

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz
Centro de Estudos do Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Seminário
Futuros do Brasil

**Envelhecimento saudável sem
estado de bem estar e sem SUS?**

O envelhecimento na agenda das políticas
públicas nacionais e internacionais:
avanços ou retrocessos?

Dalia Romero

Estrutura da apresentação

- 1) Desmitificar a relação entre envelhecimento populacional, estado de bem-estar e políticas públicas, presentes na mídia, na academia, no “saber popular”
- 2) Trajetória das Políticas Públicas sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa
- 3) Projeto de sociedade imposto desde 2016 (políticas) e perspectivas do envelhecimento saudável

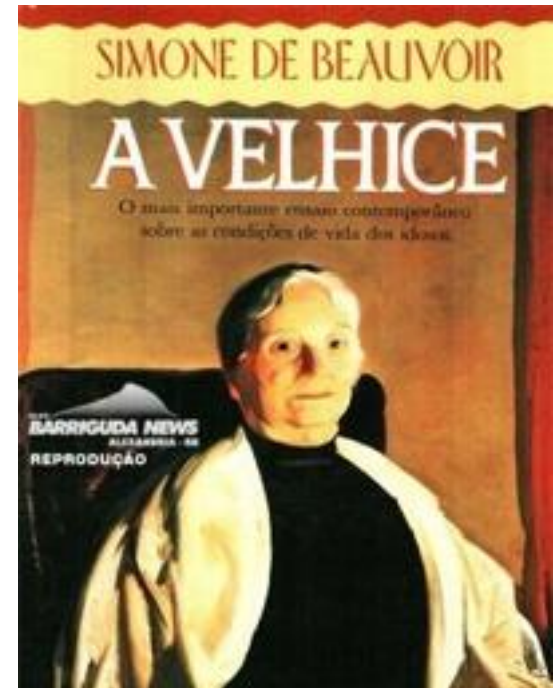
DESMISTIFICANDO A RELAÇÃO ENTRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E POLÍTICAS PÚBLICAS

MITO 1. O Envelhecimento populacional é similar ao envelhecimento individual

- O envelhecimento INDIVIDUAL é um "processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece **inevitavelmente** com o passar do tempo". (ERMINDA, 1999, p. 43).

A **Velhice**, tal qual a condição da mulher, é um fato **cultural** e não apenas biológico. A sociedade fabrica a **impotência** da velhice, tal qual fabricou a da mulher. Submetida à **alienação social**, a velhice torna-se um mal para o homem, condição abjeta aos olhos do mundo.

Simone de Beauvoir apresenta uma **crítica mais radical próprio capitalismo**. Os velhos são vistos como impotentes, sem futuro, **excluídos de um papel ativo na sociedade por serem improdutivos** numa sociedade que tem como valor essencial a ideia de produtividade.



A pensadora vaticina:

"Terrível não é a morte, mas a velhice e seu cortejo de injustiças".

Envelhecimento

Individual

É irreversível

DETERMINADO POR:

- Maior longevidade
- Postergação da morte

Populacional

É reversível
(políticas, contexto social)

DETERMINADO POR:

Mudanças da Estrutura etária:

- Maior proporção de idosos
- Diminuição da fecundidade

Dinâmica Populacional



NASCIMENTOS

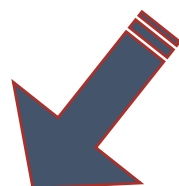


IMIGRAÇÕES



POPULAÇÃO

ÓBITOS



Menos entrada de nascimentos, mesmo sem diminuir a mortalidade, envelhece a estrutura etária.

