

Longevidade: desafio no terceiro milênio

Longevity: a challenge from the twentieth century

Longevidad: desafío en el tercer milenio

*Matheus Papaléo Netto**

*Denise Rodrigues Yuaso***

*Fabio Takashi Kitadai****

RESUMO: O objetivo deste artigo é fazer um levantamento da literatura sobre as condições socioeconômicas da população idosa e sobre os aspectos relacionados à atenção à saúde deste estrato etário, decorrentes do aumento da longevidade. Tendo em vista esse objetivo procurou-se caracterizar o impacto demográfico do envelhecimento populacional, acarretando crescimento acentuado da longevidade e suas consequências sobre as condições socioeconômicas e sobre as variáveis que as compõem. O que se pôde observar nos dados constantes da literatura pesquisada é que as transições demográficas e epidemiológicas não têm sido acompanhadas de transformações socioeconômicas compatíveis com as consequências advindas do aumento da expectativa média de vida. Assim, o Brasil, apesar de ter uma das economias mais fortes do mundo, apresenta uma das piores distribuições de renda, sendo esta uma das maiores responsáveis pela pobreza que atinge uma parcela considerável da população idosa. Em relação ao sexo feminino, o que se observou é que as mulheres, apesar de participarem do mercado de trabalho, recebem em média, apenas 63% dos salários dos homens. Os dados mostraram também que a solidão, decorrente do maior tempo de sobrevivência, a pobreza e a maior incidência de doenças nas fases avançadas da vida, constituem a tríade que justifica a expressão "feminização" da velhice. Outros aspectos abordados foram: os problemas relacionados ao crescente aumento da urbanização, observado nas últimas décadas, as dificuldades não raramente observadas na relação intergeracional e as propostas contidas na Política Nacional de Saúde do Idoso.

DESCRITORES: Envelhecimento, Longevidade, Urbanização

ABSTRACT: The objective of this paper is to present a literature survey on the impact of increasing longevity on the socioeconomic conditions as well as on the health care of the elderly. Taking into account the stated objective the characterization of the demographic impact of aging, which leads to a marked increase in longevity with its natural consequences on the socioeconomic conditions and their related variables, has been sought for. The surveyed literature shows that both the epidemiologic and demographic transitions have not been followed by compatible socioeconomic changes in order to face the consequences of increasing average life expectancy. Notwithstanding the fact that Brazil has one of the strongest world economies the country has, on the other hand, one of the worst wealth distribution. Therefore a considerable share of the elderly population is living in a condition of (extreme) poverty. In relation to the feminine gender it has been observed that the women wages are on the average only 63% of those earned by men. Alongside with this fact data have shown also that loneliness, poverty and illnesses represent the triad that justifies coining the expression "feminization". Other aspects were also considered, such as growing urbanization, particularly in the last decades, difficulties associated with intergenerational relationships and the proposals laid out in the Health National Policy for the Elderly.

KEYWORDS: Aging, Longevity, Urbanization

RESUMEN: El objetivo de este artículo es un examen de la literatura acerca de las condiciones socioeconómicas de la población envejecida y los aspectos relacionados con la atención a la salud de este estrato etário, causados por el aumento de la longevidad. Con este objetivo se han hecho esfuerzos para caracterizar el impacto demográfico del envejecimiento de la población, causando un crecimiento acentuado de la longevidad y de sus consecuencias sobre las condiciones socioeconómicas y las variables que las componen. Lo que se ha podido observar en los datos constantes de la literatura investigada es que las transiciones demográficas y epidemiológicas no han sido seguidas de transformaciones compatibles con las consecuencias socioeconómicas causadas por el aumento de la expectativa media de vida. Así, Brasil, aunque sea una de las economías más fuertes del mundo, presenta una de las peores distribuciones de la renta, siendo éste uno de los grandes responsables por la pobreza que afecta un número considerable de la población envejecida. En lo referente al sexo femenino, observase que las mujeres, aunque participen del mercado del trabajo, reciben en promedio solo el 63% del valor de los salarios de los hombres. Los datos también han demostrado que la soledad, consecuencia del mayor tiempo de sobrevivencia, la pobreza y la incidencia más grande de enfermedades en fases avanzadas de la vida constituyen la tríada que justifica la expresión «feminización» de la vejez. Otros aspectos abordados fueron los problemas relacionados con el grande aumento de la urbanización, observado en las décadas pasadas, las dificultades comunes que se observan en la relación intergeneracional y las propuestas contenidas en la Política Nacional de la Salud del Idoso.

PALABRAS-LLAVE: Envejecimiento, Urbanización, Longevidad

* Livre Docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do Núcleo de Gerontologia do Centro Universitário São Camilo.

** Fisioterapeuta. Mestre e Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Docente e Membro do Núcleo de Gerontologia do Centro Universitário São Camilo.

*** Doutor em Medicina. Membro do Grupo de Geriatria do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo.

Introdução

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo, comprovado por meio de numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade os desafios médicos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional.

O aumento da população idosa, visto até há algumas décadas como fenômeno tipicamente europeu, hoje não mais se sustém, pois há aproximadamente quatro décadas o que se observa é o crescimento mais acentuado de pessoas idosas nos países em desenvolvimento. Um dos exemplos mais típicos dessa afirmativa é o que vem acontecendo no Brasil, onde o envelhecimento populacional tem revelado um crescimento exponencial e cuja projeção para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões.

O que se pode afirmar com segurança é que no século XX produziu-se uma verdadeira revolução de longevidade, que tende a perpetuar-se por várias décadas, tornando-se muito maior no século XXI. Ressalte-se que o aumento da longevidade sempre foi o almejado pelos seres humanos desde os primórdios da civilização. É óbvio que isso não é o suficiente se, paralelamente às modificações demográficas que estão sucedendo, não ocorrem profundas transformações socioeconômicas para melhorar a qualidade de vida dos idosos e, em última análise, promover o envelhecimento ativo. O que tem sido observado é justamente o contrário, ou seja, a transformação demográfica rapidamente crescente, em especial nos países do terceiro mundo, acompanha-se conseqüências graves hoje e certamente dramáticas em um amanhã não muito distante.

Todos os problemas dos idosos, sejam médicos, sociais, econômicos, políticos culturais, psicológicos e espirituais, representam desafios que deverão ser enfrentados com a finalidade de ser menos árdua a caminhada através do terceiro milênio.

Impacto demográfico do envelhecimento populacional

A notável transição demográfica que vem ocorrendo em todo o mundo está demonstrando que o ritmo de crescimento do número de idosos é muito maior que o de outras faixas etárias. Segundo algumas previsões, o percentual de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no mundo em 2050 passará de 10% a 21%; paralelamente, o percentual do número de crianças terá uma redução de 30% para 21%. Em alguns países desenvolvidos, o número de idosos será mais que o dobro do de crianças.

No Brasil, a estrutura etária tem o mesmo comportamento, ou seja, à medida que cresce o percentual de idosos diminui a proporção do grupo mais jovem. Isto se acha evidente na Tabela 1, na qual os grupos etários foram divididos em: até 14 anos de idade, 15 a 64 anos e 65 anos e mais. Dois fatores fundamentais justificam esse tipo de com-

portamento: queda da fecundidade, responsável pela redução percentual da faixa etária mais jovem; e queda da fecundidade e da mortalidade, responsáveis pela elevação percentual da faixa etária dos idosos.

O crescimento rápido da população idosa, que se observa particularmente nas regiões em desenvolvimento, inclusive no Brasil, é, obviamente, reflexo do aumento da expectativa de vida que, diga-se de passagem, vem ocorrendo em todas as nações do mundo, sejam estas desenvolvidas ou em desenvolvimento. Com efeito, em nosso país ela aumentou 20 anos desde 1950, atingindo hoje 68,4 anos, prevenindo-se que até 2050 ela terá um acréscimo de mais 10 anos.

