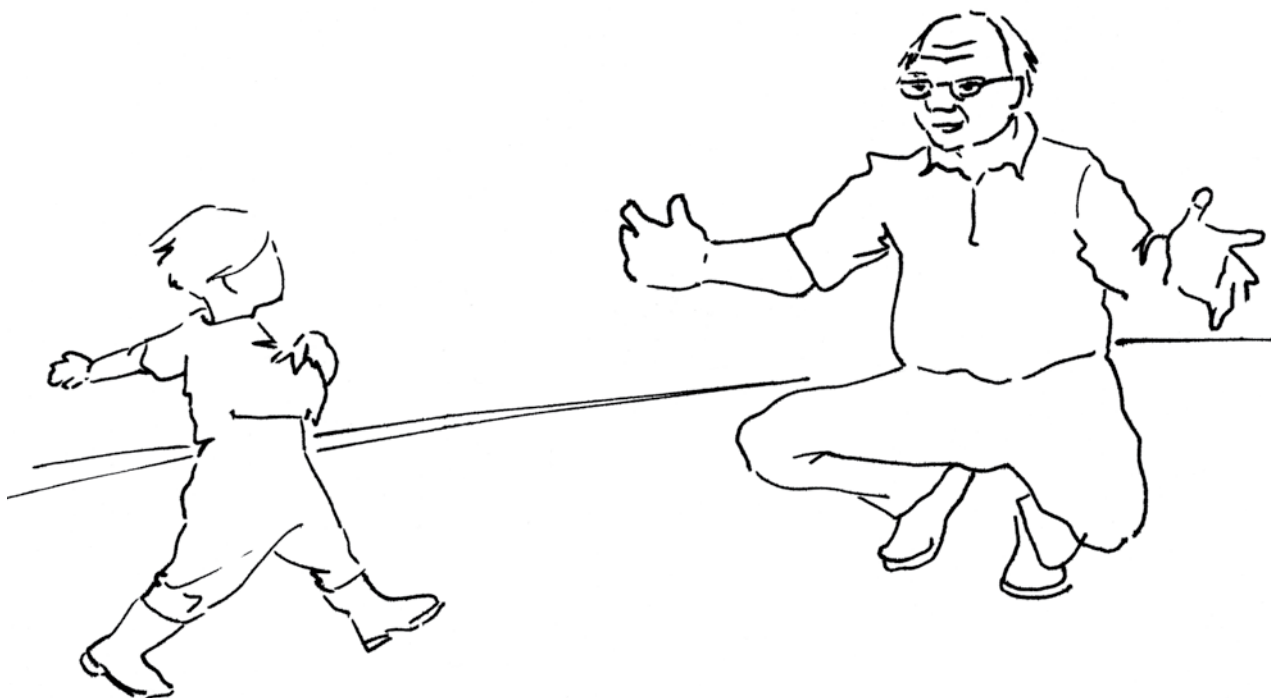


Ensaio - Uma história dos direitos da pessoa idosa¹

Alexandre Kalache^{II}



“Eis aqui um livro de boa-fé, leitor. (...) Quero que, através dele, me vejam na minha feição simples, natural e vulgar, sem contenção ou artifício: porque é a mim que eu pinto. Os meus defeitos aqui se hão-de ler ao vivo, e também a minha forma singela, na medida em que mo permitiu a reverência pública. Tivesse eu estado entre aquelas nações que se diz viverem ainda sob a doce liberdade das primeiras leis da natureza, e asseguro-te que de bom grado eu me teria feito pintar de corpo inteiro, e inteiramente nu. Deste modo, leitor, eu próprio sou a matéria do meu livro”. *Ensaio* (Les Essais, 1580), Michel de Montaigne (1533-1592).

¹Ensaio baseado em entrevistas concedidas a Tania Margarete Mezzomo Keinert.

^{II}Alexandre Kalache (akalache@nyam.org) é médico, formado pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, com mestrado em Medicina Social pela Universidade de Londres e doutorado em Epidemiologia pela Universidade de Oxford (Inglaterra), onde lecionou no Departamento de Medicina Comunitária. Criou e dirigiu o Departamento Internacional de Epidemiologia do Envelhecimento na London School of Hygiene and Tropical Medicine e dirigiu o Departamento de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra (Suíça). É membro da Academia de Medicina de Nova Iorque (EUA), da Escola de Saúde Pública de Granada (Espanha), da Universidade de Riyad (Arábia Saudita) e atua junto a organizações da sociedade civil, como o HelpAge International, da qual é embaixador mundial.

