

# ***Envelhecimento populacional e política de saúde: contribuições para a reflexão acerca dos desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira***

*Population aging and health policy: contributions to the debate on the challenges that the population aging process pose to define the agenda of public health policy in Brazil*

Juliana Aguiar Santana\*

O presente trabalho é fruto de um estudo realizado para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde Pública e tem como objetivo analisar os desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. Concluiu-se que há necessidade de investimento em programas que visem à saúde dos idosos, a capacitação de cuidadores e de profissionais de saúde para atendimento a essa demanda. Além disso, é preciso que haja o protagonismo dos idosos para que as suas necessidades sejam contempladas na agenda da política de saúde brasileira.

*This article results from a study carried in a post-graduation course on public health. It presents the challenges that the process of population aging poses to the definition of the political agenda for the Brazilian public health. The study indicates the need of greater investments in health programs for the elderly, in training nurses and other health professionals to meet the demand. Similarly, it is necessary that senior citizens assume their role in the process so that their needs are included in the agenda of the Brazilian health policy.*

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Políticas públicas. Política de saúde.

*Key words: Aging population. Public policy. Health policy.*

## ***Introdução***

O presente trabalho tem como objetivo analisar os desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da agenda da política de saúde pública brasileira. Acredita-se que o envelhecimento populacional e os desafios que ele traz precisam ser colocados na pauta das discussões da formação da agenda de políticas públicas brasileiras, em especial da política de saúde, já que grande parte dos recursos utilizados nessa área é dispensada ao atendimento ao idoso nas unidades de saúde.

\* Assistente Social da Universidade Federal Fluminense - Polo Universitário de Campos dos Goytacazes (PUCG) e da Prefeitura Municipal de Macaé (PMM). Bacharel em Serviço Social (UFF). Especialista em Gestão em Saúde Pública(UFF). Pós graduanda em Administração Pública (UFF). Pós graduanda em Saúde do idoso e Gerontologia (UCAM/AVM) - Campos dos Goytacazes/ RJ - Brasil

Destaca-se, principalmente, o atendimento nas emergências dos hospitais, onde é grande a incidência de atendimento a idosos que apresentam doenças crônico-degenerativas. Com isso, uma parte significativa dos recursos do Sistema Único de Saúde tem sido utilizada para o atendimento aos idosos, já que de acordo com Nunes (2004, p. 448) há uma elevação dos custos do SUS com atendimento médico-hospitalar a idosos devido à maior taxa de utilização dos serviços por esse grupo etário. Todavia, tem-se priorizado o atendimento de recuperação da saúde, mais dispendioso, ao invés de se investir em ações preventivas e de promoção da saúde que, por sua vez, demandam menos recursos. De acordo com Berenstein et al. (p. 2311)

O modelo de saúde certamente está muito mais centrado nos serviços curativos do que no atendimento preventivo, uma vez que há muito pouco investimento nas rotinas de prevenção e a população, seja por motivos socioculturais ou econômicos, tende a procurar os serviços de saúde quando já está doente.

Nesse sentido, em nossa discussão pretendemos contribuir para a visibilidade da questão do envelhecimento, pela gestão pública brasileira, assim como de investimento em programas voltados aos idosos. Essa discussão se faz necessária, pois vários estudos têm comprovado que a longevidade vem sendo acompanhada pela prevalência de doenças crônico-degenerativas e pela pobreza (BORN, 2008). Além disso, nossa experiência profissional também nos leva a realizar uma reflexão nesse sentido já que nosso trabalho tem sido direcionado predominantemente para os idosos.

Assim, com vistas ao alcance do objetivo proposto, optamos por realizar uma pesquisa bibliográfica, com a qual discutiremos as principais abordagens desenvolvidas nesse campo atualmente, além de utilizar os dados de uma pesquisa realizada recentemente por nós com o objetivo de identificar o perfil socioeconômico e de saúde dos usuários atendidos pelo Serviço Social na emergência do PSA.

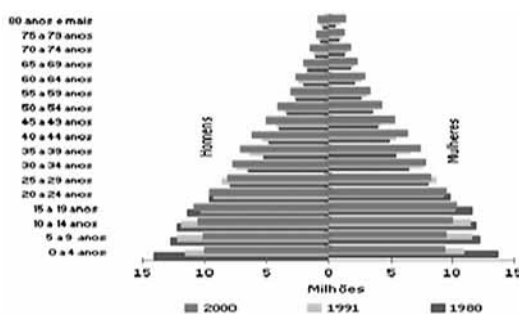
Essa pesquisa, denominada “Perfil Socioeconômico e de saúde dos usuários atendidos na emergência do Pronto Socorro Aeroporto”, realizada no ano de 2011, teve como objetivo geral conhecer o perfil socioeconômico e de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde, atendidos no Pronto Socorro Aeroporto pelo Serviço Social, e como objetivos específicos, compreender quais são os aspectos sociais, econômicos e culturais vivenciados pelos usuários que interferem no processo saúde-doença, assim como analisar as possibilidades de intervenção do Serviço Social junto aos usuários atendidos no Pronto Socorro Aeroporto. Um elemento muito significativo da nossa pesquisa se refere à faixa etária dos usuários atendidos: 58% deles tem idade igual ou maior que 60 anos. Ou seja, são idosos. Esse dado tem um significado muito importante para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), pois comprova a necessidade de se considerar o envelhecimento populacional dos brasileiros. Mas, tendo como foco o trabalho atual, destacaremos apenas os dados dessa pesquisa realizada no PSA que são relevantes para esse artigo.