Assinale-se que a população idosa que, em números absolutos, ainda é menor que a dos dois outros grupos etários mais jovens (0 a 14 anos e 15 a 59 anos) começa a revelar cifras expressivas, tendo atingido cerca de 14,5 milhões em 1999, para uma população geral de aproximadamente 170 milhões de habitantes.

Estudos demográficos prevêem que durante o período de 1995 a 2020 irá ocorrer uma taxa de crescimento negativo do número de crianças com menos de cinco anos de idade (Política Nacional de Assistencial Social, 1999), embora,

Tabela 1 — Distribuição da População Brasileira por Grupos Etários 1970 a 1991 e Projeções 2000-2020

Períodos	Grupos Etários		
	Até 14 anos (%)	15 a 64 anos (%)	65 anos e + (%)
1970	42,6	54,3	3,1
1980	38,8	56,4	4,0
1991	35,0	60,2	4,8
2000	29,7	65,2	5,1
2010	26,5	67,7	5,8
2020	23,6	68,7	7,7

Fonte: IBGE, Censos demográficos de 1980 a 1991

durante algum tempo, essas crianças ainda constituirão grupo significativo. De qualquer forma, esse comportamento deverá levar a uma diminuição da pressão por serviço materno-infantil, paralelamente à demanda maior por benefícios, como auxílio-doença e aposentadoria, e por serviços de assistência à saúde da pessoa idosa, fruto da mudança do perfil de morbimortalidade, que tem ocorrido há algumas décadas.

Desafios

Nesta seção serão abordados os diversos problemas vivenciados pela grande maioria dos idosos e que, em verdade, se colocam como desafios que deverão ser enfrentados pelo Estado, pela sociedade e pelos próprios idosos, representados, por exemplo, pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional da Pessoa Idosa, na busca incessante de soluções para atendimento às necessidades que afligem a população dessa faixa etária.

Esses desafios serão divididos, para facilidade de exposição e com caráter mais didático que real, em diversos itens e subitens: aspectos socioeconômicos, distribuição de renda, pobreza e desemprego, feminização da velhice, aposentadoria, estrutura familiar e estado civil, relação intergeracional, migração e urbanização e, finalmente, atenção integral à saúde do idoso.

1. Aspectos socioeconômicos

Segundo Paschoal (2005), a longevidade é uma conquista do desenvolvimento criado pelo homem. Mas o que se observa é que essa conquista tem se acompanhado de circunstâncias desfavoráveis, que acabam por transformar o viver em um pesado fardo, tornando as pessoas receosas de ingressar nesse tempo da vida (Salgado, 1980).

O velho como categoria social nunca interveio no percurso do

mundo, e enquanto ele conservar sua eficácia permanecerá integrado na sociedade sem se distinguir dela. Ao perder suas capacidades, aparece como o outro, tornando-se sem serventia, sem valor de troca, não passando de uma carga (Beauvoir, 1990).

Essas visões dos três autores citados deixam bem claro que elas, em verdade, não diferem, mas se completam, colocando para o indivíduo idoso, para a sociedade e para as entidades governamentais a dura batalha a ser enfrentada hoje e que, certamente, será muito mais árdua nas próximas décadas. Se não houver conscientização para a necessidade de mudanças desse quadro, teremos diante de nós, paradoxalmente, o fato de não valer a pena os esforços dirigidos para aumentar a longevidade. Esse fato tem respaldo na observação de que a velhice frequentemente se torna visível quando se transforma em um problema social, quando ela deixa de ser somente relacionada à família, às associações filantrópicas e aos próprios idosos, tornando-se uma questão pública (Senhoras, 2005).

O que se observa é que as transições demográfica e epidemiológica não têm sido acompanhadas de transformações socioeconômicas, que deveriam ser necessariamente profundas nos países em desenvolvimento, para que pudessem ser compatíveis com as conseqüências advindas do aumento da longevidade. É necessário enfatizar que esse aumento não ocorreu em virtude da melhora da situação social e econômica, mas, principalmente, pelos avanços tecnológicos obtidos, particularmente, no campo da medicina. A melhora da qualidade de vida, que é o maior desejo para a obtenção de uma velhice saudável, está muito longe de ser atingida nos países em desenvolvimento, pois estes possuem uma estrutura socioeconômi-

ca anacrônica, que privilegia alguns em detrimento da maioria.

Assinale-se, também, que a principal característica que diferencia nossa população em processo de envelhecimento da existente em países desenvolvidos é que o Brasil ainda possui uma alta proporção de indivíduos jovens. Esse grupo mais jovem tem necessidades sociais e médicas específicas, próprias de sua idade. Ao mesmo tempo, a população que envelhece coloca novas exigências para os serviços sociais, inclusive os benefícios previdenciários, e de saúde (Veras, 1994). Hoje, passados pouco mais de dez anos, o quadro de certa forma se mantém, isto é, continua a proporção do grupo etário mais jovem, embora venha apresentando um declínio progressivo. A redução percentual e em números absolutos não tem sido suficiente para alterar substancialmente a estrutura etária existente em 1994.

Para prover os recursos necessários que atendam às exigências dos dois grupos citados, ambos economicamente não-produtivos, usa-se o índice dependência, que é o valor estimado dos custos para a sociedade.

O índice dependência pode ser definido como a razão entre as populações dependentes, isto é, de 0 e 14 anos e de 60 anos e mais, e a que se situa entre 15 e 59 anos, que constitui a população economicamente produtiva. Essa razão assim definida constitui o índice de dependência total, que pode ser decomposto em dois outros: índice de dependência jovem e índice de dependência idoso. O aumento do número de idosos terá como reflexo um índice de dependência idoso mais elevado. O mesmo tipo de raciocínio deverá ser feito para o cálculo do índice de dependência jovem. O ônus para a população economicamente produtiva é mais bem avaliado pelo índice de dependência total, que leva em consideração as variações do número de crianças e de idosos.

Tabela 2 — Índices de dependência estimados e projetados no Brasil, 1960 — 2025

Faixa Etária	1960	1980	2000	2020	2025
0 — 14 anos	84	67	53	41	40
60 anos ou +	9	11	13	20	22
Total	93	78	66	61	62

Fonte: UNO, Diesa, Periodical on Ageing; 1985

Na Tabela 2, em que se encontram os índices das faixas etárias de 0 a 14 anos e de 60 anos e mais, pode-se notar que, a partir de 1960, vai ocorrendo declínio do índice de dependência jovem e elevação progressiva do índice de idosos. O índice de dependência total tem se mantido inalterado a partir do ano 2000, pois o aumento da faixa etária de 60 anos e mais é contrabalançado pela diminuição da faixa etária de 0 a 14 anos. Pode-se notar também que, a partir de 2000 até o valor projetado para 2025, o índice de dependência idoso eleva-se acentuadamente, o que levará a implicações de alto custo financeiro (Veras e col., 1987). Fica evidente que o impacto financeiro da faixa etária dos idosos é muito mais elevado que o das crianças, devendo-se aceitar, à vista dos dados apresentados, que será muito maior com o avançar dos anos.

Segundo Pampel e Williamson (1989), em muitos países desenvolvidos há o temor de que, no decorrer dos próximos vinte a trinta anos, a força de trabalho da população economicamente ativa não terá condições de suprir uma base fiscal suficientemente grande para sustentar as faixas etárias dependentes, em particular a dos idosos. A observação desses autores serve como alerta para as nações em desenvolvimento, pois estas deverão enfrentar já nas primeiras décadas deste milênio o desafio imposto pelo aumento da longevidade, se medidas urgentes não forem implementadas para alterar esse quadro. Cabe neste

momento a seguinte afirmação: não é digno, não é humano prolongar a vida, quando não se lhes dão condições de uma sobrevivência digna (Papaléo Netto e Ponte, 1996).