Quando criança, costumava ouvir muitas histórias. Cresci rodeado de avós, tias e tios que, de acordo com a tradição familiar de história oral, herdada de meus antepassados sírio-libaneses e luso-italianos, me contavam muitas histórias. Assim, desde minha infância, convivi com idosos e com o envelhecimento. E com muitas histórias. Histórias de vida e da vida. Histórias contadas pelos idosos da minha vida de criança. Vou aqui, neste ensaio, despretensiosamente contar-lhes uma história, que é a de como a causa do envelhecimento entrou na minha vida e também a de como a minha vida entrou na causa do envelhecimento e dos direitos dos idosos.

Profissionalmente, o “estalo” para observar mais de perto a questão do envelhecimento deu-se na Inglaterra, em 1975, quando fazia o mestrado em medicina social. A Inglaterra, já naquela época, era um país envelhecido. Ao ler uma nota de rodapé de um artigo científico publicado na *Lancet*, o qual dizia que mais de 3/4 dos médicos geriatras na Inglaterra vinham do sul da Ásia – de países como Paquistão, Índia, Bangladesh –, assustei-me. Esse fato claramente demonstrava que a educação médica na Inglaterra não estava atraindo os médicos ali formados para aquela especialidade, a qual, de acordo com a estrutura demográfica do país, deveria ser uma especialidade de escolha, não de rejeição.

Antes de ir para a Inglaterra, eu já havia feito uma primeira pós-graduação, em Educação Médica, no Rio de Janeiro (onde nasci e cresci), e minha ida para aquele país foi motivada pela busca de modelos de medicina comunitária – área ainda incipiente no Brasil. Estava em busca de modelos e experiências que, quando eu retornasse ao Brasil, pudessem influenciar e aperfeiçoar o currículo de ensino médico das universidades brasileiras. Eu estava com as antenas sintonizadas na questão da educação médica e decidi que em minha tese de mestrado iria destinar-se a descobrir por que os médicos ingleses não se interessavam por geriatria.

Interessei-me pelas origens da geriatria na Inglaterra, como especialidade, e comecei a ler e a pesquisar sobre o assunto. Constatei que a geriatria não existia antes da II Guerra Mundial, por questões demográficas. Os pioneiros da geriatria na Inglaterra começaram a perceber que os idosos ficavam nos cantos das enfermarias, eram negligenciados, pois ninguém sabia muito bem como lidar com eles. Era utilizado inclusive um termo pejorativo para dizer que esses idosos estavam obstruindo o uso de um lugar para outras pessoas; eram chamados de “bloqueadores de leitos” (*bed blockers*).

E então, pouco a pouco foi se formando uma área de interesse pelos problemas médicos dos idosos – os pioneiros trabalhavam em prol do bem-estar dos pacientes idosos sem saber que estavam começando a criar uma nova

especialidade médica; ou seja, não foi de repente assim: “bem, agora vamos fundar uma especialidade médica que cuide das doenças dos idosos”.

Inevitavelmente começa a crescer um conhecimento específico de como as doenças se apresentam na velhice – qual a diferença da forma como se apresentam nos adultos mais jovens. Os pioneiros da geriatria começam a observar a existência dos “gigantes da geriatria”: problemas de locomoção, incontinência, confusão mental, depressão, problemas muito comuns entre esses pacientes idosos. Sobretudo, observaram que esses pacientes eram vítimas de iatrogenia, ou seja, sofriam efeitos adversos ou complicações causadas pelo próprio tratamento médico. Para protegê-los, começaram a criar enfermarias somente de idosos.

Em meados de 1976, realizei uma primeira pesquisa para a tese de mestrado: um inquérito com todos os membros da sociedade britânica de geriatria, ou seja, os 750 filiados à sociedade, os quais seriam, portanto, médicos que já haviam feito uma opção firme de se dedicarem ao cuidado do idoso – já eram geriatras. Busquei entender os fatores determinantes para a sua escolha profissional. Como principal descoberta da pesquisa, percebi que o grupo podia ser dividido em duas metades – o grupo que tinha interesse e satisfação ao atuar dentro da especialidade escolhida, e o grupo que não o tinha. As variáveis estudadas revelavam resultados praticamente iguais – anos de formado, local de nascimento, gênero, dentre outras (como, por exemplo, ter escolhido a especialidade por questões de retorno financeiro – porque não havia competição – e por se tratar de carreira relativamente fácil).

