

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no milênio dos idosos

*The Millennium Development Goals in the millennium of the
elderly*

Anna Cruz de Araujo P. Silva
Hilton P. Silva

RESUMO: Os “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio” (ODM) sintetizam oito compromissos assumidos internacionalmente para a melhoria da qualidade de vida no planeta até 2015. Tais expectativas, contudo, desconsideram que há um expressivo contingente de idosos vulneráveis. Uma leitura compreensiva e consciente do padrão populacional que emerge permite, contudo, que se incluam diretrizes e ações voltadas para eles, tornando urgente o planejamento integrado de políticas que atendam às precisões dos maiores de 60 anos, não só para hoje, mas para muitas décadas futuras.

Palavras-chave: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; Idosos; Políticas Públicas.

ABSTRACT: *The "Millennium Development Goals" (MDG) synthesize eight objectives assumed internationally to the improvement of the quality of life on this planet until 2015. Such expectations, however, do not take into consideration that there is a substantial contingent of vulnerable elderly. Even though the MDG do not address directly the elderly, a comprehensive reading, considering the emerging populational pattern, allows the inclusion of directives and actions geared to them, making urgent the integrated planning of public policies to attend the needs of those 60 years of age or older, not only today, but for the many decades to come.*

Keywords: *Millennium Development Goals; Aged; Public Policies.*

Introdução

Em 2000, 189 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), reafirmando sua confiança naquela instituição, reuniram-se para pensar sobre o futuro. Baseados nos princípios de liberdade, igualdade, tolerância, respeito à natureza e solidariedade – tanto entre indivíduos quanto entre Estados e organizações internacionais – assinaram a “Declaração do Milênio”, na qual delinearão a existência de objetivos comuns a todos eles (PNUD, 2012).

A Declaração deu origem, assim, aos “Objetivos do Desenvolvimento do Milênio” (ODM), que sintetizam em oito compromissos muitas das discussões internacionais dos últimos vinte anos, especialmente as Conferências temáticas da década de 1990 (como a Cúpula sobre Crianças, em 1990; Conferência do Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992; Conferência sobre as Mulheres, em 1995, entre outras).

Os objetivos referem-se à erradicação da pobreza extrema e da fome, ao atingimento do ensino básico universal, à igualdade entre sexos e autonomia das mulheres, à redução da mortalidade infantil, à melhoria da saúde materna, ao combate ao HIV/AIDS e outras doenças, à garantia de sustentabilidade ambiental e ao estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento até o ano de 2015.

A Declaração do Milênio trazia expresso o dever dos Estados com os grupos mais vulneráveis¹ e os ODM de fato contemplam crianças, mulheres, doentes, populações tradicionais, mas não idosos. Enquanto é verdade que vários desses objetivos, se alcançados, terão impacto na qualidade de vida de idosos, nenhum deles traz metas claras para o apoio à velhice. Se os Encontros e Cúpulas da ONU serviram para a definição de alvos prioritários, as Assembleias Mundiais sobre Envelhecimento de 1982 e 2002 parecem que não desempenharam o mesmo papel.

¹“As leaders we have a duty therefore to all the world’s people, especially the most vulnerable and, in particular, the children of the world, to whom the future belongs.” (ONU, 2000: 1).

Revisando os objetivos

O enfrentamento à fome e à miséria (ODM 1), reduzindo a proporção da população com renda inferior a um dólar *per capita* por dia e propiciando trabalho pleno, produtivo e decente para todos, bem como a garantia de que crianças de todas as regiões do país, independentemente de cor, raça e sexo, concluirão o ensino fundamental (ODM 2), sinalizam para vida adulta e velhice mais seguras no futuro, com amparo material e cultural.

No entanto, tais expectativas para 2015 desconsideram que há um expressivo contingente de idosos historicamente prejudicados: no Brasil, por exemplo, cerca de 20% deles são analfabetos ou apenas semialfabetizados, e outros 50% têm apenas o ensino fundamental/primário (Neri & Guariento, 2011), o que dificulta sobremaneira a inserção, realocação ou mesmo manutenção no mercado de trabalho contemporâneo, com consequentes perda de poder aquisitivo e precarização de vida.

Camarano e Pasinato (2007: 7) alertam: “Uma das vulnerabilidades que atingem a população idosa é a perda de autonomia, que pode levar à perda de sua capacidade laborativa e de geração de renda”. Dulleman (2007) informa que uma entre cinco pessoas vivendo com menos de um dólar por dia é maior de 60 anos. Essa realidade repete-se em grande parte ao Brasil, onde cerca de 50% dos idosos sobrevive com renda familiar menor que três salários mínimos por mês (Neri & Guariento, 2011).

