

O que há de novo em ser velho

What's new about being old

Monica Rebouças

Doutora em Saúde Coletiva. Pesquisadora no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Rua Bela Cintra, 672, Sala 1004, Consolação, CEP 01415-002, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: monicareboucas@terra.com.br

Marina Ruiz de Matos

Doutora em Saúde Coletiva. Professora convidada do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1341, Vila Clementino, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: marina.matos@unifesp.br

Luiz Roberto Ramos

Pos-Doutor em Neuropsicogeriatrics. Professor Titular do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1341, Vila Clementino, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: lrramos@unifesp.br

Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Doutor em Saúde Coletiva. Professor Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1341, Vila Clementino, CEP 04038-034, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: luiz.cecilio@unifesp.br

Resumo

O texto aborda aspectos do envelhecimento e seus novos paradigmas. É bem conhecida a relação entre envelhecimento e o aumento da prevalência de doenças e, conseqüentemente, do consumo de fármacos, perda progressiva de funcionalidade e maior utilização dos serviços de saúde. No entanto, observam-se, a partir da segunda metade do século XX, rápidas transformações no modo de se ver e se viver a velhice. Nos últimos anos, o aumento de pessoas mais velhas ocorre de modo simultâneo à ampliação da classe média brasileira, com marcado impacto na possibilidade de acesso e consumo de determinados bens e serviços, produzindo-se novas necessidades sociais. O *tempo da velhice* e os papéis sociais a ele atribuídos sempre variaram segundo o horizonte histórico das diferentes sociedades. Mais recentemente o envelhecimento vem sendo associado à imagem positiva de se viver mais e melhor. Entretanto, os avanços não se concretizam para todos os cidadãos. As sociedades capitalistas atravessadas pela desigualdade distributiva suscitam desafios ligados às camadas mais pobres e desassistidas, assim como ao lugar a ser ocupado pelos novos e novíssimos velhos.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; População.

Abstract

This paper discusses aspects of aging and its new paradigms. The relationship between aging and increased frequency of illness and consumption of drugs, progressive loss of functionality and greater reliance on health services is well known. However, from the second half of the twentieth century, rapid changes in the way of seeing and living old age have been observed. In recent years, the increase in the number of older people has occurred simultaneously with the expansion of the Brazilian middle class, with a strong impact on the accessibility and consumption of certain goods and services, producing new social needs. The time of old age and social roles assigned to it has always varied according to the historical horizon of different societies. More recently, aging has been associated with positive image of living longer and better. However, this progress has not come true for all citizens. Capitalist societies are marked by distributive inequality and in this situation there are challenges linked to the poor and underserved, as well as the place to be occupied by the young and the new old people.

Keywords: Aged; Aging; Population.

A questão

A partir de meados do século XX, ocorreu intenso movimento dirigido à compreensão de um novo fenômeno da vida humana - a permanência cada vez maior dos indivíduos na etapa da velhice. Ao longo da história, o intervalo entre ser velho e morrer resumia-se a um pequeno número de anos. O “tempo da velhice” e os papéis sociais a ele atribuídos variaram segundo o horizonte histórico das diferentes sociedades e seus limites de longevidade, mas era inequívoca a relação velhice-morte.

Lima (2004) aponta que a humanidade atravessou vários séculos para ultrapassar uma vida média de 30 anos. Foi somente a partir da década de 1950 que houve um impacto significativo na esperança de vida das populações beneficiárias do avanço científico e técnico iniciado no século XIX e acelerado pelas duas Guerras Mundiais. Ao avaliar as causas dessa transição demográfica, Minayo (1997) aponta desde mudanças no plano geral da sociedade, como alterações no sistema produtivo e novo padrão de urbanização, até ações especiais na área da saúde, como formulação de programas ligados a doenças específicas, imunização em massa e ampliação da cobertura da assistência médica.

