O aumento da longevidade, sabemo-lo bem, tem efeitos pessoais, familiares e sociais que convocam desafios éticos sensíveis, alguns dos quais discutiremos durante o dia de hoje, com a ajuda dos nossos conferencistas e comentadores, a quem agradeço a generosa disponibilidade para partilhar ideias e conhecimentos.

Vivemos hoje mais tempo do que alguma vez as gerações que nos precederam ousaram pensar. A sociedade do futuro poderá, com razoável previsão, acolher no final deste século uma grande percentagem de cidadãos centenários. Não, não é uma utopia irrealista, bem pelo contrário.

O sucesso que é viver mais e com melhor saúde está a mudar a “fotografia” demográfica da nossa sociedade e, por isso, é justo que o celebremos. Quatro gerações na mesma família será um quadro razoavelmente comum daqui a pouco mais de 30-40 anos, quando a população portuguesa for representada, em mais de um terço, por seniores que passaram os cinquenta anos.

Outros sinais de mudança, para os que se preocupam talvez mais com os indicadores económicos, do que com as pessoas elas mesmas, estão representados na revista *The Economist*, numa edição em 2014, que titulava em capa: “*A billion shades of grey*”. Analisava as consequências dos “*age invaders*”, a população de idosos que mudará a economia global, anunciando estagnação que, por sua vez, irá aumentar as desigualdades. Para ela temos de encontrar soluções justas, que protejam os direitos dos idosos e afirmem a sua dignidade, através de formas engenhosas que consigam mitigar efeitos negativos, sociais e económicos, pensando no bem-estar deste condomínio, a que todos pertencemos, e queremos mais equilibrado e justo.

Celebrar o sucesso da longevidade, que a ciência e a tecnologia médicas melhoram a cada dia que passa, não pode fazer-nos ignorar as dificuldades que o avançar do tempo das nossas biografias traz, colocando-nos progressivamente mais longe dos familiares e dos amigos, empobrecendo e dificultando as tarefas dos dias comuns.

Nessas dificuldades, identificamos questões éticas próprias. Este Seminário também servirá para alertar os desatentos – e, porventura, serão muitos! – que é imperativo preocuparem-se com os seus velhos. É uma responsabilidade ética, procurar devolver-lhes,

em reconhecimento humano e social, o muito que lhes devemos, pois foram eles que construíram, para nós, tudo de que agora usufruímos. Uma sociedade solidária e grata tem de saber fazê-lo.

Todos conhecemos iniciativas para organizar a vida dos idosos – o que lhes interessa, do que precisam, como o podem obter –, fazendo-o pelos olhos e pelas conveniências nossas. Não damos conta que estamos a anular uma vontade própria, que é única, ignorando competências e autonomia, talvez porque queiramos vencer-nos que sabemos o que verdadeiramente para eles é melhor ou interessa. Este é um conflito silencioso, uma assimetria de gerações, que a biologia e a genética teimam em manter ligadas. Pensar, neste Seminário, o modo de combater essa abordagem é uma responsabilidade da sociedade que, sendo difícil – reconheçamo-lo – tem insubstituível valor ético.

A relação entre gerações vai por certo ser uma das questões mais sensíveis no planeamento da sociedade das próximas décadas, se a quisermos verdadeiramente solidária. Promover a transferência de momentos culturais e afetivos, presentes no labirinto complexo da memória dos idosos, pode ajudar a que o declínio não os torne mais ténues, mais desfocadas e mais imprecisas, como dizia António Lobo Antunes: *“tanta coisa me deixou já”*.

Há muito a construir, para lá do discurso corrente do envelhecimento ativo, no qual o planeamento urbano é um elemento nuclear. Mas isso de pouco servirá se o idoso não puder adquirir os medicamentos de que precisa, se os direitos que a lei lhe atribui, nomeadamente em cuidados próximos, chegarem só para uma parte deles, se se lhes pede para se manterem ativos mas a cidade não tiver condições para que o possam fazer. É inapropriado e injusto construir slogans promovendo um bem-estar que pode ser inatingível, quando o vigor e a juventude já abandonaram há muito o corpo, e o esforço de viver cada dia vai fazendo perder o sorriso. Estas são responsabilidades nossas, que convocam valores que não podemos ignorar.

Os cidadãos não se preparam para envelhecer, sabemos-lo. A sociedade também não se prepara adequadamente para apoiar os idosos e ajudá-los nas dificuldades que a velhice transporta. Essa falta de preparação inclui uma reflexão escassa sobre as mudanças, e os valores e princípios que elas expõem. Por isso escolhemos este

tema para o Seminário de 2019. Agradeço aos senhores conferencistas, comentadores e moderadores a ajuda nesta reflexão que achamos importante que se faça na sociedade portuguesa.

Deixo, a concluir, as saudações amigas a todos os que se deslocaram a esta sala magnífica e participam neste Seminário. É bom ter a vossa companhia e, faço votos para que, no final do dia, possam achar que valeu a pena estarem connosco, que o que aqui vamos debater enriqueceu as vossas (e também nossas) vidas pois, como dizia Simone de Beauvoir, *“viver é envelhecer, nada mais”*.

DISCURSO DE ABERTURA

Regina Bento

VEREADORA DA SAÚDE DA CÂMARA MUNICIPAL DE COIMBRA

*Exmo. Sr. Presidente do Conselho Nacional de Ética para as
Ciências da Vida, Professor Doutor Jorge Soares
Caros oradores e demais participantes
Minhas senhoras e meus senhores,*

Sejam muito bem-vindos a Coimbra e ao Convento São Francisco!

É uma honra estar hoje aqui, na qualidade de vereadora da Saúde da Câmara Municipal de Coimbra, e em representação do senhor Presidente da Câmara, para vos receber e transmitir a nossa satisfação por acolhermos em Coimbra este xxii Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Agradeço desde já o convite que nos foi endereçado para estar nesta sessão de abertura.

O trabalho que tem sido desenvolvido, ao longo das últimas décadas (quase três), pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida é de uma enorme importância para garantirmos o equilíbrio e o bem-estar futuro da espécie humana e da própria vida no planeta.

Os avanços científicos e tecnológicos registados nas últimas décadas nos campos da biologia e da saúde têm tido implicações na transformação social e humana, gerando várias dúvidas sobre a

aplicação de novas tecnologias e a sua conveniência, ou não, à humanidade. Praticamente todos os dias há novidades sobre a utilização de novos métodos de investigação, de novas técnicas, a descoberta de medicamentos mais eficazes ou o controle de doenças até então incontroláveis.

E se, por um lado, essas conquistas nos conduzem a uma melhoria da qualidade de vida e a uma maior longevidade, por outro lado levantam dúvidas sobre a forma como estamos a gerir a vida humana, animal e ambiental. Exemplos disso são questões, que eticamente não são nada consensuais, como a fertilização *in vitro*, o aborto, a clonagem, a morte medicamente assistida, os transgénicos, entre outras. É que este avançar no desconhecido exige cautela nos passos a serem dados. É preciso haver equilíbrio, consciência, bom senso.

E essa consciência é muito personificada pelo Conselho Nacional de Ética para a Ciências da Vida que tem por missão analisar os problemas éticos suscitados pelos progressos científicos nos domínios da biologia, da medicina ou da saúde em geral e das ciências da vida. No fundo, é o nosso comité de bioética, um dos primeiros a existir na Europa, e o seu importante trabalho tem sido refletir e levar a sociedade civil a refletir sobre os diversos assuntos desta área temática.

É um trabalho meritório e digno dos maiores elogios por parte de todos nós e esta é uma boa oportunidade de o referir publicamente. Obrigada e os meus mais sinceros parabéns pelo trabalho realizado.

Reitero, por isso, a honra que é acolher em Coimbra um evento como o vosso e saliento, ainda, a importância que tem, para nós, sermos o palco destes debates de referência na área das Ciências da Vida.

Coimbra é conhecida pela cidade da saúde, tem o maior centro hospitalar e universitário do país. A reputação dos nossos hospitais, a qualidade das nossas estruturas físicas e humanas e dos nossos centros de investigação clínica contribuem para que esta seja a nossa marca, mas também a nossa responsabilidade.

A promoção da Saúde e da qualidade de vida dos cidadãos é uma prioridade desta Câmara Municipal e, dentro das nossas competências, queremos atuar e ajudar. Foi por isso que este executivo

municipal criou, no início deste mandato, um pelouro da Saúde, que me foi entregue e que aceitei com muito orgulho. E é com o foco nesse objetivo que temos vindo a abraçar vários projetos relacionados, direta ou indiretamente, com a promoção da Saúde e a prevenção da doença e a reforçar as parcerias com as entidades que operam nesta área de intervenção.

Entendemos a Saúde como a base da nossa sociedade, o princípio basilar da nossa boa vivência, um direito de todos, seja dos que cá vivem, dos que nos visitam, seja dos que escolheram Coimbra para estudar, seja dos que vêm a Coimbra apenas para usufruir das unidades hospitalares de referência que aqui temos.

Vamos por isso sempre querer acolher iniciativas como a vossa, que trazem a Coimbra um debate atual e promovem partilha de conhecimentos e saberes, discussão e reflexão sobre um tema tão importante e pertinente para a sociedade portuguesa como o futuro dos nossos idosos e todas as questões éticas que lhe estão inerentes.

Um tema que tanto nos preocupa, já que somos o terceiro país mais envelhecido da Europa, com uma proporcionalidade de 153 idosos por cada 100 jovens, e onde o aumento de tempo de vida não significa propriamente uma melhor qualidade.

Evidência disso mesmo, é o consórcio *Ageing@Coimbra*, projeto de referência europeu que a Câmara Municipal de Coimbra integra. Trata-se de uma parceria institucional, atualmente composta por 84 parceiros que desenvolvem práticas inovadoras na área temática do envelhecimento ativo e saudável. A Câmara Municipal de Coimbra é um dos membros fundadores, a par com a Universidade de Coimbra, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a Administração Regional de Saúde do Centro e o Instituto Pedro Nunes.

Este consórcio visa melhorar a vida das pessoas idosas na Região Centro de Portugal, facilitando a conceção de projetos inovadores na área do envelhecimento ativo e saudável, designadamente projetos que visem a criação de melhores serviços sociais e cuidados de saúde, bem como que pretendam o desenvolvimento de novos produtos e serviços inovadores e/ou novos meios de diagnóstico e terapêuticas.

Foi através deste projeto *Ageing@Coimbra*, que foi possível apresentar a candidatura da Região de Coimbra (e de modo mais abrangente da Região Centro de Portugal) a Região Europeia de Refe-

rência para o Envelhecimento Ativo e Saudável, estatuto este atribuído a 1 de julho de 2013, em Bruxelas. Deste modo, a Região Centro foi a primeira Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Ativo e Saudável em Portugal, com 2 estrelas.

Mais tarde, em 2016, a Região Centro renovou e melhorou a classificação anteriormente atribuída para 3 estrelas e, no presente ano civil, foi distinguida como uma das 25 cidades/regiões com o estatuto de Região Europeia de Referência para o Envelhecimento Ativo e Saudável, reconhecida pela Comissão Europeia com a classificação máxima (4 estrelas).

Numa outra perspetiva, mas tendo também subjacente a preocupação com o bem-estar daqueles que vão chegar à idade do amanhã, recentemente, em outubro deste ano, a Câmara Municipal de Coimbra organizou as jornadas técnicas da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, que integrámos já neste mandato autárquico, em outubro de 2018. O tema destas jornadas foi o Urbanismo Saudável, pois temos consciência que o planeamento urbano tem cada vez mais impacto na saúde da população e o caminho que pretendemos percorrer é o da execução de políticas que visem a criação de condições urbanísticas que potenciem a saúde dos habitantes, cada vez mais envelhecidos. Nesse âmbito foram formuladas muitas perguntas, designadamente se a cidade está doente? Ou se a cidade nos põe doentes? Se o lugar onde vivemos influencia a nossa saúde? Como vamos fazer a nossa vida normal na cidade onde vivemos, daqui a uns anos, quando todos tivermos 80 ou mais anos? Será mais prudente desencadear o êxodo rural, mas ao contrário, e irmos todos viver para o campo? Quais as estratégias, os caminhos, para tornar as cidades mais inclusivas, mais resilientes, mais saudáveis?

Enfim para terminar, os Municípios têm o poder de organizar e transformar o espaço público e têm o dever ético de o fazer com a preocupação de promover a saúde e o bem-estar das suas populações, cada vez mais envelhecidas.

São muitas as perguntas que são cada vez mais pertinentes e que cada vez mais interessam à sociedade civil e para as quais não há naturalmente respostas fechadas e definitivas. Este seminário ajudará com certeza a fazer alguma luz e, possivelmente, a levantar ainda outras questões.

Desejo um dia muito proveitoso e renovo os votos de boas vindas a esta bela e encantada cidade.

Muito obrigada pela vossa atenção.

CONFERÊNCIA INAUGURAL

- 21 *Nota de abertura*
André Dias Pereira
- 25 Les enjeux de la longévité
Françoise Forette

CONFERÊNCIA INAUGURAL

– NOTA DE ABERTURA

André Dias Pereira

FACULDADE DE DIREITO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Neste Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, comemoramos a vida! A longa vida!

A longevidade é uma conquista das nossas sociedades, da nossa ciência, da nossa medicina, da nossa farmácia, da nossa organização política e social.

É pois um seminário de celebração e de alegria, e foi com este espírito que o nosso Presidente, Professor Doutor Jorge Soares, sabiamente conduziu a organização deste encontro, em que temos a honra de receber tantas e tão preparadas pessoas, nesta cidade de Coimbra, marco histórico de cruzamentos entre o Norte e o Sul, entre o Litoral e o Interior, onde radica uma comunidade vibrante, inclusiva e plural.

Nesta jornada pretendemos lançar reflexões e ideias sobre políticas públicas que devem ser reequacionadas para uma população em que mais de um terço das pessoas tem ou terá num futuro próximo mais de 65 anos de idade. Esta realidade condicionará certamente as políticas de emprego, de apoio ao desporto e à cultura, de inclusão familiar, de alimentação, de saúde ou de mobilidade. Toda

uma reflexão que se exige, inter- e transdisciplinar, a convocar a Filosofia, a Medicina e o Direito, a Economia, a Geografia e a Arquitetura, na verdade, todas as ciências e saberes. É um empreendimento que demanda a mobilização da sociedade civil, das autarquias e do Estado. Assim sendo, enche-nos de satisfação ver o Salão Nobre do Convento São Francisco cheio com centenas de participantes, líderes políticos e do setor social, do associativismo, da academia, das escolas politécnicas, do serviço social, da saúde, com muitas dezenas de estudantes e profissionais e também com muitas pessoas longevas, muitas acima dos 85 anos de idade.

Sejam todas e todos bem-vindos a este debate!

É com muita honra e satisfação que apresento a Professora Doutora Françoise Forette.

Uma mulher, já gozando a sua quarta idade, que nos presenteia com a sua distinta presença. e que nos iluminará com palavras de esperança e de *sagesse*.

Saibamos viver a vida preparando a quarta idade. Tenhamos a audácia de discutir soluções políticas e sociais para acautelar uma melhor idade do amanhã.

A Professora Doutora Françoise Forette foi e é uma pioneira nesta área da Longevidade. Escreveu, em 1997, a obra «La Révolution de la Longévité». Com um percurso notável de Médica e Académica, é hoje Professora Universitária emérita (Centro Hospitalar de Cochin, Paris Descartes). Do seu percurso, destaca-se a sua robusta formação universitária e clínica. Muito haveria para referir sobre esta médica, humanista e professora que nos honra com a sua presença. Por outro lado, num tempo de longevidade, podemos dar-nos ao luxo – o tempo é um luxo! - de admirar a beleza de certas biografias, que nos devem servir de inspiração e de admiração.

Madame Forette,

Je vous remercie énormément de votre disponibilité pour venir à Coimbra, pour nous illuminer avec un message d'espérance, mais aussi de responsabilité, individuelle et collective, qui, j'en suis sûr, nous permettra de mieux préparer une vie longue, de qualité et de félicité, pour tous et pour toutes, dans nos sociétés.

Votre parcours professionnel, académique et civique et votre présence est, en elle-même, une source d'inspiration.

Bienvenue à Coimbra, la ville qui s'étend au long des deux marges du fleuve Mondego, où cette année, pendant ces semaines-ci, les artistes nous proposent une troisième marge, grâce aux expositions présentes dans notre foire d'art contemporain: Ano Zero – *Année Zero*.

Peut-être la troisième marge est-elle également celle de l'éthique, de la réflexion éthique, qui peut nous conduire, à travers un parcours de contradictions et de dialectiques socio-politiques, à une vie plus heureuse, plus libre et plus fraternelle.

Du moins, c'est vers cette marge que je vous demande de conduire notre bateau.

Vous avez écrit : "J'ai choisi de bien vieillir".

Nous avons choisi d'apprendre avec Vous!

Merci pour votre présence.

LES ENJEUX DE LA LONGÉVITÉ

Françoise Forette

L'accroissement de la longévité est un immense privilège des nations développées mais à la condition que la majorité de la population âgée soit active et en bonne santé.

Le vieillissement est classiquement caractérisé par une diminution de fonction à l'échelon moléculaire, cellulaire, organique et systémique et par une augmentation des maladies, dites liées à l'âge mais il s'agit d'un processus extraordinairement hétérogène. Chacun ne vieillit pas de la même façon.

Cette hétérogénéité interindividuelle est liée à deux facteurs principaux : les facteurs génétiques et les facteurs liés à l'environnement.

Génétiques : 30% des gènes codant pour des enzymes et protéines importantes sont polymorphes et il y a une accumulation au cours du temps de mutations dans les cellules somatiques variables selon chaque individu (Carnes, 2001; Kirkwood, 2000).

Environnementaux : Le niveau économique qui explique les différences nord/sud et les progrès de la médecine.

* ILC-France
11 rue Jean Mermoz 75008 Paris France
francoise.forette@gmail.com
www.ilcfrance.org
www.ilc-alliance.org

Les facteurs environnementaux sont particulièrement importants, car ils peuvent se modifier. C'est dire à quel point **la prévention est un enjeu majeur** :

C'est d'autant plus crucial que nos populations vont vieillir : Les statistiques Européennes montrent que la population de 0 à 24 ans va diminuer progressivement tandis que la population de plus de 80 ans, du fait de la longévité qui s'accroît, va augmenter et même tripler en 2050 (*World Population Prospects: The 2017 Revision*).

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter. En France, à 60 ans, une femme à 27,5 ans de vie devant elle. Et ce n'est pas fini! : A 70 ans, une femme peut espérer vivre 19 ans de plus, à 80 ans, 11 ans, à 90 ans, 4 ans et demi. Même à 100 ans et 110 ans, l'espérance de vie n'est pas négligeable. Il en est de même pour les hommes mais à un moindre degré. C'est dire que nous devons rester en bonne santé.

On peut identifier, en France, comme dans la majorité des pays Européens, trois catégories de population de plus de 60 ans:

- Les personnes en perte d'autonomie (dépendantes) du fait d'une maladie invalidante : environ 8%;
- Les personnes autonomes mais fragiles : environ 15%;
- Les personnes âgées robustes, en bonne santé en dépit parfois de maladies chroniques : Plus des trois quarts.

L'enjeu de la prévention est, bien évidemment, d'augmenter cette 3ème catégorie de personnes qui vivent autonomes et savourent cette dernière partie de leur vie.

Il est d'autant plus important de rester en bonne santé et autonome que la prise en charge de la perte d'autonomie n'est pas convenable dans la majorité des pays. Il y a environ 1.300 000 personnes âgées en perte d'autonomie en France : 40% d'entre elles vivent en institution et 60% à leur domicile. La qualité des soins est souvent insuffisante faute de personnel formé en nombre suffisant. Il n'y a pas d'évaluation de terrain du coût à domicile. En institution le coût, trop lourd pour la majorité des familles varie en 2020, de 1.600 à plus de 5.000 euros par mois alors que la moyenne des retraites est de 1.365 euros mensuels. Il s'agit d'un drame humain et financier pour les personnes atteintes et leurs proches.

Améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie est un enjeu éthique majeur. Tous les gouvernements ont apporté des améliorations mais se sont heurtés au manque de financement. Il faut de l'argent neuf, les caisses de l'état sont vides et les familles écrasées par les coûts induits.

Une Assurance Autonomie Publique Obligatoire proposée par ILC-France pourrait être une solution (Forette, 2018). L'environnement démographique se prête à un système assurantiel car il y aurait 100% de cotisants dans la population si il est obligatoire et 8 % de bénéficiaires, ce qui donne la possibilité de cotisations faibles et un rendement important. L'assurance devrait être obligatoire dès les premiers revenus et gérée par un organisme public pour éviter la sélection des patients que pratiquent les assurances privées.

Les cotisations faibles (par exemple, 1 euro par jour) seraient néanmoins basées sur les revenus mais les prestations accordées sur les seuls besoins. Elle pourrait être associée aux allocations déjà existantes, par exemple, l'APA (allocation personnalisée à l'autonomie), en France.

Les calculs actuariels montrent qu'une assurance autonomie telle que définie apporterait 16 milliards euro par an à la collectivité et fournirait 1.250 euros mensuels pour les personnes les plus dépendantes et 925 euros pour une dépendance modérée à ajouter à l'APA. Le régime serait équilibré jusqu'en 2060. Cela sortirait les familles du cauchemar financier de la perte d'autonomie.

En réalité, seule, la Prévention pourrait être capable d'éviter le drame humain de la perte d'autonomie.

On peut en définir trois cibles : les maladies dites liées à l'âge, la fragilité et l'inactivité (sédentarité).

Les maladies liées à l'âge

La plupart des maladies, sources de perte d'autonomie ont des facteurs de risque modifiables et sont donc accessibles à la prévention : maladies cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux, démences (*Alzheimer's disease*), cancers, arthrose et ostéoporose, problèmes orthopédiques (fractures), troubles sensoriels (vision et audi-

tion), dépression, troubles nutritionnels et métaboliques, obésité, diabète de type II...

La prévention pourrait les éviter dans un grand nombre de cas. Elle sera magnifiée grâce aux progrès en cours (thérapie cellulaire, puce à ADN, biotechnologies...) et il faut savoir qu'il n'est jamais, ni trop tôt ni trop tard : Par exemple, les résultats de l'étude HYVET (Beckett, 2008) montrent que le traitement de l'hypertension artérielle après 80 ans permet 30% de réduction des AVC (Accidents vasculaires cérébraux), 39% de réduction de la mortalité par AVC, 21% de réduction de la mortalité totale, 64% de réduction des insuffisances cardiaques congestives.

Toutes les maladies ne se préviennent pas si facilement : La maladie d'Alzheimer pose un redoutable problème mais les progrès des marqueurs neuroradiologiques et biologiques sont une avancée majeure.

En effet, les perspectives de « disease modifying treatments » rendent indispensable le diagnostic non seulement précoce bien avant la démence mais à un stade « préclinique ». Les différents stades de la maladie sont redéfinis et les critères de diagnostic sont en cours de changement. Une bonne nouvelle : La prévalence semble diminuer grâce à une meilleure maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires, une élévation du niveau d'éducation et une stimulation cognitive plus importante et prolongée dans nos sociétés.

La prévention des maladies liées à l'âge passe d'abord par le style de vie :

- Education tout au long de la vie;
- Culture sanitaire et conscience préventive;
- Nutrition;
- Activité physique modérée et prolongée;
- Activité intellectuelle;
- Activité professionnelle;
- Activité de loisir;
- Engagement personnel et responsabilité.

La difficulté de la prévention est qu'un changement de style de vie est souvent difficile à accepter. Beaucoup d'entre nous préfére-

raient une « pilule miracle ». En comprendre l'intérêt dépend du niveau d'éducation.

La prévention doit en corriger les inégalités, bien illustrées par l'espérance de vie à 35 ans : un ouvrier à une espérance de vie inférieure de 6 ans à celle d'un cadre supérieur ou une profession libérale. La différence est moindre chez la femme (INSEE, 2016). De même la mortalité relative dépend du niveau d'éducation : Elle est deux fois et demi supérieure chez un homme qui a un diplôme universitaire, comparée à celui qui n'a aucun diplôme ou n'est jamais allé à l'école. Chez la femme la différence est un peu moindre, un peu moins de deux fois (Lang, 2015-2016; Pascal, 2006).

La prévention est l'affaire de toute une vie et doit être commencée dès le plus jeune âge et poursuivie jusqu'à l'âge le plus avancé.

L'adhésion aux principes de prévention étant liée au niveau d'éducation, le seul moyen d'éviter les inégalités de santé qui en découlent est de proposer des programmes d'éducation à la santé et de prévention dans l'entreprise sur le temps de travail.

L'étude « **Entreprises en bonne santé** » menée par ILC-France est en faveur de cette hypothèse : Le but de cette recherche était de démontrer qu'un programme de prévention mené dans l'entreprise peut accroître la culture sanitaire, changer les comportements, améliorer le bien-être et l'efficacité des collaborateurs et changer l'image de l'entreprise. Les résultats sont positifs dans toutes les entreprises étudiées sur les connaissances, les comportements et l'image de l'entreprise (Forette *et al.*, 2014).

Cette étude française est en accord des études faites dans d'autres pays (Prior, 2005; Poole, 2001; Renaud, 2008; Enghers, 2005). Toutes confirment le bénéfice d'un programme de prévention offert sur site pendant le temps de travail. L'adhésion importante à ces programmes en entreprise est importante avec des taux de participation plus élevés que pour ceux proposés par des agences extérieures.

L'impact des programmes de prévention sur la réduction des arrêts de travail pour maladie est plus difficile à mettre en évidence mais une étude canadienne (Aldana, 2005) a montré une réduction de 3 jours d'arrêt de travail chez les participants au programme comparés aux non-participants et un retour sur investissement de 15 dollars par dollar investi dans le programme.

Dès lors, on peut considérer que les acteurs de la prévention les plus efficaces sont : l'école pour commencer le plus tôt possible, le milieu professionnel, la gériatrie universitaire et les gérontopôles pour la recherche et le médecin généraliste.

La Fragilité

La deuxième cible de la prévention, après les maladies liées à l'âge est certainement la « fragilité ».

Il s'agit d'un état de vulnérabilité à un stress, secondaire à de multiples déficiences de systèmes physiologiques. Les critères décrits par Fried (2004) sont : la fatigue, la perte musculaire (sarcopénie), la perte de poids, la diminution de la vitesse de marche et la diminution de l'activité physique.

La fragilité est un facteur de risque majeur d'entrée dans la dépendance, d'hospitalisation et de décès. Elle réversible alors que la dépendance ne l'est pas. Elle augmente avec l'âge : de 15% en moyenne, elle passe de 3 à 4% de 65 à 74 ans à 25% à plus de 85 ans.

Les critères classiques exigent un examen en milieu spécialisé mais peut-on en faire un dépistage systématique sur des tests simples?

Pour répondre à cette question, ILC-France mène avec la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Retraite) un projet de validation d'un auto-questionnaire que les retraités remplissent à leur domicile.

Il est composé de 3 questions adaptées de l'étude SOT (Ensrud, 2008): – Avez-vous perdu depuis 2 ans 10% de votre poids ? – Etes-vous capable de vous lever 5 fois d'une chaise sans vous aider de vos bras? – Vous sentez vous épuisé ?

Ce questionnaire est envoyé à 5.000 retraités de plus de 70 ans. Il sera comparé pour validation à un examen fait par une infirmière au domicile des participants. Une étude pilote sur 300 personnes a déjà démontré sa sensibilité et sa spécificité.

L'intérêt d'un dépistage précoce de la fragilité réside dans la réversibilité de cette condition grâce à un traitement approprié : On peut agir sur la sarcopénie, l'ostéopénie, l'ostéoporose, les troubles de l'équilibre et de la marche et la dénutrition. De plus, une recherche importante s'adresse aux modifications physiologiques

(Testostérone, GH, Inhibiteurs des cytokines, inhibiteurs des caspases, antagonistes de la myostatines....).

