

IV. Cidadania e saúde

transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional

Renato Veras
Ana Amélia Camarano
Maria Fernanda Lima e Costa
Elizabeth Uchoa

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

27. TRANSFORMAÇÕES DEMOGRÁFICAS E OS NOVOS DESAFIOS RESULTANTES DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

*Renato Veras
Ana Amélia Camarano
Maria Fernanda Lima e Costa
Elizabeth Uchoa*

O ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Tem ocorrido de forma muito rápida e intensa nos países em desenvolvimento, gerando preocupações quanto às suas repercussões em ambiente de pobreza. No caso brasileiro, isso pode ser observado no aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional – de 4%, em 1940, para 8,6% em 2000 e, nos dias atuais, 9,1%. Além disso, a proporção da população ‘mais idosa’, ou seja, a de 80 anos e mais, também está crescendo, alterando a composição etária dentro do próprio grupo, isto é, a população considerada idosa também está envelhecendo (Camarano et al., 1999). É, portanto, um segmento bastante heterogêneo. Projeta-se que, em 2020, no Brasil, essa porção social atinja 32 milhões de pessoas, correspondendo à sexta maior população idosa do mundo (Veras, 1994).

Podemos dizer que o envelhecimento populacional significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. Isso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento – dada a alta fecundidade prevalecente no passado, comparativamente à atual – e da redução da mortalidade. Pode ser traduzido no aumento do número absoluto e relativo de idosos, na ampliação da expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos e no envelhecimento não só de certos segmentos populacionais – como a população economicamente ativa –, mas também das famílias (maior número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso), e nas mudanças nos arranjos familiares.

Apesar de os processos responsáveis pelo aumento da longevidade terem sido resultado não apenas de políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo Estado, mas também do progresso tecnológico, as suas conseqüências têm sido, em geral, vistas com preocupação, por acarretarem pressões para transferência de recursos na sociedade, apresentando desafios para o Estado, os setores produtivos e as famílias. Por exemplo, em 1994, um documento do Banco Mundial já afirmava que o aumento da expectativa de vida ao nascer e o declínio da fecundida-

de nos países em desenvolvimento estão provocando a 'crise da velhice'. Esta é traduzida por uma pressão nos sistemas de Previdência Social a ponto de pôr em risco não somente a segurança econômica dos idosos, mas o próprio desenvolvimento econômico (Simões, 1997). As próprias ciências sociais se sentem desafiadas no seu papel de buscar uma compreensão para essa transformação e de fornecer instrumental para avaliar o seu impacto nas condições de vida, nas políticas públicas, e em outros processos sociais.

É preciso também considerar os grandes avanços tecnológicos, principalmente na medicina, e a ampliação da cobertura da Seguridade Social. Tudo isso, embora em graus diferenciados, tem beneficiado uma parcela expressiva da população idosa brasileira.

Reconhece-se, no entanto, que o envelhecimento traz vulnerabilidades decorrentes de perdas biológicas, que são diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça e regiões geográficas, entre outros. É distinto também o momento (a idade) em que elas iniciam. Tais vulnerabilidades são decorrentes das capacidades básicas, daquelas adquiridas ao longo da vida e do contexto social que os indivíduos encontram na fase em que estão mais frágeis. Políticas públicas e processos sociais podem ter papel fundamental na redução ou no aumento do seu impacto sobre o indivíduo e a sociedade.

A CONTRIBUIÇÃO DA ANTROPOLOGIA

Uma grande contribuição da antropologia ao campo de estudos sobre o envelhecimento refere-se exatamente à relativização da visão homogeneizante e universalista, que durante muito tempo predominou neste campo. À medida que se documentou o processo do envelhecimento em diferentes culturas e se constatou a diversidade de formas de envelhecer, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura. Abordar as questões relativas à velhice e ao envelhecimento à luz de contextos sociais, econômicos e culturais específicos permite inovar a abordagem do envelhecimento.

Nesta perspectiva, o envelhecimento deixa de ser encarado como um estado puramente biológico, ao qual o indivíduo se submete passivamente, para ser visto como um fenômeno biológico, ao qual o indivíduo reage a partir de suas referências pessoais e culturais (Corin, 1982).

Estudos realizados em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens positivas da velhice e do envelhecimento, vindo questionar a universalidade da visão ocidental e ensinar que uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda nada tem de universal (Uchoa, 2003).

Uma definição de velhice em termos negativos (perda, falta) do que é valorizado socialmente impõe do exterior uma certa marginalização às pessoas idosas, além de eleger a idéia de perda (perdas de papéis sociais e de capacidades intelectuais) como ponto estruturante dos

programas e políticas visando aos idosos (Corin, 1985). Nas últimas décadas, uma perspectiva crítica e, sobretudo, a adoção de uma abordagem holística do envelhecimento favoreceram a emergência de um consenso sobre a necessidade de romper com a atitude alarmista e seu fundamento básico: uma visão negativa e homogeneizante do envelhecimento.