No caso brasileiro, os censos demográficos demonstram que em 1950 a vida média era de 43,3 anos. Em 2000, passou a 73,9 anos e a 77,4 em 2010. Análises mais desagregadas mostram uma vida média superior a 80 anos para mulheres que vivem em áreas urbanas desenvolvidas. Este aumento na expectativa de vida gerou aspectos novos nas formas de pensar e interagir com o significado e a maneira de viver o envelhecimento (IBGE 1956, 2001, 2013; SEADE 2008).

Podem ser assinalados, entre várias vertentes de investigação, dois ângulos cujo sentido parece essencial. O primeiro é o de reconhecer que grupos sociais e circunstâncias transformaram uma situação restrita ao âmbito familiar, individual, subjetivo, com características e comportamentos específicos, em uma questão coletiva, pública e em decorrência, política. O segundo é como os que envelhecem em tempos atuais, como causa e ao mesmo tempo consequência das mudanças sociais, formulam novos estilos de vida, valores e identidades socialmente reconhecidas.

Organizado como ensaio, o presente trabalho aborda a velhice em sua dimensão social e levanta possibilidades de análise. Os autores partem da ideia de que o envelhecimento populacional pode ser também considerado em sua dimensão que atinge a classe média e, por sua vez, induz à expansão do mercado, do consumo, dos bens e serviços ligados à manutenção corporal. A esses aspectos associa-se o papel da mídia e das políticas ligadas à promoção e prevenção da denominada velhice saudável; corroborando com desafios de pensar o que há de novo entre brasileiros mais velhos.

Os velhos-velhos

No plano biológico, as formas de manter o corpo saudável são sobejamente conhecidas, assim como os cuidados necessários para prevenir, controlar ou mesmo monitorar grande parte das doenças. Conhecidos também são os fatores sociais que interagem em diferentes situações, resultando em múltiplas formas de conduzir a saúde, dificultando precisar o papel desta rede multidimensional de interações no processo saúde-doença responsável por número cada vez maior de pessoas vivendo mais na atualidade (Camarano e col., 1999).

Dados do Brasil, relativos às pessoas com sessenta anos e mais de idade na década de 1990, permitem a obtenção de um retrato do mercado de trabalho ao longo dos últimos trinta anos, ou seja, dos que vivenciaram esse período marcado pelo fim do chamado milagre brasileiro, intensificado pelas crises internacionais e conseqüente diminuição de empregos, mudança dos polos produtivos, além de outros componentes da matriz neoliberal (Singer, 1975). A partir de 1980, no plano macroeconômico, as características principais foram a globalização financeira e a despolitização da economia, com reflexos importantes nos mercados locais de trabalho.

Para reduzir o impacto da recessão econômica, hiperinflação e especulação financeira desse período, vários foram os planos de estabilização e combate à inflação. Somente na década de 80 foram lançados os planos Cruzado I, Cruzado II, Bresser, Verão e o Cruzado Novo. Como resultado, ocorreu o crescimento da pobreza e desigualdade, exclusão e desemprego (Matos, 2009).

Os dados da Tabela 1 mostram que a população

brasileira, naquela década, era composta por 15 milhões de pessoas idosas, o que representava cerca de 10% dos habitantes do País, dos quais 92% eram brancos ou pardos. Mais da metade das pessoas residia acompanhada, devido ao casamento ou outros arranjos familiares e, a quase totalidade (90%), referia escolaridade abaixo do nível médio.

Na tabela 2 é possível observar o impacto da situação econômica enfrentado por aquele segmento populacional. Aproximadamente um quarto (23%) dos idosos foi classificado como pobre. Aposentadoria e trabalho eram as fontes de rendimentos mais frequentes e a maioria mencionava receber menos que dois salários mínimos. Vale lembrar que o salário mínimo esteve congelado ou com reajustes abaixo da inflação por longos períodos durante a década de 1970 e 1980. Ressalte-se também que, entre vários outros problemas, a situação de crise no mercado de trabalho acarretou o crescimento do déficit da previdência, uma vez que o sistema baseia-se na contribuição que depende do emprego formal. A tabela também aponta que, como esperado, ocorre diminuição da participação na força de trabalho, à medida que aumenta a idade da população.