Une meilleure intégration sociale reste capitale.

L'inactivité

La troisième cible de la prévention, d'une extrême importance est l'inactivité.

En effet, l'inactivité compromet gravement la santé et la longévité.

L'indice standard de mortalité des hommes de 35 à 80 ans en fonction de la catégorie sociale augmente des catégories les plus privilégiées aux plus modestes mais elle est maximale chez les inactifs après ajustement sur l'âge et les antécédents de maladie.

Au contraire, tous les types d'activité, intellectuelle, de loisir, physique, et surtout, l'activité professionnelle, ainsi que les interactions sociales, réduisent, la perte d'autonomie et la mortalité, augmente l'espérance de vie, réduisent la démence et améliorent les fonctions cognitives.

Prolonger l'activité professionnelle est particulièrement bénéfique à la santé cognitive comme le montre une étude d'ILC-France (Dufouil, 2014).

L'objectif était de déterminer si l'âge de la retraite est lié au risque de démence en croisant les données pension et santé de 429.803 travailleurs indépendants retraités. Les résultats montrent que retarder d'un an l'âge de la retraite est associé à une diminution de 3,1% du risque de démence. Par exemple, si l'âge de la retraite passe de 60 à 65 ans, on peut espérer une réduction de 15% du risque de démence.

Ces résultats sont en accord avec d'autres études : Une étude britannique (Lupton, 2010), menée seulement chez des hommes atteints d'Alzheimer avait montré que toute année supplémentaire en emploi retardait de 0,13 an la survenue d'une démence. L'étude longitudinale américaine HRS (Health and Retirement study) et SHARE (14 European countries), mettent en évidence un effet négatif significatif et quantitativement comparable de la retraite sur la cognition. L'étude HRS montre de plus qu'une mise à la retraite pré-

coce est un facteur indépendant de mortalité alors que prolonger sa vie active peut assurer un bénéfice supplémentaire en matière de survie, indépendamment des facteurs sociodémographique, du style de vie et de l'état de santé (Wu, 2017). Une étude israélienne (Hammerman-Rosenberb, 2005) montre qu'indépendamment du statut de santé initial, travailler à 70 ans est associé au bon état de santé, à l'autonomie et à la longévité.

Et pourtant les taux d'emploi des seniors (55-64 ans) dépassent à peine les 50% en France, suivis par l'Italie (53%). Le Portugal est meilleur, (presque 60%) mais les pays Scandinaves, par exemple la Suède (78%) ont compris qu'il ne fallait pas écarter les seniors du marché du travail, à la fois pour des raisons d'équilibre financier mais aussi pour des raisons de santé et d'intégration des seniors.

Le bénéfice est pas vérifié, bien sûr, pour les emplois physiquement harassants et n'apportant aucune stimulation intellectuelle.

Malheureusement, l'âge est le premier facteur de discrimination au travail, suivi de près par le sexe féminin montrant que nos sociétés sont encore imprégnées d'âgisme et de machisme (Défenseur des droits, 2016).

L'étude SHARE a pu étudier d'une part l'effet de l'inactivité, d'autre part l'effet de la reprise d'une activité, sur les fonctions cognitives de seniors de 60 ans. Par rapport à une personne encore en activité, être retraité depuis au maximum 4 ans diminue les performances cognitives d'un facteur 1,38, depuis 10 à 14 ans d'un facteur 2 etc. Au contraire, exercer une activité bénévole, les augmente d'un facteur 1,75, avoir une activité politique ou communautaire d'un facteur 2, et reprendre des études d'un facteur 3 (Bonsang, 2007; Bonsang, 2012).

De même, comme cela a été prouvé aussi par de nombreuses autres études, toute activité physique quelle qu'en soit l'intensité ou la fréquence améliore les fonctions du cerveau.

L'activité, les relations sociales qui en découlent, l'attention aux autres favorisent l'optimisme. Or l'optimisme est excellent pour la santé et la longévité ! La Zuphen Study (Giltay *et al.*, 2006) montre une réduction de 40% de la mortalité cardio-vasculaire chez les optimistes comparés aux pessimistes. Cela montre à quel point le rôle

laissé aux personnes âgées, leur intégration dans nos sociétés peuvent faire de la longévité une fantastique aventure de vivant.

En conclusion, la prévention à tous les âges répond au défi éthique de la longévité. Il faut, développer massivement la prévention des maladies liées au vieillissement, détecter la fragilité et réduire ainsi le pourcentage de personnes en perte d'autonomie. Mais il faut, par ailleurs, améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Nos sociétés doivent promouvoir massivement le maintien dans l'emploi des plus de 50 ans, changer la mentalité des employeurs et des employés et changer les conditions de travail pour tous. IL faut développer la Recherche sur la Longévité et cesser de croire que la longévité est un poids alors que c'est une fantastique opportunité pour chacun d'entre nous et particulièrement pour la croissance économique et l'emploi.

Références

Aldana SG, Merrill RM, Price K, et al. *Financial impact of a comprehensive multisite workplace health promotion program*. Prev Med. 2005;40(2):131-7

Beckett N, Peter Ruth, Fletcher A et al. *Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older*. N Engl J Med. 2008; 358:1887-98

Bonsang E, Adam E, Perlman S, *Does Retirement affect Cognitive Functioning?* J Health Econ 2012 ; 31:490-501

Bonsang E, Adam S, Germain S, Perelman S *Retraite, activités non professionnelles et vieillissement cognitif. Une exploration à partir des données de Share*. Economie et Statistiques 2007 ; 403-404 : 83-96

Carnes BA, Olshanski SJ *Heterogeneity and its biodemographic implications for longevity and mortality*. Experimenta Exp Gerontol. 2001 36:419-30. Review.

Défenseur des droits https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-ead_vol_3

Dufouil C, Pereira E, Chêne G et al. *Older age at retirement is associated with decrease risk of dementia*. Eur J Epidemiol. 2014 ; 29 : 253-61

Engbers LH, van Poppel MN, Chin APMJ, van Mechelen W. *Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review*. Am J Prev Med. 2005;29 :61-70.

Ensrud et al., *Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures and death in older women*. Arch Intern. Med. 2008; 168(4): 382-389.

Forette F Le Monde 25 Avril 2018

Forette F, Brieu M A, Lemasson H et al. *Evaluation d'un programme de promotion de la santé conduit en entreprise*. Santé publique 2014 ; 26 : 89-96

Fried LP, Ferrucci L, Darer J et al. *Untangling the concept of disability, Frailty, and comorbidity : implications for improved targeting and care.* J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004; 59 : 255-63

Giltay E, kamphuis M, KalmijmS et al. *Dispositional Optimism and the Risk of Cardiovascular Death: The Zutphen Elderly Study.* Arch Intern Med 200 ;166 : 431-6

Blanpain N, *Observatoire des Inégalités.* INSEE Première N° 1584 Février 2016

Kirkwood TB1, Austad SN. *Why do we age?* Nature. 2000 ; 408 :233-8.

Lang T, Ulrich V *Inégalités sociales de santé.* Ed : Actes du séminaire de la DREES 2015-2016, 294 p.

Lupton MK, Stahl D, Archer N et al. *Education, Occupation and Retirement Age effects on the age of onset of Alzheimer's Disease.* Int J Geriatr Psychiatr 2010 ; 25 :30-6

Pascal J, Abbey-Huguenin H, Lombrail P *Inégalités sociales de santé : Quel impact sur l'accès aux soins de prévention ?* Lien social et politique : 2006, 115-124

Pelletier KR. *A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: update VI 2000-2004.* J Occup Environ Med. 2005;47:1051-8.

Poole K, Kumpfer K. *Incentive-based work-site health promotion program on modifiable health risk factors.* Am J Health Promot 2001 ;15/21-6

Prior JO, van Melle G, Crisinel A, et al. *Evaluation of a multicomponent work-site health promotion program for cardiovascular risk factors-correcting for the regression towards the mean effect.* Prev Med. 2005;40(3):259-67.

Renaud L, Kishchuk N, Juneau M et al. *Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion program.* Can J Public Health 2008 ; 99 : 73-7

World Population Prospects: The 2017 Revision

Wu C, Odden MC, Fisher GG, Stawski RS *Association of retirement age with mortality: a population-based longitudinal study among older adults in the USA.* J Epidemiol Community Health 2016

PAINEL 1

OS NOVOS VELHOS

- 37 A geografia do envelhecimento
– Portugal no contexto europeu
Paula Santana; Adriana Loureiro
- 51 A solidão dos mais velhos na arquitetura das famílias
António Leuschner
- 57 Diálogo, cooperação e tensões intergeracionais
– com um olhar sobre o sistema de saúde
Pedro Pita Barros
- Comentários:
- 71 **Manuel Curado**
- 83 **Manuel Teixeira Veríssimo**

A GEOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO – PORTUGAL NO CONTEXTO EUROPEU

*Paula Santana**

*Adriana Loureiro***

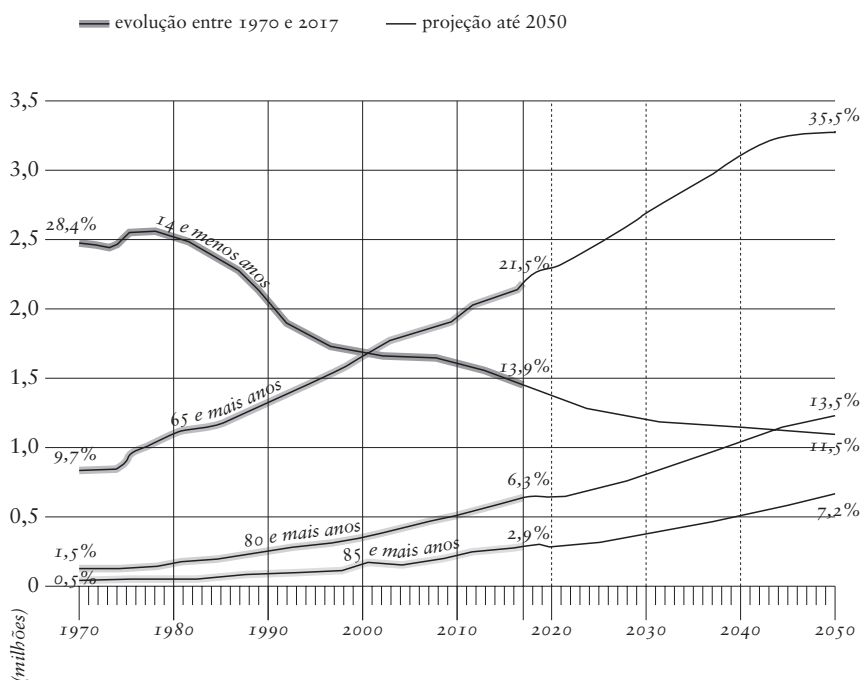
Na maioria dos países europeus, as últimas décadas foram marcadas pelo decréscimo da mortalidade e aumento da esperança de vida, com consequente aumento da população mais velha. Em 2018, a população portuguesa com 65 ou mais anos representava 21,8% (2.226.841 indivíduos), em 10,3 milhões de habitantes (INE, 2019). Segundo a mesma fonte, prevê-se que entre 2018 e 2040 haja um aumento de 39,8% da população mais velha, sendo tal evolução forte na população com 70 ou mais anos (46,8%) e muito forte no grupo dos 80 ou mais (63,7%). Estimam-se 3.113.409 indivíduos, com mais de 64 anos, em 2040 (*Figura 1, na página seguinte*).

Em 2018, Portugal situava-se no grupo dos 5 países mais envelhecidos da Europa, ocupando a 3^a posição no conjunto da União Europeia a 27 (Eurostat, 2019). A baixa natalidade e o aumento da longevidade da população portuguesa podem explicar este envelhecimento. Por exemplo, entre 1960 e 2018, o número de filhos por

* Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra e Departamento de Geografia e Turismo, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra. Preletora e co-autora da comunicação.

** Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra. Co-autora da comunicação.

Figura 1. População com 14 anos ou menos, 65 anos ou mais; 80 anos ou mais; 85 anos ou mais: evolução entre 1970 e 2017 e projeção até 2050.

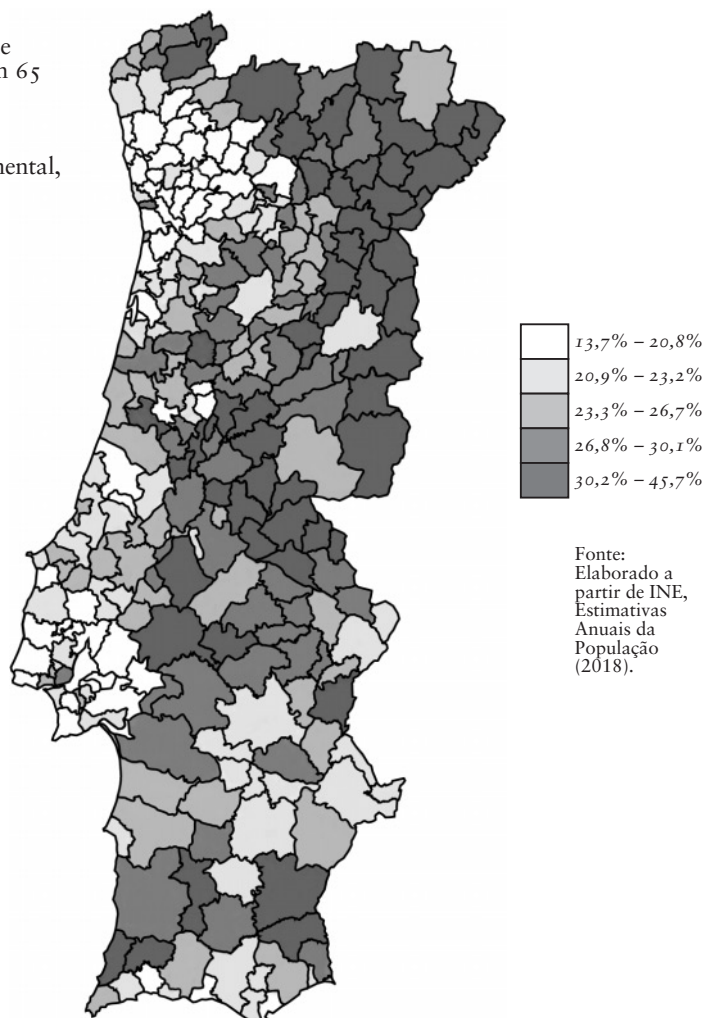


mulher em idade fértil passou de 3,2 para 1,4, tendo atingido o valor mais baixo (1,2) em 2013.

A geografia do envelhecimento em Portugal

O padrão geográfico do envelhecimento da população portuguesa é heterogéneo, revelando uma forte associação com o desenvolvimento socioeconómico das regiões e dos municípios do país; é um fenómeno marcadamente rural, tendo começado mais cedo e crescido de forma mais rápida nos municípios do Alentejo e do Centro. Em 2016, as áreas rurais apresentavam, em média, 282 idosos por cada 100 jovens, mais que duplicando o *ratio* verificado nas áreas urbanas (132). Refira-se, ainda, que os valores percentuais elevados e muito elevados de população com 65 e mais anos se regis-

Figura 2.
Percentagem de
população com 65
ou mais anos,
residente nos
municípios de
Portugal continental,
em 2018.



tam nos municípios com perda de população (em alguns municípios a perda foi superior a 40%, entre 2001 e 2011), de baixa e muito baixa densidade populacional (inferior a 10 habitantes por km², em 2011), localizados em áreas rurais e periféricas aos principais centros urbanos (*Figura 2*), com exceção dos concelhos de Lisboa e Porto. Com valores percentuais mais elevados de população idosa, destacam-se os concelhos de Alcoutim (45,7%) Vinhais (41,8%) Idanha (40,3%) e Penamacor (39,5%). Em sentido oposto, Lousada (13,7%), Paços de Ferreira (14,2%), Paredes (14,8%), Vizela (14,9%) e Felgueiras

(15,5%), registam os valores mais baixos; todos localizados no Norte do país, são municípios com forte dinamismo demográfico.

A população portuguesa vive mais tempo e vive melhor

Nos últimos quarenta anos, a esperança de vida à nascença da população portuguesa aumentou cerca de 12 anos. A maior variação ocorreu na população masculina. Ou seja, os homens nascidos em 2017 podem esperar viver mais 13,1 anos, comparativamente aos que nasceram em 1975. Para as mulheres, considerando o mesmo período, o aumento na esperança de vida à nascença é de 11,3 anos. Apesar de a diferença entre géneros na esperança de vida à nascença ser grande (mulheres: 83,4 anos, homens: 77,8 anos, em 2017), tem vindo a diminuir ao longo das últimas quatro décadas: em 1975 era de 7,4 anos, tendo passado para 5,6 anos em 2017.

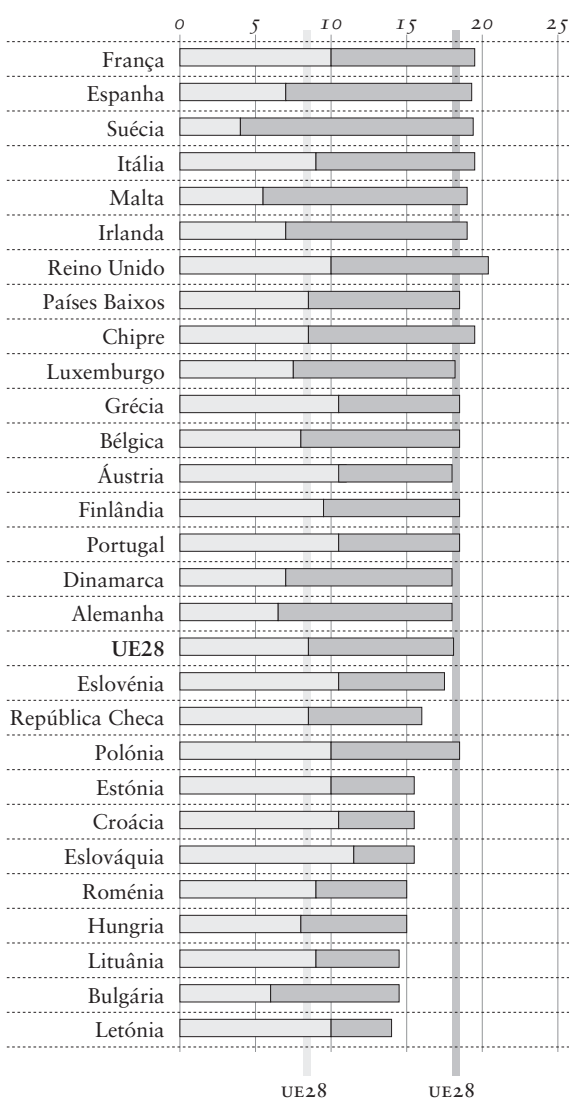
Por outro lado, entre 1975 e 2017 assistiu-se à diminuição do distanciamento na esperança de vida relativamente aos países da União Europeia, sendo Portugal um dos países onde se registaram os maiores crescimentos na esperança de vida à nascença (Dobhammer & Kytir, 2001; Santana, 2005, 2014). Este facto sugere, por exemplo, diminuições importantes da mortalidade infantil (Dobhammer & Kytir, 2001; Santana, 2005, 2014), como, de facto, aconteceu: de 55,5/1.000 nados-vivos em 1970 passou para 2,8/1.000 em 2019. Os ganhos na esperança de vida à nascença nas últimas décadas são assinaláveis: em 2017, Portugal situa-se acima da média da União Europeia a 28 países (UE28), para homens e mulheres.

Outro indicador de grande pertinência, pelas possibilidades explicativas que fornece, é a esperança de vida aos 65 anos (National Research Council, 2011), por ser dependente da mortalidade dos grupos etários mais velhos. Por um lado, evidencia o impacto de alguns fatores de risco como a obesidade, hábitos tabágicos, dieta calórica e sedentarismo. Por outro, e em sentido positivo, reflete o acesso e a utilização de cuidados preventivos da doença.

No quadro da União Europeia (UE28), Portugal era, em 2017, um dos países com maior esperança de vida aos 65 anos, sendo o quinto país com melhor valor para as mulheres e o décimo quinto para os homens (*Figuras 3 e 4*).

Figura 3.
Esperança de vida
aos 65 anos na
UE28, com
capacidade e sem
incapacidade, para
homens em 2017.

□ com incapacidade
■ sem incapacidade

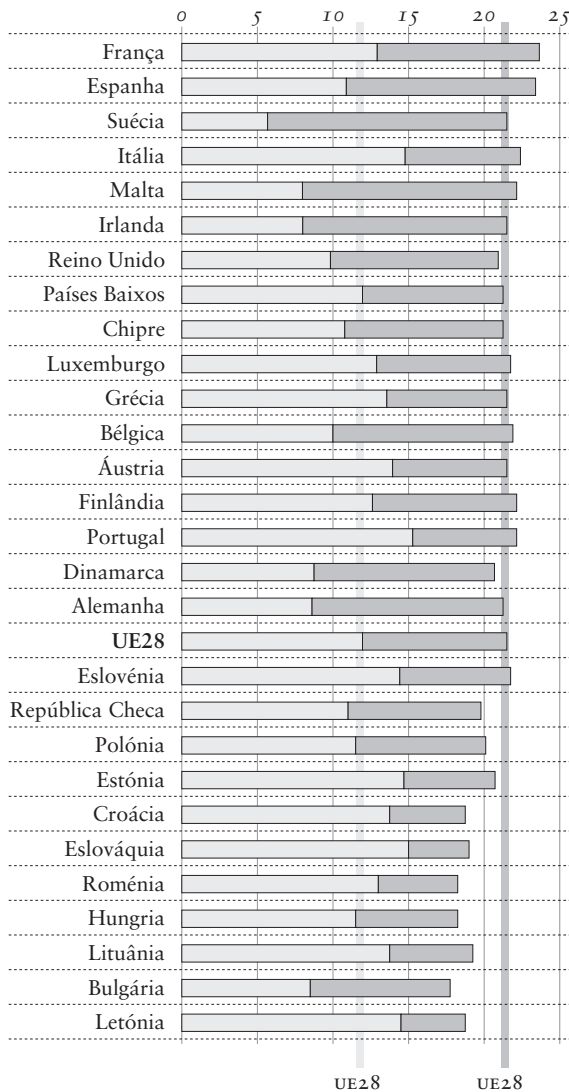


Fonte: Elaborado a partir do Eurostat.

Em Portugal, uma mulher com 65 anos esperava viver mais 22,1 anos e um homem mais 18,3 anos. Todavia, os valores são mais baixos quando se contabilizam o número de anos que homens e mulheres esperam viver sem doenças ou limitações de longa duração, passando para, respetivamente, 7,9 e 6,7 anos, representando um dos piores valores quando comparado com os restantes países

Figura 4.
Esperança de vida
aos 65 anos na
UE28, com
capacidade e sem
incapacidade, para
mulheres em 2017.

□ com incapacidade
■ sem incapacidade



Fonte: Elaborado a partir
do Eurostat.

da União Europeia. Apesar das mulheres terem vidas mais longas, esses anos são, genericamente, vividos com menos saúde.

Em síntese: em 2017, uma mulher portuguesa de 65 anos poderia esperar viver 30% do restante tempo de vida em boa saúde (o *ratio* esperança de vida saudável/esperança de vida). Para os homens esse valor era de 43% (Figura 5). Todavia, a evolução tem sido positiva para ambos os géneros.

Figura 5.
 Esperança de vida à nascença
 – variação entre homens e mulheres em 2017.



À semelhança da esperança de vida, também a esperança de vida saudável apresenta um gradiente social, sendo as desigualdades ainda maiores para este último indicador, de acordo com a literatura (Head et al., 2019; Mackenbach et al., 2019; National Research Council, 2011; Regidor, Calle, Navarro, & Domínguez, 2003). Estes estudos sugerem que reduzir as desigualdades socioeconômicas terá, potencialmente, um forte contributo na compressão da mortalidade e, acima de tudo, na diminuição da morbilidade em idades mais avançadas, com consequências em vidas mais longas, mais saudáveis, produtivas e felizes.

A escolaridade é um dos principais determinantes da saúde. Níveis mais altos estão associados a melhores estados de saúde autoavaliada (Borgonovi & Pokropek, 2016; Mackenbach et al., 2015) e a taxas mais baixas de mortalidade evitável (Hoffmann et al., 2014; Stirbu et al., 2010). Projetando os indivíduos que em 2011 tinham 40-54 anos de idade, pode estimar-se que a população do grupo dos 65-75 anos terá, em 2036, um nível de escolaridade de ensino superior entre 11% e 20%. Apenas uma pequena percentagem (entre os 1% e os 4%) poderá não ter qualquer nível de escolaridade, valores que em 1991 e 2011 eram muitíssimo elevados na população com 75 ou mais anos (45% e 30%, respetivamente).

Os comportamentos e estilos de vida têm consequências nos níveis de hipertensão, obesidade e outros fatores que influenciam negativamente a saúde ao longo da vida. Através da análise dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 2005/2006 e 2014 podemos concluir que a população com 65 e mais anos é menos sedentária (12% de inatividade física em 2014 *vs* 25% em 2005/2006), autoavalia melhor o seu estado de saúde no período mais recente (10,9% com autoavaliação positiva do estado de saúde em 2014 *vs* 8,6% em 2005/2006). Todavia, segundo as mesmas fontes, aumentou, nesse período e para essa população, o excesso de peso e a obesidade (39% com excesso de peso (grau II) e obesidade em 2014 *vs* 21% em 2005/2006), a hipertensão (55% em 2014 *vs* 49% em 2005/2006) e a diabetes (23% em 2014 e 15% em 2005/2006). Esta evolução negativa pode refletir, não só o efetivo agravamento da carga destas condições de saúde na população, mas, igualmente, o aumento da capacidade de identificação, pelos Cuidados Primários de Saúde, designadamente dos novos modelos das Unidades de Saúde Familiares,

destas condições presentes nas populações (hipótese a investigar com maior profundidade no futuro) (Santana & Ferreira, 2017).

Prevendo-se que a população com mais de 65 anos venha a ter níveis mais elevados de escolaridade, níveis mais elevados de prática de atividade física e da autoavaliação positiva do estado de saúde (mantendo a evolução expressa nos resultados dos INS), poderemos, sendo otimistas, antecipar que é possível esperar que o aumento da longevidade venha a ser acompanhado por mais anos livres de incapacidade e, potencialmente, mais produtivos? Para isso é necessário que os níveis de obesidade, diabetes e hipertensão diminuam ou que os seus efeitos se mantenham sob controlo dos indivíduos e serviços de saúde.

Os desafios do envelhecimento ativo e saudável

Os processos de envelhecimento são diferentes entre áreas urbanas e rurais e ambos apresentam oportunidades e constrangimentos que devem ser tidos em conta quando se pretende contribuir para um envelhecimento ativo e saudável.

Em territórios rurais, a interação social e a coesão social são fortes (pela proximidade e interdependência entre familiares/ vizinhos); todavia, a população em geral e, especificamente, os mais idosos, estão mais afastados dos bens e serviços que são essenciais ao seu dia a dia, onde se incluem os Cuidados de Saúde Primários.

A população urbana tem mais facilidade de acesso a bens e serviços, mas encontra barreiras que condicionam o seu direito à cidade e à vida na cidade, quer associadas à sua residência (casas sem elevador, por exemplo) quer associados à própria cidade (espaços públicos inseguros, vandalizados, tráfego intenso, ruído, falta de habitação a preços adequados, menor coesão social, entre outros).