## ***Envelhecimento populacional e políticas públicas no Brasil***

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Ele se apresenta como uma consequência da redução das taxas de fecundidade e de quedas nas taxas de mortalidade (VERAS, 1994), sendo composto por quatro estágios, de acordo com a OMS: meia idade, entre os 45 a 59 anos, idoso entre 60 e 74 anos, ancião entre 75 e 90 anos e velhice extrema após 90 anos. (AZEVEDO et al., 2003) Além disso, vale destacar que é considerada idosa a pessoa acima de 65 anos nos países desenvolvidos e acima de 60 anos nos países subdesenvolvidos.

Apesar de o envelhecimento ser um processo natural, responsável por diversas transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, e ocorrer com todos os indivíduos, embora de forma heterogênea, a velhice, habitualmente, tem uma representação negativa existindo conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito. Por isso, há um grande contingente de idosos que sofrem um processo de exclusão social. (NUNES, 2000; VERAS, 1994). Esse processo contempla as dimensões econômica, política, social, cultural, psicológica e, portanto, apresenta diversas características como: perda de poder aquisitivo, desrespeito aos direitos de cidadão idoso, isolamento social e desvalorização da memória e da lembrança, entre outros (QUEIROZ, 1999).

No Brasil, além dos outros fatores já mencionados, contribuem para o avanço no processo de envelhecimento populacional, o fato de as condições de vida favoráveis à disseminação de doenças infecciosas e parasitárias terem sido “rapidamente substituídas por condições de vida mais salubres e tecnologia médica mais especializada” (VERAS, 1994, p. 28). Assim, entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 (ONU, 2005, p. 4), como confirma o gráfico abaixo:



**Gráfico 1: Pirâmide Etária Brasil 1980/1991/2000**

Fontes: Censo demográfico 1980. Migração. Instrução. Fecundidade. Mortalidade. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, v. 1, t. 4, n. 1, 1983, Censo demográfico 1991. Características gerais da população e instrução. Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, n. 1, 1996. Centro demográfico 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE. p. 09. 1 CD-ROM encartado.

Segundo projeções da OMS (Organização Mundial da Saúde), o período de 1975 a 2025 será a era do envelhecimento e a população de idosos do Brasil, acompanhando a tendência de envelhecimento populacional mundial, crescerá 16 vezes. Com isso, o país será a sexta maior população de idosos do mundo em termos absolutos, ou seja, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Ainda vale destacar que, de acordo com a ONU (2003), a distribuição etária da população, ao longo de um período de 100 anos (1950 a 2050), mudará fortemente, o que se observa, mais nitidamente, na participação dos grupos etários extremos no total da população (WONG; CARVALHO, 2006, p. 9), conforme o gráfico abaixo:

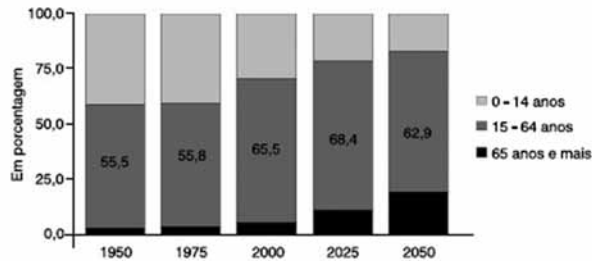


Gráfico 2: Distribuição da população por grupos etários Brasil 1950-2050

Fonte: Dados Brutos, Nações Unidas, 2003.

Considerando esse processo de envelhecimento populacional, o Brasil tem avançado em termos de elaboração de legislações voltadas às necessidades da população idosa. Dessa forma, a partir do final da década de 1980, a legislação a respeito do cidadão idoso avançou significativamente, conforme podemos ver na tabela abaixo.

### Quadro 1. Principais Marcos Institucionais relacionados ao segmento idoso

Marco institucional	Ano	Objetivo
Constituição Federal de 1988, Art.203.	1988	Institui a assistência social, que deverá ser prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e que tem como objetivo, entre outros, a proteção à velhice. Além disso, garante um salário mínimo mensal ao idoso e à pessoa com deficiência (Benefício de Prestação Continuada – BPC) que não tenham condições de prover sua manutenção ou de tê-la provida por sua família.
Lei Orgânica da Assistência Social – Lei 8.742 de 1993	1993	Estabelece os critérios para concessão do BPC.
Política Nacional do Idoso – Lei 8.842 de 1994	1994	Assegura os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
Decreto nº 1948 de 1996	1996	Regulamenta a Política Nacional do Idoso.
Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria nº 1.395 de 1999.	1999	Fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e àquela em processo de envelhecimento, na conformidade do que determinam a Lei Orgânica da Saúde – N.º 8.080/90 – e a Lei 8.842/94, que assegura os direitos deste segmento populacional e determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações, em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

Lei nº10.048 de 2000, regulamentada pelos Decretos nº 5.296 de 2004 e 5.645 de 2005	2000	Garante o atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência, aos idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo.
Resolução nº 2.878 CMN/Banco Central	2001	Estabelece o atendimento para idosos e outros grupos no âmbito das instituições financeiras e demais instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil.
Decreto nº4.227 de 2002	2002	Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI e dá outras providências.
Estatuto do Idoso - Lei 10.741 de 2003	2003	Regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
Decreto Federal nº 5.130 de 2004	2004	Regulamenta o Art. 40 do Estatuto do Idoso e dá outras providências.
Portaria SRF 454 de 2004	2004	Estabelece prioridade e ordem de preferência para idosos no julgamento de processos fiscais no âmbito das Delegacias da Receita Federal de Julgamento.
Resolução Normativa nº99 de 2005	2005	Regulamenta o reajuste dos planos de saúde.
Portaria – SRF – 525 de 2005	2005	Garante a prioridade do idoso no ressarcimento do Imposto de Renda Pessoa Física.
Pacto pela Saúde – Portaria 399 GM/MS de 2006.	2006	Determina a atenção da saúde do idoso como uma de suas prioridades.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – Portaria 2.528 GM/MS de 2006	2006	Atualiza a política de saúde voltada ao idoso, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
Lei 12.435 de 2011	2011	Alterou a Lei Orgânica da Assistência Social.