Sem esquecer as necessidades básicas que atingem toda população brasileira, não restam dúvidas de que os problemas sociais que atingem os idosos são de tal magnitude que estão a exigir posturas mais dignas, mais humanas, mas também mais realista para aqueles que deram muito de si para as gerações futuras.

A política de desenvolvimento que domina as sociedades industrializadas sempre foi voltada para os jovens e para a assistência materno-infantil. É evidente que o investimento numa criança tem um retorno potencial de 5 a 60 anos de vida produtiva, enquanto os amplos cuidados médico-sociais na tentativa de promover um envelhecimento saudável não podem ser considerados como investimento. É na verdade uma obrigação da sociedade para os que durante anos a construíram.

Cabe ressaltar a postura de Salgado (1980): “Valores culturais sedimentados ao longo dos anos qualificaram extremamente o potencial da juventude, em detrimento da idade madura e da velhice, as quais acabaram por ser interpretadas como um misto de improdutividade e de decadência.”.

Felizmente, vislumbra-se, embora de maneira ainda muito tímida, uma tomada de consciência da necessidade de criar políticas para o idoso, reformulando-se toda uma

concepção com conotações políticas, econômicas e, antes de tudo, culturais (Paschoal, 2005).

2. Distribuição de renda, pobreza e desemprego

Apesar das transformações econômicas que o Brasil vem apresentando há algumas décadas, a distribuição de renda continua sendo uma das piores de todo o mundo. Segundo Veras (1994), entre 1965 e 1980 o Produto Interno Bruto (PIB) cresceu em média aproximadamente 9% ao ano e a produção industrial cerca de 10%. Na ocasião, o PIB era de aproximadamente 350 bilhões e as exportações anuais de 24 bilhões. Segundo dados do Banco Central, o PIB dos últimos 12 meses, ou seja, de julho de 2004 a julho de 2005, foi de 1,898 trilhão de reais (valor já corrigido pela inflação)*, o que demonstra que o Brasil possui uma das economias mais fortes do mundo. Esse dado pode realmente surpreender, pois, mesmo considerando um percentual elevado desse total para pagamento da dívida externa e seus juros, a renda restante seria suficiente para reduzir drasticamente o nível de pobreza, se ela fosse equitativamente distribuída entre os ricos, que são poucos, e os pobres, que constituem a grande maioria.

Em verdade, o que se verifica é um Brasil cronicamente heterogêneo, cheio de contrastes, pois, ao lado de um país rico, industrializado, há outro extremamente pobre. Neste último encontra-se uma população moderadamente ou muito

* Valor publicado no Caderno Folha Dinheiro do jornal *Folha de S.Paulo* de 30/7/2005.

pobre, a maioria vivendo em favelas e cortiços, e os idosos que vivem em grau de extrema pobreza, cuja moradia são as ruas dos centros urbanos como, por exemplo, São Paulo e Rio de Janeiro, cidades que, de certa forma, podem ser comparadas a várias cidades do Primeiro Mundo.

Os indicadores sociais são fundamentais para tornar transparente a desigualdade da distribuição de renda e sua íntima relação com a pobreza. A análise desses indicadores busca identificar os mecanismos de exclusão e a origem da pobreza, com o intuito de privilegiar a inclu-

são social de segmentos populacionais ou de indivíduos excluídos.

Na década de 1990, apesar da elevação da renda, constatou-se um dos maiores graus de desigualdade de sua distribuição. Em 1996, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelou que, entre 1960 e 1990, a média dos mais ricos era aproximadamente trinta vezes maior que a média dos 40% mais pobres.

Segundo dados da Política Nacional da Assistência Social publicados em 1996, com o crescimento da economia brasileira ocorrido em décadas anteriores à de 80 e retomado na década de 90, a renda média cresceu, porém não beneficiou igualmente todos os estratos populacionais. De fato, a Tabela 3 mostra que a fração de renda dos 20% mais ricos aumentou de 54% a 65%, respectivamente, de 1960 a 1990, ou seja, cresceu 11%; enquanto a fração de renda dos 50% mais pobres declinou de 18% a 12%, isto é, houve queda de 6%.

A concentração de renda demonstrada com esses dados é acompanhada de mudança do padrão de pobreza. É necessário que se conceitue e dimensione o que é pobreza. Assim, uma família é considerada pobre quando sua renda *per capita* não é suficiente para adquirir bens e serviços necessários à sobrevivência adequada de seus mem-

Tabela 3 — Distribuição de participação percentual dos mais ricos e dos mais pobres na renda nacional no período de 1960 a 1990

Ano	20% mais ricos	50% mais pobres
1960	54	18
1970	62	15
1980	63	14
1990	65	12

Fonte: PNUD/IPEA; 1996

Tabela 4 — Concentração regional de pobreza

Regiões	1996	%
Brasil: população residente (1) com renda familiar per capita mensal de até _ SM -1996 (2)	152.574.603	31.998.667
Norte Urbano	5.769.760	18
Nordeste	13.119.455	41
Sudeste	3.199.866	10
Sul	4.799.800	15
Centro-Oeste	5.119.786	16

Fonte: (1) Anuário Estatístico do Brasil, IBGE, 1996

(2) Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil. IPEA-PNUD; 1996

Tabela 5 — Projeções dos números de pobres e da incidência de pobreza, 1990 — 2010, por Grandes Regiões

Grandes Regiões	Número de pobres (milhões)			Incidência de pobreza (% da população)		
	1990	2000	2010	1990	2000	2010
Norte	2,2	2,3	2,1	27	18	13
Nordeste	18,9	20,9	15,3	46	43	28
Sudeste	14,0	6,9	5,2	23	10	7
Sul	4,3	3,7	2,2	20	15	8
Centro-Oeste	2,5	2,0	1,4	25	16	10
Brasil	41,9	35,8	26,2	30	21	14

Fonte: Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA; 1996

bros. Nesses termos, pobreza, do ponto de vista econômico, social e político, é definida quando a renda familiar *per capita* é menor que meio salário mínimo mensal.

Em relação às zonas rural e urbana, que serão objeto de análise mais detalhada em Migração e Urbanização, o que se observa é que nesta última se encontra maior número de pobres, embora ainda persista peso relativo maior na zona rural. Esse é mais um dado que demonstra a heterogeneidade existente no Brasil. Com efeito, quando abordamos o problema da pobreza foi levado em consideração apenas o indivíduo ou um segmento populacional dentro da sociedade; mas, quando se estende essa análise às diversas regiões brasileiras, pode-se observar também a heterogeneidade referida. Assim, constata-se que a maior concentração de pobreza, considerando-se esta como renda *per capita* de meio salário mínimo, encontra-se na Região Nordeste (Tabela 4). Verifica-se que nessa região 41% de sua população são pobres, seguindo-se o Norte Urbano com 18%, Centro-Oeste com 16%, Sul com 15% e Sudeste com 10%.

A Tabela 5, que mostra o número de pobres e a incidência da pobreza, revela que a partir de 1990 até 2010 há redução dessas cifras,

seja no Brasil como um todo, seja nas diversas regiões citadas. Visto pelo prisma mais otimista, tem-se de admitir que esses dados são mais animadores, embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido para erradicação total da pobreza.

O terceiro item desta seção é o trabalho e a geração de empregos, temas intimamente relacionados à redução da pobreza.

Uma sociedade para todas as idades deve incluir como grande objetivo que os idosos tenham a oportunidade de participar, com seu trabalho e com a experiência adquirida em anos de luta, dessa mesma sociedade. Para atingir esse objetivo é necessário eliminar todos os fatores que excluem e eliminam essas pessoas.