O envelhecimento populacional coloca múltiplos desafios ao governo dos municípios e do país. Desde logo, porque estamos perante uma mudança de paradigma: durante décadas, o objetivo era aumentar a esperança de vida. E conseguiu-se. Atualmente, não se trata apenas de poder viver mais tempo, mas, sobretudo, de como viver mais tempo com mais saúde, com menos incapacidades, com menor dependência de terceiros. O paradigma que emerge nos dias

de hoje, quase inevitavelmente, é como fazer associar a uma maior esperança de vida uma melhor qualidade de vida, sempre com a preocupação de que envelhecer seja um processo natural percebido como positivo: mais anos de vida e de vida plena. Nesse sentido, o envelhecimento ativo e saudável corresponde a viver livre de incapacidade, com autonomia e, fundamentalmente, com menos vulnerabilidade a situações incapacitantes e promotoras de fragilidades.

Por um lado, têm que ser considerados os aspetos relativos aos processos fisiológicos, já que envelhecer é um processo natural que acompanha os indivíduos ao longo da sua vida, com diminuição progressiva de funções aos níveis molecular, celular, orgânico e sistémico e, conseqüentemente, um aumento das doenças associadas à idade. Por outro lado, deverão ser incluídos os aspetos associados aos contextos específicos de envelhecimento, ou seja, os locais que foram palco da vida dos indivíduos no processo de envelhecimento: o local onde se nasce, trabalha, vive e acaba por morrer. Do cruzamento destas dimensões resultam perfis diferentes de envelhecimento sendo, por isso, o processo de envelhecimento heterogêneo entre géneros, grupos socioeconómicos, étnicos e culturais e áreas de residência. Ou seja, os idosos estão expostos a condições que podem variar entre áreas rurais de baixa densidade e áreas urbanas, propiciadoras de riscos específicos, em virtude das vulnerabilidades que o processo de envelhecimento acarreta. Potencialmente, residir em áreas de baixa densidade e com fraco dinamismo económico, afastado dos bens e serviços, pode aumentar as despesas com as deslocações aos cuidados de saúde ou diminuir a utilização dos cuidados especializados, com consequências negativas no estado de saúde, por exemplo. Nesse sentido, nos diversos territórios deverão ser criadas condições, nomeadamente naqueles com perda de população, que possam vir a garantir uma vida plena, saudável, produtiva e criativa para as populações que neles envelhecem.

A evidência científica vem demonstrar que grande parte das doenças afeta, maioritariamente, as pessoas dos grupos sociais mais desfavorecidos (Marmot, 2002) e ou as que tiveram, ao longo da vida, comportamentos e estilos de vida que prejudicaram a saúde (Loef & Walach, 2012), sugerindo a importância de incluir como

objetivos a atingir a diminuição das desigualdades injustas e evitáveis no acesso a melhores condições sociais, económicas e ambientais dos territórios e dos indivíduos, bem como a promoção da inclusão social e do capital social (Mackenbach et al., 2017). Por tudo isto, o envelhecimento saudável coloca múltiplos desafios. O desenvolvimento de políticas de promoção da saúde e bem-estar ao longo dos ciclos da vida (envelhecer bem), é, neste contexto, uma obrigação dos governos locais, regionais e centrais, intervindo articuladamente e atuando estrategicamente nas características do ambiente construído e socioeconómico.

O investimento em ações que potenciem a coesão e o capital social, o acesso a espaços públicos e serviços (nomeadamente cuidados de saúde, espaços verdes e equipamentos de apoio social de proximidade), a segurança, melhores condições de habitação, maior mobilidade, são fundamentais para apoiar e capacitar a população a envelhecer com mais qualidade. Por outro lado, políticas de educação ao longo da vida, de níveis salariais ou reformas adequados(as), transportes públicos que respondam às necessidades de todas as populações, acesso a serviços de saúde no local e no momento em que deles necessitam, representam um forte contributo no aumento da longevidade ativa e saudável. Se não houver estratégia e atuação política neste sentido, o processo de declínio continuará a ser acelerado. Ou seja, as pessoas poderão continuar a viver mais anos, mas não os vivem plenamente. Em consequência, haverá ainda maior pressão sobre os sistemas de saúde e de apoio social, formais e informais, em virtude do potencial aumento das dependências, da sua gravidade e do seu impacto sobre a autonomia individual.

Estamos no momento de alterar o modelo de envelhecimento e, consequentemente, de prestação de serviços: passando de reativo para preventivo. E essa mudança significa preparar os territórios (comunidades/instituições) e as pessoas para que envelheçam sem tantas barreiras no acesso a espaço público e bens e serviços que proporcionem comportamentos e estilos de vida saudáveis ao longo da vida, com consequências positivas no envelhecimento.

O que faz falta é mobilizar a sociedade civil para uma maior participação social, mas, simultaneamente, proporcionar condições

no território para tal participação. Por exemplo, dar informação e conhecimento aos cidadãos para que reivindiquem melhor acessibilidade, maior caminhabilidade (por exemplo, melhorar o piso dos passeios e outros espaços públicos, tornando-os mais amigos do utilizador, acabar com os buracos nas ruas), espaços de convívio intergeracionais, espaços públicos que resultem de cocriação e não apenas desenhados por técnicos que estão afastados dos problemas reais das pessoas.

Todos estes aspetos são basilares para a vida em sociedade e para o envelhecimento sem carga de doença. Ou seja, a participação social tem influências na manutenção da autonomia; o inverso pode ser provocado pelo isolamento (em áreas urbanas ou rurais).

É completamente desajustado apenas planear a cidade considerando a população que tem (ou virá a ter) mais de 70 anos nos próximos tempos, oferecendo-lhe a oportunidade de praticar exercício físico, interação social, serviços de saúde de carácter preventivo, etc.), descurando a criação de hábitos de utilização de tais equipamentos. Por um lado, muito provavelmente essas pessoas não irão utilizar esses espaços ou serviços se não tiverem tido, ao longo da sua vida, uma ligação com essas práticas ou serviços. Por outro lado, população que teve oportunidade de viver ao longo da sua vida em territórios com espaço público seguro, inclusivo, caminhável/ciclável, sentindo que faz parte de uma comunidade, envelhece melhor e, potencialmente, terá uma maior esperança de vida saudável, ou seja, vive mais e vive anos com mais saúde e felicidade.

A estratégia e a ação devem incluir políticas que promovam a coesão social e aumentem a justiça territorial e ambiental. Terá de ser recuperada a vida em comunidade, habitações comunitárias, jardins comunitários, cuidadores intergeracionais (idosos-crianças; adultos-idosos) e desenhar a cidade para promover a mobilidade, de preferência de modos suaves: será necessário recriar a cidade de proximidade. Maior literacia, maior coesão social são condições, mas também efeitos, de um processo de envelhecimento mais saudável.

Referências Bibliográficas

- Borgonovi, F., & Pokropek, A. (2016). Education and self-reported health: Evidence from 23 countries on the role of years of schooling, cognitive skills and social capital. *PLoS ONE*, 11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149716>
- Doblhammer, G., & Kytir, J. (2001). Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. *Social Science & Medicine*, 52(3), 385–391. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00141-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00141-6)
- Eurostat. (2019). *Ageing Europe — looking at the lives of older people in the EU*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19_681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893
- Head, J., Chungkham, H. S., Hyde, M., Zaninotto, P., Alexanderson, K., Steinhilb, S., ... Westerlund, H. (2019). Socioeconomic differences in healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: A multi-cohort study. *European Journal of Public Health*, 29(2), 267–272. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky215>
- Hoffmann, R., Borsboom, G., Saez, M., Dell’olmo, M. M., Burström, B., Corman, D., ... Borrell, C. (2014). Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study. *International Journal of Health Geographics*, 13, 8. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-13-8>
- Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55(3), 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>
- Mackenbach, J. P., Bopp, M., Deboosere, P., Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., ... de Gelder, R. (2017). Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health & Place*, 47, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.07.005>
- Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Menvielle, G., Bopp, M., Borrell, C., Costa, G., ... Lundberg, O. (2015). Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), 207–217. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204319>
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Kalediene, R., ... Nusselder, W. J. (2019). Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *The Lancet Public Health*, 4(10), e529–e537. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30147-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30147-1)
- Marmot, M. (2002). The Influence Of Income On Health: Views Of An Epidemiologist. *Health Affairs*, 21(2), 31–46. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.21.2.31>
- National Research Council. (2011). Explaining divergent levels of longevity in high-income countries. In E. M. Crimmins, S. H. Preston, & B. Cohen (Eds.), *Explaining Divergent Levels of Longevity in High-Income Countries*. <https://doi.org/10.17226/13089>
- Regidor, E., Calle, M. E., Navarro, P., & Domínguez, V. (2003). Trends in the association between average income, poverty and income inequality and life expectancy in Spain. *Social Science and Medicine*, 56(5), 961–971. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00107-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00107-7)
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento – Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Santana, P. (2014). A Saúde dos Portugueses. In J. Simões & A. C. de Campos (Eds.), *40 Anos de Abril na Saúde* (Editora Al, pp. 69–92). Coimbra: Editora Almedina.
- Santana, P., & Ferreira, P. L. (2017). *Equidade em saúde: o papel das condições socioeconômicas e dos cuidados de saúde primários*. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1343-7_21

Stirbu, I., Kunst, A. E., Bopp, M., Leinsalu, M., Regidor, E., Esnaola, S., ... Mackenbach, J. P. (2010). Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(10), 913–920. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081737>

A SOLIDÃO DOS MAIS VELHOS NA ARQUITETURA DAS FAMÍLIAS

*António Leuschner**

O aumento da longevidade, o prolongamento da(s) vida(s), em termos individuais e coletivos – muito por força do adiamento de muitas mortes prematuras – acarreta uma alteração significativa da estrutura demográfica, acentuada pela redução da natalidade, como bem acabou de ser caracterizada.

Acresce que a globalização, a transição urbana e outras migrações, a gentrificação, as bolhas imobiliárias e a digitalização, mudando as nossas comunidades mais rapidamente do que nunca, podem levar a que os mais velhos, em particular, se sintam deixados de fora, para trás.

A Organização das Nações Unidas reconheceu, através da Declaração Universal dos Direitos Humanos – incorporada pela Constituição da República Portuguesa de 1976 – que os direitos são aplicáveis a todos os cidadãos sem discriminações, incluindo a idade, visando garantir a preservação da individualidade e o direito à identidade, autonomia e independência, no pressuposto da garantia da dignidade da pessoa e como condição de melhoria da sua qualidade de vida.

*Médico Psiquiatra; Professor Catedrático convidado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto (ICBAS, UP) entre 1998 e 2019; Presidente do Conselho de Administração do Hospital Magalhães Lemos, de 1997 a 2019 e Presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental, desde 2010.

A socialização é uma parte importante do processo de envelhecimento saudável, mas as mudanças naturais no estilo de vida e na saúde dos mais velhos aumentaram o risco de solidão, havendo situações em que tal mecanismo não funciona, como é o caso dos que se isolam, gozando de uma aparente independência total, mas sem sustentação, ou quando sobrevém uma rutura que conduz a um caminho semelhante.

As respostas a este problema passarão por garantir um conjunto de requisitos que ofereçam, aos que deles venham a beneficiar, condições que respeitem os princípios das Nações Unidas para os mais velhos: Independência, Participação, Acesso a Cuidados, Autorrealização e Dignidade.

De igual forma, devem ser tidos em conta os objetivos das políticas sociais na União Europeia (UE) para melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas (Autodeterminação, Autonomia e Vida Independente), sem esquecer a prioridade, proclamada pela Organização Europeia de Cooperação Económica (OCDE) de envelhecer no lugar, devendo os serviços e os cuidados ser levados às pessoas de mais idade em vez de levar as pessoas aos serviços.

Todos os indivíduos vão ao longo da vida, desejavelmente, construindo as suas redes de comunicação e afeto, a maioria das vezes com um ponto de partida na família de origem, considerada por muitos a célula primordial da rede social que rodeia cada pessoa. Em geral, esta rede primária arrasta consigo elementos de confiança entre os seus membros que os tendem a acompanhar durante a sua existência. Daí que não seja de estranhar que, quando a idade avança, os indivíduos procurem depositar nesses elementos grande parte da confiança de que necessitam para se sentir seguros.

Apesar da referida diversidade, múltiplas evidências sugerem que a solidão é um problema grande e crescente entre as pessoas mais velhas, especialmente para os de mais de 80 anos. Os fatores de risco associados a um maior sentimento de solidão incluem problemas de saúde, morar sozinho, a viuvez e ter redes sociais, cívicas e culturais limitadas.

Todos esses riscos tendem a aumentar com a idade. Assim, as pessoas com mais de 80 anos têm quase duas vezes mais chances de referir que se sentem sozinhas na maior parte do tempo em com-

paração com suas contrapartes mais jovens (14,8% dos 16-64 anos relatam isso, em comparação com 29,2% nos de mais de 80 anos).

No entanto, a solidão não está bem definida e pode diferir em diversas culturas e contextos, não sendo um conceito unânime: para alguns, significa sofrimento, risco de depressão, por exemplo; para outros, pode querer dizer oportunidade para criar, para descobrir. Tais significados encontram-se disseminados por diferentes culturas e países.

Por outro lado, não deve confundir-se com isolamento social, em que a falta de laços com ‘os outros’ não é, necessariamente, vivida como tal, bastando que seja voluntária.

Dados do Censo 2011 sobre a distribuição dos mais de dois milhões de pessoas com 65 anos ou mais no nosso país, permitiram apurar que cerca de um quinto vive só (mais do dobro do que se verificava em 1981), dois quintos vivem com outra(s) pessoa(s) da mesma faixa etária e só 40% vivem em residências multigeracionais, familiares ou não. Da totalidade dos dois milhões, pouco mais de 10% recebem um qualquer apoio institucional, seja residencial (lares), centros de dia ou no próprio domicílio.

O bem-estar mental – componente inalienável da Saúde, tal como a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define – permite às Pessoas realizar o seu potencial, lidar com o stress normal do dia-a-dia, ser produtivo e contribuir para a comunidade, não se confiando à mera ausência de doença (mental).

Mas também não podemos restringir-nos a um conceito que por si só exclui uma grande parte daqueles que, por falta de capacidade ou discernimento, não têm consciência do sentido das suas vidas e por isso não conseguem usufruir desse bem-estar. Sendo um conceito eminentemente subjetivo, não deixa de ser mensurável.

A frequência com que se verifica a sobreposição de gerações numa mesma família, bem maior do que há meio século, conduz a que os membros dessas famílias tenham uma maior oportunidade de criar rotinas de convivência multigeracional, dificilmente antecipáveis.

Se, porém, tivermos em conta a rapidez das transformações sociais, em que a inovação tecnológica ocupa lugar de relevo, não absorvida com a mesma facilidade pelas diferentes coortes e também desigual dentro da cada uma delas, facilmente se compreende

que o afrouxar dos laços que unem os diferentes membros será uma quase inevitabilidade.

Mas também estas assimetrias não têm impactos sobreponíveis entre diferentes culturas e países, constatando-se, por exemplo, que são mais negativos nos países do sul da Europa, em que os laços familiares são tradicionalmente mais vividos.

Em qualquer caso, impõe-se a garantia do respeito pela opinião da pessoa quanto ao local em que deseja viver o seu envelhecimento. Mesmo nas situações em que há uma perda de discernimento, importará, tanto quanto possível, seguir a sua vontade, de preferência antecipadamente manifestada pelas vias legalmente previstas.

Seja na sua própria casa, sozinho ou acompanhado, ou numa instituição residencial, haverá que procurar salvaguardar a maioria dos direitos fundamentais à opinião, à livre escolha, à expressão da vontade e à satisfação das necessidades sentidas e expressas, devidamente identificadas.

As alterações estruturais da Família, em particular nos países mais desenvolvidos, resultam em grande parte das já citadas transformações sociais, que conduzem amiudadas vezes à diluição dos laços de proximidade, que ajudam a desvanecer os – nem sempre fortes – laços ‘de sangue’, ou familiares.

Também importa reconhecer que algumas das diferenças entre Países da UE, entre aqueles de condição sócioeconómica e política mais consolidada – a norte – e os de acesso mais recente, poderão ter que ver com o surto de emigração que, nos anos 60 do séc. xx, assolou estes últimos, em que a geração dos mais velhos – entretanto desaparecidos, em muitos casos – ficou nas suas regiões de origem, tendo os mais novos emigrado e posteriormente ‘abandonado’ ou distanciado-se da sua família de origem. Situação que se agrava na 2ª geração e subsequentes.

Se é verdade que, nas comunidades rurais, as relações de vizinhança suprem parte daquela perda, nas urbanas tal é menos viável, porque se trata de laços menos profundos e mais recentes, quando os há.

Toda esta realidade ajuda a entender o porquê de a reengenharia (e não apenas a arquitetura...) das redes relacionais, muito centradas em relações de grande proximidade – cônjuge, irmão, ou

equivalente (não esquecer que a maioria das Pessoas mais velhas, ou vivem sós, ou com uma Pessoa da mesma faixa etária) – ser muito perturbada pela perda do elemento significativo, mais do que em regiões em que a adaptação à distância afetiva, corolário da distância física, foi mais gradual e se foi consolidando, como que de um luto por antecipação se tratasse.

Neste sentido vai, igualmente, a constatação de que o sentimento de solidão acompanha o aumento da morbidade, física e mental, confirmando, de algum modo, a fragilidade que aquele determina nos que dele padecem.

O expectável aumento da esperança de vida a partir dos 65 anos e, conseqüentemente, do número de Pessoas nessa faixa etária (o maior aumento relativo já é o do grupo de 85 e mais anos), deverá conduzir, necessariamente, à tomada de medidas para adequação dos cenários de vida destas Pessoas, às suas reais necessidades, sentidas e, desejavelmente, expressas e não a considerações de qualquer outra natureza.

O aumento do período pós-reforma, teoricamente não contributivo, levará inevitavelmente a uma reconsideração dos modelos de financiamento, nomeadamente, da necessidade de ponderação conjugada entre as fontes de financiamento da Saúde e da Segurança Social, apesar da sua diferente natureza, incluindo não só o Setor Público, mas também o Privado e o Social.

Para o fim deixo a questão da solidariedade intergeracional.

O que poderemos designar por mutualização dos encargos associados ao envelhecimento – não esqueçamos, um dos maiores ganhos civilizacionais e indicador de desenvolvimento sustentável –, nem sempre é bem entendida, ou mesmo aceite, pelos Cidadãos em geral, em que se incluem, por vezes, alguns Familiares.

Esta questão, mais do que política, é cultural, encontrando raízes em quadros conceptuais diversos, desde os religiosos aos ideológicos, como parece indicar a própria origem da UE, resultado de uma aliança estratégica entre a Democracia Cristã e a Social-Democracia, que nunca será demais lembrar.

Leituras recomendadas

The 2018 Ageing Report, European Commission, 2018, [https:// ec.europa.eu/ info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf)

Global strategy and action plan on ageing and health, WHO, 2017. [http:// www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1)

Health at a Glance, OCDE, 2017, [http:// dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)

Pensions at a Glance, OCDE, 2017, [http:// dx.doi.org/ 10.1787/ pension_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2017-en)

Preventing Ageing Unequally, OECD Publishing, 2017, [http:// dx.doi.org/ 10.1787/ 9789264279087-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en)

Health and Ageing, WHO Report, 2015, [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)

Living well for Longer, DH, UK, 2014, [https:// www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/307703/LW4L.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/307703/LW4L.pdf)

Manual de Gerontologia, Constança Paúl e Óscar Ribeiro, Lidel, 2012

O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa, de Maria João Valente Rosa, FFMS, 2012

Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, OMS/FCG, 2009

INE, Informação estatística, www.ine.pt

Pordata, População, www.pordata.pt

Eurostat, Population and social conditions, [http:// ec.europa.eu/eurostat/ data/database](http://ec.europa.eu/eurostat/data/database)

DIÁLOGO, COOPERAÇÃO E TENSÕES INTERGERACIONAIS – COM UM OLHAR SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

*Pedro Pita Barros**

1. Introdução

O aumento da longevidade e o envelhecimento da população são elementos da evolução demográfica das sociedades atuais bastante documentados.¹ Têm sido expressas diversas preocupações associadas a este movimento demográfico e ao seu impacto sobre os sistemas de saúde. Serão aqui analisadas três dessas preocupações.

A primeira preocupação é saber se os cuidados de saúde associados ao envelhecimento da população são uma fonte importante de crescimento da despesa pública (e consequentemente da dívida pública), afetando as gerações futuras de forma significativa. Se tal suceder, as gerações futuras poderão estar a ser prejudicadas e não virão a ter as mesmas oportunidades de vida da geração presente.

*Nova School of Business and Economics, Universidade Nova de Lisboa

1. Veja-se, por exemplo, o Ageing Report de 2018 da Comissão Europeia (EC, 2018).

Uma segunda preocupação, de natureza diferente, é saber se as diferentes gerações têm beneficiado de proteção distinta das suas despesas de saúde. O alargamento de coberturas de seguro (público e privado) e a descoberta de novas terapêuticas tem favorecido as gerações mais recentes, mas a evolução dos sistemas de seguro, público e privado, poderão atuar em sentido contrário se exercerem escrutínio adicional sobre o que efetivamente cobrem, deixando mais desprotegidas nas consequências financeiras da doença as gerações mais recentes, ao longo do seu percurso de vida.

O terceiro grupo de preocupações abrange a comparação entre grupos etários, olhando para diferenças de acesso a cuidados de saúde, face às necessidades, e se essas diferenças desprotegem os grupos etários mais velhos, reduzindo a solidariedade entre gerações, num mesmo momento do tempo.

Antecipando os principais resultados da análise, as respostas a estes três grupos de questões sugerem que a) as despesas com o envelhecimento não são a principal fonte de crescimento da despesa em saúde, e não há, por isso, motivo para gerarem tensões intergeracionais; b) a proteção financeira dada às novas gerações, atendendo ao seu rendimento e às suas necessidades de cuidados de saúde, é mais favorável do que a dada às gerações anteriores; e c) não há uma quebra de solidariedade intergeracional no acesso a cuidados de saúde, com o acesso de pessoas com idade avançada a não ser substancialmente diferente (menor) quando comparado com a restante população.

Metodologicamente, nas comparações a realizar, a primeira distinção a fazer é entre “gerações” e “grupos etários”. A “geração” é definida como o grupo de pessoas nascidas num determinado ano ou período (pessoas nascidas entre duas datas). Grupo etário é definido como o conjunto de pessoas que num determinado momento tem a mesma idade ou pertence ao mesmo intervalo de idades. Estas duas definições implicam que cada pessoa de uma geração fará parte de sucessivos grupos etários ao longo da sua vida.

Assim, quando falamos de diálogo, cooperação e/ou tensões intergeracionais tanto se pode estar a fazer referência a comparações entre grupos etários num mesmo momento do tempo como a fazer uma comparação entre diferentes gerações (no seu percurso de vida

como um todo, ou quando as diferentes gerações pertenceram ao mesmo grupo etário, em diferentes momentos temporais).

Em geral, quando se menciona a solidariedade intergeracional ou o conflito entre gerações, tende-se a comparar grupos etários diferentes num mesmo momento do tempo. Por outro lado, quando se abordam questões de justiça intergeracional será mais natural adotar a comparação entre gerações. Estas opções serão claras nas próximas secções.

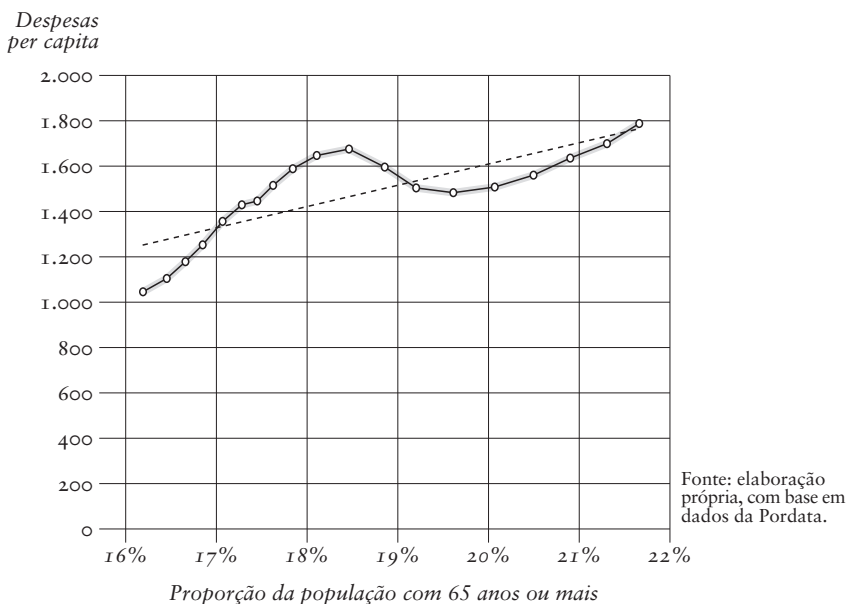
Cada um dos grupos de questões será tratado em secção própria, com uma breve discussão comum e considerações finais na última secção.

2. Custos de saúde crescentes e longevidade: um mito que não morre?

É frequente afirmado, incluindo documentos oficiais de vários organismos, que os custos em saúde, nomeadamente as despesas públicas em saúde, são muito pressionadas pela demografia. Contudo, esta relação não é, na realidade, tão forte como essas afirmações podem sugerir. É certo que ao longo das últimas décadas têm aumentado quer a população com mais de 65 anos (um ponto de corte usual quando se fala de envelhecimento) quer as despesas em saúde. Contudo, há vários fatores que fazem crescer as despesas em saúde, mesmo que a população mantivesse a sua estrutura demográfica. E esses fatores tendem a ser de magnitude superior, no seu impacto sobre o crescimento das despesas em saúde, do que o envelhecimento da população (veja-se a recente revisão de literatura de Breyer e Lorenz, 2019, e as referências nela contidas).

A **Figura 1** (*página seguinte*) ilustra a relação estatística entre o aumento da população com mais de 65 anos (em proporção da população total) e o crescimento das despesas em saúde. Como se referiu, devido à existência de outros fatores para o crescimento das despesas em saúde, não se deve concluir, com base apenas nesta figura, por sugestiva que seja, que o envelhecimento da população é “o” fator de pressão sobre as despesas em saúde.

Figura 1.
Relação entre despesas *per capita* e população com 65 anos ou mais.

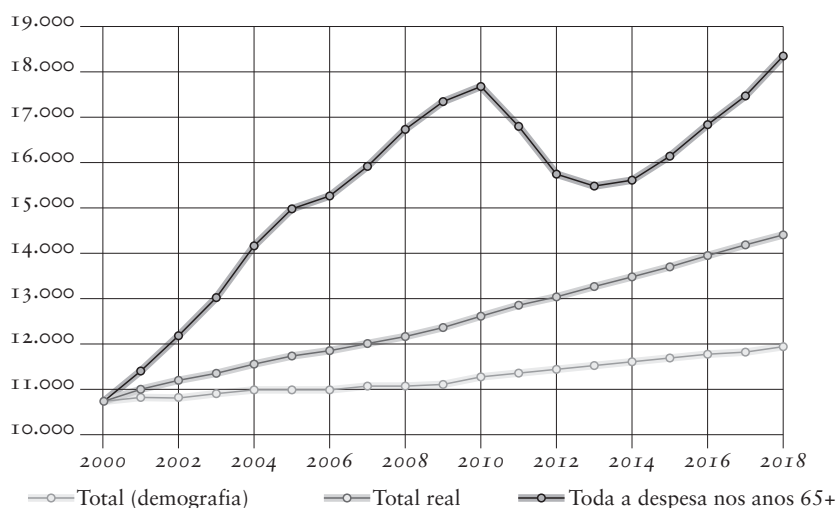


Para um melhor entendimento desta relação entre envelhecimento e despesas de saúde, é útil a realização de um simples exercício de avaliação de efeitos.

Uma forma de isolar o efeito do envelhecimento da população nas despesas em saúde é calcular como teria evoluído a despesa de saúde desde 2000 até 2018, caso apenas tivesse ocorrido a alteração da estrutura demográfica da população. A diferença para a evolução real das despesas de saúde *per capita* traduz a contribuição de todos os outros fatores (sem ter que os especificar, e tratando-os de forma agregada). Esta é uma melhor forma de perceber a relação entre o envelhecimento da população e as despesas de saúde do que a Figura 1.