Assistimos, então, a um movimento de transformação de representações e práticas relativas à velhice e ao envelhecimento (Veras, 1997; Guedes, 1999; Debert, 1999). Certamente, serão as iniciativas que se inserirem nesse movimento que contribuirão para uma transformação da realidade de todos os dias e, com ela, das representações da velhice e do envelhecimento.

Entretanto, Debert (1999) chama a atenção para os perigos inerentes à exacerbação dessa tendência contemporânea e seu papel nos “processos de reprivatização” da velhice. Para essa autora, a idéia de que a eterna juventude é bem que pode ser conquistado é a base de algumas iniciativas e práticas destinadas aos idosos que negam a velhice, a doença e a morte, transformando-as em responsabilidade individual.

Os resultados de um estudo antropológico realizado recentemente na cidade de Bambuí, Minas Gerais (Uchoa, Firmo & Lima-Costa, 2002; Uchoa, 2003), revelam a existência de um processo de envelhecimento biológico, assim como o aparecimento de doenças crônicas e incapacitantes. Entretanto, demonstram que o surgimento de dificuldades e de soluções para ultrapassá-las é determinado por uma interação entre elementos intrínsecos ao processo biológico e aqueles relacionados às características do indivíduo e às dinâmicas social e cultural.

Assim, fica claro que programas e políticas visando à população idosa devem basear-se em um conhecimento profundo do contexto, identificando todos os recursos disponíveis (individuais e coletivos) e integrando-os em um processo no qual a compensação de incapacidades e a adaptação a distintas situações permitem restaurar o equilíbrio na vida dessa população.

GERONTOLOGIA SOCIAL

Nas ciências sociais e humanas, principalmente na psicologia e sociologia, tem havido nas últimas décadas um grande esforço para gerar teorias do envelhecimento. Na sociologia do envelhecimento existem, *grosso modo*, três gerações distintas de conceituações – cada uma com seus subtemas e inovações metodológicas.

A primeira geração da gerontologia social pode ser observada a partir da década de 1960, caracterizando-se pelo foco no indivíduo e pela adoção de marcos teóricos propostos nas obras *Personal Adjustment in Old Age* (1949), de Cavan, Burgess, Havinghurst e Goldhammer, e *Older People* (1953), de Havinghurst e Albrecht.

A segunda geração é a do desenvolvimento da gerontologia na área das ciências sociais, quando se adotou uma abordagem estrutural em nível macro e incluiu-se a estratificação por

idade e teorias de modernização. Aqui, o foco estava nas formas pelas quais as condições estruturais cambiantes ditam os parâmetros do processo de envelhecimento e a situação do idoso como uma categoria coletiva.

Na terceira geração existe uma tentativa de ser mais sintético e mais crítico, buscando-se uma posição intermediária. Os atores não são vistos como recipientes passivos dos mandatos estruturais, mas contribuintes ativos para o seu próprio mundo.

É nesse movimento que surge a perspectiva de curso da vida. Nesta angulação, considera-se que a pessoa vai mudando à medida que a estrutura social se transforma. Assim, a situação pessoa-ambiente é totalmente passível de intervenção por meio de medidas físicas, psicológicas e sociais, e há progressão de acordo com os diferentes eventos no ciclo vital: os indivíduos desenvolvem-se de acordo com um processo biológico interno de maturação e declínio sensorial na idade avançada; há um processo extrafísico de maturação que envolve eventos traumáticos; há processos de maturação psicológica e social, que envolvem a capacidade de interagir em sociedade.

Esse embasamento teórico, com a perspectiva de curso de vida, tem sido utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

O envelhecimento é também uma questão de gênero. Como consequência da sobremortalidade masculina, as mulheres predominam entre os idosos. No Brasil, em 2000, elas eram 55% da população idosa. Quanto mais velho o contingente idoso, mais elevada é a proporção de mulheres. Por exemplo, para o grupo com 80 anos e mais, o percentual comparável eleva-se para 60%.

De acordo com Lyod-Sherlock (2002), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Por exemplo, mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. A maioria das idosas brasileiras de hoje não teve um trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Além disso, embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação biológica antes da morte do que eles (Nogales, 1998).

Por outro, são elas, mais do que os homens, que participam de atividades extradomésticas, de organizações e movimentos de mulheres, fazem cursos especiais, viagens e mesmo trabalho remunerado temporário. Diferentemente do que fizeram na sua vida adulta, progressivamente assumem o papel de chefes de família e de 'provedoras' (Camarano, 2003). Homens mais velhos, por sua vez, têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho (Goldani, 1999).

POTENCIALIDADES E VULNERABILIDADES

Apesar de a maioria dos idosos ser formada de pessoas saudáveis e vivendo na comunidade, desempenhando um papel importante na família e sociedade, uma parcela deles apresenta taxas elevadas de vulnerabilidade e dependência. Fala-se, aqui, do último estágio da vida, que é associado com a retirada da atividade econômica, com taxas crescentes de morbidade, principalmente por doenças crônicas, e de perda de autonomia. Trata-se, portanto, de um segmento heterogêneo e complexo, composto por pessoas que experimentaram trajetórias de vida diferenciadas.