Todas as respostas eram semelhantes, exceto em relação a uma questão que eu havia inserido – ter tido ou não contato com idosos na família durante a infância e a adolescência. Era essa variável que explicava, realmente, quem estava bem em geriatria e quem estava frustrado com a escolha.

Em paralelo, eu estava fazendo outra pesquisa, sobre as atitudes dos estudantes de medicina – antes e depois de passar um mês numa enfermaria geriátrica. O ensino, nessa escola médica de Londres, era rotativo – ou seja, cada grupo de 8-9 alunos passava um mês imerso na enfermaria geriátrica, enquanto os outros “rodavam” por outras especialidades.

Antes que eles botassem o pé na enfermaria de geriatria, eu aplicava o questionário de atitudes; eles passavam um mês naquela enfermaria e eu esperava dois meses para aplicar novamente o mesmo questionário. Ou seja, havia um intervalo de três meses entre as duas aplicações do questionário e isso era para que eles esquecessem o que haviam dito antes. Em todos os grupos, as atitudes deles em relação ao envelhecimento, ao paciente idoso, à possibilidade de virem a ser geriatras e à própria atitude perante a morte, eram melhores antes da passagem pela

enfermaria geriátrica que depois. Era a cultura médica negativa em relação ao idoso que iam absorvendo no hospital – quanto mais tempo passavam no meio clínico, mais negativa a visão que formavam sobre a especialidade.

Dada a convivência próxima que eu tive desde cedo com idosos, fui me apaixonando pela área, fui me inserindo na prática da especialidade e, ao mesmo tempo, aprofundando meu conhecimento com leituras. Através do estudo dos pioneiros da geriatria, passei a entender o porquê dessa especialidade, principalmente das dificuldades em se cuidar dos idosos numa enfermaria de clínica geral.

Chegou um momento que me deu um estalo. Ao fazer as discussões com os estudantes sobre os resultados de seus próprios grupos, entendi por que eles disseram preferir o glamour das especialidades agudas e da clínica – onde se tem a possibilidade de curar. Entendi que, na visão curativa dominante, quando o médico só cuida, ele se sente falido, não se sente satisfeito, acha que cuidar é muito pouco. Isso porque, desde Aristóteles, a medicina é chamada a “arte de curar”.

Os futuros médicos também diziam que aquela não era a forma adequada de introduzi-los ao paciente idoso, pois, na verdade, eles não tinham um modelo introjetado do idoso. O idoso não existia nem socialmente nem medicamente, porque eles não tinham contato com idosos em suas famílias, a sociedade era “compartimentalizada” por grupos etários, as famílias haviam se tornado nucleares, apenas pais e filhos. Diziam: “nós vemos os nossos avós raramente, apenas nas festas de família, mas não há convívio diário; e, de repente, você nos coloca nessa enfermaria cheia de velhos incontinentes, confusos, deprimidos, abandonados. Nem a família os visita! Eles são portadores de patologias múltiplas que se autocomplicam. E muitas vezes são malcheirosos, com incapacidades físicas, sensoriais e mentais”.

E me diziam, ainda: “e aí você passa um questionário sobre atitudes e se espanta que depois de um mês convivendo com esses velhos a gente se torne mais negativo”. No cerne disso tudo estava a falta de modelos de envelhecimento normal, ativo, do idoso, inserido em sua família, na sociedade.

Comecei a pensar, então, na minha experiência pessoal, como criança e adolescente cercado de avós e tios-avós. Meu avô materno tinha 17 irmãos e minha avó, 13 irmãos. Do lado paterno sírio-libanês, também uma família grande e fascinante. Ou seja, eu estava cercado de idosos que tinham histórias para contar, muitas vezes de seus países de origem, o que tornava o convívio frequente e prazeroso. Além disso, não havia grandes dispersões e apelos (TV, computador, videogames) ou se brincava com outras crianças ou se ouvia os velhos – se ouvia mais do que se falava. Era a tradição oral mediterrânea. Era maravilhoso.