Para concretizar este exercício na sua forma mais simples, é necessário ter uma estimativa da despesa média *per capita* em cuidados de saúde para a população dos 0 aos 64 anos, e para a população com 65 anos ou mais. Para Portugal, não existe essa estimativa, pelo que se adota a hipótese de a despesa *per capita* de uma pessoa com 65 anos ou mais ser quatro vezes superior à despesa média

Figura 2.
Evolução das despesas em cuidados de saúde e envelhecimento.



Fonte: elaboração própria, com base em dados da Pordata.

per capita de uma pessoa do grupo etário dos 0 aos 64 anos. Para os Estados Unidos da América, há estimativas que indicam que a população com 65 anos ou mais é cerca de 10% da população total e é responsável por 36% da despesa em saúde. A hipótese aqui adotada de um fator multiplicativo de quatro é por isso geradora de uma estimativa por excesso face ao valor dos Estados Unidos. Apenas como exercício ilustrativo, uma hipótese extrema será considerada também: assumir que toda a despesa observada em Portugal com cuidados de saúde é devida unicamente à população com 65 anos ou mais. Esta hipótese é manifestamente falsa. Mas se mesmo com ela, a evolução demográfica não conseguir “explicar” de forma quantitativa o crescimento das despesas em saúde, significa que os outros fatores terão de ser preponderantes.

A **Figura 2** ilustra estes efeitos. A linha mais elevada representa a evolução real da despesa total em saúde, *per capita*, de 2000 a 2018. A linha inferior ilustra o que é o crescimento da despesa em saúde atribuída unicamente ao envelhecimento da população. A linha intermédia, por seu lado, ilustra o que seria o contributo máximo do

envelhecimento da população, caso toda a despesa fosse originada pelas pessoas com 65 ou mais anos de idade.²

É muito claro da Figura 2 que embora a alteração demográfica seja um elemento que contribui para o crescimento das despesas em saúde, está bastante longe de conseguir acompanhar a evolução real da despesa em saúde. A pressão real do envelhecimento sobre as despesas em saúde não foi, pois, o elemento crucial para o aumento das despesas de saúde.

Este mesmo exercício pode ser feito de forma prospetiva, utilizando os cenários de evolução demográfica publicamente disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística.

Quadro 1.
Cenário de evolução demográfica para 2080

	Total em (%) – só efeito demográfico	Total (euros)	Fonte: elaboração própria
De baixo crescimento	38 %	2.459	
Central	28 %	2.287	
De elevado crescimento	24 %	2.205	
Referência: anos 2000 - 2018	11 %	de 1.046 para 1.784 ($\Delta=71\%$)	

O **Quadro 1** reporta o crescimento esperado das despesas de saúde *per capita* que serão devidas à evolução da estrutura demográfica (mantendo as hipóteses anteriormente apresentadas), para o ano de 2080. Com um horizonte futuro de 60 anos, o crescimento das despesas de saúde apenas associadas com a alteração da estrutura demográfica não é dramático. O ritmo de crescimento é de cerca de 0,4% em média por ano. O crescimento económico “normal” de longo prazo poderá ser suficiente para acomodar o efeito da pressão demográfica sobre as despesas de saúde. A preocupação deve ser então as outras fontes de crescimento das despesas de saúde.

2. A informação de base sobre despesas de saúde *per capita* e estrutura demográfica da população portuguesa foi retirada da base de dados Pordata.

Face a estes elementos quantitativos, coloca-se a necessidade de explicar o porquê do mito repetido, do alegado forte efeito do envelhecimento sobre as despesas de saúde.

Um primeiro elemento de explicação da perseverança do “mito” é uma interpretação incorreta das estatísticas, de que é exemplo a Figura 1 (passar da constatação de uma associação para uma relação de causalidade). Há igualmente uma interpretação incompleta da realidade, com a confusão entre idade e proximidade de morte como fator determinante das despesas de saúde, com a confusão entre despesas de saúde e despesas sociais (incluindo cuidados de saúde continuados no apoio à vida diária), com a confusão entre alteração demográfica e inovação dirigida à população com mais idade e com a confusão entre pressão sobre a organização do sistema de saúde e sobre as despesas de saúde.

Vejamos cada uma destas “confusões” em maior detalhe. Tem sido estabelecido em vários trabalhos que a proximidade do momento de morte implica elevados custos de saúde. Quando aumenta a esperança de vida, e em particular quando aumenta a proporção da população que sobrevive até depois dos 65 anos, há um valor de despesa em saúde que tem lugar por causa dessa proximidade ao momento de morte, que deixa de estar associada à população com menos de 65 anos e passa a estar associada à população com 65 ou mais anos.

Em termos globais, não há aumento da despesa total em cuidados de saúde mas a despesa com a população mais idosa aumenta (por transferência de despesa que anteriormente ocorria em idades mais novas). Esta transferência de despesa entre grupos etários contribui para a perceção enviesada do papel do envelhecimento no crescimento das despesas de saúde.

A “confusão” seguinte está associada à forte pressão que o envelhecimento da população cria à despesa com pensões, classificada como despesa social uma vez que o aumento da esperança de vida em um ano é mais um ano de pagamento de pensões. Frequentemente, infere-se desta pressão no lado social, no pagamento de pensões, para o campo da saúde, assumindo, erroneamente, que tem a mesma intensidade.

O terceiro elemento de “confusão” é tratar como despesa associada ao envelhecimento a inovação terapêutica, introduzida cada

vez mais frequentemente com elevados preços, logo com elevados custos, destinada à população idosa. A distinção é relevante pois a inovação ocorre a um ritmo mais acelerado do que a evolução demográfica e reage ao contexto económico do sector.

Por fim é importante reconhecer que o envelhecimento da população traz diferentes necessidades ao sistema de saúde, com um papel crescente para a gestão da doença crónica e para a heterogeneidade de preferências da população idosa. Esta pressão para uma reorganização das formas de resposta do sistema de saúde às necessidades da população não deve ser confundida com pressão inevitável para maior despesa.

Em resumo, apesar de alguma discussão pública enfatizar o impacto do envelhecimento nas despesas de saúde, a informação disponível permite dizer que não será o efeito do envelhecimento da população nas despesas de saúde, em particular nas despesas públicas em saúde, que irá criar tensões e conflitos intergeracionais por via do crescimento acelerado da dívida pública.

3. Diferentes gerações e proteção financeira

A preocupação, neste campo, é saber se diferentes gerações, definidas pela partilha do momento de nascimento, têm sido tratadas de modo distinto quanto à proteção financeira, que é prestada pelo sistema de saúde, em caso de doença e necessidade de acesso a cuidados de saúde.

Idealmente, esta questão deveria ser respondida olhando para o percurso ao longo da vida, de cada geração. Contudo, tal exige informação detalhada para períodos temporais mais recuados e não permite contemplar gerações ainda vivas, que ainda não completaram o seu percurso de vida. Por esse motivo, irá realizar-se apenas uma comparação, para a mesma idade, em diferentes gerações, usando a informação disponível dos Inquéritos aos Orçamentos das Famílias (realizados pelo Instituto Nacional de Estatística). As limitações dos dados são aqui o fator essencial para definir que gerações serão comparadas e quais os períodos temporais dessa comparação. O segundo elemento metodológico é a noção de proteção financeira a ser utilizada. Opta-se por usar a noção de despesas catastróficas

em saúde, introduzidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019). Os anos disponíveis para a comparação são 2000, 2005, 2010 e 2015. As gerações consideradas foram definidas em termos de grupos de 5 anos, sendo a geração mais antiga a que tem entre 70 e 74 anos em 2015 (e que tinham 55 a 59 anos em 2000). A geração mais nova tem 30 a 34 anos em 2000 (tem 45 a 49 anos em 2015).

Quadro 2.
Proporção de agregados com despesas catastróficas, por geração, ao longo tempo

	2000	2005	2010	2015
Geração 30-34	2,20	1,16	1,38	0,52
Geração 35-39	1,49	1,38	1,21	0,58
Geração 40-44	1,25	1,15	0,98	0,32
Geração 45-49	1,96	2,63	1,60	0,87
Geração 50-54	3,87	2,91	1,94	2,40
Geração 55-59	4,73	5,74	4,92	1,93

Fonte: Martin (2019)

O **quadro 2** ilustra a evolução de cada geração, no espaço de 15 anos considerado. O período temporal não é suficientemente longo para traçar a evolução completa das gerações. Ainda assim fornece informação útil.

De 2000 a 2015 todas as gerações apresentam uma diminuição da presença de despesas catastróficas em saúde. Existem oscilações de ano para ano, na trajetória de cada geração, embora sem um padrão claro subjacente. Igualmente interessante é olhar para a posição de cada geração quando passam por um grupo etário definido. Tomando o grupo etário dos 55 aos 59 anos, a comparação é entre o nível de despesas catastróficas em 2000 para a geração 1 (dos 55 aos 59 anos, em 2000), em 2005 para a geração 2 (50-54 anos em 2000), em 2010 para a geração 3 (45-49 anos em 2000) e em 2015 para a geração 4 (40-44 anos em 2000). Desta comparação resulta que as gerações mais recentes têm tido sempre menores despesas catas-

tróficas, quando passam pelo mesmo grupo etário. Ou seja, não tem havido uma penalização das gerações mais recentes em termos da sua proteção financeira.

4. Acesso a cuidados de saúde

Um terceiro elemento de potenciais tensões entre gerações (comparação entre grupos etários) encontra-se no acesso a cuidados de saúde. Em particular, coloca-se a questão de saber se a população mais idosa tem, ou não, maiores dificuldades no acesso a cuidados de saúde necessários. Ou seja, o funcionamento do sistema de saúde trata de forma equitativa todas as gerações que coexiste, num mesmo momento do tempo, ou não?

A resposta a esta (eventual) tensão intergeracional é dada com os dados do inquérito de acesso à população³, realizado em Junho de 2019 e cobrindo 1.255 inquiridos representativos da população com mais de 15 anos, em Portugal Continental.

Para avaliar o eventual tratamento distinto de gerações diferentes, consideram-se três grupos etários: as pessoas com 65 ou mais anos, as pessoas com 80 ou mais anos, e as pessoas abaixo dos 65 anos. Numa análise multifatorial, a eventual existência de barreiras de acesso é passível de ser olhada pela estimação de um modelo probit para caracterizar a decisão de um cidadão procurar auxílio no sistema de saúde, dado que se sentiu doente. Realizou-se também uma distinção entre viver sozinho, ou não, para essa decisão nos dois grupos etários de maior idade.

É conhecido, e intuitivamente apelativo, que o aumento da idade leva a uma maior necessidade de cuidados de saúde e também a uma maior procura de auxílio formal do sistema de saúde. Para distinguir gerações diferentes, no mesmo momento temporal, consideraram-se os grupos etários acima descritos para definir variáveis dicotómicas com eles associados.

Os resultados obtidos indicam, como esperado, um efeito positivo sobre a procura de auxílio no sistema de saúde com o avançar da idade. Este efeito é distinto da maior probabilidade de uma pes-

3. Inquérito realizado no âmbito do projeto de investigação PTDC/IIM-ECO/6170/2014, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

soa se sentir doente em idade mais avançada, dado que a decisão de procura de auxílio no sistema de saúde foi considerada apenas para os inquiridos que reportaram terem-se sentido doentes.⁴ Não se encontrou diferença na procura de auxílio das pessoas entre os 65 e os 79 anos (face a quem tem menos de 64 anos), adicional a um efeito de idade comum a todos os grupos etários. Por seu lado, as pessoas com 80 anos ou mais tendem a procurar com maior frequência auxílio no sistema de saúde, quando se sentem doentes. Viver sozinho, o estatuto sócio-económico do agregado habitacional e o género não têm associados qualquer diferença entre grupos.

Deste conjunto de resultados conclui-se que não há uma situação de penalização dos grupos etários mais idosos.

5. Considerações finais

A primeira possibilidade que foi colocada de tensões entre gerações, relacionadas com o sector da saúde, é serem os cuidados de saúde associados com o envelhecimento da população uma fonte de crescimento da despesa pública, e consequentemente da dívida pública. O maior peso da dívida pública poderia afetar as gerações futuras de forma significativa. A resposta a esta questão é negativa. Não é por via do crescimento das despesas em saúde decorrentes do envelhecimento da população que uma geração (a de idade mais avançada no presente) compromete as gerações seguintes.

A segunda possibilidade de tensões geracionais é a de as diferentes gerações beneficiarem de proteção financeira distinta quanto às respetivas despesas de saúde. A este respeito, a informação estatística disponível sugere que as gerações nascidas mais recentemente têm maior proteção financeira (no sentido de terem menor ocorrência de situações de despesas de saúde catastróficas). O elemento de natureza financeira, na proteção face a despesas de saúde, desfavorável às gerações mais idosas, poderá, ou não, transportar-se para diferentes condições de acesso a cuidados de saúde. Decorre daqui a terceira possibilidade de tensão intergeracional: será que o acesso a cuidados de saúde deixa desprotegidos os grupos etários

4. Resultados detalhados são apresentados em Anexo.

mais velhos? Os resultados de um inquérito à população portuguesa com mais de 15 anos dão, em geral, uma resposta negativa, tendo como exceção a despesa com medicamentos.

Num contexto de potenciais tensões intergeracionais criadas pelo envelhecimento da população, a situação existente no sector da saúde não evidencia essas tensões. A existência de maiores dificuldades no acesso a cuidados de saúde para alguns grupos populacionais não resulta de tensões intergeracionais.

Referências bibliográficas

Breyer, Friedrich e Lorenz, Normann. (2019). The ‘Red Herring’ after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures. CESifo Working Paper No. 7951. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3493663>

EC – European Commission. (2018). The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070). Institutional Paper 079. Brussels. doi: 10.2765/615631

Martin, Sarah. (2019). Tracking intergenerational trends of out-of-pocket payments in Portugal: a study of financial protection across age-groups from 2000-2015. MSc Dissertation, Department of Economics and Related Studies, The University of York.

Anexo: Resultados do modelo Probit

	Durante os últimos 12 meses, sentiu-se ou esteve doente? (0 <i>sim</i> · 1 <i>não</i>)	Comprou todos os medicamentos prescritos (0 <i>sim</i> · 1 <i>não</i>)	Evitou ir consulta de urgência por motivos financeiros (0 <i>não</i> · 1 <i>sim</i>)	Evitou ir a uma consulta de clínica geral por motivos financeiros? (0 <i>não</i> · 1 <i>sim</i>)
Mulher	-0,233 (0,06)*	0,182 (0,03)*	0,201 (0,10)	0,175 (0,09)*
65+ anos	-0,318 (0,14)*	-0,294 (0,30)	-0,420 (0,30)	-0,183 (0,04)*
80+ anos	-0,132 (0,27)	0,073 (0,35)	0,865 (0,43)*	0,134 (0,38)
65+ anos e só	0,136 (0,15)	0,045 (0,22)	0,428 (0,32)	-0,009 (0,10)
80+ anos e só	0,217 (0,44)	0,332 (0,55)	(omitted)	-0,398 (0,53)
Idade	-0,015 (0,00)*	0,0003 (0,005)	-0,004 (0,01)	0,007 (0,004)
Grupo social 2	-0,010 (0,23)	-0,046 (0,06)	-0,486 (0,48)	-0,458 (0,31)
Grupo social 3	0,089 (0,20)	0,437 (0,13)*	-0,134 (0,27)	-0,126 (0,26)
Grupo social 4	-0,090 (0,19)	0,941 (0,20)*	0,048 (0,33)	-0,045 (0,32)
Grupo social 5	-0,108 (0,23)	0,906 (0,28)*	0,023 (0,39)	-0,018 (0,41)
Pseudo R2	0,080	0,167	0,077	0,098
Obs. ponderadas	8 563 462	7 981 785	8 011 943	8 563 462
Dummies de região	Não	Sim	Sim	Sim
Outros controles	Não	Não	Sim	Sim

Notas: * - estatisticamente significativo a 5%; entre parêntesis desvio-padrão robusto. Estimação de modelo probit.

Grupos sócio-económico de 1 (rendimento e educação mais elevados) a 5 (rendimento e educação mais baixos). O grupo social 1 é categoria omitida.

Outro controles: ter médico de família, ter pelo menos uma doença crónica, ser beneficiário da ADSE, ser beneficiário de subsistema (que não a ADSE), ter seguro privado

OLHAR COM SABEDORIA PARA A VELHICE: COMENTÁRIO AO PAINEL “OS NOVOS VELHOS”

*Manuel Curado**

1. É possível que nada de novo haja a dizer sobre a velhice nem sobre a longevidade. Os *Poemas Homéricos* – os livros mais velhos da história da Europa – não se esqueceram das figuras humanas de idade avançada, e atribuem-lhes a função nobre de orientar a acção política e de aconselhar os seus protagonistas. Neste sentido, Nestor, rei de Pilos, é o paradigma intemporal de uma velhice desejada e louvada. Se se procurasse o ponto de vista dos próprios idosos que se sentem aproximar do dia sem amanhã, Platão, a abrir a sua *República*, põe Céfalos, o dono da casa onde acontece o diálogo, a fazer a estranha contabilidade do que fez e não fez durante a sua longa vida, tentando atenuar a angústia (I, 330d-331b). Nem mesmo o ponto de vista médico parecerá inovador quando posto em perspectiva histórica. Terêncio deu ao Ocidente a má notícia de que a própria velhice é enfermidade (“*Senectus ipsa est morbus*”, *Fórmion*, v. 575), pensamento amargo que ecoaria pelos séculos. O desembargador João de Barros, no seu *Espelho de Casados*, de 1540, haveria de retomar a lição terenciana, afirmando que “todos os velhos se podem chamar enfermos” (Barros, 2019: 730). Poucos anos

*Universidade do Minho

depois, Joana da Gama fará uma descrição impiedosa da velhice, vendo que nela “Os dentes se deitam fora, / as cãs entram desmandadas, / a gota dá mil picadas, / a vista se empiora, / as dores vêm cada hora” (Gama, 2010: 71). Nada parece faltar na reflexão portuguesa sobre a velhice, já que Lopo Serrão, médico de D. Sebastião, fará a primeira grande enciclopédia da velhice no vasto poema *Da Velhice e das Outras Idades de Ambos os Sexos, e dos seus Costumes*, de 1579, obra em que o bardo clínico defende que, a despeito das sabidas mazelas, a idade “não tem defeito” (III, 292; Pinho, 1987: 346). Se não tem defeito, terá virtude, e é dessa forma que a doutrina das quatro idades da vida humana, ou vigias, do Padre António Vieira, entende a essência da idade avançada. Depois das idades de menino, mancebo e varão, a idade de velho caracteriza-se pelo pequeno número de tentações e, sobretudo, pela atitude espiritual do desengano (*Sermão de São Gonçalo*, 1690, § 2; Vieira, 2014, p. 453). Sinal de uma época diferente em que esta sabedoria já se perdeu, a pequena revolta interior de cada pessoa contra a idade que lhe acontece, ladrão impiedoso de toda a juventude, foi apreendida com génio na peça de teatro *Envelhecer*, de Marcelino Mesquita, um escritor com formação médica. Nessa peça de 1909, o dramaturgo coloca em cena um diplomata que se amargura, porque, chegado aos cinquenta anos, sente que não é próprio da sua idade casar-se com uma mulher muito mais nova. Se, cansados pela associação entre velhice e condição desvalida dos seres humanos, se desejar alegria e optimismo, recuperando a leitura positiva que Lopo Serrão fez da idade das rugas, o torneio poético que Dom Alberto Bramão travou com Branca da Silveira e Silva, nas páginas do *Dia*, em 1919, capta alguns aspectos da essência perene dessa parte da vida humana, porque, diz o primeiro com perspicácia rara, “ser velho é ver que o mundo é uma comédia, / em que não vale a pena ser actor” (Silva e Bramão, 1921: 14).

2. Perante isto, meros subsídios para uma muito necessária história da velhice, como compreender a convicção que hoje existe de que há aspectos novos na experiência da parte final da vida? O que se vê hoje que não tenha ainda sido visto? A leitura médica da velhice é conhecida há séculos; a ansiedade das vozes que descrevem o eu que, como bicho de seda, se metamorfoseia, não será novi-

dade; a guerra infindável entre a revolta interior contra a idade e o optimismo por se alcançar o desenvolvimento máximo do ser humano também nada tem de original. A ideia de que a quarta idade deverá ser auxiliada por sistemas públicos (misericórdias, recolhimentos, confrarias, asilos, associações filantrópicas, etc.) também não é nova (Ribeiro, 1907: 142 ss.). Mais ainda, será interessante ver se a experiência contemporânea da velhice acrescenta algo a uma biblioteca muito vasta de representações ou se apenas expressa a enésima variação de uma angústia sobejamente conhecida. Qualquer um dos braços deste dilema terá consequências interessantes.

3. O painel de conferências “Os Novos Velhos”, moderado por Ana de Sousa Dias, avança com uma resposta positiva a esta dúvida: sim, é possível identificar aspectos contemporâneos da experiência da velhice que nenhuma biblioteca do passado poderia apreender. Porquê? Por isto: o aumento da esperança de vida é um fenómeno sem paralelo histórico conhecido. Acreditando que a grande ciência permite pensar a realidade, Paula Santana (“Como estamos a envelhecer em Portugal”) reflectiu sobre os grandes números da demografia, nomeadamente as percentagens relativas às faixas etárias no conjunto da população portuguesa e as estimativas de crescimento de cada uma. Esta comunicação bem pensada mostrou a forma do objecto da reflexão. A velhice não é um fenómeno isolado, porque as pessoas vivem sempre em sociedades concretas. Paula Santana, com dados demográficos rigorosos, possibilitou a visão clara de comunidades em que o desequilíbrio dos grupos etários é crescente, antecipando cenários temporais em que uma parte significativa da população será idosa. Paula Santana enriqueceu a sua reflexão com alusões ao objectivo da “vida saudável, produtiva e criativa”, um dos rostos contemporâneos da noção de felicidade. Do seu ponto de vista, o objectivo poderá ser alcançado através de políticas de promoção da saúde e do bem-estar ao longo dos ciclos da vida, e de acções que possam potenciar a coesão e o capital social. O resultado destas medidas será, como se espera, a capacitação da população de modo que possa envelhecer com mais qualidade. António Leuschner (“A solidão dos velhos na arquitectura das famílias”) possibilitou um vislumbre sobre a vida interior

das pessoas que vivem em sociedades que estão a alterar significativamente os padrões de distribuição etária. A informação estatística é importante, mas, como é evidente, as pessoas têm valores e pontos de vista subjectivos. Não é fácil desenhar a forma da distribuição etária de uma população dinâmica, tal como não é fácil entrar no mundo interior das pessoas de idade. Pedro Pita Barros (“Diálogo, cooperação e tensões geracionais”) sublinhou, por sua vez, no contexto das relações entre gerações, as questões do acesso a cuidados de saúde, e aludiu aos problemas da habitação própria, não esquecendo a vida interior das pessoas, a propósito da solidão e do isolamento, bem como os seus desejos de segurança e bem-estar.

O encontro de espíritos dos três conferencistas é, como se vê, assinalável. Se bem se compreende a riqueza dos contributos, poder-se-ia discernir que os irmana a convicção de que é a ciência que poderá proporcionar a leitura certa da velhice no contexto de uma longevidade sem precedentes históricos.

4. Tudo isto merece uma reflexão. O oxímoro “novos velhos” propõe uma visão determinada da realidade. É esta: a velhice, parte da natureza humana, é vista como tendo características novas, nomeadamente no que diz respeito aos valores da longevidade e à estrutura etária da população. Mais do que a essência do fenómeno da velhice, está em causa a estrutura social. Em consequência desta visão, várias coisas são tidas por evidentes. Em primeiro lugar, isola-se o objecto de estudo de tal modo que este passa a ser um problema. Em consequência, convoca-se a racionalidade mais sofisticada que se conhece – a científica – para descrever o alegado problema e propor soluções. Acredita-se que o que sempre existiu se manifesta de um modo renovado que obriga a uma resposta social. Amplifica-se o significado das variações dos valores mensurados da longevidade; como não está em causa a vida de Matusaléns, as variações são talvez pequenas, mas, por diminutas que sejam, são interpretadas como sinais claros de um processo irreversível. O resultado é previsível: a certa altura, já não se aborda a velhice em si mesma, mas assuntos próximos (idade da reforma, organização do trabalho, sustentabilidade da segurança social, sistemas de saúde, etc.). A velhice transforma-se num banalíssimo problema de

escolha social, porque, acredita-se, os recursos são escassos. A alegada escassez de recursos médicos em países ocidentais ricos daria vontade de rir a populações subsarianas que não têm sabão para lavar as mãos. Como nenhum recurso escasso é perpetuamente escasso, a questão dos recursos para sustentar as novas pirâmides etárias é um pseudoproblema. Países que têm ensino superior e sistemas nacionais de saúde praticamente gratuitos, já para não falar de luxuosas auto-estradas e de habitações com mais de cem canais de televisão por cabo a baixo preço (como em Portugal), tal como os países que podem construir porta-aviões, aceleradores de partículas e sondas espaciais (como os Estados Unidos), não têm, por definição, problemas de recursos escassos, e muito menos de recursos escassos para a velhice. Poderão, sim, ter problemas políticos, ou excesso de desejo de vida fácil ou, ainda, falta de sabedoria. Este tipo de pseudoproblemas é tomado muitas vezes como homem de palha para atenuar a ansiedade que a própria velhice sempre implica. Deste ponto de vista, *não* há problemas éticos ligados à velhice e à alegada longevidade da população. Poderá *sim* haver problemas de economia política ou muitos outros problemas derivados da simplificação da realidade que as categorias científicas impõem. A ciência tem uma agenda epistémica, mas não tem uma agenda sapiencial. A obtenção da felicidade não faz parte do método científico.

Nenhum dos conferencistas explica como poderia haver novidade num assunto perene. Nada se diz também sobre o espectáculo curioso de uma pequena parte da natureza humana, a mente racional, tentar compreender as outras partes. Pensando contrafactualmente, como fazem os filósofos, porque não recorreram os três conferencistas, por exemplo, à *imaginatio* ou à actividade onírica ou ainda à procura do sentido de vida para entenderem a *matura aetas*, preferindo o figurino simples de uma ciência refém de um pequeno módulo da mente humana, a racionalidade? Talvez cada um desses outros módulos da mente humana propiciasse perspectivas mais interessantes para a ética da velhice do que a abordagem científica e racional. Se o assunto é a ética, as questões ligadas ao significado e à felicidade são obrigatórias.

Os investigadores contemporâneos da longevidade e das supostas novas formas de velhice acreditam que são testemunhas

de um fenómeno recente, e sentem que têm por isso uma missão na vida: compreendê-lo. Toda a ciência é juvenil; acredita, pois, como todos os jovens, que a sua acção é relevante. O somatório de todos estes aspectos da leitura científica da velhice é previsível. É este: a velhice é vista com os olhos exteriores e simplificados da ciência, olhos que nunca poderão captar a essência da relação humana com o tempo que nela se revela. O discurso científico sobre a velhice é, neste sentido específico, mais pobre do que uma página do doutor Lopo Serrão ou do Padre António Vieira. Estes tentaram captar o significado último da vida idosa; a ciência aprende parâmetros do fenómeno, não se ocupando das questões tormentosas do significado. Nada tem também a dizer sobre a felicidade das pessoas.