A contribuição social e econômica dos idosos, segundo o Plano Ação Internacional para o Envelhecimento (2002), vai além de suas atividades econômicas, já que com frequência essas pessoas desempenham funções cruciais na família e na comunidade. Essas contribuições não são obrigatoriamente medidas em termos econômicos, como é o caso dos cuidados prestados aos membros da família com seu trabalho produtivo de subsistência, na manutenção de seus lares e na realização de atividades voluntárias na

comunidade. Além do trabalho voluntário, é importante promover entre os empregadores atitudes favoráveis à capacidade produtiva dos trabalhadores idosos, de maneira que possam continuar empregados, procurando ressaltar a importância de seu valor no mercado de trabalho, valorizando também suas próprias possibilidades.

O que se verifica é que a maioria das pessoas idosas que têm possibilidade de trabalhar está empregada na chamada economia informal, sem direitos trabalhistas e sem os benefícios previstos pela Assistência Social. É preciso esclarecer que defender o emprego continuado de trabalhadores mais velhos não deve diminuir as oportunidades de inserção dos mais jovens no mercado de trabalho. É importante ressaltar que a geração de empregos deve ser o alvo central das políticas do mercado de trabalho com o objetivo de promover o aumento da produção e, como consequência, de emprego para todos, sejam estes jovens ou idosos.

Uma das recomendações contidas no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento é adotar medidas para aumentar a participação na força de trabalho da população idosa a fim de reduzir sua exclusão ou dependência. Essa medida deve ser promovida mediante políticas como, por exemplo, o aumento da participação de mulheres idosas e a implementação de serviços sustentáveis de assistência à saúde relacionada com o trabalho. Nesta serão prioridades a prevenção, a promoção da saúde e a segurança ocupacional para manter a capacidade de trabalhar e o acesso à tecnologia, ao aprendizado continuado, à educação permanente, à capacitação no emprego, à reabilitação profissional, além de procurar a reintegração, quando possível, de pessoas com algum grau de incapacidade no mercado de trabalho.

Tabela 6 — Participação das mulheres na chefia de domicílios no período de 1991 a 1996, segundo Grandes Regiões

Grandes Regiões	1991 (%)	1996 (%)
Brasil	18,1	20,7
Norte (1)	15,4	22,6
Nordeste	19,5	21,0
Sudeste	18,6	22,0
Sul	16,0	19,0
Centro-Oeste	16,9	20,0

Fonte: IBGE, 1997

(1) Exclusive a população área rural do RO, AC, AM, RR, PA e AP

3. “Feminização” da velhice

Em quase todos os países do mundo, o número de idosas é maior que o de idosos. O mesmo acontece nas Américas, inclusive no Brasil. Assim, o número de homens para 100 mulheres vem sofrendo uma queda com o avançar da idade. De fato, considerando-se o grupo etário de 60 a 64 anos de idade, o número de homens é de 89,0; de 75 a 79 anos é 70,8; e de 80 anos ou mais é 52,8. Esses dados são reflexos da maior longevidade do sexo feminino, decorrente da maior esperança de vida ao nascer, aos 60, aos 70 e aos 80 anos. Se levar em consideração a expectativa de vida ao nascer, observa-se que as mulheres vivem em média cinco a sete anos mais que os homens.

Outro dado demonstrativo da maior longevidade das mulheres é demonstrado pela razão de sexos, que é o número de mulheres para cada 100 homens. Tomando-se como exemplo apenas a década de 1980 verifica-se que nos idosos com 60 anos e mais, 70 anos e mais e 80 anos e mais, a razão de sexos era, respectivamente, 111,5, 120,5 e 168,2. Esse aumento da longevidade em mulheres, com as diferentes taxas de mortalidade entre estas e os homens, faz com que a razão de sexos cresça à medida que aumenta a idade. Em relação à distribuição de pessoas idosas por sexo, o Brasil possui o mesmo padrão dos países desenvolvidos (Siegel e Hoover, 1982).

Além das diferenças biológicas como, por exemplo, o fator protetor exercido pelo hormônio feminino sobre os eventos cardiocirculatórios, principalmente angina do peito e infarto agudo do miocárdio e suas conseqüências, outras razões prováveis, conforme exposto por Veras (1994), seriam as diferenças na exposição a fatores de risco como maior exposição a causas externas de mortalidade, diferenças quanto ao consumo de álcool e fumo e diferenças

nas atitudes em relação às doenças. Soma-se a esses fatores o atendimento médico-obstétrico que, obviamente, só pode ser utilizado pelas mulheres.

Os fatores de risco como acidentes de trabalho e de trânsito, acidentes domésticos, homicídios e suicídios são mais freqüentes em homens que em mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde publicados em 1981, as mortes decorrentes dessas causas ocorreram em 94,5 homens e apenas em 23,8 mulheres para 100 mil habitantes. As mulheres, por permanecerem ou executarem suas tarefas no ambiente doméstico, estariam menos sujeitas a esses fatores de risco.

A diferença entre homens e mulheres quanto ao consumo de álcool e fumo constitui outra razão, pois os primeiros consumiram e possivelmente ainda consomem mais essas drogas que as últimas. Essas drogas são reconhecidamente consideradas fatores de risco de várias doenças, principalmente neoplasias e doenças cardiovasculares.

A diferença na atitude em relação às doenças é outro fator fundamental para a menor taxa de morbidade e mortalidade entre as pessoas do sexo feminino, pois estas sempre usaram os serviços de saúde com maior freqüência que os indivíduos do sexo masculino, possibilitando a realização de diagnósticos mais precoces e condutas terapêuticas, possivelmente mais adequadas.

Finalmente, em relação ao atendimento médico-obstétrico, sabe-se que a mortalidade materna é hoje muito baixa graças à expansão significativa da assistência ao pré-natal e ao parto.

Acrescente-se que a exposição aos fatores de risco por causas externas, o consumo de álcool e fumo e a displicência com a própria saúde, que são causas passíveis de serem evitadas ou cuja ação deletéria pode ser minimizada, são, como já

foi referido, responsáveis pela diminuição da sobrevivência em homens. Se esses mesmos fatores estiverem presentes em mulheres, como já vem ocorrendo, a diferença entre os dois sexos quanto ao tempo de sobrevivência muito provavelmente será reduzida.

A participação da mulher no mercado de trabalho aumentou significativamente na última década. Com efeito, seu papel na população economicamente ativa, segundo dados da Política Nacional da Assistência Social (1999), passou de 31% em 1981 para 35% em 1990. Apesar disso, as mulheres em seu conjunto são mais pobres que os homens. Dados do IPEA mostram que em 1990 as mulheres ganhavam, em média, apenas 63% dos salários dos homens.

O principal motivo que levou ao aumento do número de mulheres na força de trabalho foi a necessidade de contribuir para o orçamento doméstico. A mulher trabalhadora passa então a exercer dupla função, no seu ambiente familiar e no local onde exerce seu trabalho remunerado. A conseqüência natural é a inexistência freqüente de alguém que possa cuidar do idoso dependente, ou seja, o cuidador, papel habitualmente executado pela mulher, freqüentemente idosa.

Além da reduzida remuneração pelo seu trabalho, as transformações socioeconômicas e culturais no mundo contemporâneo vêm alterando valores e comportamentos que modificam o papel da mulher na sociedade, com repercussões sobre sua participação no mercado de trabalho e sobre a família.

Os fatores que afetam a mulher idosa no trabalho remunerado são, além dos salários mais baixos e da falta de desenvolvimento profissional, as interrupções de sua atividade remunerada e as obrigações relacionadas à atenção a sua família. A renda familiar insuficiente e os

baixos rendimentos percebidos durante os anos de vida produtiva da mulher levam à condição de pobreza na velhice. O número maior de idosas e a pobreza que também é maior no sexo feminino, além de outros fatores que serão discutidos mais adiante, fazem com que se utilize com frequência a expressão “feminização” da velhice.