Em conjunto, as informações das tabelas 1 e 2 sugerem as diferentes manifestações e ajustes realizados no cotidiano dos idosos. Essas interações são atravessadas pelas diferentes situações de renda, acesso e consumo de vários tipos de bens e serviços (Silveira e col., 2002). Neste sentido, os grupos de extração social mais baixa como os que aparecem nos dados levantados, têm maior dificuldade no consumo de vários itens resultando em condições de vida bastante heterogêneas (Almeida e col., 2002; Barreto, 2006).

No caso dos idosos, acrescente-se a importância do papel da saúde física como indicador estratégico nesta interação (Rebouças e Pereira, 2008). Reforçando este aspecto, destaca-se o fato de a maioria ser portadora de pelo menos uma doença crônica (Ramos e Goihman, 1989; Ramos e col., 2001; Lima-Costa e col., 2003). Suas despesas são naturalmente sobrecarregadas pelos custos de medicamentos e cuidados com saúde e potencializadas quando a condição social for desfavorável (Barros e col., 1999; Marin e col., 2008). A maior frequência de agravos crônicos entre idosos também se associa à gravidade das manifestações de doenças agudas. Situações

como as das epidemias de gripe registram casos mais severos entre os idosos (Luna, 2002).

Corroboram com o conteúdo do parágrafo anterior, as ideias de Papaléo Netto (2007), sobre a consciência da velhice que, segundo o autor, vincula-se a padrões estabelecidos historicamente. Um deles resume-se na comprovação de finitude, e outro, na constatação de maior frequência de doenças entre os mais velhos, ambos confirmando a inexorável ação do tempo, independentemente da tecnologia. O envelhecimento dos indivíduos caracteriza-se, então, por alterações físicas que se associam ao declínio de desempenho de diversos órgãos. Neste sentido, Ramos (1993, 2003) discute o fato de que mesmo o envelhecer livre de doença envolve algum grau de perda funcional, expressa por diminuição discreta, porém contínua, de vigor, força, prontidão, velocidade de reação. Essas constatações levam a pensar o processo de envelhecer por meio dos paradigmas nos quais as alterações biológicas alteram progressivamente o corpo, tornando-o suscetível às agressões e finalmente o levando à morte (Papaléo Netto, 2007).

A reflexão sobre a elevada frequência de doenças entre idosos desencadeia outra, sobre o uso de instituições de saúde a fim de atender a essas demandas do corpo. E os dados apresentados na tabela 3 apontam o comprometimento do orçamento dos idosos brasileiros com sua saúde ao final do século XX. A maioria gastava quase metade dos recursos com despesas ligadas a doenças, especialmente com a aquisição de fármacos. Para uma população estimada em 15 milhões de pessoas com idade igual e superior a 60 anos, cerca de 10 milhões e 200 mil recebia até dois salários mínimos (tabela 2) e, pelo menos os com 65 anos e mais de idade (dados do item 2 da tabela 3) gastavam quase a metade do valor com saúde.

Diante desta situação, torna-se evidente o impacto que provoca a implantação de ações de caráter amplo, como o acesso gratuito à medicação. Para alguns segmentos da população idosa, em função das múltiplas doenças e consequente utilização de polifármacos por longos períodos, a gratuidade da medicação permite a liberação de parte dos rendimentos para ser utilizada no consumo de outros bens, como alimento, moradia, lazer ou outras necessidades.

Tabela 1 - Perfil dos idosos no Brasil na década de 1990

Indicadores	Proporção (%)
1 - Número de idosos	15 milhões
2 - Proporção de idosos na população	9 8,56 há duas proporções
3 - Composição racial e étnica:	
branca	61,0
parda	31,0
preta	7,0
amarela	1,0
indígena	0,4
4 - Estado civil:	
casados	52,0
separados/divorciados	4,0
viúvos	28,0
solteiros	16,0
5 - Nível educacional concluído:	
superior	4,0
médio	6,0
outros	90,0
6 - Arranjo familiar	
casal com ou sem filhos	56,0
idoso com filhos	21,0
idoso sozinho	23,0
moradores em domicílio coletivo	0,7