De repente, percebi que o que faltava para eles, os estudantes da Inglaterra, que foram criados em famílias nucleares, me sobrava. E aquilo eu sabia de antemão: o fato de gostar de estar com os idosos da minha família se transformou num foco de interesse profissional. Deu o estalo! Era como se falasse para mim mesmo: “cara, é isso!”. E como estava lendo muito sobre envelhecimento, conceitos e a construção social do que é ser velho, o interesse foi além, e passou a ser não só pessoal, como também profissional.

Terminei a tese de mestrado em 1977, a qual ganhou vários prêmios na Universidade de Londres naquele ano, despertando muito interesse. Eu estava falando de envelhecimento numa perspectiva antropológica, atitudinal, sociológica e, ao mesmo tempo, estava falando de algo que me tocava profundamente. Isso determinou minha carreira a partir daí.

Li, então, um livro que muito me influenciou “A Velhice” (La Vieillesse, 1970) de Simone de Beauvoir – obra fascinante de uma mulher com a inteligência dela. Escreveu quando tinha 62 anos, já começando a envelhecer e contemplando o envelhecimento do seu companheiro, Sartre. Mais do que qualquer outra leitura, esse livro foi o que cimentou o meu interesse. E nunca olhei para trás – não tive mais dúvidas. A minha carreira estava determinada: “É isso que eu vou fazer”.

Nessa época, o processo de envelhecimento no Brasil era ainda muito incipiente, acanhado. Era final da década de 1970, eu olhava a última PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios) da época e constatava que a taxa de fecundidade no Brasil era 5,8, e a expectativa de vida pouco mais que 62 anos. No Brasil, não se tinha claro, à época, que o País estava prestes a envelhecer. Os colegas no Brasil me criticavam porque não entendiam porque eu iria me dedicar a algo que era tão irrelevante para o Brasil. Eu defendia que o Brasil iria envelhecer em breve, o País se desenvolvendo iria diminuir em muito a mortalidade dos jovens e, inclusive, das crianças, e cada vez mais as pessoas chegariam à velhice. Para quem passa dos 18 anos, morrer precocemente é difícil – mortalidade precoce era, à época, antes dos 15 anos – o grande desafio era chegar à idade adulta e, depois, a regra era envelhecer.

Outra coisa que eu antevia com clareza era que as mulheres iriam parar de ter muitos filhos – pelo movimento de emancipação feminina, melhoria na renda, falta de tempo para cuidar de muitos filhos. À medida que um país se urbaniza, a tendência é diminuir a taxa de fecundidade, uma vez que filho no campo é recurso (mão de obra), filho na cidade é investimento.

E, então, surge uma resposta tecnológica a esse anseio: são os diversos métodos contraceptivos acessíveis disponíveis em larga escala, como a pílula, o DIU e a laqueadura de trompas. Como um fogo no mato seco, dis-

seminou-se rapidíssimo, dado que o Brasil é um país que não se acanha em abraçar a modernidade: não é um país conservador como alguns do Oriente Médio ou tradicional como vários na África. Note-se que a igreja católica no Brasil é também mais liberal em relação a outros países da América Latina e, inclusive da Europa, onde o catolicismo é muito mais rígido – se opondo ao controle da natalidade de forma muito mais incisiva.

A partir dos anos 1960, surge outra grande força sociológica que é a televisão, a qual se estabelece no País como um todo – dado que foi uma política deliberada dos governos militares, que investiram nas redes televisivas para ter mais controle sobre a população. Porém, foi um “tiro no pé”, pois levou informação aos rincões mais distantes, às comunidades mais pobres, que, por vezes, não tinha geladeira, mas tinha televisão. E o que essas famílias vão consumir na televisão? Novelas. E o que essas novelas tratam? De dramas da classe média. Lembro de uma empregada de minha mãe que, quando eu falava das ideologias de esquerda dos anos 1960 me dizia: “pobre não gosta de pobre, pobre gosta de rico”. Exemplo disso é um seriado dos anos 1970, “Malu Mulher” – que retratava uma mulher emancipada, divorciada, com um filho só. Depois de ouvir, dia após dia, mês após mês, ano após ano mensagens desse tipo, mesmo uma pessoa muito pobre, muda os seus valores e passa a adotar os da classe média. Sua aspiração (*role model*) passa a ser a Malu, e não a vizinha tão pobre quanto ela. Ela passa a não querer ter oito filhos como sua avó, nem quatro como sua mãe, muito menos 15, como a bisavó, ela vai querer um ou dois filhos, se tanto. Muitas mulheres hoje optam por não ter filhos e ponto final. Isso estava muito claro que iria acontecer, para mim, àquela época. E rápido.