Refém como está o século XXI da crença de que a ciência pode compreender os fenómenos, nunca se invoca a sabedoria. O assunto desapareceu da vida pública. É possível que as pessoas já não reconheçam sequer a palavra, porque nunca passou a barreira dos seus dentes. Qualquer que seja a área da vida social para onde se olhe, a sabedoria deixou de ser mencionada. A Universidade deixou de se interessar pela velha sabedoria, preferindo a nova amante da ciência; o Parlamento desconhece o conceito; o Tribunal está refém da ciência do Direito, e deixou em consequência de se interessar pela decisão sábia, preferindo a fundamentada; a Medicina que, durante séculos, teve uma estima profunda pela sabedoria do grande e raro olho clínico, hoje só quer ser científica. Não há falta de ciências dedicadas às questões da idade avançada, mas, estranhamente, não há hoje um ideal de sabedoria que dê sentido à velhice nem, aliás, que dê sentido às outras partes da vida. No tempo da *Odisseia*, Telémaco, filho de Ulisses, poderia ver em Nestor a versão mais virtuosa da vida que nele estava a começar. Queria-se ser velho, porque se queria tudo o que a vida tem para oferecer a um ser humano: a totalidade que lhe dá sentido. Ser velho era o equivalente humano da pulção metafísica que conduz o espírito humano à procura de uma verdade objectiva dos fenómenos do mundo. Se permanecesse no âmbito das suas próprias experiências e opiniões, o espírito não poderia chegar à totalidade que dá sentido à sua actividade. Um dos livros do vasto poema de Lopo Serrão louva a idade senil e as muitas vantagens da velhice, no mesmo século em que um Frei Amador Arrais proclamava que “não se deve temer a velhice” (Arrais,

1944: 184). Hoje, diferentemente, ninguém quer ser velho, e todo o assunto é apoucado na categoria epistémica degradante de “problema”.

A ciência que se convoca para compreender os “novos velhos” parece ir a reboque da realidade. É uma ciência semelhante ao jornalismo, comentadora tardia do que sucede. Concedendo, a benefício do argumento, que um ligeiro aumento na longevidade tenha de facto relevância, há, ainda assim, zonas de sombra na compreensão do que talvez esteja a acontecer. Não se conhece o conjunto de factores que causaram esta situação. Foram apenas os meios de saúde com o seu arsenal vasto de conceitos clínicos e de boa ciência fundamental, auxiliados pela farmácia e pela bioquímica, para nada dizer sobre a engenharia que todos os dias contribui para reconfigurar o quotidiano das sociedades? Se forem só estes meios, ter-se-ia uma causalidade de baixo para cima, por assim dizer. Mas, é claro, também seria necessário precisar a influência dos conceitos (v.g. a noção de saúde como bem-estar e a ideia filosófica de que o sujeito tem deveres para consigo mesmo). Conceitos ligados ao saneamento público nas cidades podem ter tido mais influência na história da humanidade do que séculos de medicina. Tudo isso, fazendo parte do filme de cultura com que o Ocidente povoa a sua vida, teve repercussões desproporcionadas, de tão vastas que são. Esta seria uma causalidade de cima para baixo, da cultura dos conceitos e das ideias para as acções concretas. Atendendo a que a doença, os conflitos e a morte continuam infatigavelmente a atormentar a humanidade, é possível que a parte humana deste processo (de baixo para cima ou de cima para baixo) seja marginal. Talvez ainda se encontrem factores causais não humanos neste processo. Haverá, por exemplo, grandes ciclos temporais na evolução das distribuições etárias das sociedades humanas? A longevidade parece uma categoria científica insusceptível de dúvida intelectual, mas não é esse o caso. Tomou-se em consideração o universo de *todos* os seres humanos que alguma vez existiram no planeta e a capacidade de carga deste (Cohen, 1996)? Muitas perguntas poderiam ser formuladas a este respeito. É importante ver que a cartografia de um fenómeno não implica uma explicação da causa desse fenómeno, já que descrever não é explicar (v.g. a demografia e a

sociologia da velhice não explicam por que razão a longevidade é maior hoje do que no passado).

A ênfase no lado humano destes processos é reforçada pela convicção de que a saúde deve estar no centro da vida humana. Este é um conceito relativamente recente. Para os três conferencistas do painel, é axiomático que a problemática da saúde é importante para a compreensão da parte final da vida. Isto é surpreendente, porque é uma ideologia contemporânea que se aceitou sem crítica. Milhares de anos de vida europeia *nunca* tiveram a saúde no centro da vida, sendo claramente marginal em todos os processos sociais. O entendimento de que a vida humana se assemelha a uma máquina que precisa de ser mantida e reparada é relativamente recente. Ainda no século XVIII português, Luís António Verney, nas cartas sobre Estudos Médicos do seu *Verdadeiro Método de Estudar*, propunha uma concepção iatromecânica do organismo (Verney, 1952: 12-13). O mundo da Medicina e do pensamento sobre a saúde deu muitas voltas, mas o âmago desta concepção não desapareceu. Olha-se para os anos que se tem a mais para viver como se se olhasse para um automóvel que precisa de manutenção numa oficina. O século XXI está ainda refém de ideias filosóficas que não criou. Não se poderá subestimar o império da causalidade de cima para baixo, porque ela molda a percepção dos fenómenos. Moldada a percepção, cria-se uma realidade. A noção de saúde da Organização Mundial de Saúde, de 1948, é de natureza fantástica, um conceito que foi lançado para o mundo de modo a esculpir a realidade social. Ver a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade” assemelha-se a um conto de ficção científica já que a noção de bem-estar é imprecisa, tal como é impreciso o quantificador que a antecede (Curado, 2019). O que é importante ver é que esta noção de que a saúde deve estar no centro da vida humana é anómala na história da humanidade. Sempre existiram outros centros: a vida épica, a grande política, o amor, Deus, etc. Agora, o que se tem posto deliberadamente no centro da vida é a saúde. Este conceito de saúde implica um empobrecimento dramático da vida espiritual das pessoas. É possível que no futuro existam pessoas extraordinariamente saudáveis, mas com quem não se conseguirá conversar, porque

nada terão a dizer. A vida delas será saúde, só saúde e nada mais do que saúde; por outras palavras: será um pesadelo espiritual.

5. A linha de pensamento que os conferencistas seguiram no painel pressupõe valores elevados de esperança de vida à nascença. Ora, este conceito tem um irmão gêmeo que Françoise Forette auxiliou a compreender: a *longevidade máxima* da espécie humana. Forette explica num dos seus livros o significado do facto de a senhora Jeanne Calment ter ultrapassado, com os seus 122 anos de vida, o limite estabelecido de 120 anos como longevidade máxima da espécie (Forette, 1997: 7). Se a reflexão se limitar a questões pragmáticas sobre o que fazer com o aumento da esperança de vida à nascença, não se estará a ver bem a fotografia completa do assunto. Levará algum tempo até que as sociedades ocidentais se aproximem da longevidade máxima. Neste sentido, estarão protegidas por uma almofada de segurança. As capacidades científicas de domínio dos processos fundamentais da vida estão a pressionar essa longevidade máxima, que poderá vir a desaparecer como conceito de referência. É possível que isso venha a acontecer, mas não é certo.

São dois os aspectos que parecem ser especialmente relevantes na problemática dos “novos velhos” (a ter sentido como categoria analítica, o que é duvidoso). No primeiro braço do dilema a que acima se aludiu, compreende-se agora melhor a latitude dos hipotéticos aspectos novos da experiência contemporânea da velhice. Sabe-se qual é precisamente o contributo recente para as ricas bibliotecas de representações da velhice. Problemas de distribuição de recursos, de organização do trabalho e da solidão dos velhos sempre existiram; não é neles que se encontra novidade, não é deles o contributo. A velocidade a que as sociedades se estão a aproximar da longevidade máxima da espécie poderá sim estar a contribuir para uma nova ontologia do humano. Ainda não se chegou a ela; está-se no momento de vésperas que parece anteceder-lá. Não há experiência histórica prévia da capacidade de a espécie humana alterar a sua própria natureza biológica. Esta capacidade poderá implicar que a idade adulta ou mesmo a velhice venham a ser os períodos predominantes do ciclo da vida humana (acompanhados ou não pela infantilização da cultura pública).

No segundo braço do dilema, a experiência contemporânea da velhice não é significativamente diferente da experiência registada na literatura ao longo dos séculos. A angústia é, pois, conhecida. Como está longe de se provar que a ciência e a técnica são os factores predominantes neste processo (comparados, por exemplo, com estilos de vida, crenças, ou ausência de crenças religiosas, e novéis conceitos que poderão surgir sem que se possa antecipá-los), seria bom que a sabedoria não desaparecesse da vida espiritual humana. Sendo certo que a ciência moderna é uma força poderosa da civilização, não se pode olvidar que é espiritualmente pobre, já que apouca o mistério humano a uma pequena parte da mente humana, a razão.

Talvez já ninguém no século XXI queira ser verdadeiramente velho para que possa mirar de modo equânime a realidade. A nobre palavra portuguesa do desengano deixou de ser um ideal, e até os ideais foram trocados por prazeres imediatos. Os sinais são claros: deseja-se viver a idade do velho com a energia da idade do manco. Vive-se mais, mas não se sabe muito bem o que fazer com essa vida mais longa. Bem-estar, solução dos problemas dos recursos escassos e entretenimento com versões simplificadas da cultura humana não enchem a alma a nenhum povo por muito longa que seja a vida. Há ciência, como se vê, mas recomenda-se que não falte a sabedoria.

Bibliografia

ARRAIS, Frei Amador (1944). *Diálogos*, coligidos, prefaciados e anotados por Mário Gonçalves Viana. Porto: Livraria Figueirinhas.

BARROS, João de (2019). *Espelho de Casados*, in José Eduardo Franco e Carlos Fiolhais, dir., *Primeiros Livros de Edificação Moral e Primeira Crónica Biográfica* (Obras Pioneiras da Cultura Portuguesa, 3). Lisboa: Círculo de Leitores, pp. 697-807.

COHEN, Joel E. (1996). *How Many People Can the Earth Support?* New York: W. W. Norton.

CURADO, Manuel (2019). “Superpaternalismo Médico: Um Ensaio Cínico”, in Manuel Curado e Ana Paula Monteiro, coords., *Saúde e Cyborgs: Cuidar na Era Biotecnológica*. Viseu: Edições Esgotadas, pp. 73-158.

FORETTE, Françoise (1997). *La révolution de la longévité*. Paris: Grasset

GAMA, Joana da (2010). *Ditos da Freira*, apresentação, notas e fixação de texto de Anne-Marie Quint. Lisboa: Centro de Estudos Clássicos (FLUL) e Instituto de Estudos de Literatura Tradicional (FCSH/UNL).

MESQUITA, Marcelino (1912). *Envelhecer. Peça em Quatro Actos*, 3.^a ed. Lisboa: J. Rodrigues & C.^a, Editores.

PINHO, Sebastião Tavares de (1987) – *Lopo Serrão e o seu poema Da Velhice. Estudo introdutório, texto latino e aparato crítico, tradução e notas*, 1.^a ed. revista e impressa. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

RIBEIRO, Victor (1907). *História da Beneficência Pública em Portugal*. Coimbra: Imprensa da Universidade.

SILVA, Branca da Silveira e; e Bramão, D. Alberto (1921). *A Velhice e a Mocidade (Torneio Poético)*. Coimbra: Imprensa da Universidade.

VERNEY, Luís António (1952). *Verdadeiro Método de Estudar*, vol. IV, *Estudos Médicos, Jurídicos e Teológicos*, ed. António Salgado Júnior. Lisboa: Sá da Costa.

VIEIRA, P.e António (2014). *Obra Completa do Padre António Vieira*, tomo II, volume X, *Sermões Hagiográficos I*, dir. José Eduardo Franco e Pedro Calafate. Lisboa: Círculo de Leitores.

COMENTÁRIO AO PAINEL “OS NOVOS VELHOS”

*Manuel Teixeira Veríssimo**

Os meus cumprimentos a toda a assistência e um cumprimento muito especial ao Senhor Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Professor Doutor Jorge Soares. Cumprimento também a mesa e felicito desde já os oradores pelas excelentes apresentações que fizeram.

Tendo em conta o tema desta mesa “Os Novos Velhos”, fiquei a pensar o que quererá dizer «novos velhos»? Será que são os que têm 65 anos ou pouco mais, e essa faixa ainda é uma idade jovem? Serão «os novos velhos» o grupo que tem mais de 80-85 anos, que corresponde ao escalão que mais cresce desde há alguns anos em Portugal, e que têm particularidades de saúde que devem ser tidas em conta? Ou serão «os novos velhos» uma necessidade de ver a sociedade de outro modo e de promover uma integração de todas as pessoas idosas? Penso que no fundo, tudo isto é verdade e tudo isto nos deve fazer refletir, mas deve especialmente fazer-nos pensar que o envelhecimento que nós todos assumimos como uma conquista da humanidade e das sociedades e, por isso, existe especialmente nas sociedades desenvolvidas, é também um desafio. Na verdade só será uma conquista se conseguirmos que essas pessoas idosas estejam perfeitamente integradas na sociedade, resultando daí uma simbiose promotora de qualidade de vida, sendo este o desafio.

*Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

A classificação de idoso através de cortes pela idade foram introduzidos artificialmente e, por vezes, mais do que proteger como seria o objetivo, acabam por limitar as pessoas com mais idade. Este é um problema duma sociedade, em que ser velho é algo estigmatizante e negativo. Não podemos aceitar que a partir de certa idade um grupo de pessoas passe a ser pouco importante para sociedade, ou até um peso para a mesma, como aqui foi referido. Uma sociedade desenvolvida tem que ser integradora, tenham as pessoas a idade que tiverem, e aproveitar delas o melhor que têm para dar. As pessoas com 70, 80, 90, 100 ou mais anos podem ter muito para dar, tendo, por vezes, o que não vem nos compêndios, isto é a experiência de vida. É necessário dar às pessoas mais velhas aquilo de que elas, efetivamente, têm necessidade, mas também é necessário saber receber delas o que têm para dar, numa lógica de complementaridade.

O problema do envelhecimento é geral, verificando-se em todo o Mundo, mas é particularmente importante nas sociedades desenvolvidas. Em Portugal existem também alguns problemas associados ao envelhecimento que importa assumir e corrigir. Um deles foi hoje aqui muito bem abordado, consistindo nos anos de vida com incapacidade que os idosos portugueses têm na parte terminal da vida. Isso está relacionado com algo que também se fala muito, hoje, em todo mundo, e em Portugal em particular, que é o envelhecimento ativo e saudável. Em síntese o que se pretende com o envelhecimento ativo e saudável é viver o máximo de anos com o mínimo de incapacidade. Para isso é necessário ter hábitos saudáveis de vida ao longo do ciclo vital, permitindo que as perdas associadas ao envelhecimento sejam apenas decorrentes do processo fisiológico involutivo, em si mesmo, e não de causas associadas a práticas de um estilo de vida desadequado. E é este envelhecimento ativo e saudável que é um desafio realmente para todos: para a sociedade em geral, para os profissionais de saúde, para as famílias e também, é preciso dizê-lo, para o próprio. Terá de ser o próprio indivíduo ao longo da vida, e não apenas aos 65 anos, que deve ter cuidado com a sua saúde para depois haver o mínimo de incapacidade na velhice. É com bons hábitos, como alimentação adequada, atividade física regular, não exposição a tóxicos, repouso adequado e prevenção de doenças que se promove um envelhecimento sau-

dável. Mas para além disso há também as doenças, as quais naturalmente se tornam mais frequentes à medida que se envelhece, sendo comum a concomitância de várias doenças crónicas no mesmo indivíduo. Contudo, há também cada vez melhores meios para as tratar, de modo que as doenças crónicas, como a diabetes, a hipertensão arterial, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a osteoporose, entre outras, que são frequentes nas pessoas idosas, são hoje passíveis de se manterem controladas sem prejuízo significativo da qualidade de vida do idoso. No fundo é este o caminho, que junta a prevenção e o controlo das doenças crónicas, que, na minha opinião, se deverá fazer, de modo que daqui a alguns anos se possa ter um nível de incapacidade nos últimos anos de vida semelhantes às sociedades mais desenvolvidas, neste aspeto, como os países nórdicos.

Abordando um pouco a conferência do Dr. António Leuschner, que «bateu» um pouco nos 70 anos como limite para poder trabalhar na função pública, é um pouco o mesmo problema do corte aos 65 anos para se ser considerado idoso. Efetivamente penso que não se adequa à sociedade de hoje, não é por se fazer 70 anos que se é competente ou incompetente, portanto, defendo que as competências e incompetências dependem daquilo que cada um é capaz de fazer e não da idade. Não sendo legista nem conhecedor do assunto, até me parecerá uma medida anticonstitucional, aos setenta anos proibir as pessoas de exercer uma função, nomeadamente na carreira pública. Entendo as razões, provavelmente o reverso da medalha também poderia ter aspetos negativos, mas o certo é que se perdem pessoas com muita capacidade, qualidade e utilidade para à sociedade. É importante que essas pessoas, quer do setor público, quer do privado, continuem a dar o seu contributo para bem da sociedade, mas também dos próprios, pois muitas vezes, após a reforma, entram em processo de desmotivação, sensação de inutilidade e até depressão.

Voltando ao corte nos 65 anos de idade para se ser idoso, este foi criado pela OMS há várias dezenas de anos, e, seguramente, nessa altura o homem ou a mulher com 65 anos não eram funcionalmente e até socialmente os mesmos de hoje, por isso, se estranha a razão de este corte nunca ter sido alterado. Há necessidade de subir este corte, talvez para a idade em que realmente o envelhecimento

começa a trazer mais limitações e incapacidades, o que acontece habitualmente por volta dos 70-75 anos, nos países desenvolvidos. Nos dias de hoje, para estes países, parece adequado que o corte suba para os 70 anos.

Gostaria também de fazer alguns comentários em relação à resposta aos problemas de saúde e da incapacidade, e, não pondo em causa tudo o que foi dito, aliás excelentemente justificado, o problema é que as respostas não podem ser isoladas. O que faz sentido em relação aos idosos é a resposta ser integrada e não respostas parcelares, quer da saúde, quer do setor social. O Professor Pedro Pita Barros referiu, e bem, que não é o envelhecimento que é o problema da saúde, não sendo isso que está a fazer com que existam mais défices na saúde. Embora não possamos negar que efetivamente os mais velhos têm mais doenças e mais gastos com a saúde, também estou de acordo que esse não é o principal problema. O que temos de repensar é que não podemos continuar a tratar os idosos com as respostas que temos hoje, as quais foram criadas há várias décadas para uma realidade completamente diferente. Os idosos que têm uma doença aguda, ou até crónica, e vão ser internados no hospital, seguramente irão ter uma resposta muito boa do ponto de vista técnico e científico, mas decerto não adaptada a pessoas que têm 80 ou mais anos e que necessitam de outro tipo de cuidados e até de adequações diagnósticas e terapêuticas. Temos hoje estruturas da saúde que, de um modo geral, não estão adequadas às necessidades dos idosos.

Para terminar gostaria de dizer o que para mim deverá ser o futuro na assistência aos idosos. Deverá ser uma resposta global onde haja integração dos cuidados de saúde primários com os hospitalares e a esta resposta se junte também a resposta social, mantendo, até ser possível, os idosos no seu domicílio. Como referiu o Dr. António Leuschner, que não sejam os idosos a andar atrás dos médicos, das instituições sociais, ou do que quer que seja, para resolver os seus problemas, mas sim o contrário. Isto é, que a sociedade se organize e apoie os idosos de modo a que tenham boa qualidade de vida sem sobrecarga das famílias e do erário público.

PAINEL 2

ENVELHECER AMANHÃ

- 89 Diminuir a incerteza e organizar o futuro dos “jovens-velhos”
Fernando Ribeiro Mendes

Comentários:

- 103 **Maria do Céu Patrão Neves**
111 **João Loureiro**

DIMINUIR A INCERTEZA E ORGANIZAR O FUTURO DOS “JOVENS-VELHOS”

*Fernando Ribeiro Mendes**

Até há pouco tempo, passar à reforma por se ter atingido a idade legal de aposentação era, para cada pessoa, um momento singular da sua vida revestido de solenidade. Afinal de contas, tratava-se do exercício de um direito de cidadania social cujas consequências, em termos de ocupação do tempo de vida, seriam, em princípio, positivas para a existência de cada qual.

O novel reformado deixava de cumprir obrigatoriamente rotinas que lhe tinham colonizado a maior parte da sua vida adulta. O transporte a tempo e horas, o local de trabalho, o “picar o ponto”, o posto de trabalho, as tarefas rotineiras, agora tudo isso desaparecia e uma imensa liberdade existencial parecia estar ao seu alcance.

Sucedede que este paradigma de ócio confortável vem perdendo a aderência ao mundo em que hoje vivemos. O modelo de vida ativa que resumia esta ao fabrico do “mundo das coisas” utilitárias, preenchida, durante 30 a 40 anos, por emprego estável entrou em disrupção. Em consequência, o ciclo quase ininterrupto de um mesmo empregador ou, pelo menos, uma mesma indústria e uma mesma profissão até à aposentação já não é a característica princi-

*Economista e professor universitário; Presidente da Associação Cidadania Social

pal de muitos dos recém-reformados, e sê-lo-á cada vez menos no próximo futuro.

Demasiada gente precocemente reformada

A população sénior, com 65 anos e mais, e, dentro dela, o segmento a que chamaremos os “jovens-velhos”, com idades entre os 65 e os 75 anos, são segmentos de importância crescente da população portuguesa.

Como se observa na **Figura 1**, os jovens-velhos cresceram ligeiramente nos últimos vinte anos, sendo agora cerca de 1,5 milhões de pessoas, ligeiramente acima do efetivo com 75 e mais anos, de cerca de 1,1 milhões, embora este apresente tendência a ultrapassar aquele a curto prazo. Tal evolução contrasta claramente com a dos grupos etários com menos de 65 anos.

O acréscimo contínuo de anos que cada um de nós espera poder viver tem ido mais rápido do que o aumento da idade legal de reforma. A mudança demográfica projetada até 2050 poderá traduzir-se em mais de 45% de população com 55 anos e mais nesse ano ainda distante, colocando-nos no primeiro lugar da corrida ao envelhecimento da Europa. (**Figura 2**)

Tal implica que os ganhos de longevidade registados tornem crescentemente precoce a saída do mercado de trabalho à idade efe-

Fig 1.
População Portuguesa por grandes grupos etários (1999-2018)

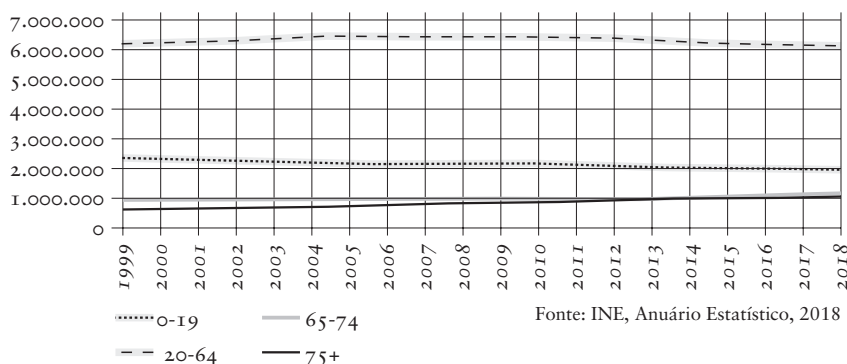
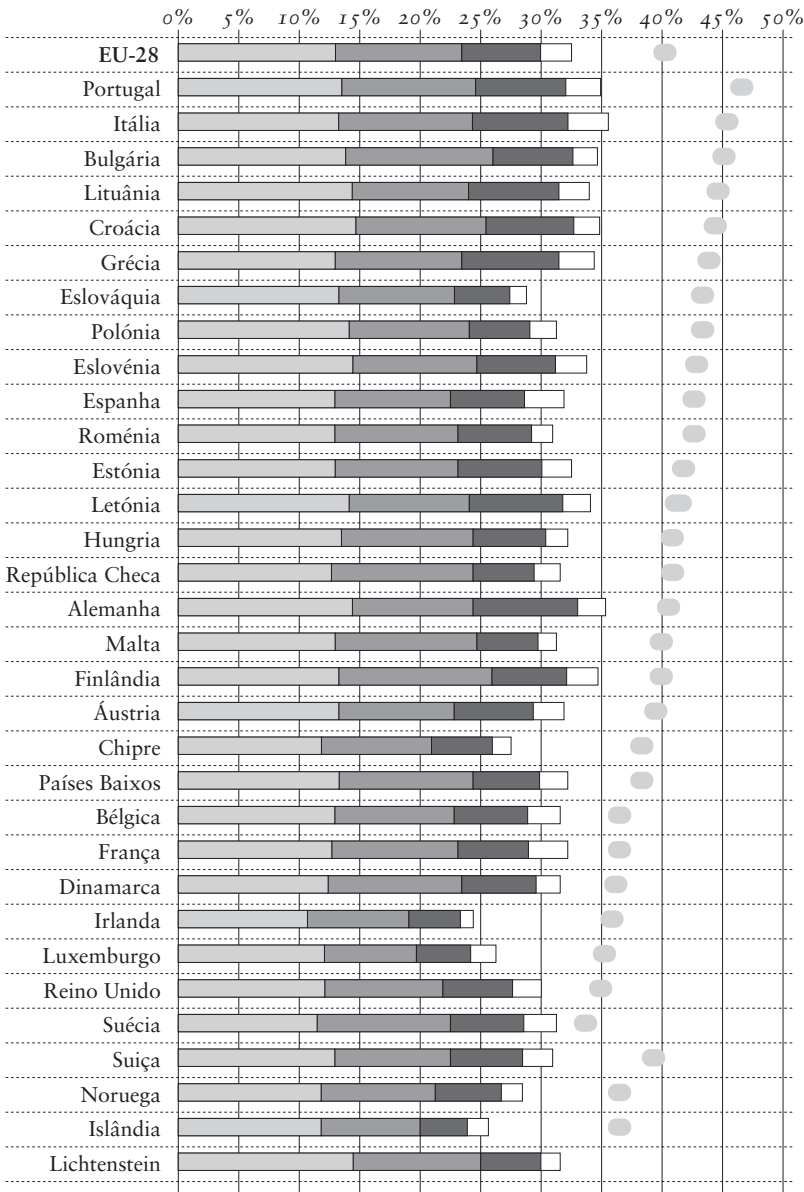


Figura 2.
População com 55 anos e mais, 2018 e 2050 (% da população total)



Fonte: Eurostat (online data codes: demo_pjangroup and proj_18np).



tiva de reforma, apesar dos ajustamentos pelo fator de sustentabilidade que têm sido alcançados.

Uma sociedade impreparada

A nossa sociedade está, em boa medida, impreparada para responder à mudança demográfica em curso.

Uma primeira dificuldade resulta de que a mudança é acompanhada por um padrão de rendimentos do trabalho que deixa uma parte importante da população a níveis de pobreza em todas as fases da vida, especialmente na velhice.

A incidência do risco de pobreza antes das transferências sociais, isto é, considerando apenas os rendimentos dos indivíduos oriundos do trabalho atual e passado (isto é, as pensões de velhice e de sobrevivência e os rendimentos das aplicações de poupanças) é significativa.

Entre 20 e 25% da população total e 18 a 20%, da população senior estariam expostas ao risco de pobreza nos anos considerados se não houvesse transferências sociais, como se observa na

Tabela 1.

Taxa de risco de pobreza – total e por grupos de idade, 2010-17

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total depois de transferências sociais, e por idades:	18,0	17,9	18,7	19,5	19,5	19,0	18,3	17,3
0-17 anos	22,4	21,8	24,4	25,6	24,8	22,4	20,7	19,0
18-64 anos	16,2	16,9	18,4	19,1	18,8	18,2	18,1	16,7
65 + anos	20,0	17,4	14,6	15,1	17,0	18,3	17,0	17,7
Total antes de transferências sociais (exceto pensões de velhice e sobrevivência) e por idades:	25,4	25,3	25,5	26,7	26,4	25,0	23,6	22,7
0-17 anos	30,9	29,6	31,7	33,6	31,3	28,6	25,5	25,6
18-64 anos	24,4	25,6	26,3	27,4	27,0	25,2	24,4	22,6
65 + anos	23,3	20,2	17,4	18,5	20,2	21,4	20,0	20,6

Fonte: INE/EU-SILC, 2019

Tabela 1. O alcance destes apoios públicos na redução da pobreza é notável, permitindo decréscimos da correspondente taxa entre 5 e 7 pontos percentuais.