Outro aspecto que chama atenção é o crescimento das famílias com chefia feminina, o que se deve a uma série de fatores, tais como a crescente participação da mulher no mercado de trabalho, o aprofundamento da pobreza e o aumento das taxas de separação e divórcio. Esse fenômeno coloca novas exigências a serem enfrentadas pelos programas de proteção social.

A Tabela 6 mostra um aumento de 2,6% no número de domicílios chefiados por mulheres entre os anos de 1991 e 1996. O aumento mais significativo ocorreu na Região Norte (22,6%), o que pode ser devido à grande incidência da pobreza, bem como à migração inter-regional, principalmente da população masculina.

Segundo Neri (2001), a “feminização” da velhice também é decorrente do crescimento relativo da taxa de mulheres idosas que são chefes de família, fazendo parte, como já referido, da população economicamente ativa. Se, por um lado, esse dado é uma informação positiva, por outro é revelador de um lado perverso das relações sociais, qual seja, que as gerações mais jovens, por diversos motivos, não estão dando conta de prover as próprias necessidades. Para os idosos de qualquer nível social, a posse de bens, teoricamente, significa *status* e mais chance de serem bem tratados, mas essa relação está longe de ser linear. A mesma autora afirma que a combinação dos efeitos do envelhecimento, da desigualdade social e das mudanças nas práticas so-

ciais relativas à convivência entre gerações aumenta a probabilidade de que as mulheres idosas e de todos os níveis sociais venham a viver sozinhas. A esse propósito, Veras (1996) nos ensina que na Inglaterra dois terços dos velhos eram do sexo feminino e, no grupo etário acima de 85 anos, para cada homem existiam cinco mulheres.

Outro fato responsável pela solidão das mulheres é sua condição de viuvez, que tem como origem a maior duração de sua vida em relação aos homens. Outra causa é a perda do companheiro, em virtude do divórcio. Inúmeras observações dão conta de que, enquanto o homem idoso não raramente se casa pela segunda vez, o mesmo acontece com pessoas do sexo feminino apenas esporadicamente.

Outro aspecto que diferencia os idosos das idosas é a taxa de morbimortalidade, intimamente relacionada à maior longevidade entre as mulheres. Assim, enquanto a taxa de doenças letais é muito maior entre os homens do que entre as mulheres, nestas predominam as doenças não-fatais, frequentemente incapacitantes e/ou crônicas, como as doenças osteoarticulares, o diabetes mellitus tipo II não-complicado, a hipertensão arterial discreta. Nos idosos prevalecem as doenças cardiovasculares, principalmente a isquemia miocárdica (Néri, 2001).

Os diversos aspectos sociais referidos (viuvez, renda reduzida, maior pobreza) e os longos períodos de doenças crônicas tornam as mulheres idosas particularmente as mais velhas, mais frágeis e mais sujeitas à institucionalização. Se a isso se somar a solidão, estará constituída a tríade pobreza, doença e solidão, freqüente entre mulheres idosas (Greecy e col., 1985; Jones e col., 1985), que pode com alguma frequência ser causa de depressão. As desigualdades sociais, contudo, não podem, segundo Dressel (1988), ser

atribuídas meramente ao sexo, mas também à classe social e à raça. As pessoas pertencentes às classes menos aquinhoadas e certos grupos étnicos e raciais, tanto homens como mulheres, são mais suscetíveis de vivenciar, entre outros, o problema do desemprego, do subemprego e do emprego instável de baixo salário.

4. Aposentadoria

O termo “aposentadoria” significa saída de um trabalho que vinha sendo regularmente efetuado durante anos. Frequentemente a aposentadoria se encontra associada à idade. A relação com a idade, contudo, é apenas parcialmente verdadeira, pois há também trabalhadores adultos jovens aposentados que, após cumprirem o tempo legalmente estabelecido de contribuição para os institutos de previdência públicos ou por motivo de invalidez, também se aposentam.

Lamentável é o fato de os aposentados perderem com essa inatividade o reconhecimento social, adquirido após anos de trabalho, terem reduzida a sua renda e, como consequência, o padrão de vida. A essas condições se associa a exteriorização do envelhecimento, que, em conjunto com as condições já referidas, leva à perda acentuada do *status* social e financeiro (Salgado, 1980; Santos, 1990; United States Government, 1995). Nesse momento cabe indagar: a aposentadoria é um período de lazer ou a necessidade de um retorno ao trabalho para complementação de renda?

França (1989) assinala que, apesar de a psicologia social e do desenvolvimento assinalar poucas mudanças na personalidade e intelectualidade de quem envelhece, existem muitos preconceitos em relação ao processo de envelhecimento e às transformações dele decorrentes. Tais formulações estão implícitas na velha “teoria do desengajamento”, que preconizava o afastamento pro-

gressivo do indivíduo do seio da sociedade, usando o instrumento da aposentadoria, e a aceitação dessa perda como providencial para que o indivíduo dispusesse de um tempo maior para suas realizações, uma vez que estava perto da morte. Salgado (1980) lembra que os partidários do desengajamento progressivo aduziam, como argumento final, a tese de que a morte de um indivíduo engajado seria danosa à sociedade e que o mesmo não acontece com o desengajado, que já teve sua posição assumida por outro. Ao lado dessa visão utilitarista da sociedade, deve-se ressaltar que a teoria do desengajamento, segundo França (1989), desprezou questões básicas para o indivíduo, tais como: situação econômica deficitária advinda da aposentadoria, percepção das relações afetivas constituída a partir do ambiente de trabalho, relação com seu "fazer" e manutenção do *status quo* no âmbito do próprio sistema produtivo.

As atuais aposentadorias recebidas pelo trabalhador do setor privado variam de um a dez salários mínimos, enquanto os funcionários estatutários do setor público percebem valores idênticos aos recebidos quando se encontravam na ativa. Os idosos brasileiros, particularmente os primeiros, ao final de sua vida, vivem uma situação financeira pior do que quando trabalhavam, pois o valor de sua aposentadoria, na maioria das vezes, é inferior aos seus ganhos durante o período produtivo.

A proporção de pessoas idosas inativas vem aumentando no Brasil. Com efeito, segundo Veras (1999), se tomarmos como referência os idosos que estavam empregados, verifica-se que, em 1950, 83% dos homens com idade entre 60 e 69 anos e 57% dos que tinham 70 anos ainda se encontravam entre os que estavam em atividade no trabalho. Mais recentemente, em 1999,

observa-se que essas proporções diminuíram para 53% e 29%, respectivamente. Entre as mulheres também ocorreu queda na proporção das que trabalhavam. Assim, havia apenas 10% e 2% de mulheres trabalhando nas mesmas faixas etárias. A redução drástica de idosos que se encontravam trabalhando, comparando-se os dois períodos assinalados, é reflexo do processo de urbanização e industrialização, que ocasionou conseqüências mais graves para a geração mais velha.

Segundo esse mesmo autor, três hipóteses podem explicar essa redução do contingente de idosos no mercado de trabalho, além, obviamente, do quadro recessivo por que passa o país e a diminuição da oferta de trabalho para todos os grupos etários. A primeira hipótese é a ampliação de pessoas cobertas pela Previdência Social, apesar dos valores exíguos pagos por essa instituição. A segunda hipótese é a redução da atividade agrícola, em virtude do êxodo rural. A terceira hipótese é que as pessoas idosas têm menos qualificação educacional, se comparadas à geração mais jovem, o que as exclui do mercado de empregos mais bem pagos.