Comecei a desenvolver todas as minhas atividades baseado nessa minha escolha pela questão do envelhecimento. Em função da boa repercussão do mestrado, fui convidado pela Universidade de Oxford para ser professor associado do Departamento de Medicina Comunitária. Eu não tinha interesse imediato em voltar para o Brasil, dado que a abertura política ainda era muito tênue. Por isso, resolvi dar a mim e à minha família mais três anos na Inglaterra. Então, fiz o doutorado em paralelo ao trabalho, conseguindo verbas das agências financiadoras de pesquisa para fazer estudos no Brasil.

Era o melhor dos mundos: trabalhar em Oxford e fazer trabalho no nordeste. Eu vivia na ponte aérea Londres-Salvador-Recife-Fortaleza. Ninguém nunca tinha feito nada para conhecer e entender as doenças crônicas num contexto de enorme pobreza como era o do nordeste. Eu estava fora do Brasil, mas com um pé onde eu tinha minhas raízes. Venho de família de imigrantes, e os imigrantes, a

meu ver, ou vivem com a cabeça voltada para fora do país onde estão, buscando resgatar a cultura dos pais, ou desenvolvem uma lealdade absoluta ao país que ofereceu aos seus pais o que a terra de origem não pôde oferecer. Eu prezo muito minhas raízes portuguesas, italianas, sírio-libanesas, porém pertenço ao segundo grupo, sou fascinado pelo Brasil. Os 34 anos de vida que eu tenho lá fora só consolidaram o meu fascínio pelo País. O Brasil me emociona e me apaixona. E, muito embora eu tenha alcançado sucesso profissional lá fora, o meu país sempre foi o Brasil, sempre fui leal à minha pátria. E pátria é o país em que ninguém te pergunta: “porque você está aqui?”.

Percebi logo que poderia contribuir para o País estando fora do Brasil tanto quanto se tivesse voltado. Trabalhei abrindo frentes, formando gente, dando oportunidades e incentivando iniciativas que me emocionam. Hoje, vejo as pessoas que pude influenciar e ajudar a se transformarem em líderes em suas áreas, de maneira geral na área do envelhecimento – abrindo campo e cultivando com uma capacidade intrínseca de fazer redes (*networks*), parcerias, agregar. Há uma tendência hoje muito clara de se fazer redes envolvendo empresas, governos, organizações não governamentais, universidades, associações, igrejas, dentre outras. Para mim, “tudo de bom!”.

Foi assim que criei os primeiros cursos de saúde pública e envelhecimento na Inglaterra. Formei gente em mais de 50 países – multiplicadores. A ideia inspiradora era formar uma geração de profissionais da saúde que tivessem uma perspectiva de saúde pública e de epidemiologia do envelhecimento, uma dinâmica interdisciplinar e uma atitude de inserir o idoso na sociedade.

A Escola de Saúde Pública de Londres mostrou-se o local adequado para se criar o primeiro mestrado de promoção da saúde em nível internacional. Tivemos que repensar tudo, dado que não havia modelos, pois se tratava do curso pioneiro. Tive que absorver toda essa ideologia crescente da promoção da saúde, a qual implica em colocar o indivíduo como centro, criar oportunidades para que ele possa se desenvolver com saúde, distinguir quais as responsabilidades dele como indivíduo e quais as da sociedade perante ele, para que a saúde seja uma opção mais criativa e mais fácil.

Promoção da saúde é isso: responsabilidades divididas, forças de mercado, acesso à informação, considerar os determinantes sociais; porque tudo isso é o que vai explicar o porquê de alguns terem saúde e outros, não. A noção de Promoção da Saúde começava a se cristalizar e foi formatando na minha cabeça os fatores que influenciavam a saúde de forma que eu pudesse ter uma resposta para aquilo que a Universidade de Londres me pedia – o curso de promoção da saúde de nível internacional. Debaixo desse

guarda-chuva que é a ideia de promoção à saúde, fui obrigado a repensar a ideia de “saúde” em um sentido amplo.