Ao mesmo tempo, o SNS que construímos permanece centrado na medicina curativa e na emergência das patologias não transmissíveis e dos sinistros, sem resposta cabal para as necessidades de prevenção e reabilitação ao longo do ciclo de vida de cada pessoa, nem da emergência epidémica. Mas, mesmo nesse plano, o seu desempenho deixa muito a desejar.

O financiamento público da despesa corrente em saúde totalizava em 2017 apenas 63% do total (segundo o INE, *Conta Satélite da Saúde*, 2018). Isto é, uma parcela significativa de 27% é suportada pelos utentes, seja diretamente, através dos copagamentos dos medicamentos e das prestações de cuidados fora do SNS, seja indiretamente, através dos subsistemas de saúde (principalmente a ADSE) e dos seguros, para os quais vão as suas quotizações e o pagamento de prémios. Dito de outro modo: o aumento do recurso aos cuidados de saúde decorrente dos ganhos de longevidade implica diretamente no orçamento das famílias, agravando potencialmente o nível de inadequação das pensões.

Desilusões e novas desigualdades espreitam, por estas razões, o futuro próximo dos jovens-velhos, pelo que é urgente repensar os modelos de vida que deverão estar ao seu alcance para diminuir os fatores de incerteza que sobre eles impendem, organizando melhor o seu/nosso futuro.

Cuidar da saúde antes de sermos velhos-velhos

Em geral, todos concordam com a necessidade de assegurar condições dignas ao longo do processo de envelhecimento das pessoas que é proporcionado pelos ganhos de longevidade alcançados até agora e no futuro.

Desde o início do presente século, um novo paradigma vem ganhando adesão, no qual os mais velhos deverão ser participantes ativos, e não apenas beneficiários, de uma sociedade sem fraturas geracionais, o que resumimos na expressão cada vez mais corrente do “envelhecimento ativo”.

À luz deste paradigma, os modelos de vida desejáveis para a idade sénior e as sociedades envelhecidas supõem respostas integradas a desafios complexos englobados na ideia de envelhecimento ativo, de que se destacam a ameaça da doença crónica, o risco de incapacidades prolongadas e permanentes e os cuidados de longa duração prestados às populações envelhecidas.

A orientação estratégica desejável dos sistemas de saúde para o futuro é, reconhecidamente, focada nos resultados de saúde a longo prazo gerados para os utentes dos sistemas.

Perante as dificuldades, alguns dirão que “mais Estado” é o caminho desejável para tal desiderato. Ora, isso significa tributar em crescendo os rendimentos e os patrimónios de boa parte da população, designadamente, da chamada classe média, para uma redistribuição de larga escala, em benefício dos jovens-velhos com pensões inadequadas. No mundo globalizado em que mergulhámos, tal poderá levar ao *crowding-out* massivo dos portugueses jovens mais qualificados, emigrando e preferindo ajudar os seus jovens-velhos através da via tradicional das remessas familiares, se necessário, em vez de delegarem no Estado uma resposta social que não controlam e de que muitos desconfiam.

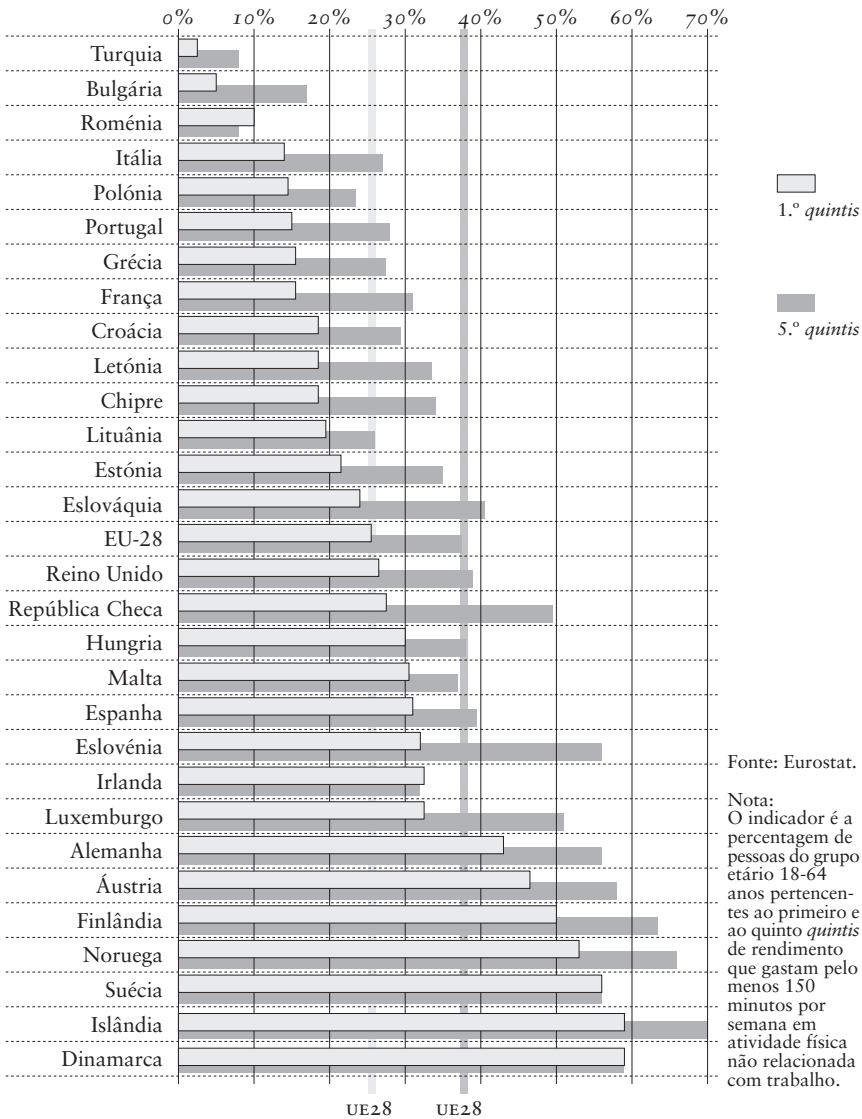
A caminhada para o novo paradigma exige, assim, respostas não dogmáticas quanto à partilha de responsabilidades entre o Estado, as comunidades e os indivíduos, que o regresso ao SNS dos anos 70, que alguns propõem, não parece comportar.

Há risco de agravamento das desigualdades sociais entre os jovens-velhos perante o envelhecimento, devido às diferenças sociais no que diz respeito à consciência da necessidade de adotarmos estilos de vida saudáveis. A **Figura 3** ilustra a distância entre as práticas de atividade física dos indivíduos pertencentes aos grupos de rendimentos mais reduzidos e mais elevados. Com a notória exceção dos países escandinavos, em todos os outros países da Europa parece haver um fosso impressionante entre ricos e pobres no que diz respeito aos estilos de vida, de que este indicador é bem sugestivo.

Os que dispõem de acesso a esquemas complementares de saúde (por via dos seguros privados de saúde e dos subsistemas de saúde – ADSE e outros) poderão estar melhor apetrechados para o que aí virá. No entanto, os seguros privados praticam demasiadas

exclusões por idades e patologias, na medida em que estas ameaçam a sustentabilidade das coberturas oferecidas. E os próprios subsistemas, especialmente, a ADSE, também dão sinais de poderem evoluir no mesmo sentido, ainda que mitigadamente.

Figura 3.
Atividade física regular realizada segundo o grupo de rendimento (2014)



São, por isso, urgentes novos formatos de mutualização dos riscos de saúde associados à longevidade, numa perspectiva de ciclo de vida, de forma a modelar os encargos a suportar pelos beneficiários (quotizações ou prémios de seguro) conforme o nível de adesão a práticas preventivas (por exemplo, *check ups* regulares) e a estilos de vida comprovadamente saudáveis. Mesmo as gerações que, nos próximos anos, passarão à condição de jovens-velhos podem ainda ser estimuladas a participar em novas mutualizações de riscos, se houver políticas públicas amigas desse esforço (designadamente, fiscais e de saúde) desde já.

Relativamente aos “velhos-velhos”, os mais idosos exprimem frequentemente enorme desejo de poderem terminar os seus dias nas suas residências, entre os seus objetos de afeto e na companhia de familiares mais próximos.

Poderemos vencer as grandes barreiras físicas, económicas, familiares e sociais que dificultam em muitas situações o envelhecimento em nossas casas?

Bons exemplos de respostas sociais de assistência domiciliária aos velhos, apoiadas na “Internet das coisas” estão a revelar-se, em todo o mundo, como verdadeiras alavancas promotoras de um bem sucedido envelhecimento em nossas casas. Mas também neste caso, há um esforço financeiro adicional que exige uma resposta colaborativa do Estado e da sociedade civil.

Garantir um rendimento adequado na velhice

No final do dia, importa garantir um rendimento adequado que liberte uma poupança de ciclo de vida significativa, para cofinanciar as soluções emergentes do paradigma do envelhecimento ativo.

As perspetivas relativamente às pensões de velhice que os jovens-velhos irão auferir nos próximos anos estão longe de ser risonhas. Tal deve-se às regras de formação dos direitos no sistema previdencial. É considerada a totalidade dos rendimentos do trabalho, de toda a carreira contributiva, para obter a remuneração média de referência de cálculo da pensão de velhice a atribuir ao novel reformado. Os baixos níveis remuneratórios, sobretudo nos primeiros

anos de atividade laboral, bem como a irregularidade crescente dos valores declarados à segurança social ao longo do ciclo de vida do beneficiário, irão traduzir-se, mantendo a fórmula atual de cálculo da pensão, em taxas de substituição do rendimento (a relação entre o valor da primeira pensão e o do último salário) cada vez mais reduzidas.

Um boa aproximação a esta evolução é dada pela comparação das pensões contributivas recebidas pelos pensionistas com os rendimentos do trabalho que calham à população empregada em cada momento, o chamado rácio de benefício, cuja evolução no tempo nos dará ideia do que o futuro nos reserva.

As instâncias comunitárias projetam regularmente a evolução de longo prazo deste rácio de benefício para os países da União nos seus Relatórios sobre o Envelhecimento. No Relatório de 2018, projeta-se uma redução do rácio de 11 pontos percentuais, caindo dos 44,1 para os 33,2%, entre 2016 e 2065, no conjunto dos países da União. Para Portugal, projeta-se uma descida dos 57,5 para 34,4%, isto é, uma redução de 23 pontos percentuais do rácio em apreço nos próximos 50 anos.

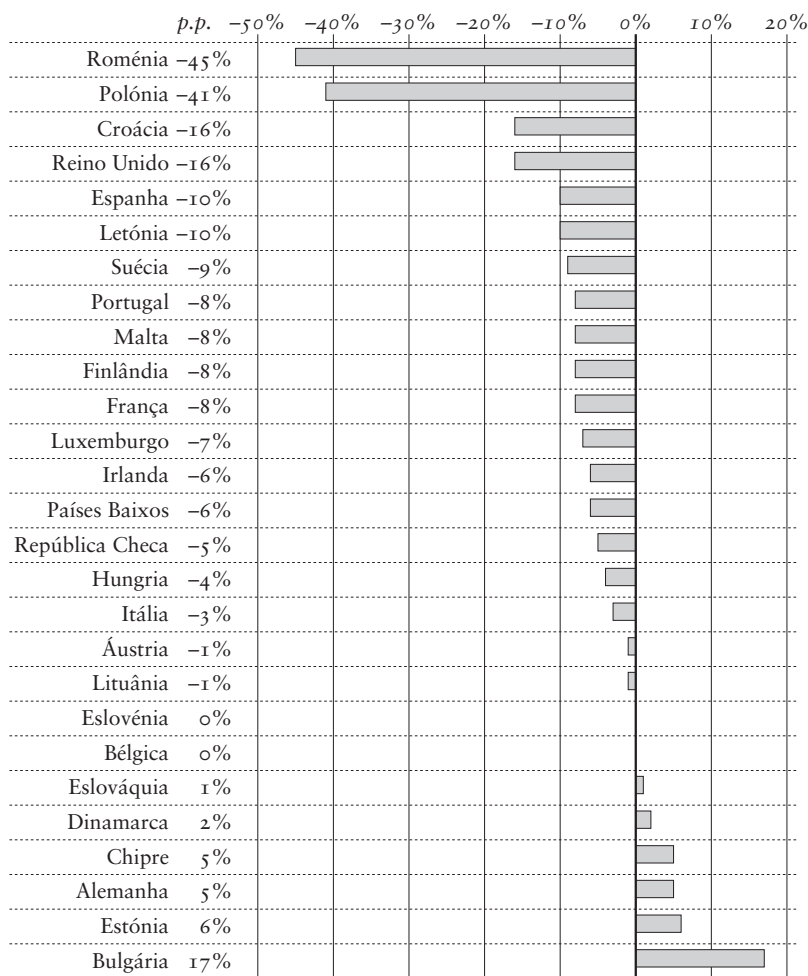
Outra confirmação desta perspetiva resulta do cálculo das taxas teóricas de substituição para uma carreira ininterrupta de 40 anos, as quais deverão declinar na maior parte dos países europeus, como se pode observar na **Figura 4** (*página seguinte*), que apresenta estimativas recentes no âmbito da União Europeia, onde Portugal poderá conhecer uma redução de 8 pontos percentuais.

Estará, assim, a ser criado um problema de “inadequação” crescente das pensões para muitos dos “jovens-velhos” os quais, no entanto, vieram formando a expectativa de poderem viver com qualidade muitos anos de aposentação, sem qualquer atividade económica imposta pela necessidade.

A passagem à reforma traduz-se numa quebra de rendimento de impacto crescente, visto que a distância entre a primeira pensão pública e o último salário da vida ativa tende a aumentar. Acresce o facto de ocorrer degradação do poder de compra da maior parte dos pensionistas ao longo de todo o período de vida de aposentação, com as atuais regras de indexação.

Figura 4.

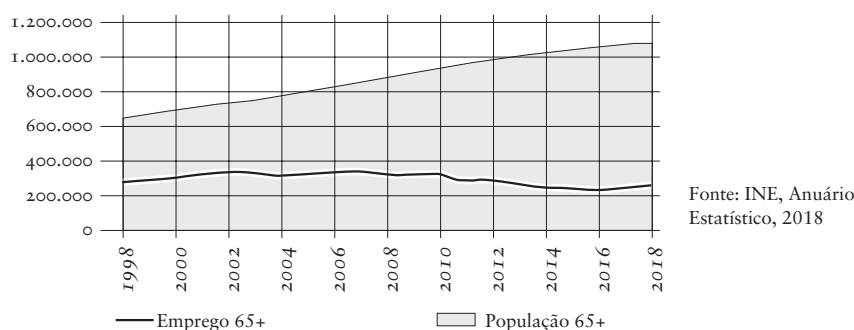
Taxas teóricas de substituição (caso-base de homens com carreira contributiva de 40 anos e remuneração média): variação percentual entre 2016 e 2056



Fonte: Social Protection Committee, *The 2018 Pension Adequacy Report: current and future income adequacy in old age in the EU*, 2018

Para contrariar esta evolução, os jovens-velhos poderão adiar a aposentação e permanecer no mercado de trabalho para além da idade legal de reforma, por forma a que o esforço adicional de contribuições melhore o nível da pensão.

Figura 5.
Emprego sénior (1998-2018)



A evolução recente não tem vindo a dar-se neste sentido. A participação dos seniores na atividade económica tem mesmo decrescido em termos relativos nas últimas década.

Como se observa na **Figura 5**, a população empregada com 65 e mais anos apresenta um volume estável em torno das 300.000 pessoas desde o início do século, apesar de os efetivos totais daquele grupo etário terem aumentado em 66% no período. Os ganhos de longevidade não estão, assim, a traduzir-se na saída mais tardia do mercado de trabalho para a maior parte dos seniores, e a explicação poderá, em larga medida, resultar dos modelos de gestão dos recursos humanos pelas empresas.

O esforço de poupança de ciclo de vida das famílias poderá ajudar a colmatar as deficiências de adequação das pensões?

Em 2017, o rendimento monetário disponível médio por família era de 1500 euros, e não atingia sequer os 1.000 euros por mês para 40% dos agregados (fonte: INE/EU_SILC), os quais são também os que têm mais dependentes (jovens e velhos) na sua composição. Tal modéstia de rendimentos familiares prejudica obviamente a preparação de respostas aos encargos associados com a vida depois da reforma.

Portugal regista níveis reduzidos de poupança das famílias, como é bem conhecido. A nossa taxa mediana de poupança está entre as 5 mais baixas da UE e tal é sobretudo notório nas famílias em que o “indivíduo de referência” (aquele que mais contribui para

Tabela 2.

Taxas mediana de poupança das famílias (em percentagem do rendimento disponível) segundo a idade do indivíduo de referência

Ano	Total	<30 anos	30-44	45-59	60+
2015	11,3	-7,3	4,9	8,6	17,7
2010	14,0	8,1	6,8	13	21,7

Fonte: Eurostat-Experimental Statistics, 2019

os rendimentos do agregado) é mais jovem, como se observa na **Tabela 2**. Aparentemente, só tarde e más horas (depois dos 60 anos) é que acordamos para pôr de lado algum dinheiro para o que possa vir a suceder no futuro.

As características do mercado de habitação português estimularam, no entanto, há muitas décadas a constituição de patrimónios imobiliários das famílias, quase sempre financiados por crédito hipotecário. Tal resultou no panorama que se observa na **Tabela 3**, em que os ativos reais, quase todos imobiliários, são 85 a 90% do património total das famílias (e destes, a larga maioria corresponde à habitação própria).

Este quadro histórico da aplicação das poupanças das famílias portuguesas sugere que a adequação do rendimento dos velhos poderá passar no futuro pela mobilização dos seus patrimónios imobiliários, nomeadamente, usando a habitação própria liberta do

Tabela 3.

Composição dos patrimónios das famílias em 2017

Características dos agregados domésticos		Composição dos ativos das famílias (%)	
		Ativos reais	Ativos financeiros
Total		87,7	12,3
Grupo etário do indivíduo de referência	até 35 anos	91,6	8,4
	35 a 44 anos	88,7	11,3
	45 a 54 anos	89,4	10,6
	55 a 64 anos	87,1	12,9
	65 a 74 anos	85,1	14,9
	75 ou mais anos	85,4	14,6

Fonte: INE, Inquérito à Situação Financeira das Famílias, 2017

ônus hipotecário para obter recursos económicos adicionais para a velhice, a exemplo do que sucede, com frequência, noutros países.

Tal pode ser feito através de contratos de compra e venda de imóveis com reserva vitalícia do direito de habitação para o vendedor idoso; ou através da hipoteca inversa, em que o banco empresta ao proprietário idoso um determinado montante, todo de uma vez ou em prestações mensais, como um complemento de reforma, sendo garantido o crédito pelo património imobiliário.

Abordagem transdisciplinar

O paradigma do envelhecimento ativo face aos problemas que o confrontam, que analisámos antes, exige uma abordagem transdisciplinar apoiada nas ciências da saúde, na economia, na gestão das organizações, na representação política (*politics*), nas políticas (*policies*) públicas, e, de uma forma transversal a todas elas, na ética aplicada.

O óbvio ponto de partida é o de que vidas mais prolongadas são especialmente desejáveis se pudermos preservar por mais tempo as funcionalidades indispensáveis para as vivermos com autonomia, dentro e fora do trabalho, isto é, com plena fruição nos domínios privado, profissional e público da condição humana.

Para isso, os cuidados de saúde devem ser focados no aumento dos anos de boa saúde, entendida esta como uma condição de bem-estar humano completo, que sustenta a autonomia e a qualidade de vida de cada indivíduo em cada ponto do seu percurso temporal. Esta é a perspetiva de ciclo de vida que deveria prevalecer em todas as idades do indivíduo.

O envelhecimento saudável passa por contrariar ou, pelo menos, controlar dependências resultantes de variadas patologias de incidência crescente, e sustentar o declínio cognitivo, tanto quanto possível.

Sabemos que a permanência voluntária no mercado de trabalho dos jovens-velhos, para além da idade normal de aposentação atual, está positivamente correlacionada com o envelhecimento saudável. Mas, para que tal suceda de uma forma generalizada, é preciso incentivar a vontade daqueles, oferecendo-lhes oportunidades

de emprego atrativo, o que desafia tanto o modelo de vida ociosa e confortável, presente ainda entre os seniores, como muitas das ideias tradicionais em gestão das organizações.

Na representação política, há que reforçar o apoio ao envelhecimento ativo, ganhando base de sustentação política para o aumento da idade da reforma (sempre difícil como, uma vez mais, se observa em França) e para a reorientação dos sistemas de saúde para a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis. Tal resulta mais complicado na medida em que se tem generalizado a percepção de que os custos destas políticas terão de ser inevitavelmente transferidos, em boa parte, para os próprios cidadãos e os orçamentos das famílias.

Transversalmente a tudo isto, importa responder a uma preocupação ética fundamental, alcançando aquilo que podemos formular nos termos seguintes: transcender o utilitarismo apropriado aos comportamentos para a sobrevivência apoiada nos instrumentos do *homo faber*, e que emanaram do próprio programa de regulação biológica do *homo sapiens*.¹

Como explicou Hannah Arendt, a vida, entendida no seu sentido não biológico, manifesta-se não nos automatismos da fabricação e da troca utilitarista de mercadorias, mas sim na ação e na comunicação, “que têm em comum com a vida o facto de serem essencialmente fúteis”, isto é, não serem meios para um qualquer fim particular:

“O milagre que salva o mundo, a esfera dos negócios humanos, da sua ruína normal e natural é, em última análise, o facto do nascimento, no qual a faculdade de agir se radica ontologicamente.”²

Perante a dimensão dos desafios que resultam dos ganhos de longevidade que a história humana recente alcançou, o exercício da faculdade de agir confronta-nos com a busca de uma ética de responsabilidade firmada na justiça entre as gerações e na sustentabilidade, que são o suporte incontornável do “milagre” da ação que salva o mundo.

1. Veja-se António Damásio, *Ao Encontro de Espinosa: as Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*, Publicações Europa-América, 2003, p.187.

2. Hannah Arendt, *The Human Condition*, The University of Chicago Press, 1958 (tradução portuguesa: *A Condição Humana*, Relógio d’Água Editores, 2001, pp. 215,300).

‘ADULTOS DE LONGA DURAÇÃO’:

PERPLEXIDADES

– COMENTÁRIO AO PAINEL “ENVELHECER AMANHÃ”

*Maria do Céu Patrão Neves**

“A idade do amanhã”, que hoje aqui nos reúne na reflexão sobre os “desafios à longevidade”, constitui um mote sugestivo para uma pluralidade de olhares sobre o “envelhecimento” que, afinal, se vai materializando no dia-a-dia, nos “hoje” de todos os dias. Eis por que este tema do “amanhã” constitui um dos “hoje” mais pertinentes.

Esta leitura de sentido aparentemente paradoxal aprofunda-se num simples e fugaz olhar sobre o envelhecimento que, de imediato, o evidencia tão natural na sua inevitabilidade, quanto problemático na pluralidade das questões que suscita, tão universal como traço comum a todos os seres vivos, quanto singular na sua vivência por cada indivíduo. Por isso, o envelhecimento tanto se pode abater violentamente sobre a pessoa, como se de uma realidade extrínseca se tratasse (numa tradição epicurista), como se pode ir experienciando paulatina e serenamente, como dimensão intrínseca e constituinte do vivente (numa tradição estoica).

* Professora Catedrática de Ética

É sobre algumas das perplexidades que a reflexão sobre o envelhecimento descobre que prosseguiremos, afastando-nos das questões mais mediáticas da sustentabilidade da segurança social e do aumento dos encargos financeiros do Serviço Nacional de Saúde, que persistem associadas ao tema do envelhecimento numa controversa relação causa efeito, para nos situarmos em quatro problemáticas transversais e de índole ética que interpelam cada um e todos os cidadãos.

Uma primeira reporta-se ao *estereotipo etário*, isto é, à classificação das pessoas pela sua idade cronológica (que não a biológica ou a psicológica) e a organização da vida social a partir desta classificação: a idade de entrar para a escola ou a idade de se reformar... A idade cronológica é um indicador que reconheço indispensável em sociedade, da mesma maneira que reivindico a sua flexibilização. Na ausência de flexibilidade na perspetivação da idade cronológica, isto é, da sua ponderação conjunta (no mínimo) com a idade biológica e a idade psicológica, aquela poderá atingir brutalmente cada um, padronizando, homogeneizando o que, na sua essência, é de natureza singular: a pessoa. Pessoas diferentes com a mesma idade cronológica têm modos de ser e de estar na vida diferentes também, o que é, simultaneamente, constitutivo e expressão da sua identidade. Reconhecer e respeitar esta diferença corresponde a reconhecer e respeitar a identidade de cada pessoa, o que não é compatível com o espalhar de cada um na sua idade cronológica.

Mas o estereotipo etário encerra uma outra dimensão que extravasa a referida mais simples administrativa, para se robustecer na dimensão social em que cada idoso – assim oficialmente designado a partir dos 65 anos cronológicos – personifica inexoravelmente um conjunto de características gerais do seu grupo etário (cronológico). Para o outro, frequentemente, o idoso é lento. Movimenta-se lentamente, pensa lentamente e fala lentamente. É lento física e mentalmente. Para o outro, frequentemente, o idoso é uma pessoa num processo de degenerescência física/motora e mental/cognitiva, atingido por uma progressiva deficiência que o converte num “já não”: já não ouve bem, já não vê bem, já não percebe bem...

A este “já não” retira-se-lhe, a pouco e pouco, toda a iniciativa, porque já não pode tomar decisões (e.g. já não pode zelar pelas suas contas bancárias) mesmo as que apenas a si lhe digam respeito (e.g. já não dispõe do seu dia, de onde vai ou quando) porque também já não sabe o que é melhor para si (e.g. já não decide o que come). Vai-se-lhe despidindo a autonomia, sempre para seu bem, pelo que supostamente não carecendo de autorização, substituindo-o desde as pequenas tarefas, até à própria vida que parece deixar de lhe pertencer. Involui da 3ª para a 4ª idade – categorias etárias tão confortáveis para quem (numa outra idade raramente referida, mas que será a 2ª) avalia os outros.

Alguns dizem que, afinal, o idoso é como uma criança, num misto de carinho e de menosprezo em que o desdém tende a prevalecer. Olhar para uma pessoa idosa como uma criança é fazer tábua rasa de uma vida, anulá-la, pelo que será sempre injusto e humilhante. Além disso, há outra diferença qualitativa que não permite qualquer analogia entre o idoso e a criança: a amplitude do horizonte da esperança que se alarga para a criança, à medida que vai construindo a sua identidade, e que se estreita para o idoso, à medida que os dias se esgotam.

O estereotipo etário, associado à redução da pessoa à sua idade cronológica, objectiva qualquer uma, mas tem um peso superior na pessoa idosa na medida em que anula as suas demais dimensões existenciais, mesmo as mais intensas. Hoje, há filhos que tratam os pais por “os meus velhos”...

Chegamos, assim, naturalmente, a uma segunda problemática transversal ao envelhecimento e eticamente muito sensível, a da *discriminação consentida* em relação ao “velho”. Esta mesma designação, na sua indelével conotação negativa, é já indício inequívoco de discriminação.

Há muito que deixámos cair o termo “ancião” o qual, reportando-se a uma idade avançada, envolvia, de forma indissociável, a noção de respeito devido em função da idade – realidade que várias sociedades celebraram de modos diferentes, mas convergentes na afirmação do estatuto superior do ancião. Este é o que alcançou uma “profecta idade”, uma expressão também esquecida nas nossas sociedades ditas modernas, quer na significação de “pro-

vecta” como “avançada”, quer na ideia associada de acumulação de experiência e de sabedoria.