Fonte: IBGE Censo Demográfico 2000

Tabela 2 - Perfil econômico da população de idosos no Brasil na década de 1990

Indicadores	Proporção (%)
1 - Pobreza	23,0
2 - Fonte de renda principal	
seguro social	59,0
trabalho	28,0
pensão	5,0
aluguel	8,0
outros	0,3
3 - Rendimento mensal	
menos que 2 SM (salário mínimo)	68,0
2 a 5 SM	19,0
mais que 5 SM	13,0
4 - Participação na força de trabalho	
60 - 64 anos	41,0
65 - 69 anos	27,0
70 e mais	2,0

Fontes: Item 1 - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1997 e Pesquisa de Orçamento Familiar 1995. Adaptados por Barros et al, 1999 e Camarano, 2005. Itens 2; 3 e 4 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1983, 1991, 2003, 2005.

Tabela 3 - Proporção (%) da população idosa segundo indicadores de acesso a serviços de saúde e despesas referidas, Brasil, 2000

Indicadores	Proporção (%)
1 - Despesa com saúde	
Receita mensal gasta com saúde, por níveis renda, em número de salários-mínimos (SM) recebidos	
0 a 2 SM	36,0
2 a 5 SM	41,0
5 e mais SM	24,0
2 - Composição das despesas com saúde	
Receita líquida mensal gasta com itens de farmácia	51,0
Receita líquida gasta com outros itens de assistência	49,0
3 - Acesso a serviços de saúde	
Idosos procuraram o serviço de saúde e não foram atendidos	0,6
Idosos não procuraram serviços de saúde porque não tinham dinheiro	3,0
4 - Utilização dos serviços de saúde	
Número de idosos internados na rede SUS no ano 2003	2.301.763 pessoas
Duração média da internação hospitalar da população idosa (em dias)	8 dias
Proporção de idosos que realizou pelo menos uma consulta médica nos últimos doze meses	71,0
5 - Proporção de idosos que recebeu assistência domiciliar	2,0

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e Ministério da Saúde do Brasil. Item 1. Pesquisa de Orçamento Familiar – POF 1995. Adaptado por Almeida, 2002. Item 2. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998. Adaptado por Lima e Costa, 2003 para pessoas com 65 anos e mais de idade. Item 3. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1998. Item 4. Ministério da Saúde – SIH/SUS para 2000 e 2003. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Pnad 1998. Adaptado por Camarano, 2005. Item 5. Censo Demográfico 2000. Adaptado por Camarano, 2005.

Os novos-velhos

Apesar das dificuldades econômico-sociais por que atravessou o País, muitas mudanças podem ser identificadas nos últimos trinta anos do século XX. O ingresso de pessoas na marca dos sessenta anos, de forma acelerada ao final do milênio, pode ser entendido como um período de “passagem”, ou seja, de mudanças no padrão de atenção à saúde e de um arquétipo que se coadunasse ao prolongamento do “estado de velhice” (figura de linguagem que se refere a viver a partir dos 60 anos, quando é demarcada a velhice).

Essa travessia pressupõe transformações nos modelos “tradicionais” voltados à assistência e produção de insumos para enfrentar os novos desafios das questões relativas à saúde da população brasileira por meio de propostas alternativas, com formatos originais, contendo inclusive a ideia de comprometimento com a defesa da vida (Cecílio, 2000).

As alterações nos padrões de vida ocorreram de forma abrangente, envolvendo a gestão dos cuidados para além do plano familiar, criando alternativas com potencial de aumentar a rede de contatos comunitários e ampliar o engajamento dos grupos sociais, que repercutiu no significado de ser velho.

A implantação de programas voltados à faixa etária igual ou superior a 60 anos, por instituições privadas e públicas, ampliou os recursos o que, por sua vez, favoreceu uma nova forma de prevenção de doenças, mais efetiva e com maior intercâmbio entre as diferentes faixas etárias (Faleiros e Rebouças, 2005).