Rendimentos

A questão dos rendimentos se insere tanto no quadro de vulnerabilidades quanto no de potencialidades. Por exemplo, duas mudanças marcantes e bastante inter-relacionadas afetaram sensivelmente as condições de vida dos idosos brasileiros no período de 1981 a 2001. O percentual de idosos pobres experimentou uma forte redução; passou de 34,6%, em 1981, para 15,9%, em 2001, entre o segmento masculino. A proporção comparável para as mulheres foi reduzida de 20 pontos percentuais, representando uma queda de aproximadamente 60%. A queda na incidência da pobreza entre as mulheres idosas em período semelhante foi maior do que a redução na incidência da pobreza entre os indivíduos não idosos. Viu-se também que, entre os idosos, as mulheres são menos pobres do que os homens (Camarano, 2002; Barros, Mendonça & Santos, 1999).

Essas mudanças foram mais expressivas na década de 1990 e se devem, principalmente, à implementação das medidas estabelecidas pela Constituição de 1988. As principais modificações foram verificadas na concessão do benefício da aposentadoria por idade rural. Esses benefícios, anteriormente dirigidos à unidade familiar, passaram a ser devidos aos indivíduos, apresentando especial repercussão no contingente feminino (Camarano & Pasinato, 2002).

Muito embora seja reconhecida e valorizada a melhoria das condições de saúde e renda da população idosa brasileira, há que se perceber que estas são muito dependentes das políticas de saúde, de previdência e assistência social, que por sua vez estão enfrentando sérios problemas de financiamento não só no Brasil, mas em quase todo o mundo.

Previdência social

A redução da pobreza dos idosos se deve, principalmente, à garantia de uma renda mínima e universal (um salário mínimo). Entretanto, a sustentabilidade da renda mínima e dos demais benefícios da seguridade social estão ameaçados pelo déficit da Previdência Social brasileira, que está operando em déficit desde 1994. A resposta do governo brasileiro tem se limitado à redução do valor do benefício. A reforma do INSS de 1998 usou para tal uma forma paramétrica. Oliveira, Guerra e Cardoso (2000) mostram que isso acarretou

uma perda no valor do benefício de 34% para homens e de 43% para mulheres, comparado à situação atual. Outra mudança foi que o benefício passou a se atrelar, cada vez mais, ao tempo de contribuição.

Outro ponto crítico é que a recente reforma previdenciária no Brasil vincula o recebimento do benefício à contribuição, pois se ignoram as condições atuais do mercado de trabalho brasileiro de retração do emprego, informalização generalizada e precarização, nas quais a alternância entre a condição de trabalhador ocupado e desocupado é cada vez mais freqüente, tornando impossível ao cidadão honrar as obrigações em geral e, portanto, com o INSS.

Isso se dá, principalmente, pelo fato de que os sistemas previdenciários em geral foram concebidos no pós-guerra, visando a repor a renda quando da perda da capacidade de trabalho. A concessão de tais benefícios assentava-se em três pressupostos que hoje não se verificam mais: pleno emprego, emprego formal e baixa esperança de vida, o que significava que poucas pessoas chegavam à atividade de se aposentar e ficavam aposentadas por pouco tempo.

Em suma, a 'reforma' do INSS de 1998 parece fadada a não resolver o problema de financiamento e pode vir a resultar numa geração de 'velhos de rua'. Dificilmente a assistência social poderá gerar renda para esse segmento elevado da população, hoje desempregada e informalizada, quando ele perder a sua capacidade laborativa. Dessa forma, espera-se que a crise do financiamento continue e se acentue e que a aposentadoria dos futuros idosos esteja seriamente comprometida.

A reforma da previdência pública almeja aproximar o sistema público do privado. Perde com isso uma de suas funções, que é integrar uma política de pessoal. Prometer uma aposentadoria integral para os ingressantes no setor público era parte de uma política de criação de uma carreira de Estado, na qual os menores salários pagos em relação ao mercado eram compensados pela estabilidade do emprego e aposentadoria integral.

Em outros países da América Latina, como Peru e México, a situação é ainda mais grave, porque não existe a universalização do sistema previdenciário.

SAÚDE

É fato já reconhecido que os idosos brasileiros estão vivendo mais e em melhores condições. Isso se deve à ação conjunta de três fatores: ampliação da cobertura previdenciária, maior acesso aos serviços de saúde e crescimento da tecnologia médica (Camarano, 2002). A esperança de vida ao nascer masculina aumentou de 58,6 anos, em 1980, para 64,6, em 2000, e a feminina passou de 65,0 para 73,3 anos. A esperança de vida aos 60 anos passou de 14,5 anos, em 1980, para 17,1, em 2000, para os homens idosos, e de 17,1 para 20,7 para as mulheres. Entre os anos de 1980 e 2000 as mulheres passaram a viver 8,2 anos mais do que os homens (Gordilho et al., 2000), e os últimos dados do IBGE de 2004 mostram uma ampliação do tempo de vida da mulher em relação ao homem de 10 anos.