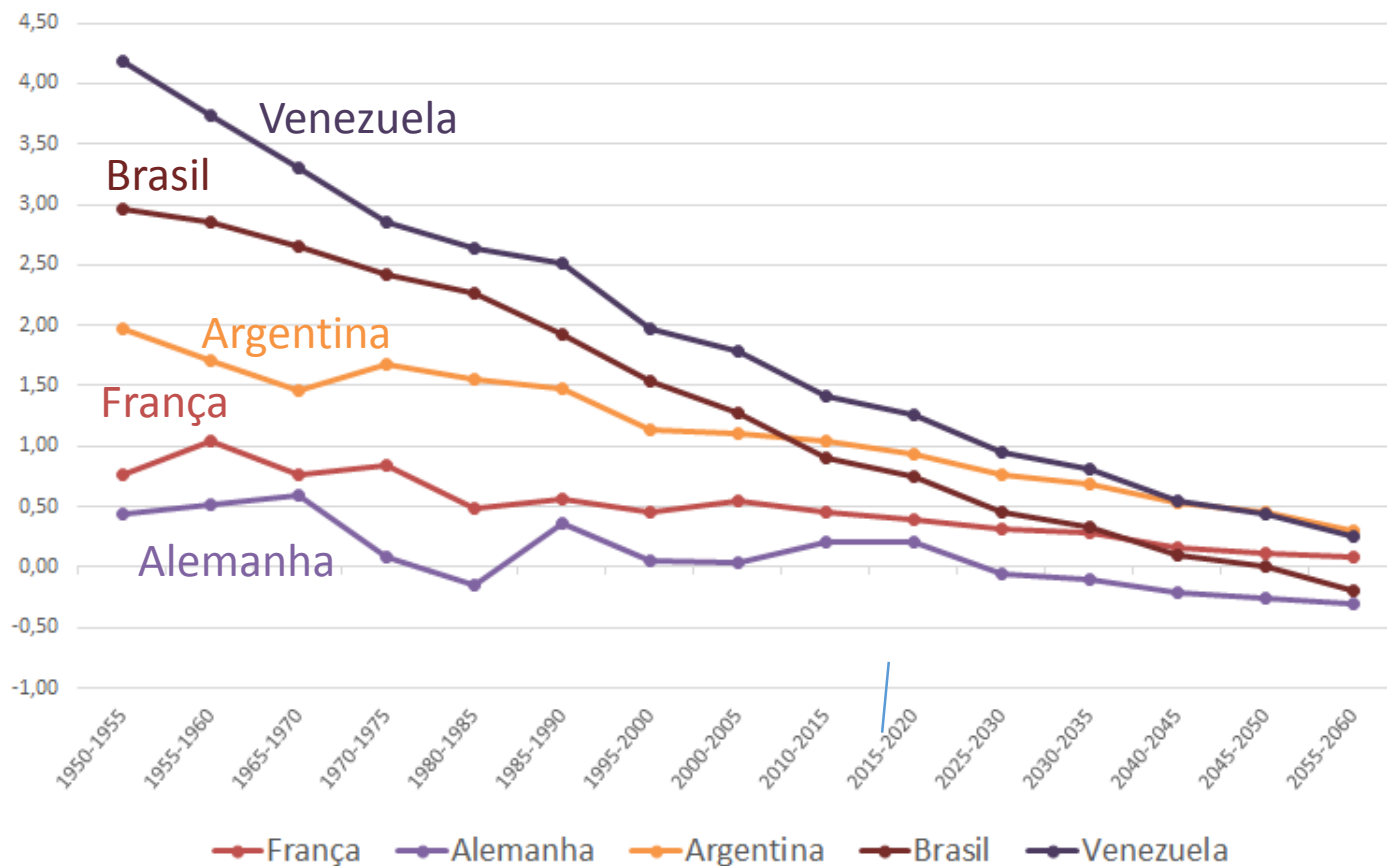


EMIGRAÇÕES



MITO 2. Ainda temos ritmo acelerado de crescimento populacional

Taxa de Crescimento Populacional



Fonte: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, custom data acquired via website.

MITO 3: O envelhecimento demográfico é uma "revolução" inesperada para as políticas públicas

A redução da natalidade anos 50/60: estratégia política e causa o envelhecimento

A questão demográfica sempre esteve presente na agenda política, mesmo que não seja de forma explícita (Carvalho e Brito, 2005).

Guerra Fria:

- crescimento populacional tornou-se uma variável politicamente estratégica e o controle da natalidade passou a fazer parte de pacotes de colaboração econômica, política e militar com Estados Unidos com a finalidade de evitar o crescimento de opções comunistas/socialistas entre os mais pobres, evitar revoluções como a cubana.
- **Nada se falou do envelhecimento populacional como consequência iminente da redução da fecundidade.**
- Muitos economistas colocaram as vantagens da redução da fecundidade para o aumento do PIB.

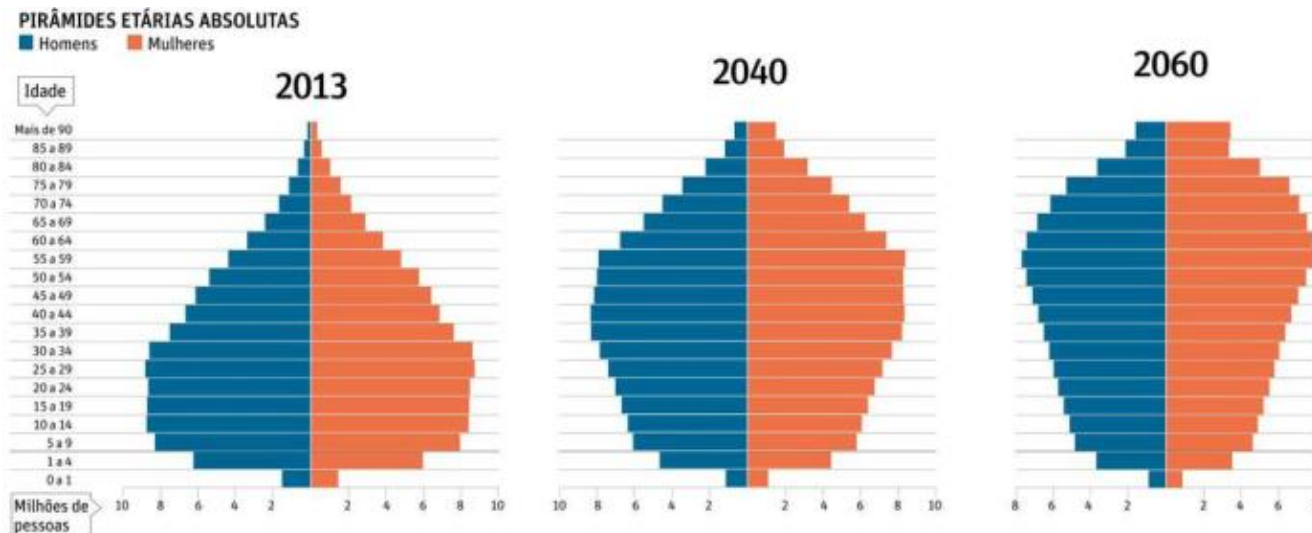


Carvalho, José Alberto Magno de, & Brito, Fausto. (2005). A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 22(2), 351-369

A redução da natalidade no Brasil

A diversidade de opiniões dentro dos **governos militares** levou-os a uma deliberada omissão que, se por um lado não os conduziu à formulação explícita de uma política de controle da natalidade, por outro, **possibilitou o livre trânsito no governo dos tecnocratas favoráveis ao controle da natalidade e o livre acesso à população de organizações privadas nacionais e internacionais de inspiração neomalthusiana, que agiam principalmente no Nordeste do país.**

O envelhecimento demográfico era uma consequência iminente.



Pessoas com mais de 65 anos serão mais de um quarto dos brasileiros em 2060, segundo projeção do IBGE. O percentual desse grupo representa 7,4% do total de pessoas que vivem no país em 2013

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População por Sexo e Idade para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2013.