Nesta perspectiva, pode-se reconhecer a implantação de ações destinadas aos idosos, por várias organizações, com a finalidade de construir um maior ajuste entre as necessidades do cotidiano e as respostas possíveis para este agrupamento populacional (Serapioni, 2005; Busse e col., 2010). Políticas vêm sendo incorporadas, de modo ainda fragmentado, tentando responder às diferenças ligadas à etnia, gênero, faixa etária, situação econômica, aspectos psicológicos, culturais e outros. Em especial, debate-se o significado da expressão capacidade funcional e funcionalidade, assim como dos indicadores de independência com autonomia, termos que sinalizam a

participação com autogoverno nas ações cotidianas, para os que vivem seis décadas ou mais (Ramos, 2003; Ruger, 2010; Rebouças e Pereira, 2008).

Os passos governamentais foram assentados basicamente em dois pilares: o envelhecimento saudável (termo utilizado para políticas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças) e o reconhecimento de direitos e cidadania dos idosos (Guimarães, 1987; Brasil, 2003, 2006a, 2006b). Resultado de processos já consolidados em outros países, as propostas para saúde tornaram-se mais presentes no Brasil ao final dos anos 1970, em função de reivindicações de grupos articulados e, no plano político, pelo aparecimento na agenda pública de algumas ações direcionadas a grupos especiais (Brasil, 2003, 2006a, 2006b).

Foram muitos os esforços até a regulamentação de um plano nacional em 1996, voltado à consolidação legal dos direitos dos idosos, reafirmando a relação entre democracia e a base jurídico-legal. Embora a presença da lei não garanta seu cumprimento, sua ausência impede ações reivindicatórias no âmbito da justiça.

No entanto, por mais que se tenham modificado, algumas instituições ainda mantêm posturas conservadoras na atualidade. No caso das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), por exemplo, não é frequente a interação de funções para além do papel de residência e de cuidados à velhice desamparada e com sequelas, sem que se estimule a cidadania dos moradores, ampliando sua participação comunitária (Maia e col., 2008).

Mas há um saldo positivo perceptível em avanços ocorridos nesses primeiros anos do século XXI cuja repercussão pode ser identificada na forma de atenção e na visão que o conjunto da sociedade passa a ter desta etapa da vida. Sob este último aspecto, não é possível ignorar a presença numerosa de intelectuais, políticos e de outros grupos, atraindo a mídia para esta faixa etária, o que resultou não apenas na politização (tratada de formas variadas, até como politicagem) da questão, mas na possibilidade de uma imagem mais positiva para o envelhecimento.

Os elementos que permitiram a consolidação deste quadro ampliado podem ser buscados no interior da estrutura social, uma vez que todas as faixas etárias passam a desempenhar e ganhar sentido no

plano histórico. No modo de produção capitalista, a divisão da sociedade em segmentos está ligada basicamente aos patamares de renda e consumo de bens e serviços. Entre a elite e as camadas mais pobres, denominadas, na tradição marxista, de burguesia e proletariado, tornam-se cada vez mais numerosas as usualmente denominadas camadas médias com várias subdivisões internas homogeneizadas por uma aspiração de consumo, valores e representações sociais específicas. Este amálgama permite uma autorreferência de seus participantes em relação aos demais e constitui, por sua vez, em caixa de ressonância de comportamentos, aspirações e modo de viver a vida que abriga numerosos grupos. Weber (Thiry-Cherquer, 1997) identificou este papel da classe média de arauto de padrões de análise da realidade pelo seu espaço estratégico na estrutura social, imprimindo uma racionalidade dirigida ao mercado que generaliza práticas e aspirações de consumo. Neste contexto, insere-se a transformação do velho: de pouco útil e de responsabilidade das famílias, eles progridem para uma inserção com imagem cada vez mais positiva, metáfora coadjuvada do prolongamento efetivo da vida.