Mas, apesar desse processo de ampliação da legislação no que tange a questões desse público específico, a prática ainda é insatisfatória (BRASIL, 2006). Grande parte dos idosos ainda continua sofrendo um processo de isolamento social e desrespeito a sua condição de cidadão por não ter a oportunidade de conhecer seus direitos e as formas de acessá-los.

Portanto, o envelhecimento acelerado da população tem trazido um enorme desafio para a gestão pública brasileira, qual seja o de pensar, elaborar e implementar programas direcionados aos idosos. Esse desafio se torna ainda mais intenso no contexto atual de minimização do papel do Estado, ou, dito de outra forma, de alteração do seu papel de provedor para o de regulador dos serviços sociais. O Estado, diante da crise, tem se afastado dos compromissos sociais assumidos na Constituição Federal de 1988, fruto de muitas lutas sociais, ao mesmo tempo em que tem privilegiado as necessidades do capital, em especial as do capital financeiro. Dessa forma, a ausência ou insuficiência de programas e projetos e, por que não dizer, de efetivas políticas públicas voltadas aos idosos, faz parte desse processo, sendo uma de suas consequências.

A não permanência do idoso no mercado de trabalho - seja por causa do seu direito à aposentadoria, seja pela suposta inadequação do mesmo às necessidades do capital -, somado ao fato de a população idosa não vir se apresentando como uma camada da sociedade capaz de reivindicar e se mobilizar em prol de suas necessidades, são alguns dos pontos cruciais desse processo de invisibilização da questão do envelhecimento populacional na sociedade brasileira. Já que os idosos, supostamente, não podem mais contribuir para as necessidades de expansão do capital, para a produção de riquezas, por

que se preocupar com eles? Na verdade a indagação dos gestores públicos e da sociedade civil deveria ser a seguinte: como elaborar políticas públicas que contribuam para a autonomia e independência do idoso e para a preservação de sua capacidade funcional e cognitiva de forma que o Estado, em longo prazo, comprometa a menor parte possível de seu orçamento com assistência social e tratamentos curativos e paliativos de saúde?

Mas o paradoxal nesse processo é que, ao tentar ocultar, ao não dar visibilidade, ao não valorizar a questão do idoso, ao não pensar o processo de envelhecimento e os desafios que ele traz para a gestão pública brasileira, o próprio Estado sofre as consequências, já que os gastos com tratamentos e com recuperação da saúde de idosos ou com assistência social, por exemplo, custam bem mais que o investimento em prevenção e promoção da saúde por meio de programas de saúde voltados aos idosos, em preparação para aposentadoria e em políticas de trabalho e renda que possibilitem a contribuição dos trabalhadores ao longo da vida para a Previdência Social de forma a reduzir o *déficit* previdenciário futuro. Ou seja, o investimento em políticas públicas que tenham como finalidade preparar o Brasil para o enfrentamento da questão do envelhecimento, sejam políticas econômicas, sociais, trabalhistas, entre outras, custariam bem menos para o fundo público que as consequências futuras que o processo de envelhecimento populacional pode trazer para uma sociedade não preparada para tal.

Como pudemos observar, é preciso que a gestão em saúde pública considere o fator *envelhecimento populacional* no planejamento dos serviços prestados pelo SUS. E mais, é preciso estabelecer a intersetorialidade e o trabalho em rede para que se possa realizar a educação em saúde e criar condições para a prevenção da diminuição da capacidade funcional dos idosos e de seu nível de autonomia (inclusive financeira).

Alguns dados da pesquisa denominada “Perfil Socioeconômico e de saúde dos usuários atendidos na emergência do Pronto Socorro Aeroporto”, realizada no ano de 2011, corroboram o que as demais pesquisas realizadas no Brasil vêm confirmando: é preciso que os gestores do SUS incluam na pauta das discussões, sobre a formação da agenda da política de saúde pública brasileira, a questão do envelhecimento populacional.

### ***O caso do pronto socorro aeroporto: o idoso na saúde pública***

O Pronto Socorro Aeroporto é uma unidade de saúde situada no bairro Parque Aeroporto, no município de Macaé, Rio de Janeiro. Esse Pronto Socorro é responsável pelos atendimentos de urgência e/ou emergência médica, odontológica e pediátrica do Parque Aeroporto e dos outros bairros do entorno. Além disso, também é responsável pelo atendimento de emergência psiquiátrica, sendo a referência entre os municípios vizinhos. Possui cinco leitos destinados à observação de adultos na clínica médica, dois leitos para a observação de crianças na pediatria e sete leitos para atendimento de emergência psiquiátrica.