Apesar do envelhecimento acelerado, ainda estamos no chamado “bônus demográfico”: Alta proporção de pessoas em idade economicamente ativa

Razão de dependência por Região, 2015

| Região | Total | de Jovens | De idosos | % idosos na RD |
|---------------------|-------|-----------|-----------|----------------|
| Região Norte | 61,3 | 50,4 | 11,0 | 17,9 |
| Região Nordeste | 58,3 | 42,1 | 16,2 | 27,8 |
| Região Sudeste | 50,5 | 32,7 | 17,8 | 35,2 |
| Região Sul | 51,1 | 33,0 | 18,1 | 35,4 |
| Região Centro-Oeste | 49,9 | 36,7 | 13,2 | 26,5 |
| Total | 53,5 | 37,0 | 16,5 | 30,8 |

Fonte: Datasus – Projeção do censo demográfico, 2015.

Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 anos e mais) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

MITO 4: Vulnerabilidade social e da saúde não é problema da classe media e alta

| | Estrato Social | | |
|--|-----------------------|--------------|-------------|
| | D/E | C | A/B |
| | Baixo | Médio | Alto |
| Percentual de último atendimento no Público | | | |
| 60-80 anos | 84,6 | 68,2 | 31,2 |
| ≥ 80 anos | 78,3 | 52,7 | 24,7 |
| Percentual de idosos sem plano de saúde | | | |
| 60-80 anos | 92,2 | 75,5 | 36,1 |
| ≥ 80 anos | 89,0 | 67,2 | 33,6 |
| Percentual com uma ou mais doenças crônicas | | | |
| 60-80 anos | 60,1 | 62,7 | 57,6 |
| ≥ 80 anos | 66,2 | 66,0 | 67,6 |

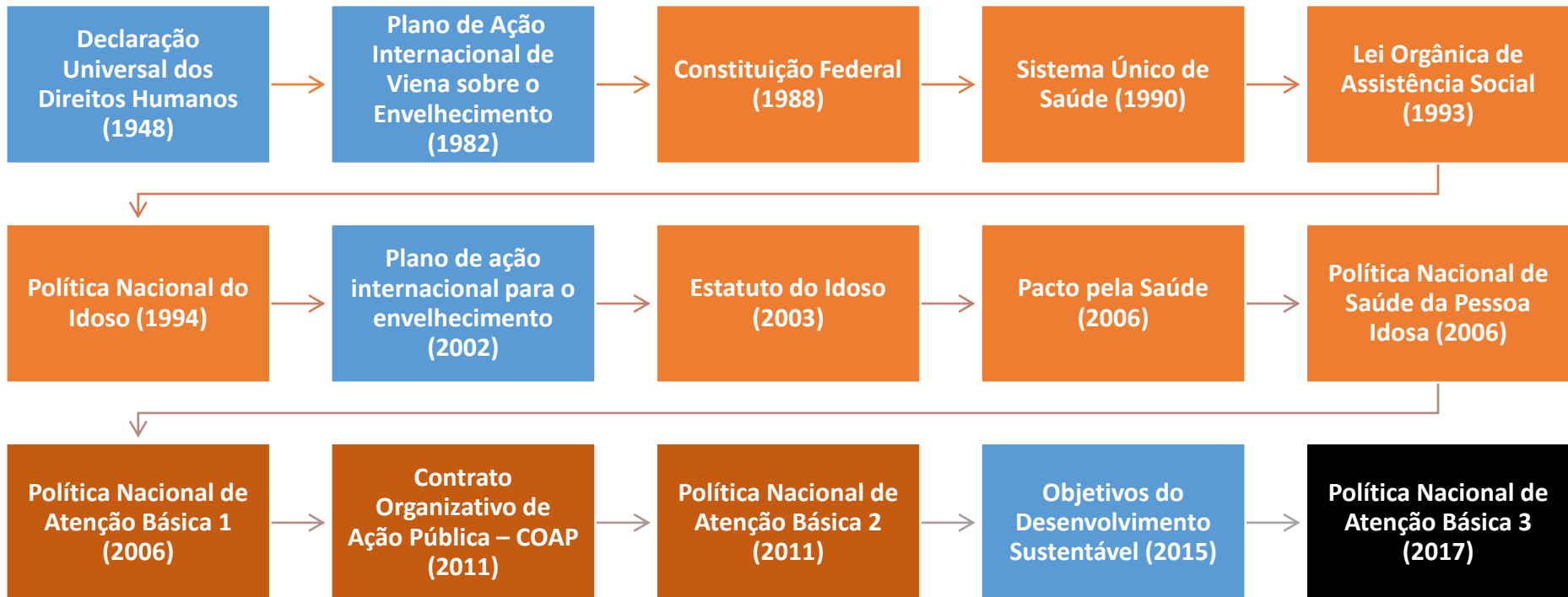
Fonte: PNS, 2013.

TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ESTADO DE BEM-ESTAR

BRASIL: ERA EXEMPLO REGIONAL

- De acordo com estudos desenvolvidos pela CEPAL sobre a institucionalidade social na América Latina (FRANCO; PARDO, 2010; HUENCHUAN, 2009), o Brasil e o México são os países que se destacam com maior grau de institucionalização das políticas sociais, seguidos por Argentina, Costa Rica, Peru e Uruguai e de maior medidas de proteção social (BPC).
- Leis, decretos, portarias e políticas que tomaram os idosos como público alvo incluindo desde normas exigíveis imediatamente (como direito ao transporte público gratuito) até normas-diretrizes para a ação do Estado (como a instrução para diminuir as desigualdades sociais neste grupo etário e colocar a **funcionalidade** no centro da definição de saúde dos idosos, por exemplo).