E a denominada classe média baixa mantém identidades e aspirações próximas da classe média tradicional, considerando as subdivisões presentes nas sociedades urbanas e os possíveis fracionamentos de significados para diferentes grupos internos que os compõem, segundo Nery (2008). Neste particular, a recente entrada de um grande contingente de pessoas na chamada “classe C” trouxe não apenas a busca por moradia própria, carro, computador, novas formas de lazer e outros bens indicadores de mobilidade, mas também uma nova identidade social, movimentando um conjunto de representações que marcam a sensação de pertencimento desse grupo. O “pensar da classe média” permite que seus membros expliquem tanto suas ações, como as dos demais, por meio de forte sistema simbólico que “costura” o sujeito à estrutura social e ao lugar que ocupa. O trabalho coordenado por Nery (2008) aponta que não houve um processo de empobrecimento dos estratos médios em função da entrada dos novos grupos. Os dados encontrados indicam um aumento da renda média de 22,8%, entre 2004 e 2008, com aqueles novos integrantes na camada média e nos estratos

mais ricos de 33,6%. Convém, no entanto, lembrar que em termos de desigualdade, o País mantém 50% da população abaixo da linha traçada para os extratos médios. Com a intenção de quantificar esses segmentos, os autores definiram a “classe C” como o grupo cuja renda média domiciliar total está entre R\$ 1.064,00 e R\$ 4.561,00. No cômputo geral, esses valores correspondem ao rendimento médio do conjunto dos brasileiros, a classe média estatística, apesar de distar do valor da mediana.

Essa mobilidade social verificada na primeira década do século XXI tem distintos fatores contribuintes que geraram novas questões. Entretanto, interessa aqui ressaltar tanto os impactos do envelhecimento na sociedade, de maneira geral, e nas necessidades de saúde, em particular, como a ampliação do significado presente no interior das camadas médias tradicionais que a cultura de consumo de bens e serviços e a expressão política para as demandas geram.

Outro fenômeno relativamente recente, que marca indistintamente pessoas de diferentes classes de renda, mas, especialmente, as mais numerosas, portanto a média, são as mudanças nos modos de se referir à velhice, como, por exemplo, a utilização do termo “terceira idade”, popularizada ao final do século passado. O termo foi utilizado na França no final dos anos 70, e na Inglaterra nos anos 80, em cursos destinados à discussão de questões ligadas à velhice, ao mesmo tempo em que se criava, de forma organizada, um espaço acadêmico próprio. Ao termo “terceira idade” associam-se conceitos como o de “idoso”; “aposentadoria ativa” assim como o polêmico “melhor idade”, exemplos de léxicos que parecem buscar construir uma imagem, facilmente constatável, mais positiva do envelhecimento, independentemente da real assertiva que o esteja subsidiando.

Para Nery (2008), o crescente domínio no plano simbólico deste discurso afirmativo produz e reproduz valores que se constituem no atual sistema de reconhecimento do idoso, no qual a mídia tem importante papel.

Esta imagem está ligada à ideia de preservação da juventude, este sim um grande e antigo ideal. Existem, facilitados ao consumo, diferentes e inúmeros recursos tecnológicos que criam a possibilidade

de os indivíduos migrarem, pela aparência, para outra idade. Esta possibilidade, de forma não clara, instala-se no que se denomina “qualidade de vida” ou em outras metáforas da classe média, discutidas em trabalhos, sem conclusões definitivas para quem os analisa no tempo presente (Debert e Simões, 1994).

Debert (2010) aponta que a experiência contemporânea de envelhecimento relativizou a visão tradicional de que faixas etárias são acompanhadas de comportamentos específicos rígidos. Segundo a autora, há um *estilo de vida* que envolve um conjunto de receitas e técnicas para a manutenção corporal como comidas saudáveis, ginástica, medicamentos, além da incorporação de variadas formas de sociabilidade como dança, frequência a cursos e lazer, demonstrando como os que não se sentem velhos devem se comportar, independentemente da idade que se expandem aos diferentes grupos sociais (alguns como ações programáticas públicas como os Centros de Referência ao Idoso, outras no âmbito do acesso ao consumo da classe média).

Por conseguinte, desta forma, parece recorrente o reconhecimento de nítida mudança na demarcação rígida de papéis e comportamentos, para o que se pretende definir como sendo os brasileiros com sessenta anos e mais de idade, partindo-se da sua definição histórica e social, portanto gradativamente aceita e buscada, para cada faixa etária. Sugere-se, então, o surgimento do aumento da fluidez e nuance que dificultam a identificação da idade, elemento que norteava, até agora, as relações entre as pessoas.