No ano de 2011, realizou-se a pesquisa “Perfil Socioeconômico e de saúde

dos usuários atendidos na emergência do Pronto Socorro Aeroporto”, que teve como objetivo geral conhecer o perfil socioeconômico e de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde atendidos no Pronto Socorro Aeroporto pelo Serviço Social e, como objetivos específicos, compreender quais são os aspectos sociais, econômicos e culturais vivenciados pelos usuários que interferem no processo saúde-doença, assim como analisar as possibilidades de intervenção do Serviço Social junto aos usuários atendidos no Pronto Socorro Aeroporto. Entendemos essa pesquisa como relevante para que se pudesse conhecer o perfil dos usuários atendidos no Pronto Socorro Aeroporto e, a partir disso, se desenvolverem propostas de intervenção do Serviço Social junto aos usuários, pois desconhecemos qualquer outra iniciativa que tivesse como objetivo conhecer esse perfil nessa unidade de saúde.

Nossa indagação central foi: Qual é o perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde que são atendidos na emergência do Pronto Socorro Aeroporto pelo Serviço Social? A partir desta indagação, levantamos uma série de questões norteadoras, a fim de alcançar as informações necessárias para responder ao problema central. As questões são as seguintes:

- 1- Qual o perfil socioeconômico dos usuários?
- 2- Quais são as doenças crônicas mais prevalentes nesses usuários?
- 3- Qual o seu grau de satisfação em relação aos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, em especial, pelos profissionais do PSA?

Por estarmos inseridos nesse campo de trabalho há alguns meses, ou seja, possuímos certa experiência acerca de tal realidade e ainda, termos realizado algumas leituras a fim de embasarmos teoricamente a discussão, foi possível traçarmos os seguintes pressupostos às questões norteadoras:

- 1- O perfil socioeconômico dos usuários atendidos pelo Serviço Social no PSA é caracterizado por pessoas de baixo poder aquisitivo, de todas as faixas etárias, de ambos os sexos e com baixo grau escolaridade;
- 2- Grande parte dos usuários que procuram os serviços de saúde do PSA possui alguma doença crônica, em especial, aquelas consideradas crônico-degenerativas como hipertensão e diabetes;
- 3- Os usuários ficam relativamente satisfeitos com os serviços prestados pelo SUS e pelos profissionais de saúde do PSA, embora haja algum tipo de reclamação.

Para a realização da pesquisa, elegemos o seguinte critério de seleção: usuários em observação nas enfermarias ou que aguardavam remoção hospitalar. Vale ressaltar que os usuários que permaneciam nos corredores, apenas para aguardar o efeito da medicação prescrita pelos médicos e serem liberados logo após, não foram contemplados nessa pesquisa. Além disso, os usuários atendidos na emergência psiquiátrica também não

foram contemplados nessa pesquisa, pois são atendidos por outra equipe de Serviço Social. Utilizou-se como instrumento um questionário com questões abertas e fechadas. Esse questionário foi dividido em dois blocos: perfil socioeconômico e aspectos relativos à saúde e as entrevistas foram realizadas em quatro plantões, conforme o Gráfico abaixo:

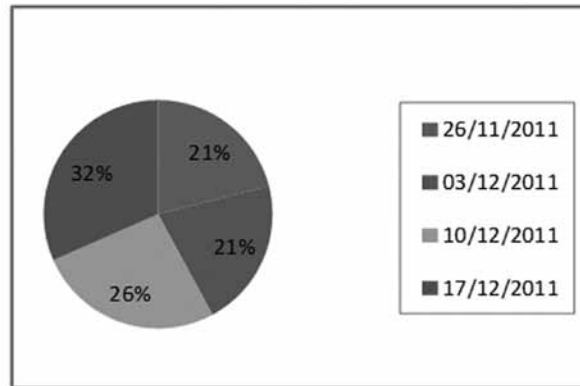


Gráfico 3: Data de entrevista dos usuários

No total, foram entrevistados 19 (dezenove) usuários. Número significativo, pois por dia só podem ficar em observação, no máximo, sete usuários, somando os atendimentos de clínica médica e pediatria. É válido ressaltar que essa unidade de saúde só possui sete leitos destinados à observação e/ou acomodação daqueles que aguardam remoção hospitalar nas especialidades descritas anteriormente. Vale enfatizar que foram entrevistados todos os usuários que permaneciam em observação nas enfermarias e/ou que aguardavam remoção hospitalar.

Tendo como foco o trabalho atual, destacaremos apenas os dados dessa pesquisa realizada no PSA que são relevantes para esse trabalho. Um elemento muito significativo da nossa pesquisa se refere à faixa etária dos usuários atendidos: 58% deles tem idade igual ou maior que 60 anos, conforme o Gráfico 4 e 5. Ou seja, são idosos.

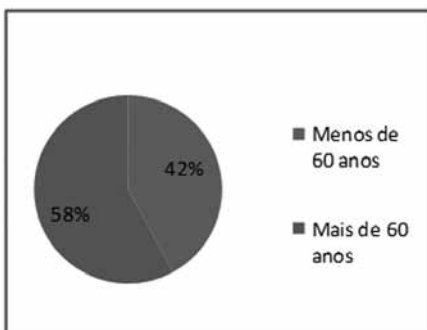


Gráfico 4: Idade dos entrevistados

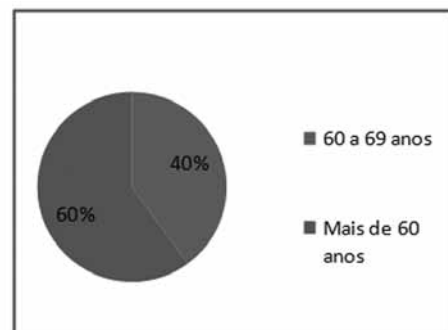


Gráfico 5: Idade dos idosos entrevistados



Esse dado tem um significado muito importante para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), pois comprova a necessidade de se considerar o envelhecimento populacional dos brasileiros. Diversos estudos já comprovam que grande parte dos recursos do SUS vêm sendo utilizados para o atendimento aos idosos, em especial, àqueles que possuem alguma doença crônico-degenerativa e os gastos com esse público têm sido muito dispendiosos já que, normalmente, eles são atendidos nas emergências, ou seja, utilizam os recursos da média e da alta complexidade do SUS que, por sua vez, são mais caros.