A ampliação do tempo de vida da mulher, no entanto, traz conseqüências no perfil epidemiológico. Os dados da PNAD Saúde de 1998 mostram que, apesar de aproximadamente 85% dos homens idosos e 83% das mulheres reportarem estar em boas condições de saúde, as mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentar as doenças típicas da última fase da vida, tais como artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão, bem como de contrair incapacidades que afetam as atividades do cotidiano (Camarano, 2003).

Ampliação da carga de doenças

Apesar dos avanços, muito ainda há que se fazer. É sabido que os problemas de saúde se modificam ao longo da vida. Acidentes e violência ocorrem predominantemente na infância, adolescência e início da vida adulta. O desenvolvimento de doenças crônicas ocupa papel central na meia-idade. A morbidade e a mortalidade por doenças crônicas predominam em época mais tardia, coincidindo com a aposentadoria. A redução da capacidade funcional e o surgimento da dependência são preocupações nas idades mais velhas. Assim, com o envelhecimento populacional ocorre um aumento da carga de doenças crônicas e de incapacidades na população e um aumento correspondente do uso de serviços de saúde.

Em vários aspectos as condições de saúde da população idosa brasileira não diferem substancialmente do observado em outros países. As doenças cardiovasculares e as neoplasias são as causas de morte predominantes, correspondendo a 51% dos óbitos na faixa etária de 60 ou mais anos (Lima-Costa, 2003). A hipertensão arterial e a artrite são as doenças mais frequentemente auto-referidas (44% e 38%, respectivamente) e, via de regra, as mulheres idosas apresentam piores condições de saúde e uso mais freqüente de serviços de saúde do que os homens (Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003).

Entretanto, existem importantes particularidades. Com relação à mortalidade, entre as doenças do aparelho circulatório persistem as doenças cerebrovasculares como principal causa de óbito em ambos os sexos, indicando a precariedade do controle da hipertensão arterial nessa população, ao contrário do observado em sociedades que alcançaram um bom nível de saúde pública, nas quais predominam as doenças isquêmicas do coração (Lima-Costa, 2003). Outro aspecto importante são as desigualdades em saúde determinadas pelas condições socioeconômicas do idoso brasileiro. O Brasil é um dos primeiros do mundo em termos de concentração de renda, e as desigualdades em saúde dos idosos refletem esta posição.

Dados de um inquérito nacional de saúde correspondentes à população com 65 ou mais anos de idade mostraram que os 20% de idosos mais pobres (ou seja, cuja renda domiciliar *per capita* situa-se no quintil inferior da distribuição de renda) apresentavam piores indicadores da condição de saúde, mas procuravam e utilizavam com menos freqüência serviços médicos, em comparação aos idosos com renda familiar mais alta. Essas diferenças eram independentes do sexo e da faixa etária (Lima-Costa et al., 2003). Por outro lado, as hospitalizações independiam

da situação socioeconômica do idoso. Outro aspecto que chamou a atenção nesse estudo foi a grande dependência dos idosos brasileiros do sistema público de saúde, tanto os mais pobres (95%) quanto os demais (69%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores gerais e específicos das condições de saúde e de uso de serviços de saúde da população idosa brasileira, segundo a renda domiciliar *per capita*

Indicadores	Renda domiciliar <i>per capita</i> (em %)		Total
	< 67% do valor do salário mínimo brasileiro*	≥ 0,67% do valor do salário mínimo brasileiro*	
Consideram sua saúde como ruim/muito ruim	16,1	10,2	11,1
Interrupção das atividades por problemas de saúde nas duas últimas semanas	17,2	14,5	15,0
Grande dificuldade ou incapacidade para se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro	10,7	7,5	8,1
Procurou serviço de saúde nos últimos 15 dias	17,4	23,2	22,0
Fez pelo menos uma visita a um médico nos últimos 12 meses	64,5	75,5	73,3
Fez pelo menos uma visita a um dentista nos últimos 12 meses	4,7	12,4	10,9
Foi internado em um hospital nos últimos 12 meses	14,7	14,9	14,5
Dependência exclusiva do sistema público de saúde	95,3	69,2	74,5

Fonte: IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD 98*. In: Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003.

* Um salário mínimo brasileiro corresponde a cerca de US\$ 80,00.

Os resultados dessa análise foram importantes para mostrar que, no Brasil, mesmo pequenas diferenças na renda mensal domiciliar *per capita* ($< 0,67$ vs. $\geq 0,67$ salários mínimos) são suficientemente sensíveis para identificar idosos com piores condições de saúde, maior morbidade física e menor uso de serviços de saúde, que são importantes indicadores da qualidade de vida. As desigualdades socioeconômicas associadas ao uso de serviços pelos idosos indicam que a equidade, um dos princípios constitucionais do sistema de saúde brasileiro, ainda não foi alcançada.