O que se constata é que, pelo processo de urbanização, poucas alternativas existem no mercado de trabalho para o idoso, localizando-se essas oportunidades quase exclusivamente em pequenas empresas e no trabalho autônomo, beneficiando particularmente o idoso do sexo masculino. Esse é mais um dado que demonstra que as mulheres idosas sentem mais que os homens de mesma faixa etária os problemas decorrentes da dificuldade de conseguir um emprego remunerado, embora a condição econômica precária em que vivem as obrigue à busca incessante de um serviço que possa complementar os poucos rendimentos, quando estes existem!

É na família que o idoso tem ainda encontrado amparo e segurança.

No entanto, o que se observa é que, em virtude da lastimável condição econômica que atinge os vários extratos etários, está cada vez mais se reduzindo o número de famílias ampliadas e aumentando o número de famílias nucleares, cuja situação financeira faz com que seus membros sejam obrigados a trabalhar para aumentar seu suporte econômico. O resultado final é, não raramente, o isolamento social da pessoa idosa e a falta de apoio nos casos de dependência física e/ou psíquica.

Tendo em vista que os ganhos da aposentadoria são, freqüentemente, inferiores aos salários recebidos pelos trabalhadores quando empregados, buscam-se formas de complementar os rendimentos por meio de fundos de pensão. Outra alternativa é o pagamento de planos de previdência privada oferecidos por vários bancos do sistema financeiro. Assinale-se, porém, que essa medida esbarra em pelo menos dois obstáculos maiores. Essa não é uma prática comum entre os brasileiros dos diversos grupos etários, que não têm o costume de planejar suas vidas para o futuro. O motivo maior, porém, e praticamente intransponível é que os baixos salários recebidos durante o período de atividade não lhes permitem pensar em economizar para aplicar em um plano de previdência privada, pois a renda recebida, na maioria das vezes, é insuficiente para manter uma sobrevivência digna.

Vale a pena lembrar neste instante que a aposentadoria torna-se ainda mais polêmica, segundo França (1999), quando se verifica o rendimento mensal dos chefes de família com 60 anos ou mais. Dados referentes ao Censo Demográfico de 1991 mostram que 63% dos chefes de domicílio, homens com 60 anos ou mais, recebiam apenas até três salários mínimos. Esse percentual é ainda mais elevado no caso das mulheres (74,5%).

5. Estrutura familiar e estado civil

Nas últimas décadas, a relação entre os componentes da família tem sofrido transformações acentuadas, o que, como resultado final, pode acarretar isolamento, solidão e sensação de abandono a uma parcela de pessoas idosas. Ao isolamento dos idosos existente nas zonas rurais, associa-se o existente nos centros urbanos. Alguns fatores responsáveis por essa situação estão relacionados às mudanças da estrutura familiar, fruto das condições socioeconômicas, culturais e, também, do processo de urbanização. Assim, observa-se aumento da proporção de pequenas famílias, constituídas quase exclusivamente pelo casal e um ou dois filhos (famílias nucleares), em detrimento do padrão de família extensa, tradicional, que tem como selo a solidariedade socioeconômica e afetiva. Com isso vêm desaparecendo os laços de parentesco, razão maior da união de membros das famílias tradicionais. Essa situação constitui um dos fatores responsáveis pela diminuição do suporte financeiro e afetivo ao idoso. Profundamente ligados a essa estrutura familiar nuclear estão a maior mobilidade, graças ao menor tamanho da família, e o aumento do número de separações e divórcios observados, principalmente, nas últimas décadas.

Por outro lado, a experiência nos ensina que os idosos que, quando jovens, conseguiram adquirir um domicílio não raramente abrigam seus filhos já casados em pequenas moradias construídas no quintal de seus pais. Poder-se-ia inferir, a partir daí, que, dada a proximidade com os filhos, a atenção dispensada estaria preservada. Isso é apenas uma parte da verdade, pois marido e mulher, premidos pela condição financeira precária, vêm-se obrigados a entrar no mercado de trabalho e, com isso, a atenção ao parente idoso passa a ser reduzida.

De qualquer forma, segundo Veras (1996), viver por longo tempo sem companhia predispõe ao isolamento. Mesmo em países desenvolvidos como, por exemplo, a Inglaterra, entre os censos de 1961 e 1971, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que moravam sozinhas passou de 17% a 34%, subindo a quase 50% quando se consideravam indivíduos com mais de 75 anos. Outro dado alarmante é que 47% desses idosos nunca foram visitados por amigos. Esses fatos levam à predisposição à eclosão de doenças físicas e principalmente mentais. Um em cada três velhos sofre de algum quadro mental, e a prevalência de depressão nesse grupo é de 10%. Na Bélgica, as taxas de suicídio entre homens com mais de 75 anos é cinco vezes maior que as da população geral, e entre as mulheres é três vezes maior.

Em relação ao estado civil, observa-se, à semelhança do que vem ocorrendo em todo o mundo, que também existe uma discrepância entre homens e mulheres. Com efeito, verifica-se que 3/4 dos idosos do sexo masculino vivem em companhia de cônjuge, enquanto 2/3 das mulheres são viúvas, solteiras ou separadas. Essa desigualdade é devida principalmente a dois fatores: maior longevidade das mulheres e a união de homens com mulheres mais jovens, fato que tem raízes culturais (Paschoal, 2005). Isso também é observado em pessoas que têm mais de 60 anos. Embora casar-se aos 60 anos não seja comum, os homens têm muito maior probabilidade de fazê-lo após essa idade do que as mulheres (Veras, 1994). A probabilidade de ficar viúva aumenta com a idade, o que tem nítida relação com a maior sobrevivência das idosas. Em decorrência disso, a solidão é, portanto, mais freqüente entre as mulheres, representando estas 72% dos idosos que vivem sós (Berquó e Cazenaghi, 1988).

6. Relação intergeracional

Quando se fala em relação intergeracional, a primeira coisa que vem à mente é o conflito entre o jovem e o idoso, este sempre considerado vítima. Dois aspectos têm de ser ressaltados: primeiro, nem sempre há necessariamente conflito e, segundo, nem sempre o idoso pode ser tido como vítima.

Mesmo que se admita o papel hostil da sociedade contemporânea para com os idosos, não é possível desconhecer que estes também podem ter uma parcela ponderável por essa situação (Papaléo Netto e Ponte, 1996).

É conhecido o fato da dificuldade de adaptação do velho ao meio em que vive, gerando conflitos particularmente com as gerações mais jovens. Não se pode, sob pena de cometer injustiça, afirmar que a rejeição é unilateral, ou seja, da sociedade ou, mais especificamente, dos jovens em relação aos idosos. Pode ser também destes em relação àqueles. Associa-se a isso a rejeição do idoso ao seu próprio envelhecimento. Os valores que norteiam a vida das gerações mais novas e o comportamento assumido perante esses valores diferem frontalmente dos que nortearam as gerações mais velhas, que teimam em trazer para o presente valores culturais do passado, tentando impô-los aos demais.

É fácil perceber que se não houvesse o culto excessivo à valorização dos grupos etários mais jovens, se não houvesse por parte dos mais velhos rejeição aos novos tempos, certamente a integração destes ao meio seria menos árdua, apesar das precárias condições econômicas em que vive a maioria da população brasileira. O caminho da adaptação do velho ao meio, que passa obrigatoriamente pelo atendimento às suas necessidades sociais e de atenção à saúde, começa a ser percorrido a passos lentos.

Esse conflito poderá realmente existir na dependência de outros fatores, além do já referido, entre os quais se situa a necessidade de duas ou mais gerações serem obrigadas, pelas condições socioeconômicas, a viver e conviver dentro de um espaço freqüentemente exíguo, que é muitas vezes a moradia de toda a família.