Ainda incipiente mas até 2015 estávamos dando grandes avanços



Os primeiros dispositivos internacionais

- **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (1948) - reconhecia a **idade avançada** como condição que inspira **direitos e cuidados** especiais.
- **Assembleia Geral das Nações Unidas** (1973) - chamou a atenção dos países quanto a necessidade de proteger os **direitos e o bem-estar** das pessoas de idade.
- **Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento** (1982) – fruto de debate multilateral da **I Conferência Internacional** sobre Envelhecimento, na ONU.
- Considerando a natureza não vinculante dos acordos internacionais, a Conferência recomendou que os países signatários elaborassem suas próprias políticas voltadas para a população idosa

Constituição Federal de 1988: marco histórico dos direitos da pessoa idosa

- Segue agenda internacional e conta com à sociedade organizada
- Na CF/88 a **proteção social** passa a ser vista como um **direito da população idosa**, que deveria contar com um arcabouço institucional permanente para sua efetivação.
- Há, na Constituição brasileira, dispositivos relacionados com o **curso de vida e outros dedicados especificamente aos idosos** tais como:
 - -seguridade social,
 - direitos à saúde (art. 6º),
 - previdência (art. 6º),
 - assistência social (BPC, art. 203, V)
 - medidas de proteção (art. 230).

Sistema Único de Saúde (SUS): 1990

O SUS tem por objetivo construir uma **rede** hierarquizada e integrada de atenção à saúde, capaz de garantir atendimento **integral, equitativo e universal** para a população.

O SUS abre espaço para uma mudança essencial : a construção de um sistema de saúde preventivo e não reativo. Fazer Prevenção é considerar o ciclo vital.



Jairnilson Paim: *Um projeto da natureza do SUS implica uma reforma democrática do Estado e mudança de valores da sociedade. Não foi fácil, mais se avançou muito na construção de bases para o Bem-Estar (2017)*

Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94)

- Pioneiro: Coloca a questão do envelhecimento e da velhice numa **ótica transversal que diz respeito a vários ministérios, à família e à sociedade.**
- Princípios a partir dos quais as ações deveriam ser desenvolvidas. Art. 3º:
- I) a responsabilidade compartilhada entre família, Estado e sociedade na garantia dos direitos do idoso;
- II) informação a toda sociedade sobre o processo de envelhecimento;
- III) não discriminação;
- IV) protagonismo da pessoa idosa;
- V) observação das diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano.

Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002)

Instrumento internacional que mais afeta a maneira como o Brasil entende **os direitos da pessoa idosa**.

Possui 35 objetivos e 239 recomendações para os governos nacionais

- **Introduz o conceito de envelhecimento saudável e ciclo vital.**

Orientação prioritária II: PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR NA VELHICE

TEMA 1: **Promoção** da saúde e do bem-estar durante toda a vida

Objetivo 1: Redução dos efeitos acumulativos dos fatores que aumentam o risco de sofrer doenças e, em consequência, a possível **dependência** na velhice.

Objetivo 2: Elaboração de **políticas** para prevenir a falta de saúde entre as pessoas idosas.

Objetivo 3: Acesso de todos os idosos à **alimentação** e a uma nutrição adequada.

BRASIL, já tinha dado avanços em 2012 mas o Plano foi referencia para procurar indicadores de monitoramento e melhorar as políticas públicas.

(Vale lembrar que na "Emenda Constitucional 64, de 2010", altera-se o Artigo 6º da Constituição para introduzir a alimentação como direito social)

Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003)

- **É o principal marco legal** no que se refere à população idosa no Brasil.
- **A saúde** aparece como um capítulo próprio que dispõe sobre os direitos dos idosos na área.
- O Estatuto destaca a necessidade de “prevenção e manutenção da saúde do idoso”,
- Estabelece medidas como *“atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural”*.
- Portaria nº 2.527, de 2011: AD com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011).

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria 2.528/06) (Mesmo ano do Pacto pela Saúde)

- Revisa a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria 1.395/99)
- Incorpora o novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos: a **concepção de envelhecimento ativo**, conforme recomendação da ONU.
- Na perspectiva desta política, o envelhecimento bem-sucedido:
 - a) menor probabilidade de doença;
 - b) **alta capacidade funcional física e mental**; e
 - c) engajamento social ativo.

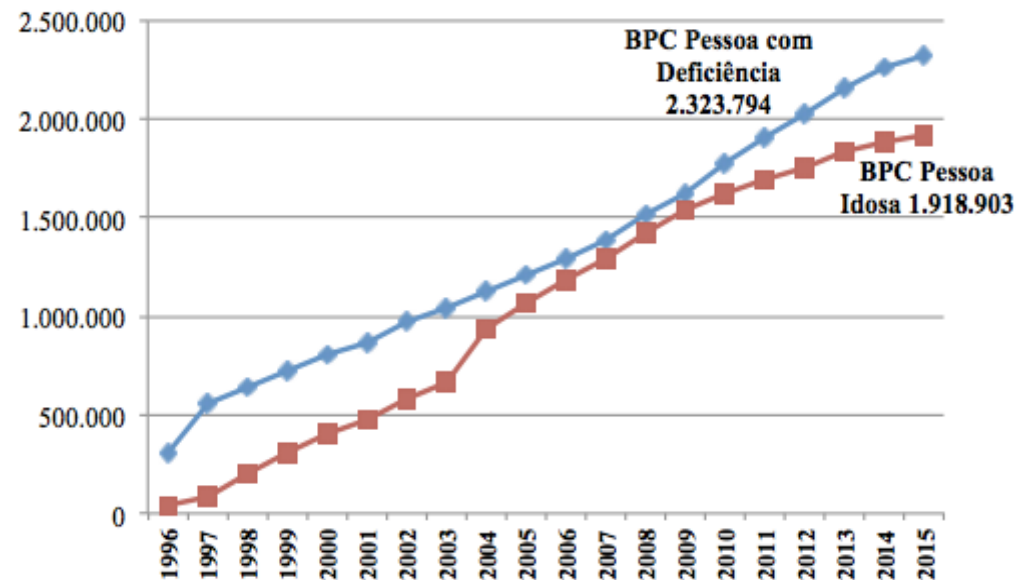
A Caderneta de Saúde do Idoso, Inquéritos, etc. basearam-se na PNSPI para propor o monitoramento da FUNCIONALIDADE e a participação social.

Também em consonância com a CIF.