Actualmente, mesmo quando a sociedade procura uma designação alternativa à de “velho”, num genuíno esforço por anular qualquer conotação negativa atribuída a quem vem somando anos de vida, num dedicado empenho em descobrir ou formular um termo axiologicamente neutro como seria o de “idoso”, depressa a nova palavra adquire uma conotação negativa que, afinal, se vai alastrando, e se tem colado a qualquer designação que se forje. Talvez, hoje, o termo que melhor se esquiva a uma conotação assumidamente negativa seja o de “sénior” (mais sob influência da cultura anglo-saxónica do que na recuperação da sua etimologia latina), até porque em diferentes contextos (nomeadamente empresariais) tem mesmo uma conotação positiva. Eu acrescentaria que nos referimos a “adultos de longa duração”..., na acepção etimológica de “adulto” como o que alcançou a plenitude do seu crescimento, a sua maioridade e maturidade, e nela persevera...

Mas a discriminação (negativa) em relação ao idoso não se resume a uma questão terminológica, cuja política de linguagem, tão empenhada em neutralizar a discriminação para com outras pessoas – rejeitando a objectivação da pessoa pela sua etnia (e.g. o cigano), género (e.g. a gaja), orientação sexual (e.g. o maricas), etc. – não tem tido sucesso em relação aos que se encontram num processo avançado de envelhecimento. Para além do peso real das palavras, a discriminação radica essencialmente na desvalorização que a utilização de todas e cada uma delas transmite, ganhando, através do uso, um sentido de menorização da pessoa. Ser idoso, é estar exposto a ser afastado do emprego, ser retirado da sua casa, ser progressivamente excluído da vida social e mesmo da vida familiar até porque, na assunção do estereótipo etário, é lento, vagaroso, e atrasa a dinâmica social nos domínios em que pretende intervir, está diminuído, pelo que o que pensa ou diz tem cada vez menos interesse, estando também cada vez mais desactualizado, ultrapassado pelas novas realidades que não percebe. E é o próprio que vai dizendo “no seu tempo...”, como se o tempo presente não fosse democrática e plenamente de todos, como se o idoso estivesse a viver o tempo dos outros (usurpando-o talvez...?).

Apontamos, pois, não apenas a discriminação efectiva dos idosos entre nós, mas o drama de esta ser aceite como inevitável ou, pior ainda, ser assumida como natural, pelo próprio, que se afirma fora do tempo. Este drama é agravado por a discriminação do idoso ser também consentida pela sociedade que, despidoradamente, critica o envelhecimento da população como um mal que nos está a acontecer e o idoso como um problema para resolver. A estigmatização etária é geral e tacitamente aceite e a discriminação consentida como se fosse justificável. Afinal, envelheceram...

É assim que chegamos também, num contínuo deslizante, a uma terceira problemática ética transversal, a da *culpabilização imposta*, isto é, a de atribuição de uma pretensa responsabilidade, e mesmo “culpa”, no inequívoco sentido negativo desta, ao processo natural de envelhecimento. Nos discursos dos políticos, nas notícias dos media, na publicidade que nos rodeia, na linguagem do quotidiano de figuras públicas como de cidadãos comuns afirma-se taxativamente, como verdade comum, que os velhos estão a ocupar os empregos dos novos (como se o mercado de trabalho não dependesse directamente da economia dos diversos sectores e do país), que os velhos estão a fazer disparar os custos do Serviço Nacional de Saúde (como se não fossem as novas biotecnologias e os fármacos de última geração os factores que têm maior peso financeiro), que os velhos estão a provocar o desequilíbrio das finanças do Sistema da Segurança Social (como se não o tivessem alimentado para outros e descontado para si mesmos); além disso, os velhos votam erradamente – diz-se (por exemplo, no Brexit, abrindo um arriscado caminho para a evolução da democracia na sugestão de que há votos certos e errados e também que uns votos valem mais do que outros, à semelhança dos eleitores e de acordo com a sua idade) – e os velhos destruíram o ambiente do planeta (ajuizando acções do passado a partir dos conhecimentos de hoje, num sincronismo artificial e intelectualmente falacioso).

A discriminação e a culpabilização tornaram-se faces da mesma moeda e ambas muito evidentes num incauto discurso geracional, actualmente muito em voga. Terá sido o entusiasmo generalizado com os designados *millenials*, como geração superior do novo século, que incentivou a um afã classificativo das pessoas por gerações, a

que não é estranha uma hierarquização de valor. Temos hoje uma proliferação crescente de gerações, que já nem se sucedem a cada 25 anos, mas a cada 10 – a partir de 2010 forma-se uma nova geração para a qual o mundo analógico é passado, afirmando-se como 100% nativa digital, e superando os *millennials* –, tornando todas as gerações rapidamente ultrapassadas, nomeadamente as actuais gerações X, do início dos anos 60 até aos 70; a geração Y, dos fins de 70 até aos princípios de 90; e a Z, de 1992-2010. Os *millennials* acusam a geração anterior, a “geração grisalha”, de ser individualista e hedonista; por outro lado, a recente “geração floco de neve” é acusada de ser constituída por jovens adultos que não aceitam ser contrariados. Poderíamos prolongar este discurso geracional, em sucessivas adjetivações valorativas... A questão fundamental, porém, é esta actual aposta no discurso multigeracional em detrimento do intergeracional, isto é, o que confronta gerações e as hierarquiza, em vez de as harmonizar no tempo e espaço que, afinal, todas partilham de igual modo.

Os velhos parecem, pois, ameaçar as novas gerações, tornando-se duplamente culpados: pelo impacto negativo do seu estilo de vida passada na vida presente e futura dos outros; e por, afinal, continuarem a envelhecer, constituindo um peso para toda a sociedade.

E, mais uma vez, somos conduzidos inelutavelmente a uma nova, a uma quarta problemática ética transversal, a da *patologização do envelhecimento*, isto é, a sua concepção como doença, como algo de ruim (nocivo) na sua implacável aceção negativa, que, como tal, importa tratar clinicamente enquanto possível.

É evidente que curar a pessoa do envelhecimento implicaria uma suspensão animada temporal ou, a limite, a supressão da morte a que o envelhecimento conduz, isto é, a imortalidade. Estaríamos, todavia, no domínio da ficção que, não obstante, a ciência tem vindo paulatinamente a converter em realidade em domínios muito diversos. Também a rejeição da morte se faz por apelo à ciência e à tecnologia, por exemplo, com os tanques criogénicos de corpos humanos a empilharem-se em silos aguardando por um futuro que resgate a sua vida. À margem de situações extremas como esta de inconformismo com a morte, não se pode deixar de sublinhar que a patologização do envelhecimento tem constituído uma estratégia

bem-sucedida de obtenção de financiamento para investigação biomédica relevante no prolongamento da vida, retardando o declínio cognitivo e incapacidades motoras associadas ao processo de envelhecimento.

No presente, e perante a impossibilidade de curar a pessoa do envelhecimento, opta-se por actuar empenhada e entusiasticamente mesmo sobre os sintomas (o grisalho e a perda de cabelo, as rugas e a flacidez...) o que cada vez menos se coloca como opção individual e cada vez mais se impõe como uma obrigação. Na impossibilidade de alguém se preservar indefinidamente jovem, sendo que “estar jovem” é sempre tomado como positivo e elogioso (na crítica subjacente aos idosos), importa então manter a aparência de juventude (evitando ser tomado por “velho”), até porque, a aparência de um corpo jovem corresponde também à percepção de um corpo saudável, sendo ainda, pelo investimento continuado que exige, um sinal de riqueza e de estatuto social.

A concepção de corpo-vivido, que conserva traços, marcas, da vida vivida apaga-se compulsivamente. Assim se apaga também a percepção de que o corpo não é mero objecto do sujeito, mas ele próprio sujeito enquanto expressão da identidade do ser, enformando a sua dimensão espiritual ao mesmo tempo que igualmente a exprime, numa unidade irreduzível de corpo e mente. Destitui-se agora o corpo-sujeito e valoriza-se o corpo-objecto que, enquanto puro objecto, vai ser exteriormente projectado em vez de ser interiormente construído, numa inexorável redução da identidade pessoal. É, pois, essencialmente no plano da sintomatologia que a patologização do envelhecimento se desenvolve. E quando deixa de ser camuflável, quando se torna inevitavelmente indisfarçável, vai-se generalizando a medicalização da morte que não deixa de se exercer como um eugenismo etário.

O *estereotipo etário*, que confortavelmente se instalou na nossa contemporaneidade, conduziu a uma *discriminação* que, contrariamente às demais negativas, é naturalmente perspectivada, pelo que também (inconscientemente?) *consentida* ou mesmo tacitamente justificada pela responsabilidade de cada um em persistir, em durar, numa cada vez menos indisfarçável *culpabilização imposta*, reforçada por uma aparentemente benigna *patologização do envelhecimento*. São

perplexidades de “hoje” para o “amanhã” de cada um, para os adultos de longa duração que somos ou seremos. Eis por que “a idade do amanhã” exige uma revolução de mentalidades hoje que rejeite para os anciãos, para as pessoas de longa duração, o que não aceitamos para mais nenhuma.

OLHARES SOBRE O ENVELHECIMENTO:

PESSOAS, ESPAÇOS E (ALGUMAS) PROTEÇÕES

– COMENTÁRIO AO PAINEL “ENVELHECER AMANHÃ”

*João Carlos Loureiro**

Se a palavra primeira é também de agradecimento pelo convite e a segunda diz-se em *sms* – que aqui significa *saudação muito sincera* a todos, entre organizadores, público e Colegas de mesa –, a terceira remete-nos para a natureza da tarefa. Descascando a palavra comentário, ascendemos, na memória da língua, ao latino *commentum*, a *meminisse* (recordar), que nos reenvia para mente. Embora esta mesa seja presidida por uma jornalista – Susana Moreira Marques –, não cairemos na tentação de utilizar uma fórmula que remontará aos anos 50 e terá sido cunhada por Charles Ross, no quadro da presidência Truman: *No comment*¹.

Assim, tendo presente o fio de Ariadne proposto para percorrer o labirinto da incerteza que anda associada ao *por-vir*, vemos que a primeira comunicação, de Alexandre de Mendonça, se centrou na problemática das (in)capacidades cognitivas e do declínio mental. Pergunta-se se é possível a prevenção do declínio cognitivo da idade. Com um saber também de experiência feito, tomando os

*Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

1. <https://www.etymonline.com/word/comment>.

“seus apontamentos diários numa espécie de livro de ementas”², desafia a ideia comum do aumento, no Ocidente, da incidência e da prevalência de doenças mentais, pois os números indicariam o contrário. E sobretudo, falando agora da minha experiência de cuidador de uma avó cujos últimos anos de vida foram significativamente afetados pela doença, numa “estranheza” (para citar de novo Alexandre de Mendonça, mas nas suas vestes de poeta³) existencial pela transformação do outro, como se tivesse bebido das águas de Letes, o rio do esquecimento, mas, ao contrário da mitologia grega ou da *Divina Comédia*, de Dante, ainda em vida. Também aqui o afinamento do diagnóstico não rima com eficiência terapêutica. Do ponto de vista dos desafios éticos da longevidade, mote deste seminário, poderíamos perguntar-nos pelo sentido da vida, pela autonomia prévia (com a questão, por exemplo, das Diretivas Antecipadas de Vontade⁴), pela eutanásia (morte a pedido) e a ajuda ao suicídio, por cuidados e custos no quadro de uma justiça que se espera “cordial”⁵. Recusando que estejamos perante não pessoas, como algumas vozes têm sustentado nos casos mais graves, a partir de uma conceção autoconsciencial de pessoa enraizada em Locke⁶, a que não é estranho um dualismo de traço (neo)gnóstico⁷. Também aqui a questão dos robôs-cuidadores, ainda que andróides, não é isenta de problemas.

Na síntese que nos foi distribuída, Ana Tostões remete-nos para a questão de urbes que tomem a sério a grisalhização demográfica, apontando para uma reorganização de espaços (também de enve-

2. Mendonça, A. (2015). *Livro das ementas*. Lisboa: Chiado Editora, p. 48.

3. Mendonça, A. (1984). *Tratado do Universo, do homem e da sua relação: poesia*. Lisboa, p. 129.

4. Em Portugal, vd. a Lei n.º 25/2012, de 16 de julho [regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV)], com as alterações introduzidas pela Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto.

5. Cortina, A. (2010). *Justicia cordial*. Madrid: Trotta.

6. Locke, J. (1999). *Ensaio sobre o entendimento humano*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (na primeira edição consta como data 1690, mas a obra terá sido publicada ainda em 1689), Parte II, Cap. XXVII (Da identidade e da diversidade), acrescentado na segunda edição.

7. Sobre o (neo)gnosticismo no campo da corporeidade, vd., por exemplo, George, R. P. (2016). Gnostic liberalism. *First Things: A Monthly Journal of Religion and Public Life*, n. 268: vd. também Ganascia, J.-G. (2018). *O mito da singularidade: devemos temer a inteligência artificial?*. Lisboa: Temas e Debates/ Círculo de Leitores, cap. 5 (dedicado às “gnoses modernas”, pp. 73-101).

lhecimento) e de meios, como o transporte público, que surgem como veículo de construção e desenvolvimento de relações humanas, embora os *selfmedia*, a começar pelos *smartphones*, deem novos contornos à ideia clássica de uma “multidão solitária”⁸. Num texto intitulado *The shape of the city*, convoca Charles Baudelaire⁹ – não por acaso, Martin Heidegger dizia que os poetas veem mais longe, sendo “os guardas desta habitação [que é a linguagem]”¹⁰ –: “(...) la forme d’une ville/ Change plus vite, hélas! que le coeur d’un mortel”¹¹. Num seminário do CNECV, a pergunta sobre a mudança das formas urbanas convoca-nos para uma aceção mais profunda de forma que utilizamos aqui como princípio de inteligibilidade¹². Também o envelhecimento não escapa a uma tentativa de compreensão ética das políticas (*policies*) públicas em geral e urbanísticas em especial. Socorrendo-me da síntese da comunicação¹³, há quatro valores/princípios que enuncia: inclusividade, sustentabilidade, segurança e prosperidade, em registo de universalidade (“para todos”). Comprimidos pelo rolo do tempo, falemos apenas da sustentabilidade. Se Hans Jonas publicou, há quarenta anos, *Das Prinzip Verantwortung*¹⁴, Felix Ekardt avançou com *Das Prinzip Nachhaltigkeit*¹⁵. Aqui não se trata apenas de uma sustentabilidade ambiental e energética, de uma sustentabilidade económica e finan-

8. Usamos com alguma liberdade o título de uma conhecida obra de David Riesman, em conjunto com Nathan Glazer and Reuel Denney, publicada originalmente em 1950.

9. O poema de Baudelaire é *Le cygne*, sendo dedicado a Victor Hugo.

10. Heidegger, Martin. (1998). *Carta sobre o humanismo*. (5ª ed.). Lisboa: Guimarães, p. 33.

11. Tostões, A. (2016). *The shape of the city*. Lisboa: MIT Press.

12. Na esteira de Hans Urs von Balthasar, que considera também Goethe, vd. Schindler, D. L. (1990). Introduction: grace and the form of nature and culture. In Idem (ed), *Catholicism and secularization in America: essays on nature, grace, and culture* (pp. 10-30). Huntington: Our Sunday Visitor, p. 14.

13. CNECV (2019). *A idade do amanhã: desafios éticos da longevidade*, XXII Seminário Nacional do CNECV, Coimbra, 29 de novembro de 2019. Lisboa: CNECV, p. 8.

14. Jonas, H. (1979). *Das Prinzip Verantwortung: Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt am Main: Insel-Verlag [há tradução em língua portuguesa: *O princípio responsabilidade: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica*. Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006].

15. Ekardt, F. (2010). *Das Prinzip Nachhaltigkeit: Generationengerechtigkeit und globale Gerechtigkeit*. (2.ª ed.). München: Beck; mais recentemente, e com outros desenvolvimentos, Idem (2016). *Theorie der Nachhaltigkeit: Ethische, rechtliche, politische und transformative Zugänge – am Beispiel von Klimawandel, Ressourcenknappheit und Welthandel*. (2.ª ed.). Baden-Baden: Nomos.

ceira, mas também de uma sustentabilidade social, com forte dimensão ética e que se cruza com a inclusividade. Vittorio Magnago Lampugnani, uma figura que Ana Tostões conhece bem e que tem sublinhado a interdisciplinaridade como chave de compreensão da “forma da cidade”¹⁶, publicou um artigo no *Neue Zürcher Zeitung*, sintomaticamente intitulado “Was Bauen mit Ethik zu tun hat”¹⁷ (“O que construir tem a ver com a ética”). Naturalmente, não é este o lugar, nem muito menos eu, simples jurista, a pessoa indicada para recapitular o percurso materializado no texto, onde se convocam Augustus Welby Northmore Pugin, que, convertido ao catolicismo, se fez neogótico, ou o mais conhecido Le Corbusier. Aqui teríamos também a ideia de uma cidade sustentável para as diferentes etapas da vida, uma “cidade inteligente” (*smart city*) onde a moralidade não se limita a um dos transcendentais (o belo), mas inclui igualmente exigências de criar condições de um encontro intergeracional.

A terminar esta etapa e fazendo a ponte para a terceira comunicação, seja-me permitido convocar o art. 72.º/1 da Constituição da República Portuguesa (CRP): “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”¹⁸.

Finalmente, a última apresentação entrou no terreno da segurança social, onde Fernando Ribeiro Mendes referenciou, há cerca de década e meia uma “conspiração grisalha”¹⁹, que conhece paralelo em obras como, por exemplo, o conhecido estudo de Frank Schirrmacher sobre o “complô de Matusalém”²⁰. Com efeito, “longevos e não fecundos”²¹ em termos gerais, com um sistema de segu-

16. Lampugnani, V.M. (2016). “The shape of the city: a methodological proposal”, in *The shape of the city* (pp. 21-43). Lisboa: IST Press, p. 39.

17. *Neue Zürcher Zeitung*, 29/7/2016.

18. Para um breve comentário, vd. Canotilho, J.J.; Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa anotada*, I. (4.ª ed.). Coimbra: Coimbra Editora, pp. 884-885.

19. Mendes, F.R. (2005). *Conspiração grisalha: segurança social, competitividade e gerações*. Oeiras: Celta Editora.

20. Schirrmacher, F. (2004). *Das Methusalem-Komplott*, München: Blessing (há trad. bras.: *A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha: como será o novo choque de gerações*. Rio de Janeiro: Campus, 2005).

21. Mendes, F.R. (2005). *Conspiração grisalha*, Capítulo 1 (“Longevos e não fecundos”).

rança social (nomeadamente em matéria de pensões públicas) que, sem prejuízo de um conjunto de intervenções, como um fator de sustentabilidade²² (ainda que limitado no seu desenho), continua a ser demasiado tributário de uma outra sociedade. Questionando o “paradigma de ócio confortável”²³, mais para uns do que para outros face à extensão das desigualdades, atento aos desafios de uma “sociedade líquida”²⁴ e de “descida”²⁵, em termos de uma (pós)/(tardo)/modernidade²⁶, é o fim de um certo mundo, mas não o apocalítico fim do mundo que se anuncia. No ano em se assinala o centenário do pacote de seguros sociais aprovados em maio de 1919, permitam-me recordar que, num tempo marcado por uma esperança de vida significativamente mais reduzida, a idade estipulada para a pensão de reforma era de 70 anos²⁷! Chegámos a um ponto em que, se nos centrarmos na tendência de médio e longo prazo e não hipervalorizarmos as mudanças decorrentes de flutuações conjunturais de desemprego, podemos dizer que há cada vez menos pessoas, a pagar cada vez mais, para receber cada vez menos (em relação ao montante da pensão que teriam se as regras não tivessem sido alteradas). A conjunção de possibilidades (revo-

22. Vd. Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de outubro (última alteração – a 9.ª – do diploma: Decreto-Lei n.º 79/2019, de 14 de junho), art. 35.º.

23. CNECV (2019). *A idade do amanhã: desafios éticos da longevidade*, p. 9.

24. A ideia é recorrente na obra de Bauman, que fala de “modernidade líquida”, “amor líquido”, “Europa líquida”, “medo líquido”, “mal líquido”: vd., por exemplo, Bauman, Z. (2006). *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Lisboa: Relógio D’Água. Umberto Eco mobilizou a expressão sociedade líquida confessando a sua dívida para com Bauman: cf. Eco, U. (2016). “Introduzione”, in *Pape Satàn aleppe: cronache di una società líquida*. Milano: La nave di Teseo (trad. port.: *Pape Satàn aleppe: crónicas de uma sociedade líquida*, Lisboa: Relógio d’Água, 2016).

25. Nachtwey, O. (2016). *Die Abstiegs-gesellschaft: über das Aufbegehren in der regressiven Moderne*, Berlin: Suhrkamp (trad. cast.: *La sociedad del descenso: precariedad y desigualdad en la era posdemocrática*. Barcelona; Buenos Aires; México: Paidós, 2017).

26. Sobre os conceitos de modernidade tardia (tardomodernidade) e pós-modernidade, vd., por todos, Ballesteros, J. (2000). *Postmodernidad: decadencia o resistencia*. (3.ª ed.). Madrid: Tecnos. Registe-se que Bauman entende que estamos perante uma “modernidade líquida”, sublinhando que “pós-modernidade” é, aliás, um conceito pela negativa: cf. Bauman, Z. (2012). *Liquid modernity revisited*. In Idem, *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press, ix.

27. Decreto n.º 5:638 (organizando os seguros sociais obrigatórios na invalidez, velhice e sobrevivência), Art. 15.º: “A pensão de velhice correspondente ao salário por inteiro é concedida a todo o segurado logo que atinja a idade de 70 anos (...)”. Sobre o contexto e as linhas de força da legislação de 1919, vd., com outras indicações, Loureiro, J. C. (2019). Centenário da legislação de seguros sociais obrigatórios (maio de 1919). *Boletim da Faculdade de Direito*, 95/1, 97-159.

lução biomédica) e do acesso a esses cuidados permitido por uma *res publica* marcada pela socialidade (sem prejuízo de vozes que falam de pós-social²⁸) permite afirmar que o sucesso, maior ou menor, do Estado social, contribuiu significativamente para a própria crise deste Estado.

Do ponto de vista da ética da longevidade, mas também com repercussão jurídica (desde logo, constitucional), temos de convocar um princípio da justiça intergeracional que, só parcialmente, coincide com o princípio da sustentabilidade²⁹. É preciso tomar a sério a escassez e perceber que a metanarrativa do Progresso, que, por exemplo, em direito constitucional aparecia associada a um princípio da proibição do retrocesso social, nomeadamente em versões rígidas ou ortodoxas³⁰, não resiste a um teste de realidade. Se há muitos idosos pobres, velhice não é, no entanto, sinónimo necessário de pobreza. Fernando Ribeiro Mendes defende uma maior liberdade de escolha em matéria de reforma, considerando a pobreza e a questão da (des)igualdade no acesso³¹ (um tema-chave) aos cuidados de saúde, no quadro do envelhecimento em curso.

28. Entre nós, trata-se de um ponto recorrente na obra de Vasco Pereira Silva: cf. Silva, V. P. (1988). “Estruturas da Sociedade: liberdade e solidariedade”, in Comissão Nacional Justiça e Paz, *Gaudium et Spes: uma leitura pluridisciplinar vinte anos depois*. (pp. 125-133). Lisboa: Rei dos Livros; Idem (1989). *Para um contencioso administrativo dos particulares: esboço de uma teoria subjectivista do recurso directo de anulação*. Coimbra: Almedina, pp. 56-61; Idem (1996). *Em busca do acto administrativo perdido*. Coimbra, 1996, pp. 122 ss.; no mesmo sentido, vd. Estorninho, M.J. (1996). *A fuga para o direito privado*, Lisboa: Almedina, 1996, p. 47-80, p. 96, p. 354. É verdade que o Estado, além de regulador, se tem apresentado nas vestes de Estado garantidor ou de garantia. Vieira de Andrade [Andrade, J.C.V. (2017). *Lições de direito administrativo*. (5.ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 27], ao tratar do Estado Regulador e Garantidor” refere precisamente que “há quem fale de Estado ‘Pós-Social’ (‘pós-moderno’);” Silva, S. T. (2010). *Um novo direito administrativo?*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, p. 35, faz equivaler Estado garantidor e Estado pós-social. Contudo, partindo nós de um conceito amplo de Estado social, que não o identifica com o Estado Providência, entendemos que nos movemos ainda no âmbito do Estado social, sem prejuízo de indesejáveis mudanças.

29. Sobre este ponto, Loureiro, J.C. (2010). *Adeus ao Estado social? A segurança social entre o crocodilo da economia e a medusa da ideologia dos “direitos adquiridos”*. Coimbra: Wolters Kluwer; Coimbra Editora, p. 279.

30. Com outras indicações, vd. Loureiro, J.C. (2014). Neojoaquimismo, constitucionalismo e escassez. *Revista Portuguesa de Filosofia* 70 (2-3), pp. 231-260

31. Trata-se de um tema-chave no que toca à participação nos bens sociais, como sublinhou, em anterior Seminário do CNECV, Gomes Canotilho: “[n]o caminho do acesso descobri na ciência alemã a sugestão do “abridor de portas” para a inclusividade existencial” [Canotilho, J.J.G. (2019). Olhar com paixão a imunologia da esperança. In *Justiça e bioética: Seminário Nacional – 20 de maio de 2016* (pp. 29-36). Lisboa: CNECV, p. 35].

O amanhã do mote proposto pela organização da Conferência parece compaginar-se com o título de obra da moderadora – *Agora e na hora da nossa morte*³² – e a exigência de cuidado(s). Mas há um futuro, que se faz ou quer fazer presente, defendido pelos transumanistas/pós-humanistas (permitam-me que não entre agora neste novelo conceitual³³) que veem o envelhecimento como uma doença superável³⁴. Alguns anunciam uma longevidade mais própria de Matusalém e mesmo a imortalidade deste lado, sem necessidade de entrar numa vicentina barca, antes num laboratório de biologia ou mesmo no carregamento num sistema cibernético. No limite, desapareceriam as pensões de velhice³⁵; no quadro de um rejuvenescimento permanente, os arquitetos não teriam de se preocupar em incluir os idosos.

No registo transumanista/pós-humanista, podem abrir-se portas para um apocalipse antropológico³⁶, a somar à paleta de receios face a cenários de destruição nuclear ou ambientais.

Por ora e a terminar, diria que, desafiados pelo nome do lugar – Convento São Francisco –, o tempo é de reiterado agradecimento a todos, de interpelação por/para projetos de ecologia integral³⁷ que

32. Marques, S. M. (2012). *Agora e na hora da nossa morte*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; Tinta-da-China.

33. Vd., por exemplo, Loh, J. (2018). *Trans – und Posthumanismus: zur Einführung*. Hamburg: Junius; Hottot, G. (2014). *Le transhumanisme est-il un humanisme?*. Bruxelles: Académie Royale de Belgique.

34. Por exemplo, Grey, A.; Rae, M. (2016). *La fine dell' invecchiamento: come la scienza potrà esaudire il sogno dell'eterna giovinezza*. Ladispole: D Editore.

35. Considerando o pós-envelhecimento e a pós-mortalidade, Loureiro, J. C. (2018). (In)sustentabilidade da segurança/seguridade social: entre as “brumas da memória” e as “brumas do futuro” em tempos de neoglobalização e neognosticismo(s). Tópicos de um roteiro. *Boletim da Faculdade de Direito*, 94/2, 1031-1052, p. 1048.

36. Em termos de apocalítica, resultado de ações humanas, além do apocalipse antropológico, podemos referir ainda o receio de um apocalipse nuclear – que marca o período após o final da II Guerra Mundial, mas que não desapareceu – e de um apocalipse ambiental (incluindo a questão do clima): cf., com outras indicações, Loureiro, J. C. (2019). *Centenário da legislação de seguros sociais obrigatórios*, pp. 155-156.