No final da década de 1980, as vertentes da formação da minha carreira profissional se bifurcaram: 1) Através da promoção da saúde (disciplina) vou chegar ao envelhecimento ativo mais tarde, mas os princípios estão todos ali, enraizados nessa ideologia nova de promoção da saúde; 2) O compromisso do direito à saúde; ou seja, fica muito claro, a partir daí, início dos anos 1990, que somente através da firme opção da sociedade em proteger a saúde das pessoas, como um direito e não como uma opção do Estado e da sociedade, é que se irá adiante. A Promoção da Saúde deixa de ser uma faculdade, e passa a ser um dever. Dever do poder público e direito da pessoa, que passa a dizer: “tenho esse direito fundamental por ser cidadão”.

Foi assim que, em 1994, fui recrutado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser o diretor do programa “saúde do idoso”. Já na entrevista, quando estavam me recrutando, disse: “eu sou contra a existência de um programa com esse nome na OMS. Esse programa não deveria chamar-se ‘saúde do idoso’ e sim ‘envelhecimento e saúde’ – a visão tem que ser dinâmica, ela obrigatoriamente tem que ser uma visão de curso de vida”. Eu tinha uma espécie de risca de giz na cabeça.

Estamos todos envelhecendo sempre, desde que nascemos. Volto a quando cheguei à Inglaterra, retomando a imagem figurativamente: 20 anos atrás, eu via a geriatria começando, uma vez que os velhos estavam abandonados nos cantos das enfermarias – assim era tratada a saúde dos idosos: “ficar lá” naquele compartimento. Essa analogia na OMS também era clara, porque se fosse chamado programa de saúde dos idosos, esse programa iria continuar relegado ao escanteio.

Ao invés disso, a noção de “envelhecimento” vai pensar a vida toda da pessoa, como um processo, vai obrigar a refletir sobre o fato de que a pessoa irá envelhecer e que todos os programas da OMS, saúde infantil, materno, doenças crônicas, todos eles têm uma contribuição importante no processo de envelhecimento. Há a necessidade de uma visão interdisciplinar além de uma influência direta: saúde no final da vida depende das intervenções que esses programas estão fazendo nas etapas anteriores. Estamos todos contribuindo para o envelhecimento. E se ficarmos naquela que o conceito é saúde do idoso muitos abrem mão e dizem: “deixa, isso é lá com o Kalache”.

Na verdade, é uma mudança de paradigma. E era isso que eu queria cristalizar, formatar, e que está embebido numa discussão de direitos fundamentais da pessoa humana (ser humano). E isso, só para exemplificar – o impacto disso – hoje vejo, por exemplo, as mulheres que estão envelhecendo. As que foram empregadas domésticas,

por exemplo, se não houvesse a mudança na Constituição Federal de 1988, que trás a saúde como um direito fundamental, teriam permanecido à mercê da benevolência e caridade de outras pessoas para terem acesso a serviços de saúde. Hoje, elas podem brigar e exigir; podem até não obter o serviço, mas agora sabem que são protegidas por esse direito fundamental. Sua dignidade, sua percepção de si mesma, sua autoestima, tudo muda. E isso é ainda mais importante quando você envelhece, porque, no conceito do que passou a ser chamado envelhecimento ativo, os três pilares são: saúde (chave para ter o segundo pilar), participação na sociedade e, quando isso falha, você precisa da segurança (que é o terceiro pilar) e que significa que hoje o idoso precisa ser protegido por um sistema, porque ele, em função do envelhecimento, tem maior risco de estar fragilizado e torna-se mais vulnerável. Portanto, essa proteção é fundamental. Isso, de novo, toca no discurso dos direitos fundamentais, porque, caso contrário, quando você mais precisa ser protegido, mais estará abandonado. Já que, muitas vezes, a sociedade é impiedosa e negligência ou abandona aqueles que não são mais “produtivos”.

Isso me traz novamente a meu próprio curso de vida, a minha busca por coerência existencial. O Brasil que hoje envelhece tão rapidamente pode desempenhar um papel único no cenário internacional. Ao contrário dos países desenvolvidos – que enriqueceram antes de envelhecer – nós estamos envelhecendo à galope, e com muita gente ainda vivendo em pobreza. Se soubermos desenvolver e executar políticas para o envelhecimento alicerçadas nos conceitos de Direito, de valorização do idoso, de cidadania, de equidade etc., lideraremos o mundo no setor que mais caracterizará a sociedade do século XXI: o envelhecimento.