Assistência Social: 1993- BPC

- Apesar de seu *status* constitucional, sua regulamentação só ocorreu com a LOAS (Lei 8.742/93). Mais tarde ele passou a integrar a Proteção Social Básica no âmbito do SUAS.
- O crescimento constante do número de beneficiários mostra que a democracia brasileira foi bem-sucedida ao preservar os arranjos de proteção à velhice, mesmo considerando as restrições provocadas pelas políticas de austeridade fiscal no início de sua implantação.

GRÁFICO 4. EVOLUÇÃO DO QUANTITATIVO DE BENEFÍCIOS, POR ESPÉCIE, CRESCIMENTO ANUAL, BRASIL – 1996/2015.



Fonte: Síntese/DATAPREV, Dezembro de 2015.

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS); Agenda 20-30 Pós objetivos do Milénio até 2015.



3 SAÚDE E BEM-ESTAR

Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades



Definição de 13 metas

Objetivos 3: Saúde e Bem Estar

Adulto e Idoso só entra na Meta 3.4

Até 2030, reduzir em um terço a **mortalidade prematura** por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar

Indicador proposto Taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, câncer, diabetes ou doenças respiratórias crônicas

Risk of dying between ages of 30 and 70
from one of these four **NCDs**
fell from 2000 to 2015



O risco de morte entre 30 e 70 anos por alguma das principais doenças crônicas não transmissíveis – doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – caiu de 23% para 19% entre 2000 e 2015, velocidade incompatível com o alcance da meta proposta para 2030.

Fonte: The Sustainable Development Goals Report 2017

Meta 3.4: Dúvidas

- Conceito de Prematuridade: Mudança de Paradigma
 - Conceito importante de se incorporar na visão de ciclo de vida
 - Tradicionalmente usado para crianças.

Entretanto:

- Considera mortes por DCNT, não somente as plausíveis de redução com medidas de evitabilidade
- Não considera dimensões como a funcionalidade

Uma meta que considera as dimensões do desenvolvimento sustentável (saúde, economia, ambiente) seria mais adequada.

Por exemplo: *Um IDH adaptado.*

Regionalização, Instrumentos de Pactuação e saúde do idoso

Pacto pela Saúde, 2006:
Saúde do Idoso
é a primeira
prioridade das
seis explicitadas

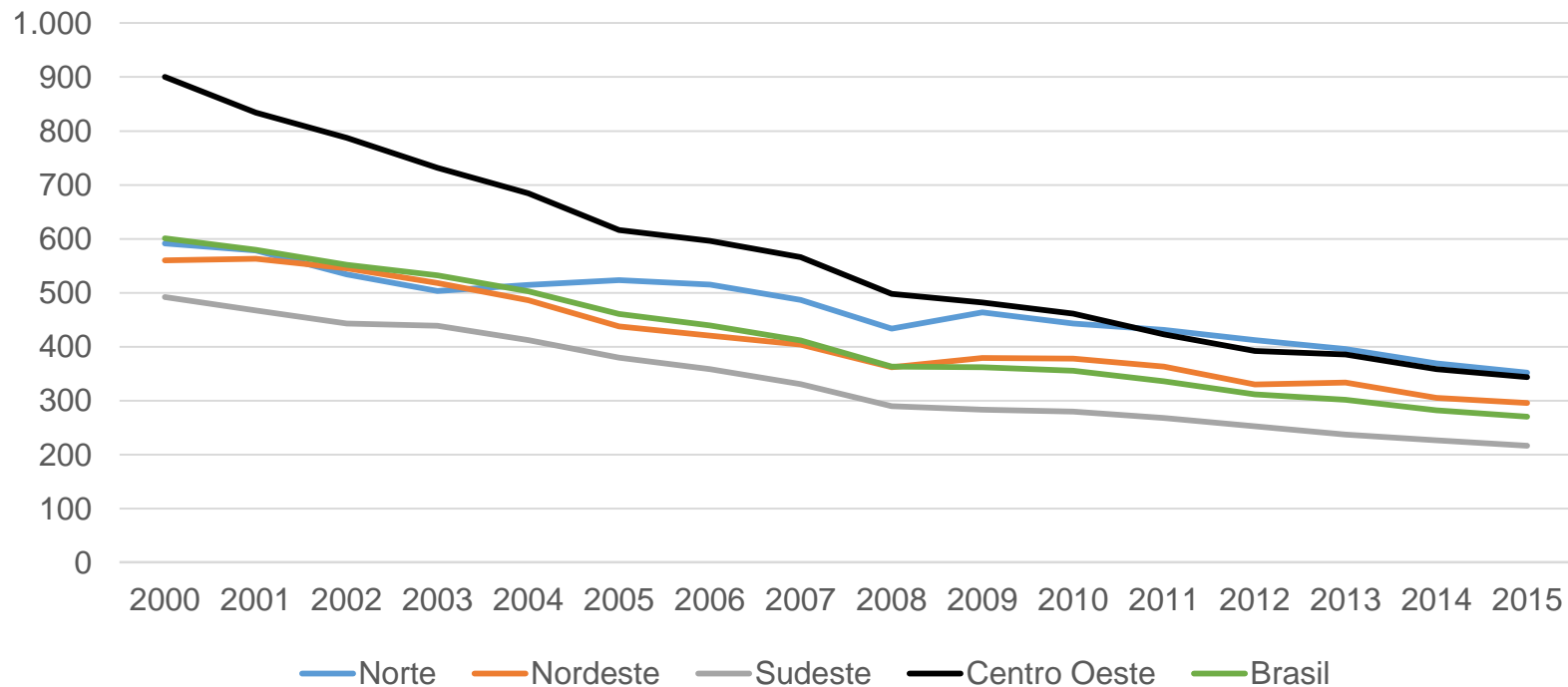


- ° Taxa de internação por fratura de fêmur
- ° Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas e inspecionadas pela ANVISA

- ° Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT

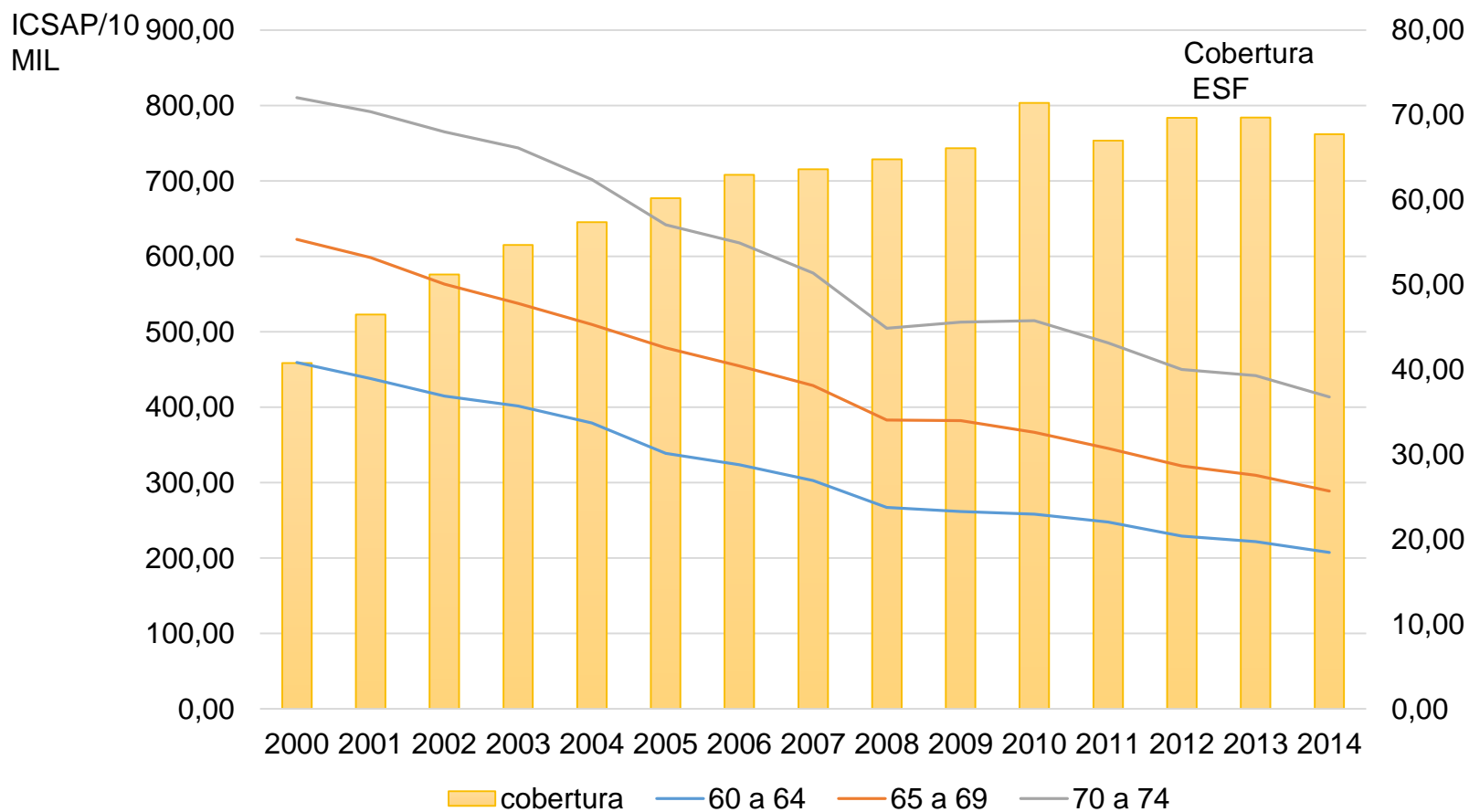
Taxa de internações de idosos (60 a 74 anos) por condições sensíveis à atenção básica (como asma, hipertensão...)

- portaria MS/SAS 221/08, a ESF se mostra como forma eficiente de organização da Atenção Básica.



Fonte – Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS

Taxa de internações de idosos por condições sensíveis à atenção básica segundo faixa etária e Cobertura dos idosos pela Estratégica Saúde da Família. Brasil, 2000-2014.



Fonte – Sistema de Informação Hospitalar do SUS – SIH/SUS

E AGORA? RETROCESSO PARA A SAÚDE DO IDOSO E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL?

- **Mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**
 - **Diminuição dos recursos para a saúde**

Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNABs)

- A PNSPI define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de **entrada a Atenção Básica/Saúde da Família**, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.
- A **dependência é o maior temor** nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passa a ser uma função da equipe de saúde, em especial na Atenção Básica.
- A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O que mudou entre as PNABs?

PNAB
2006

- Ratificou ESF como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde
- Saúde da pessoa idosa como área estratégica

PNAB
2011

- Reforça a ESF
- uniformização do programa, formalização dos incentivos financeiros

PNAB
2017

- Setembro de 2017
- Formalmente a ESF continua sendo estratégia prioritária
- Porém, a ESF está ameaça pela reorganização organização da captação dos recursos federais

Qual pode ser o impacto dessa mudança para a saúde da pessoa idosa?

- A ESF é eficiente, porém mais cara que outras formas como as UBS.
- A possibilidade de repasse de recursos federais para outras formas (mais baratas) de organização da atenção podem incentivar municípios a não utilizar a ESF.
- *Para o Idoso é fundamental o atendimento domiciliar e multidisciplinar.*
- Isso afeta potencialmente os municípios mais pobres: prejudica integralidade e pode aumentar as desigualdades regionais.