Mas a elite brasileira sempre teve acesso aos produtos e serviços ligados ao modelo estético de cada período e à manutenção corporal que permite tempo maior longe da imagem da velhice. A esses ricos, situados no topo da pirâmide econômica, uma vez esgotados os recursos nacionais, estavam acessíveis às clínicas de rejuvenescimento no exterior, especialmente de países europeus. Os resultados podiam ser vistos em algumas revistas, eventualmente admirados, mas que, em função da distância da realidade da maior parte dos estratos sociais, não alcançavam uma expressão coletiva. O que se encontra em destaque, mais recentemente, trata-se da entrada da classe média, pagando de forma parcelada, a possibilidade de preservação de imagem.

Assim como a multiplicação das clínicas populares, cada vez mais frequentes, financiando tratamentos estéticos, em longas prestações, e mantendo-se sempre lotadas. A limitação ou retardamento dos efeitos do envelhecimento e, concomitantemente, um novo significado para esta etapa da vida torna-se então uma questão populacional quando o acesso à parte destes bens ficou disponível, na lógica de mercado, para consumidores em larga escala.

Entretanto, cabe destaque, também entre os brasileiros mais velhos, a exacerbação das desigualdades. Surge, por exemplo, o mercado de bens e serviços voltados aos seguimentos populacionais com poder de compra. E para os recém-ingressos em classes com poder de consumo surge a distância entre os ícones do novo mercado e a possibilidade de aquisição. Essa desigualdade instala-se como estrutural, cabendo às conjunturas, inclusive a mídia, o poder de ampliá-la ou minimizá-la. Mas as questões relativas às desigualdades não se restringem aos com potencial de consumo. Entre os mais velhos também se encontram os sem poder de compra. São idosos sem renda, doentes e desprotegidos, ocupando, em oposição aos mais favorecidos, o extremo oposto aos que disputam novos mercados e produtos. Portanto, simultaneamente, além da aproximação entre imagens de tipos de envelhecimento, nos novos tempos, também se perpetua a desigualdade discutida secularmente entre brasileiros.

Retomando a questão

Viver processos individuais relacionados ao envelhecimento, compartilhando valores e ideias positivas no âmbito coletivo, vincula-se a intrincada rede de relações que dão sentido a várias fases da vida. E sobre os efeitos deletérios da velhice se concentram esforços de desenvolvimento de alternativas de preservação da aparência e do controle dos fatores de risco do adoecimento. Entretanto, no cotidiano dos sujeitos, fenômenos como doença e declínio físico e mental são vividos como experiências heterogêneas.

E no início do século XXI surge a força da metáfora positiva da terceira idade e sua realização pelas camadas médias da população. Avanços importantes

interferem no espaço entre a vida adulta e uma velhice cada vez mais deslocada em seus limites. O curso da vida se altera e diluem-se demarcações de comportamento consideradas adequadas em passado recente.

Estas possibilidades, entretanto, não se concretizam de forma ampliada para todos os cidadãos. As sociedades capitalistas, atravessadas pela desigualdade distributiva, realizam distinção entre corpos, saúde e longevidade, daí a importância da recente mobilidade social ocorrida no País. Com ela, muito além do envelhecimento dos grupos sociais, novas identidades suscitam desafios.

E ainda está presente, e se amplia, o preconceito ligado às camadas mais pobres e desassistidas, inclusive das pessoas idosas; assim como o papel dos velhos doentes nas famílias; a incorporação coletiva de políticas de saúde, entre outros.

Portanto, surgem horizontes amplos de discussões sobre as reais mudanças próprias dos novos e dos novíssimos velhos do século XXI.