37. A ideia de ecologia integral aponta para a necessidade de considerar a relevância da natureza para a vida humana (ecologia ambiental), mas também a importância de uma ecologia que “inclua claramente as dimensões humanas e sociais” (Papa Francisco, *Louvado sejas: Carta Encíclica Laudato si’ sobre o cuidado da casa comum*, n.º 137; vd. todo o Capítulo IV deste documento de 2015). Para outras referências, vd., por exemplo, Zamagni, S. (2015). Un’ecologia integrale: civilizzare l’economia e custodire il creato. In *Abiterai la terra: Commento all’enciclica Laudato si’* (pp. 25-35). Roma: AVE.

cerze pessoas e ambientes, fazendo do(s) cuidado(s) uma palavra primeira. Para que se reduzam significativamente os que fazem suas palavras de Florbela Espanca: “Tenho a pior velhice, a que é mais triste”³⁸.

38. Espanca, F. (1995). Pior velhice in *Sonetos*. Lisboa: Ulisseia, p. 49 (primeira edição: *Livro de mágoas*. Lisboa, 1919).

CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

CIÊNCIAS DE DADOS E INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: APLICAÇÕES E IMPLICAÇÕES

*Mário A. T. Figueiredo**

As organizações modernas (quer privadas, quer públicas) têm revelado na última década uma enorme apetência pela inteligência artificial (IA) e pelas ciências de dados (CdD), num contexto de generalização do processo de transformação digital de muitos ramos de actividade e do acesso global à Internet. As empresas estão bem conscientes do enorme valor económico/comercial da informação e da comunicação e do seu papel central como elemento diferenciador entre competidores. Por exemplo, uma caracterização detalhada dos hábitos e preferências dos seus actuais e potenciais clientes, bem como uma comunicação fácil e directa com os mesmos, são importantes trunfos para qualquer empresa comercial.

A importância real e a visibilidade pública das CdD e da IA têm crescido exponencialmente nas últimas décadas, com impacto (não só quantitativo, mas também qualitativo) em muitas áreas de actividade. Podem identificar-se dois catalisadores centrais para este crescimento. Por um lado, a enorme expansão da *Internet*, permitindo a partilha e o acesso a dados e informação numa escala até há poucas décadas inimaginável. Hoje em dia, mais de metade da população humana tem acesso à *Internet*, não só como consumido-

*Instituto de Telecomunicações e Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa.

res de informação, de media, de comunicação, mas também produzindo grandes quantidades de dados sobre as suas preferências, hábitos e actividades comerciais, profissionais, sociais e pessoais, nomeadamente através do uso generalizado das chamadas redes sociais. Esta expansão suporta-se em (e tem estimulado) notáveis avanços tecnológicos no armazenamento, comunicação e processamento de dados (nomeadamente, na chamada “cloud”), bem como nas telecomunicações, incluindo os ubíquos dispositivos móveis pessoais (vulgo *smartphones*). Cada *smartphone* está permanentemente a gerar dados (a sua localização, a sua utilização, as actividades do seu utilizador,...) que, para muitas empresas (e também governos), contém informação de enorme valor. Por outro lado, os avanços nas CdD, nomeadamente na IA e, em particular, na aprendizagem automática (AA, *machine learning*), têm permitido desenvolver métodos para extrair informação útil a partir destes grandes volumes de dados de forma cada vez mais eficaz.

Uma parte significativa dos avanços em IA, AA e CdD das últimas duas décadas foi estimulado pelo desejo de grandes empresas cujo modelo de negócio depende criticamente de um excelente conhecimento dos seus utilizadores, tais como o Facebook, a Google, o YouTube e a Amazon, de alcançar dois objectivos: extrair a maior quantidade de informação/conhecimento possível acerca de cada um de nós; usar esse conhecimento para capturar a nossa atenção, quer com objectivos comerciais directos (como no caso da Amazon) quer para vender a nossa atenção a terceiros (como no caso das redes sociais, nomeadamente o Facebook). Este modelo de negócio (a que Tim Wu chamou “os mercadores da atenção”¹) depende criticamente e só é possível com utilização maciça de CdD e IA, o que levou estas empresas a fazer investimentos em investigação e desenvolvimento nestas áreas em volumes muito superiores ao que era possível na academia. Nas duas últimas décadas verificou-se uma movimentação clara do centro de massa da investigação em CdD e IA das academia para as grandes empresas tecnológicas da área (nomeadamente, Google, Amazon, Facebook, Microsoft, para referir apenas as mais conhecidas). O sucesso desta aposta é bem claro. As duas maiores empresas cujo modelo de negócios é puramente

1. T. Wu, “The Attention Merchants: The Epic Scramble to Get Inside Our Heads”, Atlantic, 2016.

baseado em dados e informação, suportado em impressionantes infraestruturas informáticas (os famosos *data centers*), não produzindo nem vendendo qualquer objecto material, a *Alphabet* (à qual pertence a *Google*) e a *Facebook*, estão hoje na lista das 10 empresas mais valiosas do mundo.

As CdD e, mais recentemente, a IA e a AA, têm também presença e influência centrais na ciência moderna desde há várias décadas. Isto é verdade não só, de modo evidente, nas ciências ditas “duras” (como a biologia, a física, a química, a astronomia), mas também, e de modo crescente, nas ciências sociais e humanas, como a sociologia, a história ou as ciências políticas. Muitas das metodologias destas áreas envolvem a aquisição, processamento e análise de grandes volumes de dados, tornando as CdD ferramenta essencial de investigação. Por este facto, tornou-se vital para o ensino superior apostar decididamente na formação em CdD, como o estão a fazer muitas das melhores escolas em todo o mundo. Tratando-se de uma área vasta, heterogénea, multidisciplinar e em rápida evolução, o seu ensino coloca desafios diferentes dos da maioria das outras áreas.

Pelo exposto no parágrafo anterior, faz sentido defender que a formação básica de quase todas as áreas do ensino superior (incluindo as ciências sociais e humanas, assim como as ciências da vida, nomeadamente a biologia e a medicina) contemple elementos de CdD. Naturalmente, o peso destes elementos na formação não será o mesmo em todas as áreas. Nas que utilizam dados de modo intenso, como a biologia, a medicina, a economia, esta formação em CdD deve ter solidez e profundidade suficientes para que os profissionais destas áreas consigam usar ferramentas de CdD de modo proficiente e lúcido, bem como actualizar os seus conhecimentos ao longo da vida. Noutras áreas, nomeadamente na maioria das ciências humanas, as CdD não terão um peso tão significativo na formação, mas devem estar presentes para dar aquilo a que se pode chamar “literacia de dados”.

Com a crescente penetração de *data scientists* na indústria e nas empresas de serviços de todo o tipo (incluindo de saúde), tornou-se óbvio que a formação em CdD deveria ser muito diferente das até aí existentes nas áreas afins (informática, estatística, engenharia). Por um lado, para ser efectivo e autónomo, um *data scientist* tem de ter

conhecimentos de engenharia de software, pelo menos a nível da prototipagem. Por outro lado, como os “produtos” cada vez mais se suportam em dados (ou mesmo se confunde com estes), um *data scientist* necessita de sólida formação em processamento e análise de dados (estatística, IA, AA). Finalmente, fazendo justiça à designação “*scientist*”, um *data scientist* tem de saber levar a cabo uma abordagem científica aos problemas, criando processos que permitam avaliar e validar os resultados da sua actividade. Para além dos impactos económicos evidentes, pode afirmar-se que as CdD representam, de certo modo, uma vitória da ciência empírica. Depois de séculos de refinamento em círculos restritos (essencialmente académicos/científicos), é interessante notar como componentes centrais do método científico, em particular a recolha de dados, a experimentação, a formulação, avaliação e validação/confirmação de hipóteses, se tornaram elementos essenciais da economia moderna.

Com a crescente automatização e digitalização de muitos aspectos da nossa vida pessoal e social, a importância das CdD e o seu peso na sociedade continuarão a aumentar. A automatização de processos requer a aquisição e o processamento de dados, acabando também por facilitar a recolha de ainda mais dados, num círculo que alguns vêm como virtuoso e outros como vicioso. Com novos tipos de sensores em cada vez mais locais (desde os satélites que observam o terra até aos sensores que registam parâmetros da superfície do nosso corpo e a nossa actividade diária, como é o caso dos já muito comuns *fitness trackers* e *smart watches*), gera-se um fluxo crescente de enormes quantidades de dados a analisar. É assim evidente que as CdD se deverão tornar uma das mais importantes actividades humanas, com fortíssimas implicações em muitos aspectos da vida nas sociedades modernas.

Finalmente, foquemos agora a atenção no impacto das CdD e da IA na medicina e nos cuidados de saúde, onde as aplicações e implicações são inúmeras, tendo esta tendência começado há várias décadas com a importância fundamental da estatística e da análise de dados na chamada medicina baseada em evidência (*evidence-based medicine*). O processo de infusão de IA e AA na medicina e nos cuidados de saúde tem sido um processo em aceleração com tal potencial disruptivo que levou Eric Topol a afirmar (no seu livro de

2019, “*Deep Medicine*”²): “levará anos (...), mas esta será considerada a maior transformação da história da medicina.”

Uma das mais importantes promessas da IA na medicina é que aquela permitirá libertar os profissionais de saúde de tarefas repetitivas de análise de meios de diagnóstico (por exemplo, diagnóstico a partir de observação visual de imagens médicas de vários tipos), permitindo-lhes ter tempo para a interacção com os pacientes e para a integração de vários tipos de informação, não só técnica mas também humana, convergindo para um diagnóstico e uma opção terapêutica que leve em conta a totalidade de cada paciente. Em muitas aplicações, existem já sistemas automáticos de diagnóstico a partir de imagens que exibem desempenhos superiores aos de qualquer especialista humano. Este facto não é de todo surpreendente, dado que uma imagem (ou mais ainda, um volume tridimensional, como no caso da imagiologia por ressonância magnética) contém informação muito complexa em muito alta quantidade e dimensão, cuja análise é mais adequadamente levada a cabo por uma máquina capaz de processar e analisar estes tipo de estruturas de dados, sem nunca se distrair, sem nunca se cansar, e dotada de capacidade de aperfeiçoamento constante a partir da avaliação da seu próprio desempenho. Esta vantagem das máquinas sobre os humanos em tarefas de análise de dados com objectivo de obter diagnósticos estende-se a outras áreas da medicina, desde a oftalmologia (onde métodos de IA diagnosticam doenças em imagens do fundo do olho) à psiquiatria, desde a cardiologia (onde técnicas automáticas identificam certos tipos de arritmias em sinais electrocardiográficos tão bem ou melhor que qualquer especialista) à dermatologia (existindo hoje vários sistemas automáticos capazes de diagnóstico precoce de vários tipos de cancro de pele com tanta ou melhor precisão que qualquer dermatologista).

No entanto, embora muitos destes sistemas estejam já demonstrados e validados clinicamente, estamos ainda no início de era IA na medicina. A medicina, compreensivelmente, tem grande resistência a mudanças radicais e envolve processos de validação de novas metodologias e novas terapêuticas que são demorados e extremamente exigentes. Por outro lado, a IA está a evoluir a um

2. Eric Topol, “*Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*”, Basic Books, 2019.

ritmo elevado, com métodos que hoje exibem desempenhos que são o estado da arte a serem destronados em poucos meses; esta adequação entre o elevado ritmo de evolução da IA e a natural morosidade dos processos de validação e regulamentação da prática médica são um desafio para as comunidades técnicas e científicas envolvidas nesta interacção. Neste contexto, levantam-se também várias questões éticas delicadas que tocam em aspectos da deontologia médica. Por exemplo, o actual Código Deontológico da Ordem dos Médicos não considera sequer a hipótese de um diagnóstico ser produzido por um sistema de IA.

Uma promissora área de aplicação de CdD e IA em cuidados de saúde é o apoio e monitorização de idosos a viver nas suas residências ou em residências assistidas. Um dos objectivos deste tipo de monitorização e apoio é prolongar o tempo de vida autónoma na residência própria, mantendo os níveis de segurança que se encontram numa residência assistida, mas exigindo menos recursos humanos especializados e pretendendo dar ao idoso uma sensação de autonomia e conforto. É hoje possível monitorizar de modo não invasivo uma enorme variedade de parâmetros relevantes (e neles detectar eventos anómalos merecedores de atenção ou intervenção), tais como frequência cardíaca e respiratória, sinal electrocardiográfico, temperatura, nível de actividade física, condutância da pele, estado emocional. É mesmo possível através de análise de fala e linguagem detectar sinais precoces de doença de Parkinson³ ou sinais iniciais de défice cognitivo ligeiro ou de doença de Alzheimer⁴, de modo não invasivo e sem exigir a participação activa da pessoa sob observação. Um aspecto crucial da utilização de IA e AA neste domínio é que este tipo de abordagens permite ao sistema “aprender” quais os “padrões normais”, por exemplo, de actividade física, de cada pessoa monitorizada, aprendendo a detectar anomalias; no mesmo espírito da medicina personalizada, a utilização de IA e AA permite construir sistemas de monitorização personalizados, com capacidade de aprendizagem e adaptação a cada paciente.

3. J. Orozco-Arroyave, J. Vasquez-Correa, F. Honig, J. Arias-Londono, J. Vargas-Bonilla, S. Skodda, J. Rusz, E. Noth, “Towards an automatic monitoring of the neurological state of Parkinson’s patients from speech”, IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing, 2016.

4. Y. Chien, S. Hong, W. Cheah, L. Yao, Y. Chang, L. Fu, “An automatic assessment system for Alzheimer’s disease based on speech using feature sequence generator and recurrent neural network”, Nature Scientific Reports, 2019.

Abordagens baseadas em CdD e AI para apoio à vida autónoma de idosos são também uma direcção de avanço importante e muito promissora. Este apoio pode ter a forma de um simples sistema (por vezes chamado *smart pill box*) que controla e monitoriza a toma de medicação, podendo mesmo incluir a emissão de avisos para o paciente ou para os responsáveis pela monitorização em caso de esquecimento, até *robots* assistentes que interagem com o utilizador por comandos de voz e ajudam em tarefas domésticas. Estes *robots* podem, simultaneamente, cumprir tarefas de monitorização, com base em captura e análise de imagem e som. Estes *robots* podem mesmo ser desenhados para estabelecer diálogos com os utilizadores, cumprindo assim uma função de estimulação cognitiva e emocional, especialmente com pacientes mais debilitados cognitivamente, tal como doentes de Alzheimer, em que estas interações podem ser muito penosas e consumidoras de tempo para os cuidadores humanos. Naturalmente, alguma desta interacção pode ser com familiares que não coabitem com o paciente, servindo o robot como dispositivo de comunicação móvel autónomo.

Um outro tipo de apoio hoje em dia possível consiste em melhorar o desempenho sensorial de idosos. Naturalmente, os aparelhos auditivos cumprem esta função e têm já várias décadas de utilização, mas as versões mais modernas têm desempenhos incomparavelmente superiores ao que era possível no passado, em parte graças ao uso de IA e AA; os modernos aparelhos auditivos aprendem a adaptar-se ao som ambiente, às características do utilizador (no mesmo sentido de personalização baseado em AA já acima referido acerca dos sistemas de monitorização) e poderão mesmo servir também de dispositivo de monitorização de nível de actividade ou de eventos perigosos, tais como quedas. Uma pessoa com dificuldades visuais pode utilizar uma de várias aplicações móveis baseadas em IA que permitem identificar objectos em imagens.

Para concluir, deve referir-se que, como se verifica em muitas outras áreas de aplicação, a utilização de IA e AA em cuidados de saúde e apoio a idosos levanta questões éticas não triviais. Como referido no recente documento “The ethics of artificial intelligence: Issues and initiatives” do Parlamento Europeu⁵, “O estudo de caso

5. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/634452/EPRS_STU\(2020\)634452_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2020/634452/EPRS_STU(2020)634452_EN.pdf)

levanta uma série de preocupações éticas em relação à implantação de robôs para o cuidado de idosos em particular.” Uma das preocupações referidas nessa relatório é o potencial mau uso de sistemas nos quais os idosos confiam, por exemplo, para fins comerciais estimulando-os a comprar determinados produtos. Outra preocupação central decorrente do crescimento da IA e da robótica em saúde é a segurança e prevenção de danos. Este ponto é especialmente importante em áreas da saúde que lidam com pessoas vulneráveis, como doentes e idosos. É vital que os sistemas de assistência e monitorização, nomeadamente robóticos, não façam com que os idosos se sintam como objetos ou com ainda menos controle sobre suas vidas do que quando são dependentes de cuidadores humanos.

SOBRE OS AUTORES



Jorge Soares

Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida desde 2016, foi diretor dos Programas Gulbenkian Conhecimento, Inovar em Saúde e do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano da Fundação Gulbenkian. Professor catedrático de Anatomia Patológica, dirigiu o Instituto Nacional de Medicina Legal – Delegação de Lisboa, e os Serviços de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia de Lisboa e do Hospital CUF-Descobertas. Presidiu à Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, Sociedade Portuguesa de Anatomia Patológica, Sociedade Portuguesa de Senologia, ao *Pathology Group* da *Organization of European Cancer Institutes*. Foi ainda presidente do Conselho Científico das Ciências da Saúde e da Vida da Fundação para a Ciência e Tecnologia.



André Dias Pereira

Professor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra. Diretor do Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra. Presidente da Comissão de Ética da AIBILI. Membro da Comissão de Ética do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses. *Fellow* do *European Centre on Tort and Insurance Law*. Membro da Academia Internacional de Direito Comparado. Membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.



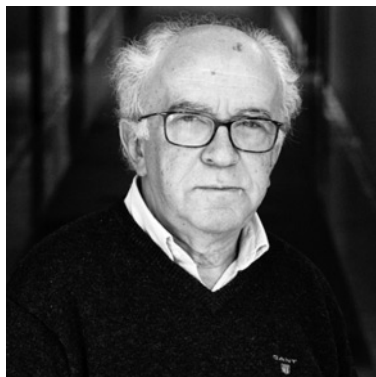
Françoise Forette

Professeur Emérite des Universités (CHU Cochin, Université Paris Descartes) ; Fondatrice et Présidente du Comité Stratégique et Scientifique d'ILC-France (International Longevity Center-France) ; Présidente d'IPC-Etoile ; Membre du Conseil d'administration de la Fondation de Coopération Scientifique Alzheimer ; Membre du Haut Conseil à la Famille, l'Enfance et l'Age ; Ancien Médecin chef du département de Gériatrie de l'Hôpital Broca, APHP, 1982-2004 ; Ancien Conseiller auprès du Secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées, du Ministre de la Santé et des Solidarités et du Ministre délégué chargé de la Sécurité Sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, 2004-2007.



Paula Santana

Geógrafa. É Professora catedrática do Departamento de Geografia e Turismo da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. É coordenadora científica do Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território e Co-presidente da *Comission on Health and Environment* da União Geográfica Internacional. Tem participado em projetos internacionais, quer como coordenadora (H2020: projeto europeu EURO-HEALTHY – *Shaping European policies to promote Health equity*) quer como representante de Portugal (e.g. DEMETRIQ, INEQ-Cities, EURO-GBD-SE, EUROTHINE). É autora de 13 livros, 28 capítulos de livro e mais de 100 artigos em revistas ISI/SCOPUS. Recebeu 4 prémios de reconhecimento científico (em co-autoria): em 1993, APIFARMA/ Escola Nacional de Saúde Pública – Gestão de Serviços de Saúde; em 2006, Prémio Bial de Medicina Clínica; em 2008, Prémio de Reconhecimento Científico Saúde e Qualidade de Vida em Meio Urbano – Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis e Menção Honrosa do Prémio Bial de Medicina Clínica. Conselheira da WHO – *Urban Planning, Environment and Health* (2008); perita da Direção-Geral da Saúde (alterações climáticas e consequências na saúde) de 2009 a 2011; membro do Conselho Consultivo do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (desde 2019). Foi Vice-Presidente da Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo (CCDR-LVT), entre Janeiro de 2009 e Janeiro de 2012.



António Leuschner

Professor Catedrático Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Regente da Unidade Curricular de Psiquiatria do Mestrado Integrado de Medicina, entre 1998 e 2019. Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos, de 1997 a 2019. Presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental, desde 2010.



Pedro Pita Barros

Professor Catedrático na Universidade Nova de Lisboa. Membro do EC *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health* (EXPH), Membro do EC *Mission Board for Cancer*, membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, membro do Conselho Nacional de Saúde, correspondente nacional da Academia de Ciências, e membro da direção do Instituto de Políticas Públicas – Thomas Jefferson – Correia da Serra. A sua investigação foca economia da saúde, regulação económica e política de concorrência, com publicação em numerosas revistas científicas, livros e monografias. Distinções: Grande-Oficial da Ordem do Infante D. Henrique; Medalha de Serviços Distintos de grau ouro, atribuída pelo Ministério da Saúde.



Manuel Curado

Manuel Curado é Professor de Filosofia na Universidade do Minho, nomeadamente nas áreas de Ética, Filosofia Antiga e Filosofia em Portugal, e obteve vários outros títulos, nomeadamente o de Auditor de Defesa Nacional (Ministério da Defesa, Lisboa) e Curso de Alta Direcção para a Administração Pública (Universidade do Minho). É doutor *sobresaliente cum laude* pela Universidade de Salamanca, tendo obtido anteriormente o grau de mestre em Filosofia pela Universidade Nova de Lisboa. Proferiu mais de 250 conferências em muitos países, de Moscovo, Rússia (MGLU e MGIMO), até Brasília, Brasil (UnB), e foi Professor Erasmus em Pádua, Itália. É autor de vários livros, incluindo a primeira edição crítica de um manuscrito setecentista escrito por um *fellow* da Royal Society of London, o médico português Dr. Isaac Sequeira Samuda, MD (Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014). Ao lado das actividades filosóficas, tem o gosto literário de promover a edição de clássicos da língua portuguesa, como D. Francisco Manuel de Melo (Círculo de Leitores, 2018) e Teixeira de Queiroz (Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2020), porque vislumbra neles sinais de uma sabedoria perene. Pertenceu a várias comissões de ética, e fixou o seu pensamento bioético no livro *Saúde e Cyborgs: Cuidar na Era Biotecnológica* (Edições Esgotadas, 2019).



Manuel Teixeira Veríssimo

Médico, Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna do Centro Hospital Universitário de Coimbra. Professor de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coordenador do Mestrado de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Presidente da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos.



Fernando Ribeiro Mendes

Nasceu em 1951, em Lisboa. É economista, tendo realizado os estudos superiores em Portugal e em França. Exerceu diversos cargos e funções públicas, nomeadamente as de Secretário de Estado da Segurança Social entre 1995 e 1999, Secretário de Estado da Indústria, Comércio e Serviços (2001-02), Presidente da Fundação INATEL (2013-15), Administrador do Montepio Geral (2016-18). Tem publicado diversos trabalhos sobre temas de políticas sociais, justiça social de responsabilidade social das organizações. É professor aposentado da Universidade de Lisboa (ISEG). Preside ao *Think-tank* “Cidadania Social – Associação para a Intervenção e Reflexão de Políticas Sociais” ([https:// cidadaniasocial.pt](https://cidadaniasocial.pt)).



Maria do Céu Patrão Neves

Maria do Céu Patrão Neves é Professora Catedrática de Ética com formação académica em Bioética no Kennedy Institute of Ethics/Georgetown University, onde foi também Visiting Scholar. Tem exercido diversas funções em organismos como: consultora do Presidente da República para a Ética da Vida, membro do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida e do Conselho de Administração da International Association of Bioethics, sendo perita em ética da Comissão Europeia e da UNESCO. Integra diversos organismos académico-científicos como o Conselho Consultivo do Instituto e Bioética da Universidade Católica Portuguesa e do Instituto de Saúde Baseada na Evidência (ISBE), o Centre for Toxicogenomics and Human Health (ToxOmics), o Grupo de Direito e Inteligência Artificial, da Católica Research Centre for the Future of Law, a World Emergency COVID19 Pandemic Ethics. É Faculty Member da American University of Sovereign Nations/AUSN (USA), membro da Comissão de Ética da Ordem dos Nutricionistas, e vice-presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada.

Autora/coordenadora de 32 livros, entre os quais a colecção em 12 volumes dedicada à Ética Aplicada (2016-2018), e cerca de 200 artigos, tendo realizado mais de 300 conferências. Liderou recentemente (2017-2019) o projecto "Ethics, Science and Society: Challenges for BioPolitics", de reflexão e debate ético sobre os principais

desafios sociais colocados pelos progressos científico-tecnológicos; lidera actualmente (2019 - 2021) o projecto "Biomedical Ethics and Regulatory Capacity Building Partnership for Portuguese Speaking African Countries (BERC-Luso)", de capacitação ética e regulatória aplicada à investigação biomédica (e ensaios clínicos).

É cronista em diversos periódicos regionais e nacionais.

Foi deputada ao Parlamento Europeu entre 2009 e 2014.

Distinguida com a Comenda da Ordem do Infante D. Henrique, atribuída pelo Presidente da República.



João Carlos Loureiro

Professor Associado com Agregação da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, onde rege Direito Constitucional (I e II) e Direito da Segurança Social, tendo também lecionado Direito Constitucional da Saúde. Doutorou-se em Ciências Jurídico-Políticas (Constituição e biomedicina: contributo para uma teoria dos deveres bioconstitucionais na esfera da genética humana, Coimbra, 2003, 2 vol.). É investigador do Instituto Jurídico da mesma Faculdade, sendo coordenador da área Vulnerabilidade e Direito e membro fundador do SPES – Socialidade, Pobreza(s) e Exclusão Social (www.fd.uc.pt/spes). É Diretor da *Lex Medicinæ: Revista Portuguesa de Direito da Saúde* (Centro de Direito Biomédico/ Instituto Jurídico) e integra o Conselho de Direção da *Revista Portuguesa de Bioética: Cadernos de Bioética* (Centro de Estudos de Bioética).



Mário Figueiredo

Professor catedrático de Engenharia Electrotécnica e de Computadores no Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa, e coordenador de área no Instituto de Telecomunicações, fazendo investigação em aprendizagem automática, análise de imagens e optimização. Recebeu várias distinções e prémios nacionais e internacionais, nomeadamente: Prémio Científico IBM, *Fellow* do *Institute of Electrical and Electronics Engineers* (IEEE), *Fellow* da *International Association for Pattern Recognition* (IAPR), prémio W.R.G. Baker (IEEE), prémio Pierre Devijver (IAPR), *Technical Achievement Award* da *European Association for Signal Processing* (EURASIP), bem como vários prémios de melhor artigo em conferências e revistas internacionais. Integra, desde 2014, a lista *Highly Cited Researchers* (Clarivate Analytics), sendo o único português das áreas da engenharia ou ciências da computação com esta distinção. Em 2019 foi nomeado Professor Distinto do IST.

A IDADE DO AMANHÃ

DESAFIOS ÉTICOS DA LONGEVIDADE

XXII SEMINÁRIO NACIONAL DO CNECV

Les enjeux de la longévité
Françoise Forette

A geografia do
envelhecimento – Portugal
no contexto europeu
Paula Santana
Adriana Loureiro

A solidão dos mais velhos
na arquitetura das famílias
António Leuschner

Diálogo, cooperação e
tensões intergeracionais –
com um olhar sobre o
sistema de saúde
Pedro Pita Barros

Diminuir a incerteza e
organizar o futuro dos
“jovens-velhos”
Fernando Ribeiro Mendes

Ciências de dados e
inteligência artificial:
impactos e desafios sociais
Mário Figueiredo

Comentários de:

Manuel Curado
Manuel Teixeira Veríssimo
Maria do Céu Patrão Neves
João Loureiro

ISBN 978-972-8368-42-5



9 789728 368425