Mudança do financiamento

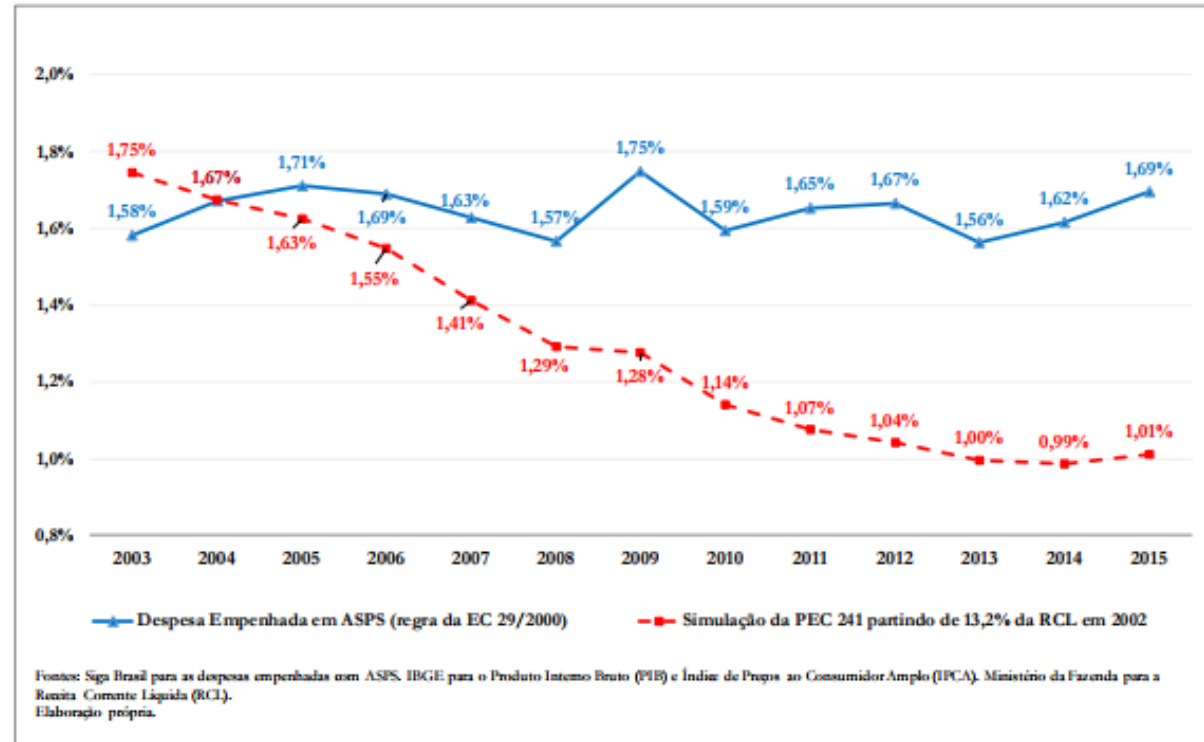
- **Emenda Constitucional 29/00** (regulamentada pela Lei Complementar 141/12) - assegura os **recursos mínimos** para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (União: valor destinado no ano anterior + variação do PIB; Estados/DF: 12% e Municípios: 15%, das receitas próprias vindas de impostos).
- **Emenda Constitucional 86/15** – o dinheiro destinado pelo governo federal à Saúde é calculado com base em uma **percentagem das receitas correntes líquidas**. Funciona assim: o governo federal arrecada impostos e contribuições. A Constituição estabelece que parte dessa arrecadação deve ser transferida para estados e municípios. O que resta é a Receita Líquida (RCL). A EC 86 estabelece que, entre 2016 e 2020, parcela crescente da RCL deverá ser destinada à Saúde: **13,2% em 2016 e 13,7% em 2017 – até chegar a 15% em 2020**. (aumento e “garantido”!)
- A ESPERANÇA ACABA COM:
- **Emenda Constitucional 95/16** – Estabelece teto de gastos. Limita gastos públicos por 20 anos. Desvincula as despesas com saúde das receitas.

Como a EC 95/16 afeta a saúde do idoso?

Queda nos investimentos em saúde

- A PEC 95/16 usa como ano base os valores aplicados em 2016, ano no qual a destinação foi mais baixa que o normal em razão da queda de receita.
- O impacto do aumento de despesas previdenciárias é iminente. Logo, envelhecer passa ser empecilho para o investimento em saúde.
- IPEA estima perda de 743 bilhões em recursos nos próximos 20 anos.

Simulação do impacto da PEC 241 sobre o Gasto Federal do SUS caso vigorasse desde 2003 (em % do PIB), 2003 – 2015.



Políticas de saúde do idoso: avanços ou retrocessos?

- A adoção do conceito de **envelhecimento ativo**, em sua dimensão preventiva e de manutenção da capacidade funcional foi um avanço significativo.
- Conceitualmente as políticas voltadas para a população idosa estão conectadas ao cenário internacional e são, na verdade, pioneiras na garantia de direitos ao idoso.
- Contudo, esse arcabouço institucional está sendo colocado em perigo pelo subfinanciamento e pela desestruturação da Atenção Básica.