Ao desagregarmos os dados da pesquisa considerando apenas os entrevistados com idade igual ou maior que sessenta anos, ou seja, idosos, identificamos o seguinte perfil: 60% dos idosos entrevistados têm mais de 70 anos e não são casados e nem vivem em união estável. Ou seja, são solteiros, viúvos, separados ou divorciados; 80% têm no máximo o ensino fundamental incompleto, estão aposentados e tem renda individual de no máximo dois salários mínimos. Desses últimos, 20% não têm nenhuma renda; 50% residem com apenas uma pessoa, 80% têm alguma doença crônico-degenerativa, conforme podemos observar nos Gráficos abaixo.

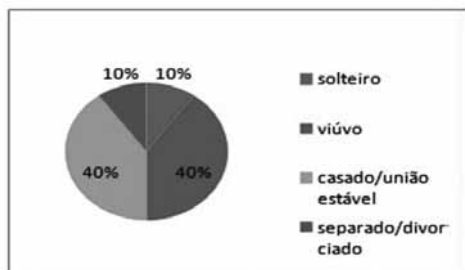


Gráfico 6: Estado civil dos idosos entrevistados

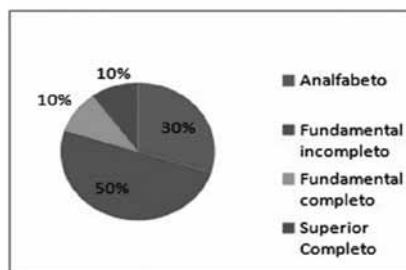


Gráfico 7: Nível de instrução

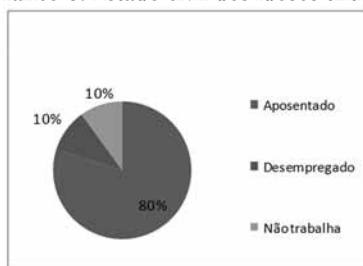


Gráfico 8: Relação com o mercado de trabalho

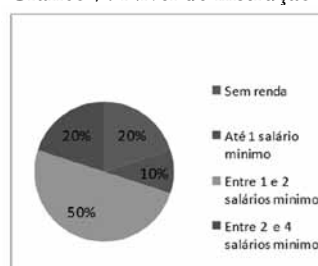


Gráfico 9: Renda dos idosos

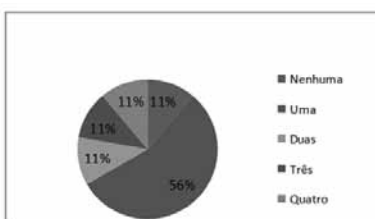


Gráfico 10: Com quantas pessoas residem os idosos

Além dos dados citados acima e apesar de não ter se constituído como um dos objetivos de nossa investigação, durante nossa pesquisa observamos que grande parte

dos cuidadores formais ou informais dos idosos encontra-se pouco preparada para essa função. Essa afirmação se justifica, pois durante nossas abordagens pudemos perceber que a maioria dos cuidadores desconhecem os direitos dos idosos, assim como se apresentam pouco preparados para lidar com as limitações e com as possibilidades que os idosos portam. Além disso, os profissionais de saúde também se apresentam pouco preparados para tal cuidado, realizando, inclusive, tentativas de não atendimento a idosos desacompanhados, talvez por desconhecer que o acompanhamento é um direito do idoso (e não um dever), assim como o direito de ser atendido na unidade de saúde.

É necessário destacar que, por ter sido realizada somente nos plantões dos sábados, essa pesquisa apresenta algumas limitações. Todavia, é necessário ressaltar que, no início da pesquisa, a equipe de assistentes sociais do plantão na clínica médica/pediatria ainda não estava formada, havendo apenas uma assistente social recém-integrada à equipe multiprofissional do PSA. Atualmente, ao analisarmos os relatos escritos dos atendimentos dos outros assistentes sociais durante a semana, é possível observar que o perfil aqui traçado se mantém ao longo de toda a semana. No entanto, não descartamos a possibilidade de realização de uma pesquisa que abranja os plantões de toda a semana e que busque responder um número maior de questões que se colocam diariamente no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais do Pronto Socorro Aeroporto.

### ***Desafios que o processo de envelhecimento populacional traz para a definição da política de saúde brasileira***

O processo de envelhecimento é natural, porém, deixa marcas particulares em cada indivíduo devido aos fatores sociais, econômicos e psicológicos. Mas, nesse cenário de desigualdades de condições de vida, o declínio da condição de saúde se destaca como uma das características mais comum e perceptiva entre a população idosa. Para Mendes et al. (2005, p. 423)

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a **saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados.** (grifo nosso)

Ainda utilizando os estudos de Mendes (2005), podemos compreender que, para ele, o envelhecimento populacional está diretamente relacionado com as melhorias nas condições de vida e de saúde da população.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial iniciado, a princípio, nos países desenvolvidos em decorrência da queda de mortalidade, relacionada a grandes

conquistas do conhecimento médico, à urbanização adequada das cidades, à melhoria nutricional, à elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental, tanto em residências como no trabalho, assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos. Todos esses fatores começaram a ocorrer no final da década de 40 e início dos anos 50. Nos países menos desenvolvidos, como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciado pelos avanços tecnológicos relacionados à área de saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas, uso de antibióticos, quimioterápicos que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças. Aliada a esses fatores a queda da fecundidade, iniciada na década de 60, permitiu a ocorrência da uma grande parte da explosão demográfica.