Ademais, os dados coletados reforçam a idéia de que políticas para garantir a renda mínima dos idosos, além de contribuir para reduzir a pobreza geral no país (Camarano & Pasinato, 2002), podem melhorar o acesso desta faixa da população à atenção médica e ao tratamento, colaborando para reduzir as desigualdades em saúde nela observadas (Lima-Costa et al., 2003).

ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE

O sistema de saúde atual foi concebido para atender à demanda da saúde materno-infantil e não responde satisfatoriamente às exigências resultantes do envelhecimento populacional. Essa mudança demográfica leva a um aumento da pressão sobre o sistema de saúde, ampliando os seus custos, devido, entre outros, à elevação da utilização de serviços, de medicamentos e de tecnologias caras e complexas, e traz também repercussões individuais, familiares e sociais. Somente a substituição do paradigma biomédico por um paradigma ampliado que integre, além do tratamento de patologias, a reabilitação, o cuidado, a prevenção, a promoção e a inclusão social do idoso pode alterar essa situação.

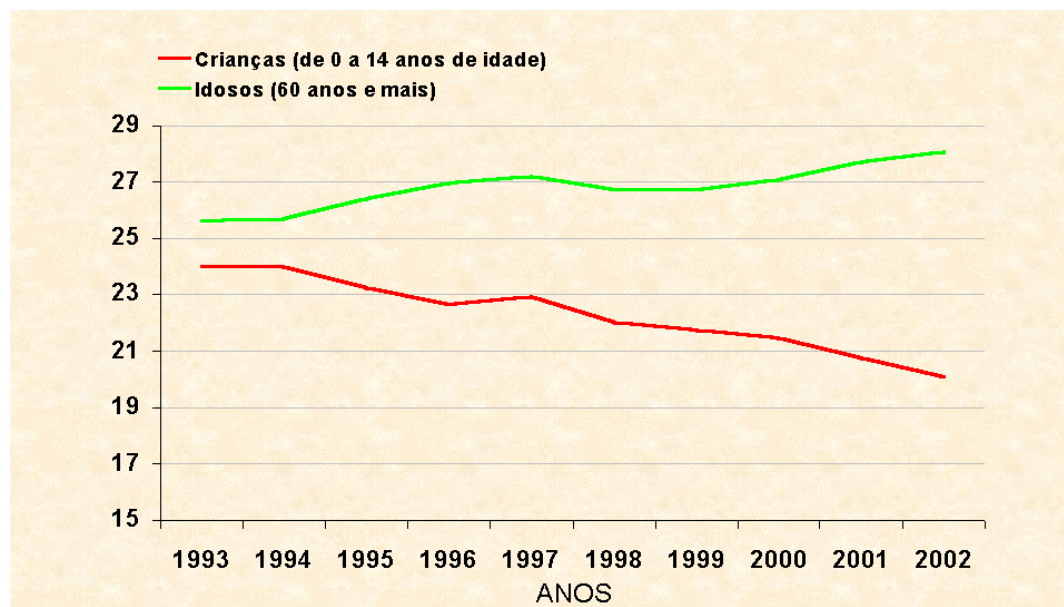
Sem dúvida, um das maiores conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações. Ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, o que antes era privilégio de poucos hoje passa a ser realidade, mesmo nos países mais pobres. Viver mais é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas é importante que se consiga agregar qualidade a esses anos adicionais de vida.

Nesse contexto estão alguns desafios destes primeiros anos do século XXI: como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos? Como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento?

Fica patente que o investimento em políticas de saúde é uma diretriz prioritária para que o idoso possa usufruir a ampliação dos anos de vida, de forma autônoma, saudável e com qualidade. No entanto, é reconhecido que o custo da saúde é muito alto, apesar de ser um item de fundamental importância para qualquer sociedade. Por esse motivo, as políticas precisam ser eficientes, contemporâneas e elaboradas por profissionais qualificados e experientes.

As modificações observadas na pirâmide populacional levam a que as doenças próprias do envelhecimento ganhem maior expressão, trazendo como resultado uma demanda crescente por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Consomem-se mais recursos sem que necessariamente se obtenham os resultados esperados em termos de recuperação da saúde e melhoria da qualidade de vida. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Proporção de gastos com hospitalização de crianças e de idosos, no SUS - Brasil, 1993 a 2002



Fonte: MS / SIH - SUS

Acompanhando essa tendência, os gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) estão se concentrando cada vez mais no atendimento ao idoso. Tomemos por base os recursos investidos em internações hospitalares. Segundo dados fornecidos pelo SUS, em 2002 18,6% do total de internações apuradas pelas AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar) foram registradas na faixa etária de 60 anos ou mais de idade, para uma população de idosos de apenas 8,5%, em comparação com 20,9% de internações na faixa de 0 a 14 anos para uma população de 29,6%, e 60,5% de internações na faixa de 15 a 59 anos (61,8% da população total).