Como o foco dos objetivos e das metas traçadas no Brasil é a população economicamente ativa, não há menção à recomposição de renda de aposentados, aos desafios de conservação de financiamento previdenciário, à educação continuada, à preservação da autonomia, da funcionalidade física e cognitiva e do bem-estar, ou à geração de recursos para atendimento das necessidades crescentes.

A almejada igualdade entre sexos (ODM 3) é tema particularmente sensível em idades mais avançadas, porque a menor mortalidade feminina leva ao predomínio de mulheres na população idosa, e todas as eventuais limitações de acesso à educação, disparidades salariais, prevalência de atuação no setor informal e discriminações suportadas ao longo da vida tendem a formar, na velhice, um cenário de pauperização e dependência. Isso acarreta implicações importantes para serviços públicos de saúde (Fundação Oswaldo Cruz; IPEA; Ministério da Saúde, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012), arranjos de cuidados, sistemas de pensão, dispositivos legais de prevenção e combate à violência etc.

Desse modo, conforme Néri (2001), o incremento do número de mulheres na população idosa tende a significar mais risco do que vantagem, uma vez que elas seriam física e socialmente mais frágeis do que os homens. Mesmo sendo isso verdade, a feminização da velhice torna relevante também a atenção à saúde dos homens maiores de 60 anos: há de se debruçar sobre os motivos que ocasionam uma mais baixa expectativa de vida, atentando para as diferentes doenças que os acometem (em geral, mais letais nos homens e de perfil mais crônico entre as mulheres), seu consumo de bens de saúde (medicamentos, visitas a médicos, exames), distintos níveis de envolvimento afetivo e social etc. (Néri, 2001).

A esperança de eliminar a hanseníase, universalizar o tratamento para HIV/Aids, deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero, malária e tuberculose (ODMs 6 e 5) beneficiaria, além da população em geral, idosas e idosos.

No caso do Brasil, porém, e especialmente nas regiões mais pobres do país, como a Amazônia, esses objetivos não serão alcançados no prazo previsto (Silva, 2006) e, tendo em conta as transições, epidemiológica e demográfica, pelas quais já vem passando, é possível antecipar que o envelhecimento da população brasileira poderá agudizar os desafios impostos aos serviços de saúde nacionais (Fundação Oswaldo Cruz *et al.*, 2012), o que torna urgente o planejamento integrado de políticas públicas que atendam às necessidades e exigências das pessoas que hoje têm 60 anos ou mais e, simultaneamente, consigam estabelecer novos parâmetros para o funcionamento do sistema de saúde não só até 2015, mas para muitas décadas futuras.

Chama a atenção, p.ex., que objetivos e metas não abranjam as doenças crônicas não-transmissíveis e outras prevalentes na população idosa – atualmente, as doenças crônico-degenerativas são as mais prevalentes no mundo e o Brasil não é exceção.

Além disso, muitos fatores tornam extremamente complexo o planejamento de políticas públicas que supram as necessidades dos diversos segmentos populacionais e regionais, como: a notável disparidade dos indicadores de saúde entre as regiões, com norte e nordeste ainda apresentando uma considerável prevalência de doenças infecto-contagiosas e carenciais, enquanto as regiões sudeste e sul apresentam mais doenças crônico-degenerativas e mortes por violência; as diferenças sociais e econômicas inclusive entre Estados de uma mesma região.

O Brasil e os demais países da América Latina vivem um processo de perversa transição epidemiológica incompleta (“double burden of disease”), que apresenta, já há algumas décadas, maior incidência de doenças crônicas em paralelo a um ainda alto número de mortes por doenças infecciosas e parasitárias, associados ao aumento da mortalidade, particularmente entre jovens do

sexo masculino, por causa da violência (Silva, 2004). Tais intercorrências estão ligadas a mudanças socioecológicas nos padrões de vida e atividade física dos indivíduos, como aumento dos níveis de sedentarismo, consumo de tabaco e álcool, urbanização, degradação do meio ambiente, conflitos agrários, mudança de hábitos alimentares, falta de acesso a saneamento básico e serviços fundamentais de saúde, além do aumento e envelhecimento da população dos países, questões que devem se intensificar nas próximas décadas (UNB; PUC MINAS/IDHS; PNUD, 2004; Fundação Oswaldo Cruz *et al.*, 2012).