É importante assinalar que o papel desagregador pode estar dentro do próprio ambiente familiar. Costa (1987), citado por França e Soares (1997), destaca que a “família vai mal, pois está pouco a pouco se desestruturando devido a inúmeros fatores: afrouxamento dos laços familiares, repressão da infância, entre outros, fazendo com que os indivíduos estejam desaprendendo as regras da convivência que mantinham a família coesa...”.

Essas mesmas autoras assinalam que todas essas situações desembocam na importância de a sociedade se preparar, com suas gerações, para a troca de informação, comunicação e solidariedade, de modo que a população possa envelhecer melhor e retardar uma dependência, principalmente física, que atinge atualmente um grande percentual de pessoas com mais de 80 anos. As trocas geracionais não devem se limitar à família e aos programas e políticas governamentais, mas devem ser expandidas às instituições privadas e a outras representações da sociedade.

De acordo com Ferrigno (2003), a cultura transmitida entre gerações é adquirida “de igual para igual”, como algo vinculado ao dia-a-dia. O ponto principal está “na igualdade de direitos e no respeito às diferenças”. A aprendizagem ocorre quando as partes aprendem e mudam a partir “da experiência do outro”. Nesse caso há um engrandecimento entre as gerações. Há necessidade, portanto, de transformar conflito em solidariedade.

7. Migração e urbanização

A progressiva concentração da população em áreas urbanas, particularmente nas grandes cidades, deve-se à continuidade do movimento migratório de áreas rurais, que vem ocorrendo há algumas décadas. Isto se acha bem evidente em alguns dados, que mostram que na década de 40 apenas 31% da população residia nas áreas urbanas; em 1991 essa proporção cresceu, chegando a 75%, e em 2000 atingiu 80% (IPEA, 1997).

Essa elevação, decorrente do aumento da população como um todo, vem ocorrendo paralelamente ao crescimento da população idosa. A proporção de residentes em áreas rurais e em localidades com menos de 20 mil habitantes declinou de 80,5% em 1940 para 30,9% em 1991. Ao mesmo tempo, a proporção dos que vivem em áreas com mais de 500 mil habitantes, e cuja maior parte reside em áreas metropolitanas que abrigam 43 milhões de pessoas, passou de 10,8% em 1940 para 35,2% em 1991 (Política Nacional de Assistência Social, 1999). O que se espera é que nas próximas décadas ainda ocorra diminuição de indivíduos das zonas rurais, porém com uma tendência à estabilização.

À semelhança do que ocorre no Brasil, a maioria dos países latino-americanos vivencia o mesmo processo de migração em direção às grandes cidades, contrariando a crença amplamente disseminada de que no Terceiro Mundo a maioria da população idosa vive em zonas rurais (Neysmith e Edwards, 1984; Tout, 1989).

O processo de concentração populacional nas grandes cidades e de redução nas zonas rurais tem consequências sociais e econômicas para a população como um todo e para o idoso em particular (Kalache e cols., 1987; Ramos e cols., 1987; Veras e cols., 1987). Assim, foi observado, entre 1965 e 1980, redução signifi-

cativa da contribuição da agricultura para o PIB, de 19% para 11%, que associada a outros fatores teve repercussão sobre a percentagem de força de trabalho na agricultura, que declinou de 49% para 31% (World Bank, 1989). O acentuado processo migratório das zonas rurais teve origem no desemprego rural, na diferença de salário recebido pelo trabalhador do campo comparativamente ao recebido nas cidades e, também, na maior oferta de serviços públicos oferecidos nestas. Essas situações, responsáveis pela pobreza extrema que assola os trabalhadores rurais, estão intimamente relacionadas à concentração de vastas propriedades rurais nas mãos de poucos e do emprego de moderna tecnologia que reduz o mercado de trabalho nessas regiões.

A resultante desse processo migratório é que migrantes mais jovens buscam na “cidade grande” o que seu local de origem lhes negou — uma sobrevivência digna (Papa-léo Netto e Ponte, 1996). No Brasil, as décadas de 1960 e 1970 foram as épocas de migração mais intensa. O censo de 1980 mostrou que mais de 50% dos que migraram pertenciam à faixa etária de 15 a 40 anos e apenas 3% tinham 60 anos ou mais. Registra-se com isso o acentuado envelhecimento nas zonas rurais, pois a maioria das pessoas idosas que permaneciam nessas regiões tinha a esperança de receber um suporte financeiro enviado pelos parentes migrantes, freqüentemente mais jovens, suporte que nem sempre se concretizava. Nesse quadro, as mulheres idosas são particularmente vulneráveis, pois sua função limita-se, freqüentemente, a serviços não-remunerados, e sua sobrevivência depende de apoio de outros.

Os indivíduos mais velhos que migraram para as zonas urbanas deparam freqüentemente com a perda das redes sociais e a falta de infraestrutura de apoio nas cidades, levando a um número maior de ido-

so vivendo na pobreza. O meio urbano passa a caracterizar-se pela pobreza, pela perda de autonomia econômica e pouca assistência material e social prestada pelos familiares que precisam trabalhar fora de casa. Referindo-se ao papel da urbanização, Caldas (2004) assim se posiciona: “A maior influência da urbanização certamente é a transformação das estruturas familiares de famílias extensas em famílias nucleares, o que diminui a disponibilidade de parentes para cuidar dos mais velhos”.

Essas são as causas maiores da necessidade da reforma agrária, que totalmente implementada poderia manter o trabalhador rural no seu habitat natural — o que justifica a existência de movimentos reivindicatórios pela posse de terras nos campos para o trabalhador e sua família.

8. Atenção integral à saúde do idoso

As considerações que serão feitas nesta seção foram extraídas, de forma resumida, em grande parte de um trabalho que teve a participação de um grupo de profissionais inseridos nas instituições de ensino superior e de técnicos do Ministério da Saúde, com o intuito de elaborar a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) em 1999, publicada em 2000 com o título “Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso”.

Sabe-se que o apoio informal e familiar constitui um dos aspectos mais importantes da atenção à saúde da população idosa. Isso, no entanto, não exime o Estado da responsabilidade sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde desse estrato social em todos os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses papéis do Estado e da família são fundamentais em virtude do processo de envelhecimento po-

pulacional, da necessidade de atendimento às especificidades médico-sociais da pessoa idosa e, principalmente, ao lado das transformações demográficas referidas, em virtude da transição epidemiológica que vem ocorrendo há algumas décadas nos países do Terceiro Mundo. Com efeito, o Brasil em aproximadamente quarenta anos passou a mostrar evidências importantes de modificações do quadro de morbimortalidade, caracteristicamente de uma população jovem, para o perfil de aumento das doenças crônicas, sabidamente mais frequentes nas idades mais avançadas. Alguns dados demonstram essas mudanças. Assim, em 1950 as doenças infecto-contagiosas eram responsáveis por 40% das mortes no país; em 1984, essa cifra baixou para aproximadamente 10% (Radis, 1984). Nessa mesma época, as doenças cardiovasculares tiveram um comportamento oposto, ou seja, em 1950 eram responsáveis por 12% das mortes e hoje são responsáveis por mais de 40%.

Essa mudança do perfil epidemiológico vem acarretando grandes despesas médicas e hospitalares, configurando um desafio às autoridades sanitárias para o enfrentamento do problema, pois é conhecido o fato de o idoso consumir mais serviços de saúde, internações mais frequentes e maior tempo de ocupação dos leitos. Por outro lado, as doenças que mais comumente acometem os idosos são frequentemente crônicas e múltiplas, perdurando por mais tempo e exigindo acompanhamento médico e de equipe interdisciplinar.