Todos os demais indicadores mostram um panorama semelhante para a população idosa: a taxa de hospitalização por 1.000 indivíduos foi de 47,2 na faixa de 0 a 14 anos; 65,6 no segmento de 15 a 59 anos, e 146,8 no grupo de 60 ou mais anos de idade. O tempo médio de permanência hospitalar foi de 7,6 dias para o grupo de 60 anos ou mais, e de 5,8 dias nos demais. O índice de hospitalização (número de dias de hospitalização consumidos, por habitante, a cada ano) foi igualmente maior no grupo de idosos: 1,11 dia, em comparação com 0,23 e 0,40 dia, nas faixas de 0 a 14 e 15 a 59 anos, respectivamente. O custo médio, por internação, foi de R\$ 605,37 para os mais idosos; R\$ 391,06, dos 0 aos 14 anos, e R\$ 440,75 de 15 a 59 anos. Finalmente, o índice de custo (custo de hospitalização por habitante /ano) foi de R\$ 18,48 para o segmento de 0 a 14 anos; de R\$ 28,91 para a faixa de 15 a 59 anos, e de R\$ 88,90 para aqueles com mais de 60 anos.

Quaisquer que sejam os indicadores observados, os custos e utilização dos serviços são sempre maiores para os idosos. No documento oficial do governo sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso,¹ também foram apresentados indicadores de utilização dos serviços de saúde e custos e verificou-se semelhante tendência. Se olharmos historicamente, é possível observar que enquanto alguns indicadores melhoram nas demais faixas etárias, tal comportamento não se reflete entre os idosos.

Esses fatos atestam algo já conhecido, porém ainda sem capacidade política de gerar mudanças no modelo assistencial. Apesar de o Ministério da Saúde possuir o maior orçamento do governo, algo em torno de 28 bilhões de reais/ano, em relação ao PIB do país seu gasto é ainda muito pequeno, particularmente quando comparado com o de outros países (Tabela 2).

Porém, a situação se revela ainda mais grave quando se observa a relação dos custos e a importância conferida às políticas para os idosos. Em todos os indicadores analisados, como tempo de permanência hospitalar, utilização dos serviços ambulatoriais, consumo de medicamento, realização de exames complementares, entre outros, a participação dos idosos se situa entre 25 e 30% do total dos dispêndios do Ministério da Saúde.

Isso quer dizer que o grupo etário dos idosos, composto de menos de um décimo da população, utiliza em torno de um quarto do orçamento do Ministério da Saúde, ou algo próximo a 7 bilhões de reais/ano, valor superior ao somatório da receita de vários ministérios, como Cultura, Turismo, Esporte, Ciência e Tecnologia, entre outros. Observa-se, no entanto, uma relação inversa entre o tamanho da conta e a prioridade das políticas públicas de saúde para com os idosos.

¹ A Política Nacional de Saúde do Idoso foi sancionada pelo ministro da Saúde, e publicada no *Diário Oficial* em 13 de dezembro de 1999.

Tabela 2 - Países selecionados, para o ano de 2000, indicadores demográficos e de gastos em saúde

Países	População total (000)	População de 60 anos ou mais (em %)	Gasto total em saúde, % do PIB	Gasto total em saúde, <i>per capita</i> (em US\$)
Afganistão	21.923	4,9	3,2	28
Argentina	36.577	13,3	8,2	823
Bélgica	10.152	21,6	8,0	1.738
Brasil	167.988	7,6	6,5	428
Canadá	30.857	16,7	8,6	1.836
Chile	15.019	10,0	6,1	581
China	1.273.640	10,0	2,7	74
Cuba	11.160	13,4	6,3	109
França	58.886	20,5	9,8	2.125
Índia	998.056	7,5	5,2	84
Itália	57.343	23,9	9,3	1.824
México	97.365	6,8	5,6	421
Moçambique	19.286	5,1	5,8	50
Portugal	9.873	20,8	8,2	1060
Federação da Rússia	147.196	18,3	5,4	251
Serra Leoa	4.717	4,8	4,9	31
Suíça	7.344	19,3	10,1	2.644
Reino Unido	58.744	20,9	5,8	1.193
Estados Unidos	276.218	16,4	13,7	4.187

Fonte: Organização Mundial de Saúde. *The World Health Report*, 2000.

Gasta-se muito e mal em hospitalização e internações de longa permanência, em detrimento de cuidado ambulatorial, em bases mais contemporâneas ou em instâncias intermediárias como Centros-Dia, Programas de Internação Domiciliar e Assistência Domiciliar, ou de espaços alternativos, tipo Centros de Convivência para idosos.

Algumas propostas assistenciais, de reconhecida eficiência, não vêm recebendo a prioridade devida: o ambulatório hierarquizado em complexidade e a internação em ambiente domiciliar. É provável que isso se deva ao fato de tais propostas exigirem uma mudança no paradigma do cuidado, rompendo com a tradição da assistência orientada para a doença, em direção a uma abordagem orientada para a prevenção e ações que muitas vezes ultrapassa o campo específico de saber da área da saúde.