Esse quadro, naturalmente, alcança os idosos, que são vítimas tanto das doenças crônicas quanto das infecciosas e, frequentemente, falecem por complicações decorrentes de ambas.

Assegurar a manutenção da diversidade biológica, reverter a perda de recursos ambientais, expandir o acesso permanente e sustentável à água potável e esgotamento sanitário, com recuperação de bairros degradados (ODM 7), em conjunto com uma rede para cooperação internacional, com colaboração entre as empresas farmacêuticas para oferta de medicamentos essenciais a preços acessíveis, além de compartilhamento de benefícios de novas tecnologias, em especial das tecnologias de informação e de comunicações (ODM 8), também concorrem para o envelhecimento saudável e digno.

Entretanto, a realidade brasileira aponta dificuldades para a concretização de mais esses objetivos, com as inevitáveis consequências para os idosos. Na Amazônia em particular, os problemas de ordem infraestrutural colocam um grande desafio às políticas públicas e ao meio ambiente. Nas áreas rurais da região, em geral, não há acesso a serviços de esgoto sanitário ou água tratada com repercussões diretas na saúde de crianças menores e pessoas mais velhas. Às doenças infecto-parasitárias que dominam o cenário epidemiológico entre as populações rurais no país sobrepõe-se a ampliação da morbidade e mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, o diabetes mellitus e a obesidade, sendo isso resultado, em grande parte, da ruptura dos padrões tradicionais de sobrevivência e interação com o meio ambiente natural (Silva, 2004).

O envelhecimento e o aumento de doenças crônicas na população brasileira fazem com que se possa antever a necessidade de mobilização crescente de diversos níveis de assistência (médica, familiar, social, legal, financeira), sendo que nenhum deles será obrigatoriamente “resolutivo” ou curativo (Fundação Oswaldo Cruz *et al.*, 2012). As redes, então, antes de serem internacionais e empresariais, serão muito mais próximas, internas, íntimas até.

Especificamente do ponto de vista de demandas de saúde, será preciso investir em intervenções de múltiplas especialidades, o que torna imperativa a ampliação de formação de mão de obra qualificada e de infraestrutura local. Se de um lado a atenção primária deverá deixar de ser

apenas a “porta de entrada” do sistema e será fundamental como ferramenta de coordenação e integração dos serviços, de outro, o nível terciário precisará adaptar-se a uma realidade de tratamentos prolongados e caros, cada vez mais baseados em tecnologias sofisticadas e nem sempre resolutivas.

Em adição, outras formas de atenção à saúde, como assistência em casa, unidades de cuidados geriátricos e de cuidados paliativos de longa permanência, serão cada vez mais importantes, havendo ainda necessidade de melhor planejamento para sua implementação enquanto políticas públicas no Brasil (Fundação Oswaldo Cruz *et al.*, 2012).

Estas indicações não são mera predição. Segundo Arrazola (2011), atualmente já se dispõe de conhecimento científico suficiente para orientar um modelo de atenção que não somente propicie a prevenção, como fortaleça a manutenção das capacidades preservadas, diminuindo dependência e atento à qualidade de vida, um paradigma comprovadamente eficaz, mas que não se inscreveu nos ODM.

Considerações finais

O milênio que se inicia é marcado por mudanças demográficas. Cohen (2003) projeta que, em 2050, crianças de 0 a 4 anos devem representar 6.6% da população mundial, enquanto que maiores de 60 anos seriam 21.4%, uma proporção aproximada de 3.2 idosos para cada criança com 4 anos ou menos. Ademais, segundo Cohen (2003), a expectativa de vida global que em 2000-2005 era de 65 anos, em 2045-50 chegaria a 74 anos. Assim, admite-se que “the 20th century will probably be the last in which younger people outnumbered older ones” (Cohen, 2003: 1173) – mudança irreversível, viveremos não só um século com mais idosos, mas um novo tempo.

No Brasil, nos próximos 20 anos, a população idosa poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas, alcançando quase 13% da população ao final desse período. Os centenários brasileiros, que somavam 13.865 em 1991, em 2000 chegaram a 24.576 pessoas, em um aumento de 77% (IBGE, 2002).

Eleger oito obrigações para o começo desse tempo é tarefa difícil. Coordenar a diversidade para que os ODM sejam cumpridos satisfatoriamente em cada contexto é ainda mais complicado. O envelhecimento, sobretudo, é uma experiência bastante diversa, não apenas entre indivíduos, mas

entre regiões diferentes: há desigualdades na expectativa de vida, nas taxas de mortalidade, na participação das pessoas nos assuntos políticos e econômicos.