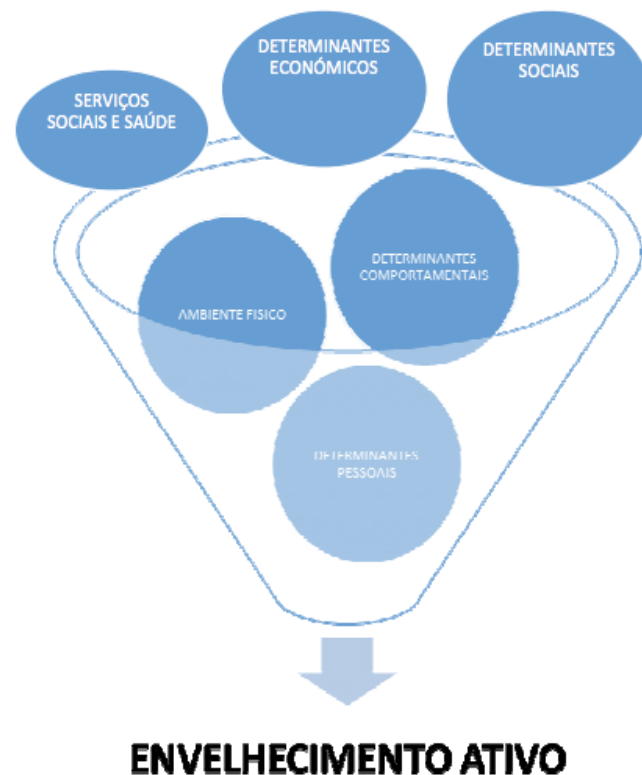
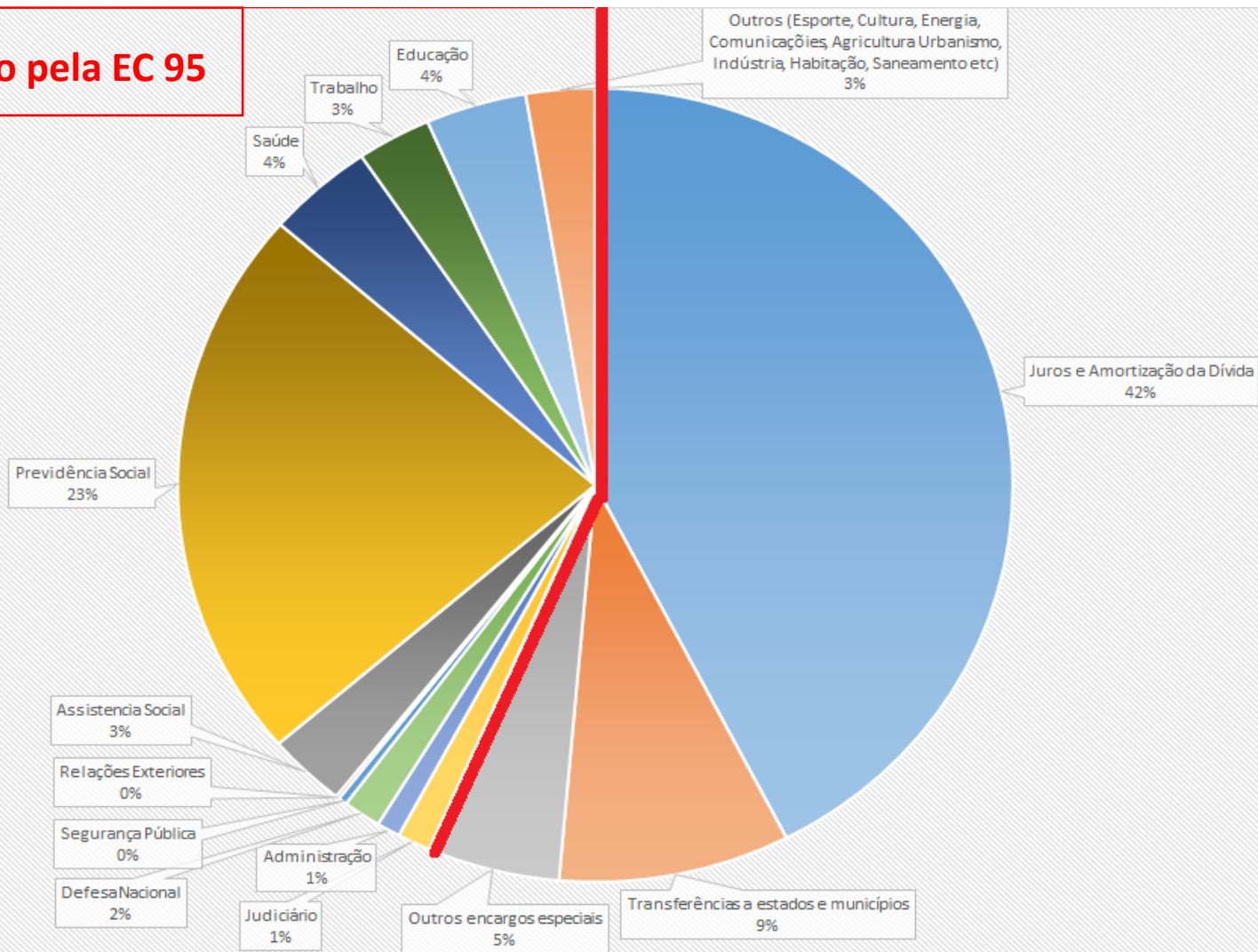


Imagem 1: Determinantes do envelhecimento ativo (de acordo com a OMS, 2005)

Afetado pela EC 95



Fonte: Orçamento da República federativa do Brasil, 2016 (Disponível no Diário Oficial).

Como a EC 95/16 afeta a saúde do idoso?

Diminuição da chance de Envelhecimento saudável, de acesso e de qualidade dos serviços públicos prestados.

Considerando que cerca de 70% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente do SUS (PNS, 2013) e que os planos privados são precários para o cuidado e prevenção

Some-se a isso a desestruturação da Atenção Básica e do modelo proativo de atenção à saúde.

SOBREVIVER para demandar cuidados e tecnologia será uma grande ousadia tanto para o idoso como para qualquer pessoa com dependência.

Por outra parte, não será supresa a migração externa de população jovem. A tendência é mais idosos perderem seus filhos por migração e a população sofrer outro impacto demográfico por desajuste da estrutura etária.

Opção de austeridade fiscal e desmonte do SUS atentado à VIDA, ao Envelhecimento ao Estado de Bem-Estar

Devemos MONITORAR o Impacto do projeto de sociedade imposto pelo modelo neoliberal, rentista, protetor do capital privado e não da VIDA para, pelo menos, deixar evidências científicas das consequências nefastas do modelo imposto desde o Golpe de 2016.

Diminuição do financiamento



Aumento da população idosa



Aumento gasto por pessoa



**Morte
Prematura
de idosos**



Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

www.facebook.com/fiocruz.icict

[twitter.com/@Icict_fiocruz](https://twitter.com/Icict_fiocruz)

www.youtube.com/videosaudefio

www.icict.fiocruz.br

Contato GISE: gise.fiocruz@gmail.com