Referências

- ALMEIDA, M. F. et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002.
- BARRETO, S. M.; KALACHE, A.; GIATTI, L. Does health status explain gender dissimilarity in health use among older adult? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 347-355, 2006.
- BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. *Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. (Texto para discussão, n. 686/1999).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Conferências de Saúde*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/12_CNS_Relatorio%20Final.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 out. 2006a. Seção 1, p. 149.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. *Comentários às deliberações da Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - eixo saúde*. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_cndi_2006_idoso.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.
- BUSSE, R.; SCHELLER-KREINSEN, D.; ZENTNER, A. *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2010.
- CAMARANO, A. A. *Idosos brasileiros: indicadores de condição de vida e acompanhamento de políticas: Presidência da República Subsecretaria de Direitos Humanos*. Brasília, DF: Associação Nacional de Pós Graduação em Economia, 2005.
- CAMARANO, A. A. et al. (Coord.). *Como vai o idoso brasileiro?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. (Texto para discussão, n. 681/1999).
- CECÍLIO, L. C. O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. *Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 1, n. 2, p. 4-26, 2000.
- DEBERT, G. G. Envelhecimento e curso da vida. *Revista de Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.120-128, 2010.
- DEBERT, G. G.; SIMÕES J. A aposentadoria e invenção da terceira idade. In: DEBERT, G. G. (Org.). *Antropologia e velhice*. Campinas: Unicamp, 1994. p. 31-48.
- FALEIROS, V. P.; REBOUÇAS, M. Gestão social por sujeito-idade na velhice. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 8, n. 2, p.77-101, 2005.
- GUIMARÃES, R. M. Proteção e saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 274-275, 1987.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conselho Nacional de Estatística. Serviço Nacional de Recenseamento. *Brasil: censo demográfico*. Rio de Janeiro, 1956. (Série Nacional, v. 1). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/67/cd_1950_v1_br.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico, 2000*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm>. Acesso em: 25 jun. 2010.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico, 2010*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 25 de jun. 2010.
- LIMA, R. A. S. *A construção do envelhecimento*. 2004. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.
- LUNA, E. J. A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 229-243, 2002.
- MAIA, G. F.; LONDERO, S.; HENZ, A. O. Velhice, instituição e subjetividade. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.12, n. 24, p. 49-59, 2008.
- MARIN, M. J. S. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família (PSF). *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 278-284, 2008.

- MATOS, M. R. *Os ciclos do dengue em São Paulo e o modelo de intervenção*. 2009. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.
- MINAYO, M. C. S. A vida e a saúde do idoso na sociedade global e pós-industrial. *Arquivo Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 169-181, 1997.
- NERY, M. C. (Coord.). *A nova classe média*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2008.
- PAPALÉO NETTO, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Tratado de gerontologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 3-14.
- RAMOS, L. R.; GOIHMAN, S. Geographical stratification by socio-economic status: methodology from a household survey with elderly people in S. Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 478-492, 1989.
- RAMOS, L. R. et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Berlin, v. 8, p. 313-323, 1993.
- RAMOS, L. R.; SIMÕES, E.; ALBERT, M. Dependence in activities of daily living and cognitive empowerment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2 year follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 49, n. 9, p. 1168-1175, 2001.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.
- REBOUÇAS, M.; PEREIRA, M. G. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, DC, v. 23, n. 4, p. 237-246, 2008.
- RUGER, J. P. Health capability: conceptualization and operationalization. *American Journal of Public Health*, Birmingham, v. 100, n. 1, p. 41-49, 2010. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1508006>. Acesso em: 28 jun. 2010.
- SEADE - FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *População e estatísticas vitais*: estimativa 2010. São Paulo, 2008.
- SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 243-253, 2005. Suplemento.
- SILVEIRA, F. G.; OSÓRIO, R. G.; PIOLA, S. F. Os gastos das famílias com saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 719-731, 2002.
- SINGER, P. *A crise do "milagre"*: interpretação crítica da economia brasileira. São Paulo: Paz e Terra, 1975.
- THIRY-CHERQUES, H. R. Max Weber e a ética nas organizações: cinco hipóteses sobre a cultura e a moral de conceitos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 5-21, 1997.

Recebido em: 24/04/2012
Aprovado em: 25/07/2013