A CRISE DO MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Um dos 'gargalos' do modelo assistencial diz respeito à insuficiente identificação e precária captação da clientela. A baixa resolução dos serviços ambulatoriais, a falta de monitoramento das doenças mais prevalentes e os escassos serviços domiciliares fazem com que o primeiro atendimento ocorra, muitas vezes, em estágio avançado, dentro do hospital, o que, além de aumentar os custos, diminui as chances de um prognóstico favorável. Em geral, as doenças dos mais velhos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico podem até se adequar, com algumas restrições, ao adulto jovem, mas certamente não se aplicam aos idosos.

O modelo assistencial baseado na atuação de múltiplos especialistas e no uso intensivo de exames complementares está esgotado. É por esse motivo que a definição de um médico responsável pelo paciente, com alta capacidade resolutiva, torna-se elemento fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde.

Tornou-se lugar-comum, aceito por todos, falar da necessidade de se organizar uma porta de entrada para o sistema. Cabe, no entanto, observar que o médico responsável pela entrada do paciente no sistema pode ter características e funções distintas, dependendo do modelo a ser implementado. Por exemplo: o médico da porta de entrada que segue a lógica do modelo inglês possui uma boa formação generalista e, por esse motivo, tem alta capacidade resolutiva, permitindo estabelecer uma fidelização do paciente com o referido profissional. Já no modelo americano, a porta de entrada tem como característica um serviço de triagem, visando a um melhor encaminhamento para o médico especialista. É contraditório propor o modelo de porta de entrada baseado na lógica do médico especialista.

Quanto mais médicos, exames e intervenções, maior a probabilidade de iatrogenia e a conseqüente piora do quadro de saúde do usuário. O modelo de múltiplas escolhas não é apenas mais caro, mas também pior do ponto de vista da relação paciente-médico e da resolução dos problemas de saúde.

Apostar em instalações e espaços para tratamentos ultra-especializados em hospitais é ir contra uma tendência que indica claramente ser o hospital uma instituição reservada para casos cirúrgicos ou para intervenção nos casos agudos, permitindo a transferência o mais breve possível para unidades intermediárias, como, por exemplo, a assistência domiciliar (*home care*).

O avanço tecnológico das últimas décadas permitiu a miniaturização e automação de equipamentos de alta tecnologia, tais como respiradores mecânicos, bombas de infusão, máquinas de diálise e equipamentos de administração de medicamentos, permitindo que eles pudessem ser mais simples e de custo mais baixo. Pode-se, portanto, transferir parte da parafernália

hospitalar para o interior da residência do doente. Procedimentos cirúrgicos que demandavam vários dias de internação hoje são realizados em consultórios/ambulatórios ou foram reduzidos à metade do tempo ou menos, trazendo mais conforto para o paciente, reduzindo as chances de infecção hospitalar, além de uma conta menor para o pagador. Esses fatores levam a uma menor utilização do hospital e à conseqüente ampliação dos procedimentos realizados no lar – *home care*.

Não se pretende adotar uma concepção niilista em relação aos hospitais, desqualificando-os *in totum*. Os bons hospitais serão sempre necessários. Além do mais, nem todos os pacientes são elegíveis para o tratamento domiciliar. No entanto, assume-se que não é razoável transformarmos os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde, quando a medicina contemporânea mostra que tal modelo, além de ser muitíssimo mais caro, é também mais ineficiente, e por estes motivos tende a ficar restrito a indicações precisas. Com a ampliação da população idosa, a modalidade do cuidado domiciliar tende a acompanhar esse crescimento. O idoso com múltiplas patologias, mas que almeja ter sua vida o menos conturbada possível, opta, na imensa maioria das vezes, pelo tratamento domiciliar.

Um dos determinantes dos custos ascendentes do setor Saúde decorre de uma situação tida como ‘paradoxo tecnológico’. Enquanto em todos os ramos da economia a incorporação de novas tecnologias vem reduzindo os custos e melhorando produtos e serviços, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo e se atinja a cura.

Nunca é demais lembrar que o brasileiro tinha a expectativa de vida ao nascer, em 1900, de 33 anos e que em apenas cem anos essa expectativa de vida dobrou. Certamente, essa foi a maior conquista do último século. No entanto, viver mais sem qualidade não é uma vitória, e sim motivo de preocupação. O que se almeja é aumentar o tempo de vida, se possível até o limite biológico, com qualidade e autonomia, e para tal o modelo de assistência à saúde tem de se ajustar às demandas do tempo presente. Aliás, após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecerem condições adequadas para vivê-la plenamente.

CONCLUSÃO

Fazendo eco ao panorama mundial, o envelhecimento da população idosa brasileira revela indicadores positivos de uma melhora na qualidade de vida da população e de um conseqüente aumento na expectativa de vida dos brasileiros. Entretanto, esse processo caracteriza-se por algumas particularidades. Em primeiro lugar, ele se verifica no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, com uma velocidade sem precedentes na história da humanidade. Esse rápido crescimento, em ambiente de pobreza e grandes desigualdades sociais, tem repercussões importantes sobre a sociedade em geral (Lima e Costa et al., 2003). Segundo Berquó (1999), esse processo poderia reforçar desigualdades já existentes entre diferentes estratos da população, contribuindo assim para aumentar a exclusão dos idosos.