Todavia, é interessante destacar que as pessoas envelhecem em condições particulares e que grande parte da população brasileira não tem acesso aos meios de prevenção de agravos na saúde. Por isso, a longevidade vem sendo caracterizada como um período de aumento de doenças crônicas, com suas sequelas e complicações, levando a incapacidades, dependência e necessidade de cuidados de longa duração. (PASCHOAL, 2008, p.119).

Para Peixoto et al. (2004, p. 240), o rápido aumento da população idosa tem sido acompanhado por importantes repercussões econômicas já que a demanda por serviços de saúde tem sido cada vez maior, pois as taxas de internações hospitalares e a duração das internações aumentam com a idade. Além disso, o autor nos traz contribuições importantes quando afirma que a análise dos gastos com cuidados médicos da população idosa é comum em outros países, mas raras no Brasil (PEIXOTO, 2004, p. 245) e que os cinco principais fatores de risco em Saúde Pública são: hipertensão, tabagismo, consumo de álcool, dislipidemias e obesidade ou sobrepeso.

Alcoforado (2009) também destaca que a maior utilização de serviços hospitalares por idosos é decorrente do aumento de doenças e condições crônicas nessa fase da vida. Além disso, ele também destaca que, nessa fase, esses agravos muitas vezes se manifestam com mais intensidade e gravidade.

Giatti e Barreto (2003, p. 760) também destacam que “o envelhecimento é caracterizado pelo aumento da prevalência de doenças e maior uso dos serviços de saúde”.

Ao desenvolver estudos voltados para a questão do aumento da proporção de idosos associado à maior longevidade, Camargos e Alves (2004, p. 20) afirmam que esse processo tem tido como consequência uma modificação do perfil de saúde da população e vem criando demandas específicas no setor da saúde. Diante desse cenário, os autores demonstram uma preocupação especial com o fundo público, destacando a necessidade de conhecimento da eficácia e da efetividade do emprego dos recursos públicos. Para eles, como a capacidade física e biológica do ser humano declina gradualmente ao longo dos anos e faz com que as pessoas idosas tornem-se, naturalmente, mais susceptíveis às doenças e, portanto, utilizem com maior frequência os serviços de saúde, é necessário que haja investimento em políticas públicas que promovam a melhoria da qualidade da assistência e promovam a manutenção da saúde dos idosos, com a finalidade de reduzir

o número de internações e o tempo de permanência hospitalar. Com isso, substituindo a quantidade de consumo pela qualidade do atendimento, os autores acreditam que haverá uma contenção necessária de gastos, levando-se em consideração que o Estado trabalha com recursos escassos.

Carboni e Reppeto (2007, p. 253) afirmam que o Estado foi capaz de investir na diminuição e/ou eliminação de doenças transmissíveis e mortalidade infantil, o que repercutiu, junto a outros fatores, para a elevação da expectativa de vida dos brasileiros; todavia, não foi capaz de investir em estratégias direcionadas à prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Por isso, os brasileiros tem alcançado a longevidade, mas portando, em média, pelo menos três doenças crônicas e com probabilidade 20% maior de internação hospitalar decorrente de agravo à saúde. Essas doenças crônico-degenerativas, aliadas à falta de assistência domiciliar e/ou serviços ambulatoriais adequados, têm sido a causa da ocorrência de incapacidades funcionais entre idosos, fazendo com que eles necessitem de acompanhamento contínuo e, na falta deste, acabem nos leitos dos hospitais. Diante dessa realidade, os autores propõem uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil, destacando a necessidade de priorização do atendimento primário e de melhoria no que diz respeito ao acesso ambulatorial e/ou ao atendimento domiciliar.

Contribuição importante nos traz Telles (s.d., p. 1) quando afirma que saúde para a população idosa não se restringe ao controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Para ele, saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Por isso, é imprescindível a necessidade de criação de espaços de desenvolvimento de sociabilidades, de novos conhecimentos e fomentadores de um novo olhar do idoso sobre si mesmo, suas possibilidades de participação, e, portanto, de reconstrução da auto imagem de cidadão da terceira idade.(NUNES; PEIXOTO, 1994). Além disso, é preciso dar visibilidade à questão do envelhecimento e modificar a imagem do idoso na sociedade.

É necessário destacar que compreendemos as políticas públicas como “resultantes da atividade política” (RUA, 2009, p. 19) e, por isso, destacamos a necessidade de protagonismo do idoso nos assuntos que lhe dizem respeito. Caso os idosos não se coloquem como atores sociais nos espaços centrais de decisão política, poderão ter suas necessidades relegadas a segundo (ou até último) plano. De acordo com Rua (2009, p. 36):

As políticas públicas ocorrem em um ambiente tenso e de alta densidade política (politics), marcado por relações de poder, extremamente problemáticas, entre atores do Estado e da sociedade, entre agências intersetoriais, entre poderes do Estado, entre o nível nacional e níveis subnacionais, entre comunidade política e burocracia.