Os ODM não tratam diretamente sobre idosos; mas uma leitura compreensiva e consciente do padrão populacional que emerge faz com que se incluam diretrizes e ações voltadas para aquele grupo.

Os ODM compõem uma agenda mínima, com prazo certo. Ao contrário, as atenções com a velhice vão muito além de 2015 e demandarão, possivelmente, programas contínuos de cuidados com saúde, prevenção de doenças, manutenção de autonomia, fomento à independência e à participação na sociedade, solidariedade intergeracional, promoção de serviços especializados, capacitação de pessoal etc.

Portanto, outros objetivos precisarão ser estabelecidos, como a garantia à educação continuada e de acesso a serviços especialmente voltados à população idosa, um novo modelo de gerenciamento de saúde, com maior atenção às condições físicas e psicossociais dos idosos, conexão entre os diversos níveis de assistência social, continuidade de políticas em longo prazo, existência e acesso a equipes multiprofissionais e integradas, comunicação em linguagem adequada entre os diferentes agentes sociais, combate à discriminação e à violência, organização dos serviços em redes dinâmicas e interativas, e coordenação nos diversos níveis assistenciais (Fundação Oswaldo Cruz *et al.*, 2012), expectativas ainda distantes para o Brasil.

Referências

Arazola, F. (2011, November 23). Los Derechos de las Personas Mayores (The Rights of Elderly). *Oñati Socio-Legal Series*, 1(8). Recuperado em 20 fevereiro, 2013, de: <http://ssrn.com/abstract=1963683>

Camarano, A.A. & Pasinato, M.T. (2007). *Envelhecimento, Pobreza e Proteção Social na América Latina*. Texto para discussão 1292. IPEA: julho. Recuperado em 15 junho, 2012, de: http://desafios2.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1292.pdf.

Cohen, J. (2003). Human population: the next half century. *Science*, 302: 1172-5.

Dullemen, C.V. (2007, October 23-25). *Expert Group Meeting. Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties*. Recuperado em 14 junho, 2012, de: http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/egm_unhq_oct07_vandullemen.pdf.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, IPEA, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ASSUNTOS ESTRATÉGICOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. (2012). *A Saúde no Brasil em 2030: Diretrizes Para a Prospeção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). *IBGE lança o perfil dos idosos responsáveis por domicílios*. Recuperado em 15 junho, 2012, de: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.

Neri, A.L. & Guariento, M.E. (Orgs.). (2011). *Fragilidade, Saúde e Bem-estar em Idosos: Dados do Estudo FIBRA*. Campinas (SP): Alínea.

Neri, A.L. (2001). *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. Recuperado em 13 agosto, 2012, de: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>.

ONU – Organização das Nações Unidas (2000). *Declaração do Milênio*. Recuperado em 14 junho, 2012, de: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.

PNUD - Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento. (2012). *Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio*. Recuperado em 14 junho, 2012, de: <http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>.

Silva, H.P. (2006). A saúde humana e a Amazônia no século XXI: Reflexões sobre os Objetivos do Milênio. *Novos Cadernos do NAEA/UFPA*, 9(1): 77-94.

Silva, H.P. (2004). Saúde e doença em relação ao meio ambiente: Desafios para as populações em situação de vulnerabilidade. In: UnB, PUC Minas/IDHS, PNUD. (Orgs.). *Coleção Estudos Temáticos sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Saúde*: 108-10. Belo Horizonte: PUC Minas/IDHS. Recuperado em 15 junho, 2012, de: http://www.pnud.org.br/estudos/livro4_web.pdf.

UNB, PUC MINAS/IDHS, PNUD. (Orgs.). (2004). *Coleção Estudos Temáticos sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Saúde*. Belo Horizonte: PUC Minas/IDHS. Recuperado em 15 junho, 2012, de: http://www.pnud.org.br/estudos/livro4_web.pdf.

Recebido em 08/08/2012

Aceito em 30/08/2012

Anna Cruz de Araujo P. Silva – bacharel em Direito, Doutoranda em Ciências Jurídicas pela Universidade do Minho (Portugal).

E-mail: hilton.anna@gmail.com

Hilton P. Silva - Médico, biólogo, Professor Associado I do Programa de Pós-Graduação em Antropologia, da Universidade Federal do Pará.

E-mail: hdsilva@ufpa.br