Cabe aqui ressaltar as conseqüências do surgimento de novas demandas por parte dessa população crescente em um contexto caracterizado pela escassez de recursos. A garantia da renda mínima e universal para a população idosa, elemento que contribuiu de maneira importante para a melhoria da condição de vida dessa população, está ameaçada pelo déficit da Previdência Social. Esse fato torna-se ainda mais relevante se considerarmos o grande contingente de mulheres entre os idosos e a maneira acentuada como a população feminina foi afetada por essa medida.

Também as condições socioeconômicas do idoso brasileiro parecem determinar um acesso diferenciado à atenção médica e ao tratamento, estendendo ao campo da saúde as desigualdades determinadas pela concentração de renda que caracteriza o Brasil. Além disso, fica evidente o despreparo do sistema de saúde atual diante das demandas surgidas com o envelhecimento populacional. Esse sistema foi concebido para atender à demanda materno-infantil, portanto responde mal às exigências do manejo das doenças crônico-degenerativas e de incapacidades que acompanham o envelhecimento da população. Os dados aqui apresentados atestam que se gasta muito e mal em hospitalizações e internações de longa permanência, e que é preciso substituir o paradigma biomédico por um paradigma ampliado que integre a reabilitação, a prevenção, a promoção da saúde e a inclusão social do idoso.

Ou seja, devemos enfatizar que a população idosa não constitui um grupo homogêneo; ela é composta por pessoas com trajetórias de vida distintas construídas a partir da interação entre indivíduo e contexto social. Vulnerabilidades também surgem da interação entre os elementos intrínsecos ao envelhecimento biológico e aqueles relacionados às características do indivíduo e às dinâmicas social e cultural. Assim, programas e políticas visando à população idosa devem basear-se em um profundo conhecimento do contexto e em uma identificação e integração de todos os recursos disponíveis, tanto individuais quanto coletivos.

O grande desafio das políticas públicas para o século XXI é a garantia de uma sobrevivência digna para todos aqueles tiveram suas vidas prolongadas em anos. A busca de soluções adequadas exige que se adote prioritariamente uma visão interdisciplinar do envelhecimento da população brasileira como um elemento fundamental nas investigações científicas do novo milênio. Além disso, é imprescindível que se crie uma consciência e um compromisso entre os gestores e definidores de políticas a respeito da importância da inclusão deste tema, como prioridade para as próximas décadas, nas agendas econômicas, sociais e políticas do nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, R. P. de; MENDONÇA, R. & SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre os idosos. In: CAMARANO, A. A. (Org). *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.
- BERQUÓ, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: LIBERALESSO, A. & DEBERT, G. G. (Orgs.) *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, 1999.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS et al. (Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, 49:35-63, 2003.
- CAMARANO, A. A. & PASINATO, M. A. *Envelhecimento, Condições de Vida e Política Previdenciária: como ficam as mulheres?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. (Texto para discussão 883)
- CAMARANO, A. A. et al. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org). *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.
- CORIN, E. Regards anthropologiques sur la vieillesse. *Anthropologie et Sociétés*, 6(3):63-90, 1982.
- CORIN, E. Définisseurs culturels et repères individuels: le rapport au corps chez les personnes âgées. *International Journal of Psychology*, 20:471-500, 1985.
- DEBERT, G. G. *A Reinvenção da Velhice*. São Paulo: Edusp, 1999.
- GOLDANI, A. M. (1999). Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (Org.) *Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999.
- GORDILHO et al. *Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso*. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.
- GUEDES, S. L. Dos muitos modos de envelhecer no Brasil: uma “antropologia do envelhecimento”? *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 3(3):86-93, 1999.
- LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO & S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):735-743, 2003.
- LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):745-757, 2003.
- LLOYD-SHERLOCK, P. *Ageing, Development and Social Protection: a research agenda*. Unrisd Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002
- NOGALES, A. M. V. A Mortalidade da população idosa no Brasil. In: *Como Vai? População Brasileira*. Ano III, 3:24-32, dez.1998.
- OLIVEIRA, F. E. B. de; GUERRA, M. & CARDOSO, F. P. Uma avaliação das reformas recentes do regime de previdência. Encontro da Apep, XII. Anais... Minas Gerais, 2000.
- SIMÕES, J. A. Solidariedade intergeracional e reforma da Previdência. *Estudos Feministas*, 5(1):169-181, 1997. (Dossiê Gênero e Velhice)
- UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A. & LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA, C. (Orgs.) *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- UCHOA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3):849-854, 2003.
- VERAS, R. P. *País Jovem com Cabelos Brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- VERAS, R. P. Apresentação. In: VERAS, R. P. (Org.) *Terceira Idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.