Além disso, a autora ainda destaca que a formação da agenda de políticas públicas

Ocorre quando uma situação qualquer é reconhecida como um

problema político e sua discussão passa a integrar as atividades de um grupo de autoridades dentro e fora do governo. (RUA, 2009, p. 37).

Por isso, é preciso que haja socialização de informações referentes aos direitos sociais dos idosos presentes na legislação social brasileira, como também capacitação e mobilização para a participação social deles nas instâncias coletivas de decisão política, em especial nos conselhos dos direitos dos idosos, e nos demais espaços de discussão política/social e mobilização como movimentos sociais, entre outros.

### ***Considerações finais***

A partir da pesquisa bibliográfica foi possível concluir que o processo de envelhecimento populacional brasileiro está ocorrendo de forma acelerada. No entanto, o que poderia ser considerado uma conquista da sociedade brasileira, vem se caracterizando como um “problema” para a gestão pública já que velhice vem sendo acompanhada por doenças crônico-degenerativas e perda da capacidade funcional e da autonomia dos idosos. Ou seja, a longevidade não vem sendo acompanhada de qualidade de vida e isso acontece por várias causas como: estilo de vida, condições socioeconômicas, grau de instrução, priorização do atendimento emergencial em detrimento do investimento em uma política pública de prevenção de agravos aos idosos, falta de profissionais qualificados para trabalhar com esse grupo etário, entre outros.

Os dados da pesquisa realizada no Pronto Socorro Aeroporto corroboraram o que vem afirmando os estudiosos do assunto: o envelhecimento populacional vem repercutindo de forma negativa no Sistema Único de Saúde, pois os gastos com esse grupo etário vêm aumentando. Desses dados, destacou-se que 58% dos atendidos na emergência e que, por causa da gravidade do caso, ficavam no repouso ou aguardando remoção hospitalar, eram idosos e, além disso, 80% deles tinham alguma doença crônico-degenerativa.

Também vale ressaltar que a maior parte dos idosos brasileiros, assim como os entrevistados no PSA, vive em condições socioeconômicas relativamente precárias, se considerarmos os gastos que eles têm, em especial com a saúde, possuindo um rendimento mensal médio entre um e dois salários mínimos. Além disso, o período da velhice tem sido caracterizado como um momento de isolamento social e fragilização dos vínculos familiares, sociais e comunitários, (nos casos dos entrevistados no PSA, 56% residem com apenas uma pessoa e 11% residem sozinhos) seja por causa da morte dos companheiros, do abandono dos demais familiares, por causa da diminuição dos círculos de amizade e/ou por opção, o que também tem repercussões no nível de saúde do idoso.

Outra questão relevante é a questão da capacitação do cuidador de idosos e dos profissionais de saúde para lidar com esse grupo etário. Por meio da observação participante, foi possível concluir que tanto cuidadores (formais ou informais), quanto

profissionais de saúde ainda não estão preparados para lidar com os idosos. O cuidado ora perpassa a tutela, ora a negligência, e as particularidades da saúde, das manifestações clínicas dos agravos no idoso e das diretrizes para a linha de cuidado a esse sujeito não vêm sendo compreendidas e observadas.

Dessa forma, com base nos estudos destacados ao longo desse trabalho e na pesquisa realizada, verificou-se a necessidade de se construírem espaços que apresentem novas possibilidades de vida social, atividades físicas, culturais, ações de saúde preventiva e também de socialização de conhecimentos sobre os direitos sociais junto aos idosos, entre eles, o direito à saúde, considerando também a heterogeneidade do grupo de idosos, suas diferenças socioeconômicas, culturais, psicológicas e políticas ou, dito de outra forma, as diversas “velhices”.

Sabe-se que, historicamente, as pessoas com menor nível de instrução e menor poder aquisitivo têm sido as que mais são destituídas do usufruto dos seus direitos assegurados em Lei. Em grande parte, isso se deve ao desconhecimento dos seus direitos e das formas de acessá-los. Além disso, essas pessoas também são as que mais portam a possibilidade de serem atingidas por doenças/agravos na situação de saúde destacando-se as que causam incapacidades e limitações funcionais. No caso dos idosos entrevistados no PSA, 80% possuía, no máximo, o ensino fundamental incompleto, assim como o mesmo percentual apresentava algum tipo de doença crônica degenerativa portanto, uma grande possibilidade de ter sua capacidade funcional e sua autonomia comprometidas.

Vale destacar que esse declínio no estado de saúde das pessoas, com um grau de instrução menor, a partir do processo de envelhecimento, ocorre porque historicamente, essas pessoas ocupam os piores espaços no mercado de trabalho. Ou seja, realizam atividades profissionais menos qualificadas e mais expostas aos riscos de agravos à saúde, debilitando assim, sua condição física e mental.

Além disso, o alto índice do nível de desigualdade social brasileira também tem contribuído para que se encontre maiores taxas de prevalência de incapacidade funcional em idosos pobres. Assim, sabendo-se que, à medida que aumenta o número de pessoas idosas e a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as enfermidades crônicas e as incapacidades, o que tem como consequência o prolongamento da utilização dos serviços e maiores custos para o sistema de saúde, é fundamental investir em políticas públicas voltadas a esse público e que considerem a necessidade de:

- Reduzir os níveis de desigualdade social, já que vários estudos vêm comprovando que há maiores taxas de prevalência de incapacidade funcional em idosos pobres;
- Educação em saúde, como forma de prevenir a ocorrência de doenças, colaborar para que os usuários possam aderir ao tratamento indicado pelos médicos visando à prevenção e/ou recuperação de sua saúde, assim como, sendo instrumento de promoção de novos estilos de vida que contribuam para a redução da ocorrência

de doenças crônico-degenerativas.