Tomando-se por base os dados relativos à internação hospitalar pelo SUS em 1997 e a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para esse mesmo ano, pode-se concluir que o idoso consome muito mais

recursos que as demais faixas etárias. Apesar disso, o paciente idoso não recebe uma abordagem médica e/ou psicossocial adequada. Há, na verdade, uma escassez de recursos técnicos e humanos para enfrentar a explosão demográfica desse grupo populacional, em virtude da pequena difusão dos conhecimentos geriátricos e gerontológicos entre os profissionais da saúde e pela falta de sintonia das instituições de ensino superior com as conseqüências médico-sociais das transições demográfica e epidemiológica.

As conseqüências da transição epidemiológica requerem novas estratégias que façam frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente ou efetivamente dependentes, com baixo nível socioeconômico, e que consomem uma parcela desproporcional de recursos do sistema de saúde, destinada ao financiamento de internações hospitalares ou instituições de longa permanência (asilos e casas de repouso). Segundo Brito e Ramos (1996), os asilos constituem modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora da família e têm como inconveniente, muitas vezes, conduzir ao isolamento e à inatividade física, em decorrência dos altos custos dos serviços de apoio. Deveriam ser a última alternativa a ser considerada nos serviços sociais a serem oferecidos aos idosos.

O asilo tende a existir como meio de sobrevivência para os que não têm mais vida ativa e produtiva e necessitam de cuidados especiais e total de assistência. Outro motivo do asilamento parece ser a imagem criada pela sociedade de que o asilo é lugar de idoso pobre (Guimarães, Simas e Farias, 2005). Os altos custos desse tipo de assistência estão a exigir medidas de maior resolutividade. Entre essas medidas encontram-se os cuidados domiciliares como alternativa possível para uma parcela de idosos dependentes.

Felizmente, os idosos, apesar de serem com frequência portadores de uma ou mais doenças, são em sua maioria capazes, autônomos e independentes, prescindindo de qualquer tipo de ajuda, sendo portanto considerados idosos saudáveis. Nesse contexto surge o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter habilidades físicas e mentais. Para manutenção dessas características são fundamentais ações preventivas, assistenciais e de reabilitação, e, quando possível, recuperação dessa capacidade.

A promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece significam a valorização da autonomia e da preservação da independência física e mental do idoso. Tanto a dependência física quanto a mental constituem fatores de risco significativo de mortalidade. Os custos gerados por essa dependência poderão ser tão grandes quanto o investimento de dedicar um membro da

família ou um cuidador para ajudar continuamente uma pessoa que, muitas vezes, poderá viver ainda dez anos ou mais. Além disso, deve-se considerar a possibilidade de envolver leitos hospitalares e institucionais, procedimentos diagnósticos caros, bem como a participação de uma equipe interdisciplinar.

Tendo em vista essas considerações, a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a preservação ou melhora da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação dos que venham a ter sua capacidade funcional restringida, garantindo-lhes a permanência no meio em que vivem, exercendo suas funções na sociedade.

Segundo Caldas (2004), a aprovação da Política Nacional de Saúde do Idoso representa um avanço em relação à Política Nacional do Idoso, cuja base era a Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994, regulamen-

tada pelo Decreto n. 1948, de 13 de julho de 1996.

Considerações finais

Os problemas colocados em discussão poderão levar o leitor à impressão de pessimismo, mas o que se pretendeu foi deixar claro uma visão realista do velho, da velhice e do envelhecimento. É importante, para finalizar, reafirmar a posição de Kertzman (2005): "A verdade é que a sociedade moderna esvazia o tempo das experiências vividas pelo idoso, empurrando-o para a margem, deixando-o em um papel passivo, como se não valesse a pena nenhum investimento para o futuro, como se não houvesse mais futuro". É preciso que essa mesma sociedade reveja essas idéias preconceituosas de que o velho nada mais pode fazer. Ela deve se conscientizar de que é possível mudar esse quadro, lembrando que o idoso poderá ser um participante ativo dessa sociedade que hoje o rejeita.

REFERÊNCIAS

- Beauvoir S. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1990.
- Berquó ES, Cazenaghi SM. Oportunidades e fatalidades: um estudo demográfico das pessoas que moram sozinhas. Anais de VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. 1988; 1: 155-181.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: MPAS/SAS; 1997
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MPAS; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Estatística de mortalidade, Brasília;1981.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde do Idoso. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção global ao idoso. Rio de Janeiro: UNATI/UERG; 2000.
- Brito FC, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Papaléo Netto M, editor. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 394-402.
- Caldas CP. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso. A arte de cuidar. 2a. ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 41-47.
- Creecy RF, Berg WE, Wright RJ. Loneliness among the elderly: a causal approach. J Gerontol 1985; 40(4): 487-493.
- Dressel PL. Gender, race, and class: beyond the feminization of poverty in later life. The Gerontologist 1988; 28(2): 177-180.
- Ferrigno JC. Co-educação entre gerações. Petrópolis: Vozes; 2003.
- França LHFP. A busca do sentido existencial para o idoso. [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia/Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1989.

- França LHFP, Soares NE. A importância das relações intergeracionais na quebra de preconceitos sobre a velhice. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume Dumará UNATI/UERG; 1997. p. 143-170.
- França LHFP. Preparação para aposentadoria: desafios a enfrentar. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará UNATI/UERG; 1999. p. 11-34.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra e Domicílios. Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
- Guimarães ACA, Simas JP, Farias SF. Ambiente asilar e a qualidade de vida do idoso. Aterceiridade. SESC 2005; 16: 54-71.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1997. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil – 1996. Brasília: IPEA; 1997.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. O Brasil na virada do milênio: trajetória e desafios do desenvolvimento. Brasília: IPEA; 1997.
- Jones DA, Victor CR e Vetter NJ. The problem of loneliness in the elderly in community: characteristics of those who are lonely and the factors related to loneliness. J Royal Coll Gen Pract 1985; 35: 136-139.
- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev Saúde Pública 1987; 21(3): 200-210.
- Kertzman OF. Responsabilidade social e envelhecimento. Aterceiridade SESC 2005; 16: 22-39.
- Neysmith SM, Edwards J. Economic dependency in the 1980s: its impact on the third world elderly. Ageing and Society 1984; 4(1): 21-44.
- Neri AL. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri AL, organizador. Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus; 2001. p. 161-200.
- Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003.
- Pampel FC, Williamson JB. Age, class, politics and the welfare state. Cambridge: Universit; 1989.
- Papaléo Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto M, editor. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p.3-12
- Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, editores. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª. ed. São Paulo: [s.n.]; 2005. p. 19-34.
- Radis, Fundação Oswaldo Cruz. Mortalidade nas capitais brasileiras, 1930-1980. Dados 1984; 7: 18.
- Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública 1987; 23(6): 478-492.
- Salgado MA. Velhice, uma nova questão social. São Paulo: Biblioteca Científica SESC; 1980.
- Santos MFS. Identidade e aposentadoria. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1990.
- Senhoras EM. O papel do idoso na preservação do meio ambiente. Aterceiridade SESC 2005; 16: 7-23.
- Siegel JS, Hoover SL. Demographic aspects of the health of the elderly to the year 2000 and beyond. World health stat. q 1982; 32(314):133-202.
- Silva JA, Caldas CP. Aspectos políticos do envelhecimento. In: Saldanha AL, Caldas CP, organizadores. Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2a ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p 22-27.
- Tout K. Aging in developing countries. New York: Oxford Univerty; 1989.
- United States Government. Bureau of the Census. Older workers, retirement, and pension: a comparative international chart book. Washington: Bureau of the Census; 1995.
- Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev Saúde Pública 1987; 21(3): 225-233.
- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará / UERG, 1994.
- Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M, editor. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 373-393.
- Veras RP. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará. UNATI/UERJ; 1999. p. 35-50.
- World Bank. Brazil adult health: adjusting to new challenges. Report no 807-BR, nov. 1989.

Recebido em 12 de abril de 2005
Aprovado em 17 de maio de 2005