- Socialização de informações a respeito dos direitos dos idosos, em especial no que tange aos serviços oferecidos pelo SUS nos municípios e aos benefícios assistenciais e previdenciários;
- Orientação social aos cuidadores de idosos com o objetivo de oferecer apoio profissional àqueles que representam o suporte social desses idosos, sejam eles cuidadores informais (os próprios familiares) ou formais (contratados);
- Além disso, também se faz necessária a capacitação dos profissionais de saúde para o trabalho com os idosos já que grande parte deles, provavelmente, ainda não teve a oportunidade de discutir temáticas específicas relacionadas especificamente ao idoso.

Portanto, essas propostas visam proporcionar um atendimento qualificado e humanizado aos idosos, assim como reduzir o número de atendimentos diários a esse público nas emergências das unidades de saúde do SUS, buscando diminuir ou retardar a necessidade de atendimento na emergência reduzindo, assim, os altos custos do SUS com os idosos. Essas propostas também visam atender ao disposto na Lei 10.741/2003 que reza que:

- É assegurada a atenção integral a saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS -, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente idosos. (Art.15);
- As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda. (Art. 18).

À guisa de conclusão vale destacar que é imprescindível a intervenção do poder público sobre a questão do envelhecimento populacional. É preciso investir em políticas públicas que visem à prevenção de doenças, em especial as incapacitantes e causadoras de limitações funcionais, para que, com isso, diminuam-se os gastos do SUS com idosos ao mesmo tempo em que sejam proporcionadas a esse contingente populacional melhores condições de vida. Ou seja, é preciso que a agenda da política de saúde brasileira contemple as questões relativas à saúde dos idosos, como prevenção e tratamento de agravos, assim como interfira nos diversos determinantes sociais que impactam, direta e indiretamente, nas condições de saúde da população brasileira como: educação, condições de trabalho, assistência social, previdência social, entre outras. Nesse sentido, o trabalho intersetorial é fundamental. Ou seja, é preciso que haja articulação entre as diversas políticas públicas para que ocorram melhorias nas condições de saúde da população. Além disso, é preciso que haja investimento no protagonismo do idoso na sociedade, em especial no que tange aos assuntos de seu interesse. Acredita-se que

somente assim o envelhecimento populacional poderá ser contemplado na agenda da política de saúde pública brasileira.

## **Referências**

ALCOFORADO, C. L. G et al. Idosos hospitalizados: qual o custo efetividade para o Sistema Único de Saúde (SUS)? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza.

AZEVEDO, Mônica Cordeiro de Azevedo; GAZETTA, Maria Luiza Barca; SALIMENE, Arlete Camargo de Melo. Envelhecimento e participação social. *Actafisiatrica*, São Paulo, USP, v. 3, n. 10, p. 102-106, 2003. Disponível em: < [www.actafisiatrica.org.br/.../secure/.../acta\\_v10\\_n03\\_102\\_106.pdf](http://www.actafisiatrica.org.br/.../secure/.../acta_v10_n03_102_106.pdf)>. Acesso em: 17 Dez 2011.

BEREBSTEIN, C. K; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v. 24, n. 10, p. 2301-2313, Out. 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 4 de janeiro de 1994.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1º de outubro de 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde do Idoso*. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/ Área Técnica Saúde do Idoso, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMARGOS, M. C. S; ALVES, L.C. Implicações do envelhecimento populacional no sistema de saúde: uma análise da demanda e dos custos com internação hospitalar no SUS no estado de minas gerais em 1998. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 20- 24 de Set 2004, Caxambú- MG. Caxambu, MG: ABEP, 2004.

CARBONI, M. C; REPPETO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, n. 1, p. 251-260, 2007.

GIATTI, L; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, v. 19, n. 3, p. 759-771, maio/jun. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Sobre a*



*condição de saúde dos idosos*: indicadores selecionados: Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009.

MENDES, Márcia R. S. S. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enfermagem*, São Paulo, USP, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

NUNES, A. T. G. L. Serviço Social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, UNATI/UERJ, v. 3, n. 5, 2001.

NUNES, André. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p.427-450.

PASCHOAL, S. M. P. Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência. In: BORN, Tomiko (Org.). *Cuidar melhor e evitar a violência*: manual de cuidador da pessoa idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos/ Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, v. 13, n. 4, p. 229-238, 2004.

QUEIROZ, Z. P. V. Participação Popular na velhice: possibilidade real ou mera utopia? *O mundo da Saúde*, São Paulo, Faculdades Integradas São Camilo, v. 23, n. 4, p. 204-213, jul./ago. 1999.

RUA, Maria das Graças. *Políticas Públicas*. Florianópolis: UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009.

SÁ, J. L. M. de. Da Universidade da Terceira Idade para a Comunidade: Educação Popular X Educação Acadêmica. *Cadernos de Serviço Social*, Campinas, PUC, v. 8 (edição especial), p. 12-39, 1998.

TELLES, José Luiz. *Políticas de saúde para os idosos no Brasil*. Disponível em: <www.esesjd.uevora.pt> Acesso em: 31 Mar 2012.

UNITED NATIONS. *World population prospects: the 2002 revision*. New York: Department of Economic and Social Affairs – Population Division, 2003.

VERAS, Renato. *Pais jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, J. A. O rápido processo de Envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista brasileira de estudos populacionais*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 05-26, Jan./June 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. World health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

*Artigo recebido em: 10 set. 2012*

*Aceito para publicação em: 19 fev. 2013*